ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 18/11/2026 10:51 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p2fd9daf3ad766

LINHA GUIA
SAÚDE DA PESSOA IDOSA

SMSA - Secretaria Municipal de
Saúde de Araucária

Araucária
PREFEITURA

SAÚDE

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 18/11/2026 10:51 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p2fd9daf3ad766

REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE
LINHA GUIA: SAÚDE DA PESSOA IDOSA

Araucária, 19 de maio de 2026

Versão 0

41 3614-1470 Rua Dionísio Grabowski, 65 - CEP 83703-342 - Fazenda Velha - Araucária - PR

PODER EXECUTIVO

PREFEITO
Gustavo Botogoski

VICE-PREFEITO
Tatiana Assuiti

SECRETÁRIO DE GOVERNO
Robison Ricardo Furman

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 18/11/2026 10:51 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p2fd9daf3ad766

41 3614-1470 Rua Dionísio Grabowski, 65 - CEP 83703-342 - Fazenda Velha - Araucária - PR

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SECRETÁRIO
Renata Knopik Botogoski

OUVIDORIA EM SAÚDE
Daiane Rodrigues Fontes

DIREÇÃO GERAL
Débora Regina Sabino

DIREÇÃO TÉCNICA
Ana Beatriz Siqueira Xavier Silva Pock

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA
Rodrigo Esposito Soares

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA
Carolina de Almeida Torres

HOSPITAL MUNICIPAL DE ARAUCÁRIA
David Pazian

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
Nicolle Lucena da Silveira

DEPARTAMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
Ana Maria Taborda

DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
Alexandro André Radin

DEPARTAMENTO DE PLANEJAMENTO, GESTÃO E AUDITORIA
Marisa Ferraz Gavronski Gawron

NÚCLEO ADMINISTRATIVO FINANCEIRO
Alana Elisabeth Kuntze Ferreira

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 18/11/2026 10:51 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p2fd9daf3ad766

41 3614-1470 Rua Dionísio Grabowski, 65 - CEP 83703-342 - Fazenda Velha - Araucária - PR

ELABORAÇÃO

Câmara Técnica em Saúde da Pessoa Idosa

Bianca Fagundes Caron Schuller – Coordenação Médica da UPA Araucária – Departamento de Urgência e Emergência

Cecilia Sommer Passos Pinheiro – Terapeuta Ocupacional – Departamento de Atenção Especializada

Cláudia Pinho Schuller Macedo – Médica Plantonista – Departamento de Urgência e Emergência

Claudio Jose de Mattos Antunes Junior - Enfermeiro – Núcleo de Gestão de Rede e Linhas de Cuidado

Fernanda Tiemi Kubota Landal – Enfermeira – Departamento de Atenção Especializada e Coordenadora da Câmara Técnica em Saúde da Pessoa Idosa

Vanderleia de Moura Almeida – Enfermeira – Departamento de Atenção Primária

Colaboração técnica

Ana Paula Maciel Moreira Blaskowski Iurk – Médica Geriatra – Centro de Saúde do Idoso

Charllene Suele Geteski – Fisioterapeuta – Centro de Saúde do Idoso

Karina Ueko Isobe – Enfermeira e Coordenadora – Centro de Saúde do Idoso

Viviane Riter – Nutricionista – Centro de Saúde do Idoso

Diagramação e revisão

Câmara Técnica em Saúde da Pessoa Idosa

Departamento de Atenção Primária – DAP

Departamento de Atenção Especializada – DAE

Núcleo de Educação Permanente e Qualidade em Saúde – NEPQS

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 18/11/2026 10:51 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p2fd9daf3ad766

41 3614-1470 Rua Dionísio Grabowski, 65 - CEP 83703-342 - Fazenda Velha - Araucária - PR

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Pirâmide etária, Araucária.....16
Figura 2: Medida da circunferência da panturrilha.....23
Figura 3: Evolução da Doença de Parkinson.....28
Figura 4: Grandes síndromes geriátricas.....31
Figura 5: Fluxograma de Atendimento à Pessoa Idosa em Situação de Violência.....42
Figura 6: Escala visual de fragilidade (EVF).....44
Figura 7: Prevalência dos estratos funcionais na população idosa.....45
Figura 8: Rede de atenção à pessoa idosa.....51
Figura 9: Fluxograma de Atendimento à Pessoa Idosa na Rede de Atenção às Urgências e Emergências.....66

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 18/11/2026 10:51 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p2fd9daf3ad766

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: População idosa residente em Araucária, por grupo de idade.....16

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 18/11/2026 10:51 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p2fd9daf3ad766

41 3614-1470 Rua Dionísio Grabowski, 65 - CEP 83703-342 - Fazenda Velha - Araucária - PR

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Características dos principais subtipos de demência.....25
Quadro 2: Diferenciação Entre Tremor Fisiológico Exacerbado, Tremor Essencial e Doença de Parkinson.....27
Quadro 3: Fatores de risco para osteoporose.....29
Quadro 4: Fatores intrínsecos para quedas.....33
Quadro 5: Fatores extrínsecos para quedas.....34
Quadro 6: Intervenções Multiprofissionais nas Síndromes Geriátricas.....38
Quadro 7: Classificação clínico funcional no idoso.....46
Quadro 8: Sistemas funcionais e plano de ações para promoção da saúde e prevenção de agravos.....48
Quadro 9: Atribuições dos Profissionais da APS na atenção à pessoa idosa.....53
Quadro 10: Exames laboratoriais de rotina.....55
Quadro 11: Calendário Nacional de Vacinação 60+.....57
Quadro 12: Equipe Multiprofissional CSMI.....59
Quadro 13: Modelo de avaliação multidimensional realizado pelo Ambulatório de Fragilidade do Centro de Saúde do Idoso.....61
Quadro 14: Serviços de atendimento de urgência / emergência / hospitalar no município.....64
Quadro 15: Unidades de Proteção Social Básica.....72
Quadro 16: Atividades voltadas à população idosa disponíveis na rede municipal.....75
Quadro 17: Indicadores de Saúde para qualificação da assistência à saúde da população idosa no município.....77

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 18/11/2026 10:51 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p2fd9daf3ad766

41 3614-1470 Rua Dionísio Grabowski, 65 - CEP 83703-342 - Fazenda Velha - Araucária - PR

LISTA DE SIGLAS

AAE – Atenção Ambulatorial Especializada
AIVDs – Atividades Instrumentais de Vida Diária
AMI – Avaliação Multidimensional do Idoso
ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar
APS – Atenção Primária à Saúde
AVDs – Atividades Básicas de Vida Diária
CP – Circunferência da Panturrilha
CSI – Centro de Saúde do Idoso
DAE – Departamento de Atenção Especializada
DAP – Departamento de Atenção Primária
DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DM – Diabetes Mellitus
ESF – Equipe Saúde da Família
GDS – Escala de Depressão Geriátrica
HA – Hipertensão Arterial
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ILPI – Instituição de Longa Permanência para Idosos
IPARDES – Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social
IVCF – Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional
MEEM – Miniexame do Estado Mental
OMS – Organização Mundial da Saúde
PMS – Plano Municipal de Saúde
PNSPI – Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
PSB – Proteção Social Básica
PSE – Proteção Social Especializada
RAS – Rede de Atenção à Saúde
RUE – Rede de Atenção às Urgências e Emergências
SESA – Secretaria Estadual de Saúde
SINAN – Sistema de Informações de Agravos de Notificação
SUAS – Sistema Único de Assistência Social
SUS – Sistema Único de Saúde
UBS – Unidade Básica de Saúde
UBSF – Unidade Básica de Saúde da Família

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 18/11/2026 10:51 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p2fd9daf3ad766

41 3614-1470 Rua Dionísio Grabowski, 65 - CEP 83703-342 - Fazenda Velha - Araucária - PR

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....12
1. INTRODUÇÃO.....13
2. ENVELHECIMENTO POPULACIONAL.....15
2.1 Perfil Demográfico e Epidemiológico da População Idosa Araucariana.....15
3. SAÚDE DA PESSOA IDOSA.....17
4. CONCEITOS E DEFINIÇÕES EM SAÚDE DA PESSOA IDOSA.....18
4.1 Situações Clínicas que Mais Acometem a População Idosa.....19
4.1.1 Diabetes Mellitus.....19
4.1.2 Hipertensão Arterial Sistêmica.....20
4.1.3 Delirium.....21
4.1.4 Depressão.....21
4.1.5 Sarcopenia.....22
4.1.6 Síndromes Demenciais.....23
4.1.7 Demência na Doença de Alzheimer.....25
4.1.8 Tremores.....26
4.1.9 Doença de Parkinson.....27
4.1.10 Osteoporose.....28
4.2 Síndromes Geriátricas.....30
4.2.1 Iatrogenia.....31
4.2.2 Incontinência Esfincteriana.....32
4.2.3 Instabilidade Postural e Quedas.....33
4.2.4 Incapacidade Cognitiva.....34
4.2.5 Imobilidade.....35
4.2.6 Incapacidade Comunicativa.....36
4.2.7 Insuficiência Familiar.....36
4.3 Intervenções Multiprofissionais nas Síndromes Geriátricas.....37
4.4 Violência Contra a Pessoa Idosa.....41
4.5 A Estratificação de Risco Clínico-Funcional.....43
4.6 Promoção da Saúde e Prevenção de Agravos.....47
5. REDE INTEGRAL DE ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA IDOSA.....51
5.1 Atenção Primária à Saúde (APS).....52
5.1.1 APS e a Ordenação do Cuidado.....52
5.1.2 Atribuições dos Profissionais da APS na Rede de Atenção.....52
5.1.3 Exames de Rotina.....55
5.1.4 Imunização na População Idosa.....56
5.1.5 Atenção Domiciliar.....58
5.2 Atenção Ambulatorial Especializada (AAE).....58
5.2.1 Centro de Saúde do Idoso.....59
5.2.2 Equipe Multiprofissional AAE.....59
5.2.3 Ambulatório de Fragilidade.....60
5.2.4 Assistência Farmacêutica.....62
5.3 Urgências, Emergências e Atendimento Hospitalar.....63
5.3.1. Atribuições dos Pontos de Atenção.....64
5.3.2. Fluxo Assistencial de Atendimento na Rede de Urgência e Emergência.....65

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 18/11/2026 10:51 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p2fd9daf3ad766

41 3614-1470 Rua Dionísio Grabowski, 65 - CEP 83703-342 - Fazenda Velha - Araucária - PR

5.4 Rede de Atenção Psicossocial / Saúde Mental.....67
5.4.1 Urgências e Emergências Psiquiátricas na População Geriátrica.....67
5.5 Cuidados Paliativos.....68
5.5.1 Rede de Atenção em Cuidados Paliativos.....68
5.6 Estratégias de Capacitação em Saúde da Pessoa Idosa.....69
5.6.1 Matriciamento em Saúde da Pessoa Idosa.....69
5.7 Articulação Intersetorial.....70
5.7.1 Proteção Social Básica (PSB).....71
5.7.2 Proteção Social Especial - Média Complexidade.....71
5.7.3 Proteção Social Especial - Alta Complexidade.....72
5.7.4 Conselho Municipal de Direito das Pessoas Idosas (CMDPI).....72
5.7.5 Sistemas de Justiça e Direitos Humanos.....73
5.7.6 Secretaria de Educação e Secretaria de Esporte e Lazer.....73
6. DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.....76
7. REFERÊNCIAS.....81
8. ANEXOS.....85
ANEXO I - Miniexame do estado mental (Minimental - MEEM).....85
ANEXO II - Instrumento IVCF-20.....86
ANEXO III - Escala de Depressão Geriátrica (GDS 5-15).....87
ANEXO IV - Índice de Katz: Atividades Básicas de Vida Diária.....88
ANEXO V - Índice de Lawton-Brody: Atividades Instrumentais de Vida Diária.....89
9. HISTÓRICO DE REVISÕES.....90

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 18/11/2026 10:51 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p2fd9daf3ad766

41 3614-1470 Rua Dionísio Grabowski, 65 - CEP 83703-342 - Fazenda Velha - Araucária - PR

APRESENTAÇÃO

O Brasil envelhece de forma rápida e intensa. Segundo o Censo IBGE de 2022, a população idosa brasileira é composta por 32 milhões de pessoas, totalizando 15,8% da população total do País. A expectativa de vida para a população brasileira aumentou para 76,4 anos, sendo 79,7 anos para a mulher e 73,1 para o homem. O aumento da expectativa de vida representa uma importante conquista social e resulta da melhoria das condições de vida, com ampliação do acesso a serviços médicos preventivos e curativos, avanço da tecnologia médica, ampliação da cobertura de saneamento básico, água encanada, esgoto, aumento da escolaridade, da renda, entre outros determinantes sociais.

Justifica-se, então, a necessidade de Políticas Públicas voltadas a esta parcela da população. A Rede de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa fundamenta-se na portaria nº 2.528 de 19 outubro de 2006 do Ministério da Saúde que aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, tendo como referência para gestão do cuidado no município a Linha Guia da Saúde do Idoso publicada em 2018 pela Secretaria Estadual de Saúde do Paraná e o Manual de Orientações Técnicas para Implementação de Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa no SUS, publicada em 2018 pelo Ministério da Saúde.

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 18/11/2026 10:51 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p2fd9daf3ad766

41 3614-1470 Rua Dionísio Grabowski, 65 - CEP 83703-342 - Fazenda Velha - Araucária - PR

1. INTRODUÇÃO

A Rede de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa é o reflexo ao momento demográfico atual no que se refere ao aumento da expectativa de vida desta população, articulando ações entre os diferentes pontos de atenção que integram os diversos níveis e ofertas de cuidado, contemplando ações e iniciativas relacionadas à dimensão macro (de organização da gestão) e micro (relacionadas ao processo de trabalho) junto à equipe multiprofissional que compõe os equipamentos disponíveis no município, visando a melhoria na qualidade de vida, o envelhecimento saudável e diminuição dos índices de fragilidade e de morbimortalidade dos nossos idosos. É o conjunto de respostas sociais deliberadas às necessidades de saúde da população idosa, capazes de manter ou recuperar sua autonomia e independência, com qualidade, resolutividade e custo-eficácia (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

Cabe destacar que o objetivo primordial da rede consiste em recuperar, manter e promover a autonomia e a independência da Pessoa Idosa, bem como reduzir os agravos em saúde, principalmente no que diz respeito ao número de indivíduos frágeis, número de internações hospitalares, de incapacidade funcional, de violência contra a pessoa idosa, de iatrogenia relacionada a polifarmácia e de diagnóstico tardio de doenças de maior prevalência e geradoras de fragilidade como as doenças cardiovasculares, endócrinas, respiratórias, neurológicas, neoplasias, Doença de Parkinson, Doença de Alzheimer e outras síndromes demenciais, patologias estas que, se mal conduzidas, geram custos elevados e sobrecarga dos serviços de saúde como um todo. Portanto, faz-se necessária ações de promoção de saúde com o propósito de melhorar a qualidade de vida do indivíduo e da coletividade, na medida em que atua sobre os condicionantes e determinantes sociais e de saúde de forma intersetorial e multiprofissional, entendendo o indivíduo como um ser único que deve ser avaliado e assistido de acordo com o seu contexto de vida, suas vulnerabilidades, suas limitações e o meio em que vive.

No Brasil, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), (BRASIL, 2017) estabelece como meta a atenção integral à saúde da pessoa idosa e considera a condição de funcionalidade como um importante indicador de saúde desta população. A PNSPI tem por finalidade primordial promover, manter e recuperar a autonomia e a independência da população desta faixa etária, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde, em consonância com os princípios e as diretrizes do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2018).

A Linha de Cuidado em Saúde da Pessoa Idosa em Araucária foi criada para articular as ações para essa população entre os diferentes pontos de atenção que integram os diversos níveis e ofertas de cuidado, por meio da corresponsabilidade da assistência entre os profissionais que integram a equipe multidisciplinar.

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 18/11/2026 10:51 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p2fd9daf3ad766

41 3614-1470 Rua Dionísio Grabowski, 65 - CEP 83703-342 - Fazenda Velha - Araucária - PR

Assim, a linha de cuidado de Saúde da Pessoa Idosa, de acordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde, tem como funções e objetivos:

- Promover a integração da RAS, possibilitando a identificação de cada ponto de atenção (da primária à especializada), bem como a integração de suas equipes, tendo em vista a organização dos processos de trabalho e a articulação da RAS;
- Ofertar e promover mecanismos para a educação permanente das equipes de saúde, garantindo espaços de discussão de casos clínicos do território, com todos os trabalhadores envolvidos no cuidado, para a construção e a condução do Projeto Terapêutico Singular - PTS, além da oferta continuada de materiais técnicos, cursos de atualização e formação em temas específicos e afins.
- Garantir espaços de articulação intersetorial nos territórios, estreitando a interface entre gestores, trabalhadores e instâncias que operam políticas como a assistência social, direitos humanos, previdência, educação, cultura, esporte, lazer, infraestrutura, transporte, para que juntos assumam a condução dos casos nos territórios e o compromisso com a busca de qualidade de vida no processo de envelhecimento;
- Promover a articulação com a sociedade civil organizada (Conselhos de Direitos, Conselhos de Saúde e outros), tendo em vista o envolvimento e a participação cidadã das pessoas idosas na promoção e na proteção de seus direitos, bem como na ampla promoção do envelhecimento saudável;
- Organizar equipes multiprofissionais para apoio matricial nas unidades de saúde;
- Registrar e sistematizar informações sobre as condições de saúde da pessoa idosa para subsidiar o planejamento e a tomada de decisões;
- Estabelecer instrumentos de gestão e definir indicadores para o monitoramento e a avaliação da implementação e resultados da linha de cuidado.

Ainda, a linha de cuidado de saúde da pessoa idosa monitora a aplicabilidade do instrumento IVCF-20 pelas unidades de saúde para classificar o grau de declínio funcional da pessoa idosa, planejar e pôr em prática o Plano Terapêutico Singular que envolve um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, direcionadas a um indivíduo, família ou coletividade, tendo como objetivo traçar uma estratégia de intervenção para o usuário, contando com os recursos da equipe, do território, da família e do próprio sujeito (HORI, NASCIMENTO, 2014).

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 18/11/2026 10:51 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p2fd9daf3ad766

41 3614-1470 Rua Dionísio Grabowski, 65 - CEP 83703-342 - Fazenda Velha - Araucária - PR

2. ENVELHECIMENTO POPULACIONAL

No Brasil, o Estatuto da Pessoa Idosa define esta população como “todo indivíduo com 60 anos ou mais”. Ele vive em um contexto bastante heterogêneo, no que se refere ao território, à família, ao ambiente e à comunidade.

O processo de envelhecimento visando qualidade de vida e manutenção da independência funcional da população idosa é o objetivo comum dos cidadãos e da gestão pública. De acordo com o Censo Demográfico 2022, a população de pessoas idosas residentes no Brasil era de 32.113.490 pessoas, representando um acréscimo de 56,0% em relação àquela recenseada em 2010, constituindo cerca de 14% da população geral (210 milhões de habitantes). Dessa população, 17.887.737 (55,7%) eram mulheres e 14.225.753 (44,3%) eram homens (IBGE, 2022). É o segmento populacional com maior taxa de crescimento – acima de 4% ao ano – passando de 14,2 milhões, em 2000, para 19,6 milhões, em 2010, e devendo atingir 41,5 milhões, em 2030, e 73,5 milhões, em 2060. Essa é uma consequência da inversão da pirâmide etária, com a rápida e contínua queda da fecundidade no país e da queda da mortalidade em todas as idades. Espera-se, para os próximos 10 anos, o incremento médio de mais de 1,0 milhão de pessoas idosas anualmente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

2.1 Perfil Demográfico e Epidemiológico da População Idosa Araucariana

Dados do IBGE obtidos nos CENSOS 2010 e 2022 mostram que a faixa etária 60+ do município passou de 8.726 para 18.006 pessoas, respectivamente. Segundo relatório do IPARDES (Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social), projeta-se em 26.960 pessoas idosas residentes em Araucária no ano de 2030, demonstrando a urgência da implementação de políticas públicas que atendam este crescimento populacional. Importante trazer que dentre os munícipes desta faixa etária, apenas 15,4% possuem plano de saúde suplementar segundo dados da ANS de 2024, demonstrando a importância do SUS para a manutenção da qualidade de vida da população idosa do município, reforçando a necessidade de adequação do sistema público de saúde às características e necessidades daqueles que envelhecem.

Quanto a distribuição de idade e sexo verifica-se 95,8 homens para cada 100 mulheres e 55,6 pessoas com 60+ anos para cada 100 com até 14 anos. Ao passo que o Paraná nessas variáveis apresenta 95,0 homens para cada 100 mulheres e 86,2 pessoas com 60+ anos para cada 100 com até 14 anos. Demonstrando assim que a população de Araucária é mais jovem do que a paranaense, pois quanto maior o valor do indicador, mais envelhecida é a população. Apesar dessa situação, Araucária também vivenciará o envelhecimento populacional progressivo, sendo esperado que a participação da população dos grupos etários de 0 a 19 anos deverá diminuir de 30,4%, em 2020, para 22,9%, em 2040 e para o caso dos grupos etários de 60 anos ou mais, esses percentuais correspondem a 10,6% e 20,2%, respectivamente (ARAUCÁRIA, 2024).

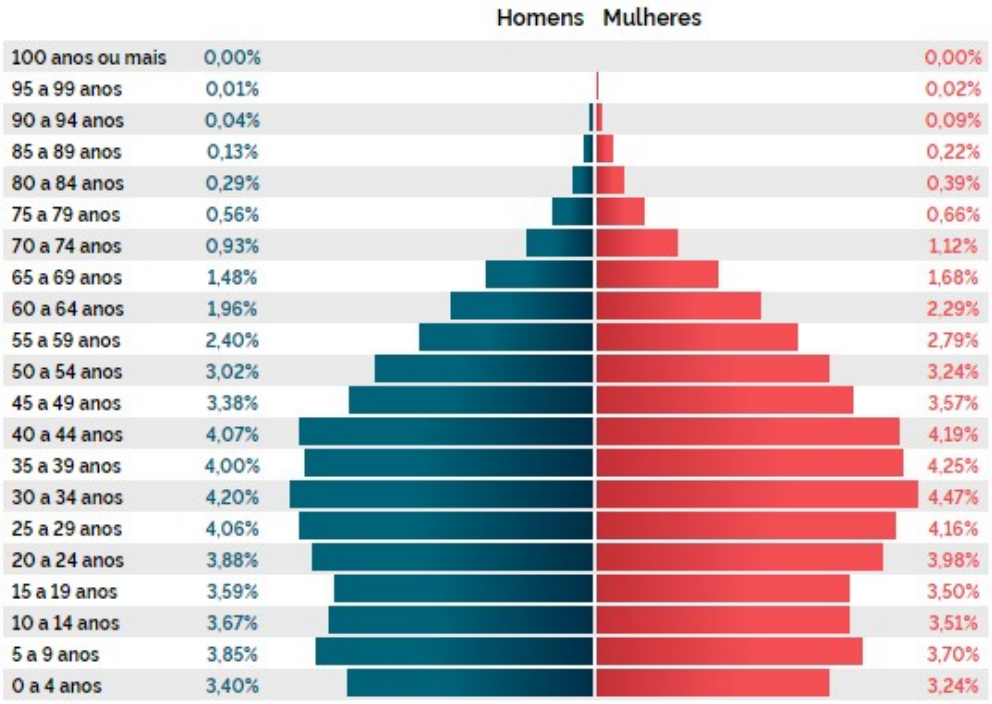
ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 18/11/2026 10:51 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p2fd9daf3ad766

Tabela 1: População idosa residente em Araucária, por grupo de idade.

Faixa Etária	Homens	Mulheres	Total
100 anos ou mais	0	5	5
95 a 99 anos	14	30	44
90 a 94 anos	58	138	196
85 a 89 anos	198	330	528
80 a 84 anos	436	584	1020
75 a 79 anos	850	1005	1855
70 a 74 anos	1407	1701	3108
65 a 69 anos	2248	2555	4803
60 a 64 anos	2977	3470	6447
Total	8188	9818	18006

Fonte: Censo 2022: População por idade e sexo - Resultados do universo

Figura 1: Pirâmide etária, Araucária.



Fonte: Censo 2022.

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 18/11/2026 10:51 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p2fd9daf3ad766

41 3614-1470 Rua Dionísio Grabowski, 65 - CEP 83703-342 - Fazenda Velha - Araucária - PR

3. SAÚDE DA PESSOA IDOSA

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) orienta que a atenção à saúde desse grupo seja pautada pela integralidade, equidade e humanização, com foco na prevenção de agravos, promoção da saúde, tratamento e reabilitação, de acordo com as necessidades individuais. Nesse contexto, é fundamental a adoção de instrumentos que permitam a estratificação de risco, como o Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional (IVCF-20), possibilitando a organização da oferta de cuidados de forma mais resolutiva e eficiente.

O cuidado à pessoa idosa deve ser coordenado pela Atenção Primária à Saúde, com apoio de equipes multiprofissionais e integração com outros pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde e com a rede intersetorial. Além disso, a proteção contra violência e negligência, por meio da identificação precoce e da notificação obrigatória, é componente essencial dessa atenção.

Assim, esta linha guia municipal visa oferecer um referencial prático para os profissionais de saúde, orientando desde o acolhimento e estratificação de risco até as ações de promoção da saúde, encaminhamentos adequados e monitoramento contínuo, garantindo que cada pessoa idosa receba um cuidado qualificado, digno e centrado em suas necessidades.

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 18/11/2026 10:51 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p2fd9daf3ad766

41 3614-1470 Rua Dionísio Grabowski, 65 - CEP 83703-342 - Fazenda Velha - Araucária - PR

4. CONCEITOS E DEFINIÇÕES EM SAÚDE DA PESSOA IDOSA

Senescência e Senilidade

O envelhecimento fisiológico, ou senescência, reduz a vitalidade do indivíduo, definida como capacidade de defesa contra as agressões dos meios interno e externo, gerando maior vulnerabilidade dessa população. Essa redução fisiológica da vitalidade atribuída ao envelhecimento normal, por si só, é insuficiente para gerar incapacidades ou dependência funcional. É caracterizada por alterações físicas, funcionais e psicológicas que acontecem de forma gradual e discreta no decorrer da vida de uma pessoa. Alguns sinais ou indicadores do processo da senescência podem ser: flacidez muscular e alterações sensoriais, como alterações na percepção do sabor e cheiro dos alimentos, mudanças na visão e na audição, pele frágil. É importante reforçar que algumas destas alterações podem ser minimizadas com um estilo de vida mais saudável (BRASIL, 2023).

Por sua vez, o envelhecimento patológico, ou senilidade, é consequência de uma ou mais doenças, e agravado por barreiras relacionadas aos fatores ambientais e contextuais, que compromete de forma mais intensa a vitalidade do indivíduo e está associado ao declínio funcional (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019). Essas doenças podem decorrer do processo genético, mas também podem estar relacionadas a fatores ambientais e estilos de vida. Podem comprometer a capacidade física e intelectual, com alteração de atenção, memória, raciocínio, fala e reflexos, interferindo nos diferentes contextos da vida da pessoa idosa e de seus familiares (BRASIL, 2023).

Independência

Entende-se como independência da pessoa idosa a capacidade que ela possui de realizar as atividades do cotidiano sem ajuda de terceiros. Está relacionada diretamente com a habilidade física e funcional do indivíduo.

Pessoas dependentes exigem cuidados de longa duração, ou seja, “apoio material, instrumental e emocional, formal ou informalmente oferecido por um longo período de tempo, independentemente da idade”, no domicílio, na comunidade ou em Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

Autonomia

É a capacidade de tomar decisões, de estabelecer, gerenciar e de planejar seus objetivos e seguir suas próprias convicções. Isso inclui decisões sobre o seu estilo de vida, cuidados de saúde, atividades sociais e outros aspectos pessoais. Tem relação direta com a aptidão cognitiva e mental da pessoa.

Funcionalidade ou Capacidade Funcional

A capacidade funcional está relacionada com as atividades básicas de vida diária (AVDs), atividades instrumentais da vida diária (AIVDs) e com a mobilidade do indivíduo.

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 18/11/2026 10:51 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p2fd9daf3ad766

41 3614-1470 Rua Dionísio Grabowski, 65 - CEP 83703-342 - Fazenda Velha - Araucária - PR

Atividades como deitar e levantar da cama, preparar sua própria refeição, realizar o manejo financeiro, realizar compras e vestir-se estão entre as atividades básicas e instrumentais de vida diária aferidas dentro da capacidade funcional da pessoa idosa.

Fragilidade

A fragilidade é identificada como uma síndrome associada à idade e caracterizada por manifestações como comprometimento funcional, déficit cognitivo, perda de peso e massa muscular, diminuição da força de preensão da mão dominante, fadiga, instabilidade postural, lentidão ou dificuldade para caminhar e redução da ingesta alimentar, aumentando assim o risco para uma evolução desfavorável diante das agressões externas e das doenças agudas que acometem o indivíduo (LANA; SCHNEIDER, 2014).

Multidimensionalidade

São as múltiplas causas e dimensões que acometem o indivíduo, considerando os aspectos clínicos, psicológicos, sociais, familiares, culturais, funcionais entre outros determinantes sociais e de saúde da população idosa. O processo de cuidado deve contemplar a multidimensionalidade que envolve o indivíduo, preconizando a universalização e a integralidade da assistência.

Na tentativa de uma compreensão mais padronizada com a multidimensionalidade dos fatores determinantes da saúde desta população, foi proposto o conceito de “Fragilidade Multidimensional”. Trata-se da situação em que há redução da capacidade funcional e/ou da capacidade de adaptação às agressões biopsicossociais e, consequentemente, ocorre uma maior vulnerabilidade ao declínio funcional, à institucionalização e ao óbito. Neste conceito, as condições de saúde associadas a desfechos adversos podem ser agrupadas em dois segmentos: clínico-funcional e sociofamiliar, resgatando o conceito de saúde como o máximo bem-estar biopsicossocial e não simplesmente como a ausência de doenças (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019). Assim, temos o cuidado humanizado, integral e compartilhado entre as redes e demais pontos de atenção.

4.1 Situações Clínicas que Mais Acometem a População Idosa

4.1.1 Diabetes Mellitus

O manejo e o cuidado de pessoas idosas com Diabetes Mellitus (DM) são desafiadores devido à complexidade dessa condição nesta parcela da população e heterogeneidade da população idosa, que varia de indivíduos bem-adaptados e independentes até aqueles totalmente dependentes, com múltiplas comorbidades e muitas vezes institucionalizados.

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 18/11/2026 10:51 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p2fd9daf3ad766

41 3614-1470 Rua Dionísio Grabowski, 65 - CEP 83703-342 - Fazenda Velha - Araucária - PR

Em pessoas idosas, o Diabetes Mellitus (DM) frequentemente se manifesta de forma atípica, com cerca de metade dos pacientes acima de 60 anos podendo ser assintomática. Poliúria e polidipsia podem ser menos pronunciadas devido a alterações renais e na sede. Sintomas, quando presentes, costumam ser inespecíficos, como mal-estar ou fadiga, frequentemente confundidos com o envelhecimento. O diagnóstico e classificação do DM em pessoas idosas seguem os mesmos critérios de indivíduos mais jovens. No entanto, as metas terapêuticas e a escolha do tratamento medicamentoso requerem avaliação detalhada da expectativa de vida, preferências, comorbidades, polifarmácia, capacidade de autocuidado, suporte social e familiar, risco de hipoglicemia e maior vulnerabilidade a eventos adversos (PARANÁ, 2018).

Em pessoas idosas com diabetes, observa-se, além das complicações habituais, uma alta incidência de síndromes geriátricas que comprometem tanto o autocuidado quanto a qualidade de vida. Estes indivíduos apresentam maior predisposição à polifarmácia, declínio cognitivo, incontinência urinária, quedas, dor crônica e depressão, e exibem um risco duplicado de desenvolver demência. A disfunção cognitiva dificulta a prática do autocuidado, tornando imprescindíveis regimes terapêuticos simplificados e a participação ativa de cuidadores. A neuropatia periférica eleva o risco de instabilidade postural e quedas, enquanto a dor crônica agrava a funcionalidade e o sono. A incontinência urinária é uma ocorrência comum, exacerbada pela hiperglicemia. A hipoglicemia, frequente e muitas vezes não detectada, pode resultar em quedas, declínio cognitivo e hospitalizações, demandando um monitoramento rigoroso e o ajuste preciso das terapias. Ainda, apresentam maior risco de iatrogenia relacionada à polifarmácia. O uso de múltiplos medicamentos pode ser intencional e necessário ao controle da doença, no entanto, torna-se imprescindível a contínua avaliação da indicação de cada droga em uso e da adesão ao tratamento, fazendo ajustes no plano terapêutico sempre que necessário (PARANÁ, 2018).

4.1.2 Hipertensão Arterial Sistêmica

A hipertensão arterial (HA) constitui a doença crônica não transmissível de maior prevalência na população idosa, acometendo aproximadamente 65% dos indivíduos nessa faixa etária no Brasil, com uma incidência que pode atingir 80% em mulheres com idade superior a 75 anos. Representa o principal fator de risco modificável em geriatria, e sua prevalência é diretamente proporcional ao avanço da idade. Os níveis de pressão arterial sistólica (PAS) e diastólica (PAD) elevam-se progressivamente até os 60 anos, momento em que a PAD tende a diminuir, enquanto a PAS mantém sua trajetória ascendente. O envelhecimento vascular e a consequente rigidez arterial são os mecanismos primários subjacentes à elevação da pressão arterial em pessoas idosas. O diagnóstico de HA nesta população exige considerações específicas em virtude da variabilidade da pressão arterial e deve ser confirmado após a realização de duas a três

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 18/11/2026 10:51 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p2fd9daf3ad766

41 3614-1470 Rua Dionísio Grabowski, 65 - CEP 83703-342 - Fazenda Velha - Araucária - PR

aferições em visitas distintas, com intervalo de quatro a seis semanas entre elas, considerando-se a média desses valores para fins de tomada de decisão terapêutica (desde que os níveis de PA não sejam maiores que 180/110 mmHg) (PARANÁ, 2018).

Segundo Feitosa et. al. (2023), a aferição da pressão arterial em pessoas idosas deve ser realizada nas posições deitada, sentada e em pé. Isso se justifica pelas alterações ateroscleróticas nos seios carotídeos, que podem diminuir a sensibilidade dos barorreceptores, levando a uma maior variabilidade da PA e à redução dos reflexos posturais. Tais fatores predispõem à hipotensão ortostática (postural), que é caracterizada pela redução de pelo menos 20 mmHg na Pressão Arterial Sistólica (PAS) e de 10 mmHg na Pressão Arterial Diastólica (PAD) quando o indivíduo assume a posição em pé. Embora possa ser assintomática ou apresentar sintomas leves, essa condição afeta até 34% dos indivíduos com mais de 75 anos. Sua ocorrência está indiretamente associada ao aumento da mortalidade, maior incidência de infarto do miocárdio, Acidente Vascular Cerebral (AVC), insuficiência cardíaca e fibrilação atrial, além de aumentar o risco de quedas e lesões. O uso de certos medicamentos, como diuréticos, antidepressivos, vasodilatadores e betabloqueadores, também pode contribuir para o desenvolvimento da hipotensão ortostática (PARANÁ, 2018).

4.1.3 Delirium

Delirium é um distúrbio agudo e geralmente reversível, flutuante da atenção, da cognição e do nível de consciência. Trata-se de uma condição transitória de comprometimento da atividade cerebral. Geralmente tem início súbito, onde os familiares / cuidadores notam confusão mental, períodos de sonolência ou de agitação fora do padrão habitual da pessoa. A pessoa idosa com delirium apresenta variações no nível de consciência e nas capacidades cognitivas, de atenção e de percepção ao longo do dia. Pode haver alucinações visuais ou auditivas, medo, agitação ou letargia.

O delirium é considerado uma urgência geriátrica e pede uma investigação cuidadosa e imediata de suas causas: medicamentos, alterações metabólicas ou hidroeletrolíticas, dor, infecções e hospitalizações. As pessoas idosas com demência são mais susceptíveis a apresentarem delirium. Tratando a causa, as alterações cognitivas do delirium tendem a desaparecer (à exceção de pessoas com demência) (YUASO, 2021).

4.1.4 Depressão

A depressão é o transtorno mental mais comum nas pessoas idosas, porém, cabe destacar que não é uma doença comum da idade. Importante ressaltar que não é esperado que o primeiro episódio depressivo ocorra nessa faixa etária. Caso ocorra, a pessoa idosa precisa ser avaliada e acompanhada longitudinalmente, pois a depressão de início tardio pode ser um indicativo de quadro demencial. Na população geriátrica o

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 18/11/2026 10:51 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p2fd9daf3ad766

41 3614-1470 Rua Dionísio Grabowski, 65 - CEP 83703-342 - Fazenda Velha - Araucária - PR

diagnóstico pode ser desafiador, pois nem sempre apresentam sintomas clássicos da doença. Além da tristeza e/ou anedonia, é comum a pessoa idosa com depressão apresentar alterações no padrão de sono (insônia ou hipersonia), perda de apetite, fadiga, irritabilidade, dores inespecíficas e queixas subjetivas de perda da memória . São fatores de risco: doenças crônicas, alterações biológicas devido alterações nos neurotransmissores cerebrais, falta de rede de apoio e vulnerabilidade sócio familiar, dificuldades financeiras, alcoolismo, luto prolongado, isolamento social, solidão, declínio funcional, perda da autonomia e da capacidade laborativa, dificuldade no acesso a atividades de lazer, limitações físicas, deficiência de nutrientes e variações hormonais (JUNIOR J.R.M.L. et al, 2023).

Para que os profissionais de saúde identifiquem transtornos depressivos, é crucial que estejam familiarizados com o uso de instrumentos estruturados ou escalas de depressão. A Escala de Depressão Geriátrica-GDS é a mais empregada nessa população, proporcionando avaliações válidas e confiáveis para a avaliação dos transtornos depressivos e pode ser utilizada nas versões simplificadas (GDS 5 e 15 questões), reduzindo o tempo gasto na sua aplicação. Deve-se suspeitar de depressão se ocorrer, respectivamente, 6 e 2 respostas positivas para depressão na GDS-15 e GDS-5 (PARANÁ, 2018).

4.1.5 Sarcopenia

O processo de sarcopenia pode ser compreendida como redução da massa muscular, resultante das alterações neuroendócrinas do envelhecimento e responsável por modificações da composição corporal, com diminuição da massa muscular, massa óssea, água corporal total e aumento da gordura. Por sua vez, a síndrome sarcopenia é caracterizada pela presença de alterações da massa e da função muscular (força e desempenho muscular), e está estritamente relacionada com a fragilização da pessoa idosa. Na síndrome, os critérios para diagnóstico de sarcopenia incluem a presença de três ou mais critérios do fenótipo da fragilidade: perda de peso não intencional, exaustão ou fadiga, fraqueza muscular, baixo nível de atividade física e lentificação da marcha, associados à medida quantitativa da massa muscular e medidas de função muscular, como a força de preensão palmar (utilizando-se do Dinamômetro para a aferição da força) e a velocidade da marcha.

A lentificação da marcha é um dos principais determinantes da sarcopenia, definida como velocidade de marcha menor ou igual a 0,8 m/s. Para a verificação desta, utiliza-se o Teste de Velocidade da Marcha, solicitando que o indivíduo percorra uma distância de 4 metros em linha reta enquanto o avaliador cronometra o tempo gasto para desempenho desta atividade. Se o tempo gasto for maior que 5 segundos, a velocidade da marcha é considerada lenta. Outros preditores de sarcopenia são a perda

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 18/11/2026 10:51 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p2fd9daf3ad766

41 3614-1470 Rua Dionísio Grabowski, 65 - CEP 83703-342 - Fazenda Velha - Araucária - PR

significativa de peso não intencional, baixo índice de massa corporal (IMC < 22 kg/m2) e a medida da circunferência da panturrilha (CP) menor que 31 cm (PARANÁ, 2018).

Figura 2: Medida da circunferência da panturrilha



Fonte: PARANÁ, 2018.

A medida da CP pode ser feita nas posições sentada ou em pé, com os pés apoiados em uma superfície plana, de forma a garantir que o peso fique distribuído equitativamente entre ambos os lados. Em indivíduos acamados, fletir a perna de modo que o pé fique todo apoiado sobre o colchão. A medida deve ser realizada com uma fita métrica inelástica aplicada ao redor da região que, visualmente, apresenta o maior perímetro, sem fazer compressão. Deve-se ter o cuidado de manter a fita métrica em ângulo reto com o comprimento da panturrilha. Evitar fazer a medida no membro que apresente alguma alteração local, como linfedema, trombose venosa profunda, erisipela, celulite, atrofia muscular, atrofia cutânea por cicatriz ou fibrose, entre outras (PARANÁ, 2018).

4.1.6 Síndromes Demenciais

É caracterizada por declínio cognitivo e/ou por alterações comportamentais (neuropsiquiátricas) em relação a um nível prévio de desempenho, importantes o suficiente para interferir nas atividades de vida diária (capacidade funcional) e na independência. O diagnóstico de demência é clínico e requer história detalhada, corroborada por informante (familiar ou não) que conviva com o paciente. Deve-se sempre excluir quadro de delirium ou doença psiquiátrica. Na demência há comprometimento da memória associada a um prejuízo em pelo menos uma das outras funções cognitivas, que interferem na capacidade funcional, desempenho social ou profissional do indivíduo.

A Linha de Cuidado de Pessoas com Demência do Ministério da Saúde traz que demência é a principal causa de morbidade entre a população geriátrica e responde por cerca de 25% da soma do número de anos vividos com incapacidade. A doença de

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 18/11/2026 10:51 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p2fd9daf3ad766

41 3614-1470 Rua Dionísio Grabowski, 65 - CEP 83703-342 - Fazenda Velha - Araucária - PR

Alzheimer e a demência vascular são as principais formas de demência, correspondendo a cerca de 80% a 90% dos casos. Entretanto, existem outras demências que também são comuns em pessoas idosas, como a Demência por Corpúsculos de Lewy e a Demência Frontotemporal.

A síndrome demencial é causada por diversos processos etiopatogênicos, tanto crônicos quanto agudos, podendo ser classificada em:

- Evolutiva: Declínio progressivo por doenças neurodegenerativas, vascular ou infecciosa crônica;
- Estática: Demência vascular com fator de risco controlado, sequela de lesão cerebral aguda por trauma ou infecção;
- Potencialmente reversível: Doenças clínicas (por exemplo: hipotireoidismo, depressão), fatores nutricionais (por exemplo: deficiência de vitamina B12) e medicações (biperideno, benzodiazepínico, entre outras).

O comprometimento cognitivo leve representa o estágio entre o declínio cognitivo esperado do envelhecimento normal e o declínio mais grave da demência. O profissional de saúde deve identificar se há declínio cognitivo, alteração de humor e de comportamento como forma de rastreamento. Quando estas alterações estão presentes, uma anamnese completa deverá ser realizada, identificando as áreas que precisam ser melhor investigadas, avaliando condições clínicas, efeitos medicamentosos e depressão (BRASIL, 2024).

O diagnóstico de síndrome demencial é basicamente clínico, orientado na anamnese detalhada obtida a partir de informações do cuidador, exame clínico e avaliação objetiva do desempenho cognitivo e funcional. O diagnóstico da causa da demência, por sua vez, depende de investigação complementar, baseada essencialmente em exames laboratoriais e de neuroimagem. O processo diagnóstico deve seguir duas etapas: na primeira, o diagnóstico de demência deve ser firmado, com o cuidado de diferenciá-la de outras situações clínicas (diagnóstico diferencial). Na segunda etapa, deve ser definido o tipo de demência (PARANÁ, 2018).

Quando identificada precocemente, a demência pode ser tratada com medidas farmacológicas e não farmacológicas que reduzem as repercussões clínicas, melhoram o prognóstico de saúde dos pacientes e diminuem a sobrecarga dos cuidadores. Porém, segundo o Relatório Nacional sobre a Demência (BRASIL, 2024), cerca de 80% das pessoas com demência no país desconhecem o diagnóstico, dificultando a implementação de planos terapêuticos singulares adequados.

Para avaliação de déficit cognitivo ou em suspeita de quadro demencial na pessoa idosa, utilizamos o Miniexame do Estado Mental (MEEM - Anexo I) como teste de rastreio rápido. O MEEM é um instrumento extremamente útil na triagem cognitiva por ser simples e de fácil aplicação, cuja versão validada para o português brasileiro é o instrumento adotado no Paraná para esse fim. Os primeiros cinco itens do teste avaliam basicamente a memória e função executiva (atenção e concentração). A segunda

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 18/11/2026 10:51 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p2fd9daf3ad766

41 3614-1470 Rua Dionísio Grabowski, 65 - CEP 83703-342 - Fazenda Velha - Araucária - PR

metade avalia também outras funções corticais (linguagem, gnosia, praxia, função executiva e função visuoespacial). Portanto, é um teste capaz de rastrear todas as funções cognitivas, no entanto, não pode ser utilizado isoladamente para o diagnóstico das síndromes demenciais (PARANÁ, 2018).

As demências estão entre as principais causas de incapacidade, prejuízo da qualidade de vida e ônus para a família e a sociedade, sendo consideradas um relevante problema de saúde pública global. O Estudo Carga Global de Doença (Global Burden of Disease) estima que o número total de pessoas com demência aumentará de 55 milhões em 2021 para mais de 150 milhões em 2050 (BRASIL, 2024).

4.1.7 Demência na Doença de Alzheimer

A Demência de Alzheimer (DA) é a forma mais comum de demência, responsável por até 70% dos quadros demenciais, e está associada ao aumento da taxa de mortalidade das pessoas com demência. A fisiopatologia da DA está relacionada ao acúmulo extracelular de peptídeo β-amiloide (placas amiloides) e ao acúmulo intracelular de emaranhados neurofibrilares (compostos por proteína tau hiperfosforilada e agregada), sendo que ambos acarretam degeneração e morte neuronal. Caracteriza-se por um declínio progressivo das funções cognitivas, incluindo memória, linguagem, habilidades visuoespaciais, e capacidade de resolver problemas. Embora a maioria dos casos se manifeste após os 65 anos, existe uma forma de início precoce, que pode se manifestar antes dos 65 anos e está frequentemente associada a fatores genéticos.

Quadro 1: Características dos principais subtipos de demência

Tipo de Demência	Características
Demência na Doença de Alzheimer	Sintomas têm início lento, com predomínio de alteração de memória, disfunção executiva e discernimento. Sintomas precoces: dificuldade para lembrar nomes e eventos recentes, apatia, depressão. Sintomas tardios: desorientação, confusão, alteração de comportamento, fala, deglutição e deambulação
Demência Vascular	Associa-se a isquemia e pequenos infartos cerebrais. Pessoas com fatores de risco cardiovascular (diabetes, hipertensão, tabagismo, alcoolismo) apresentam maior risco para este tipo de demência. Início súbito, evolução em degraus. Sintomas comuns incluem dificuldade para agir e tomar decisões do dia a dia (ex. como ligar o fogão), mudanças de movimentos (ex pernas e braços) e mudanças na fala (ex dificuldades para pronunciar palavras). Memória pode não ser afetada seriamente

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 18/11/2026 10:51 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p2fd9daf3ad766

41 3614-1470 Rua Dionísio Grabowski, 65 - CEP 83703-342 - Fazenda Velha - Araucária - PR

Demência Mista	Presença de características da DA e de qualquer outro tipo, em especial Demência Vascular
Demência por Corpúsculos de Lewi	Flutuação dos sintomas, alucinações, rigidez muscular e tremores, podendo também ocorrer quedas e mudanças no padrão de sono. Sensibilidade a neurolépticos
Demência Frontotemporal	Mudanças comportamentais em comparação com o padrão da pessoa, como desinibição, comportamentos inapropriados e redução da empatia. Alterações de personalidade e distúrbios da linguagem.
Demência na Doença de Parkinson	Manifestação tardia na Doença de Parkinson, que se iniciam de 5 a 8 anos após o diagnóstico da DP. Sintomas cognitivos (memória, raciocínio e linguagem), alucinações e distúrbios de sono.
Hidrocefalia de Pressão Normal	Mudanças nos padrões cognitivos (memória, linguagem, raciocínio, etc). Incontinência urinária (já em fase inicial da doença) e dificuldade de deambulação.

Fonte: Adaptado de PARANÁ, 2018 e ZELAR, 2023.

Por se tratar de um tema relevante de saúde da população geriátrica, o município de Araucária abordará em protocolo específico a Linha de Cuidado de Pessoas com Demência, conforme preconiza o Ministério da Saúde.

4.1.8 Tremores

A diferenciação entre tremor fisiológico exacerbado, tremor essencial e Doença de Parkinson é fundamental para o adequado manejo clínico, uma vez que cada condição apresenta características distintas, prognóstico próprio e requer abordagens terapêuticas específicas. O reconhecimento das particularidades quanto à idade de início, tipo de tremor, distribuição corporal e associação com outros sinais neurológicos permite direcionar a avaliação, evitar diagnósticos equivocados e otimizar a conduta na Atenção à Saúde. Essa distinção contribui para intervenções mais precisas, encaminhamentos oportunos e melhor qualidade do cuidado prestado à pessoa com distúrbios do movimento.

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 18/11/2026 10:51 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p2fd9daf3ad766

41 3614-1470 Rua Dionísio Grabowski, 65 - CEP 83703-342 - Fazenda Velha - Araucária - PR

Quadro 2: Diferenciação Entre Tremor Fisiológico Exacerbado, Tremor Essencial e Doença de Parkinson

	Tremor fisiológico exacerbado	Tremor essencial	Doença de Parkinson
Idade de início	< 40 anos	Bimodal: 15-25 anos e 50-60 anos	> 50 anos
Sexo	Semelhante	Semelhante	Homem > Mulher
Histórico familiar	Variável	~ 50%	~ 15%
Caráter	Cinético-Postural fino	Cinético-Postural Flexão-Extensão	Repouso Supinação-pronação
Distribuição	Mãos	Mãos, cabeça (“não-não”), voz	Mão, perna, queixo, cabeça (“sim-sim”)
Achados motores	Não incapacitante	Pode haver leve alteração de marcha e sintomas cerebelares	Bradicinesia, hiposmia, micrografia, rigidez, instabilidade postural

Fonte: UNA-SUS, 2022.

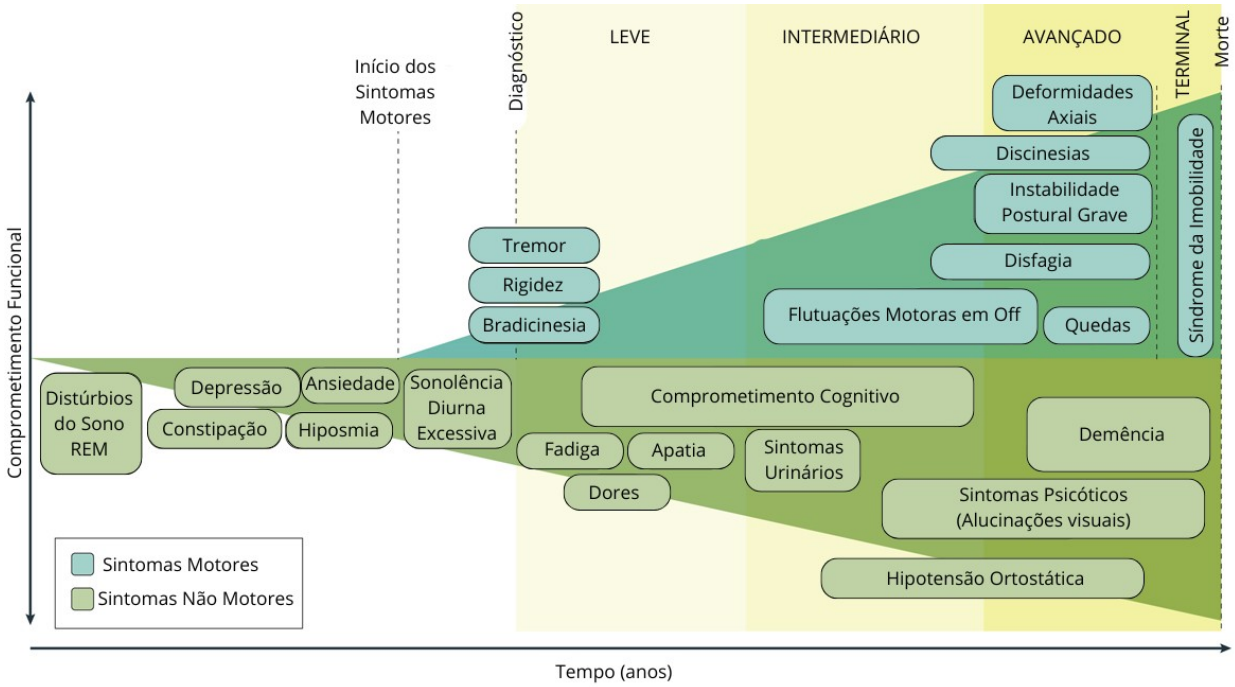
4.1.9 Doença de Parkinson

Do ponto de vista patológico, a Doença de Parkinson (DP) é uma doença neurodegenerativa cujas alterações motoras decorrem principalmente da morte de neurônios dopaminérgicos da substância nigra. Suas principais manifestações motoras incluem tremor de repouso, bradicinesia, rigidez de membros com roda denteada e anormalidades posturais. No entanto, a presença de processo degenerativo além da substância nigra pode explicar uma série de sintomas e sinais não motores, tais como alterações do olfato, distúrbios do sono, hipotensão postural, constipação, mudanças emocionais, depressão, ansiedade, sintomas psicóticos, prejuízos cognitivos, demência, entre outros . Por ser uma doença progressiva que usualmente acarreta incapacidade grave após 10 a 15 anos, a DP tem elevado impacto social e financeiro, particularmente na população mais idosa. Estima-se que o custo anual mundial com medicamentos antiparkinsonianos esteja em torno de 11 bilhões de dólares, sendo o tratamento cerca de três a quatro vezes mais caro para os pacientes na fase avançada da doença (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 18/11/2026 10:51 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p2fd9daf3ad766

41 3614-1470 Rua Dionísio Grabowski, 65 - CEP 83703-342 - Fazenda Velha - Araucária - PR

Figura 3: Evolução da Doença de Parkinson



Fonte: UNA-SUS. (Adaptado de POEWE W. et al. Parkinson disease. Nature Reviews Disease Primers). 2022.

4.1.10 Osteoporose

A osteoporose é uma doença crônica e sistêmica, de origem multifatorial, caracterizada pela redução da massa óssea e pela perda da microarquitetura mineral. Isso resulta em fragilidade mecânica e maior predisposição a fraturas por traumas mínimos, que frequentemente causam incapacidade. Por isso, a identificação precoce dos fatores de risco e a prevenção são cruciais.

Classificação:

- Primária: Inclui a osteoporose pós-menopausa e senil, respondendo por 80% dos casos.
- Secundária: Corresponde a 20% dos casos e está associada a outras doenças e fatores, como a doença renal.

A osteoporose pós-menopausa tem se tornado cada vez mais relevante devido ao aumento da expectativa de vida populacional. No Brasil, a expectativa de vida feminina é de aproximadamente 78 anos. Estima-se que a osteoporose afete cerca de 20% das brasileiras acima dos 50 anos, sendo que a prevalência aumenta de 15% entre 50 e 59 anos para 70% nas mulheres com mais de 80 anos.

Para a prevenção, o diagnóstico precoce é fundamental. Ele começa com a coleta do histórico familiar (fraturas por pequenos traumas a partir dos 40 anos) e um

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 18/11/2026 10:51 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p2fd9daf3ad766

41 3614-1470 Rua Dionísio Grabowski, 65 - CEP 83703-342 - Fazenda Velha - Araucária - PR

questionamento detalhado sobre todos os fatores de risco (consultar o quadro a seguir). Se necessário, a densitometria óssea pode ser realizada para quantificar a perda de massa óssea.

Quadro 3: Fatores de risco para osteoporose

Fatores maiores:
Sexo feminino; Raça asiática ou europeia; Idade avançada; História familiar de fratura osteoporótica ou osteoporose; Menopausa precoce; Tratamento com corticoides ou outras drogas que induzem a perda da massa óssea.
Fatores menores:
Parada da menstruação em idade jovem; Perda de peso exagerada; Tabagismo; Alcoolismo; Sedentarismo; Imobilização prolongada; Dieta pobre em cálcio.

Fonte: UFSC, 2016.

A deficiência de estrogênio na menopausa é um fator de risco primário para osteoporose em mulheres. Contudo, a terapia de reposição hormonal tem seus riscos (câncer de mama e endométrio, por exemplo) e não é indicada para todas as mulheres. Assim, a decisão por essa terapia deve ser individualizada e cautelosa.

Manter um peso corporal adequado é crucial. Deve-se evitar o baixo peso corporal e a perda de peso excessiva, pois indivíduos com maior peso corporal apresentam maior Densidade Mineral Óssea (DMO). O peso interage com hormônios gonadais, protegendo a massa óssea dos efeitos negativos da deficiência estrogênica.

A prática regular de exercícios é eficaz na prevenção e tratamento da osteoporose. Exercícios aeróbicos, em particular, demonstram manter a massa óssea em mulheres pós-menopausa, tanto na coluna vertebral quanto no quadril. Em indivíduos com osteoporose estabelecida, exercícios de alto impacto devem ser evitados devido ao risco de fraturas. Além dos benefícios para o tecido ósseo, o exercício regular melhora o equilíbrio, a elasticidade e a força muscular, reduzindo o risco de quedas e fraturas. Caminhadas de 30 a 45 minutos, três a quatro vezes por semana, preferencialmente durante o dia são recomendadas. (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, 2016).

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 18/11/2026 10:51 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p2fd9daf3ad766

41 3614-1470 Rua Dionísio Grabowski, 65 - CEP 83703-342 - Fazenda Velha - Araucária - PR

Apesar de vários nutrientes estarem envolvidos na formação e manutenção da massa óssea, o cálcio e o colecalciferol (vitamina D) são os mais importantes e fazem parte do tratamento padrão na prevenção de fraturas. A suplementação de cálcio deve ser garantida caso a ingestão mínima diária de alimentos lácteos não seja atingida. A ingestão de cálcio recomendada varia ao longo da vida, mas, de maneira geral, recomenda-se que seja mantida na faixa de 1.000 a 1.200 mg de cálcio elementar por dia. Preocupações sobre a segurança da suplementação de cálcio quanto ao aumento do risco de eventos cardiovasculares não foram confirmadas, exceto nos casos de excesso de suplementação, principalmente acima de 1.400 mg/dia. Assim, a dose deve ser inferior a 1.400 mg/dia de cálcio elementar e fracionada em doses de 500 mg de cálcio elementar. Em relação à vitamina D, recomenda-se a ingestão diária de pelo menos 2.000 UI por dia ou 14.000 UI por semana para pessoas a partir dos 60 anos. Eventualmente, esses pacientes podem utilizar doses maiores até que os níveis séricos se estabilizem acima de 30 ng/mL. Alguns estudos mostraram que essa dose de vitamina D associada ao cálcio leva à redução das fraturas de quadril e das não vertebrais, especialmente na população com risco aumentado de quedas, como em indivíduos institucionalizados com histórico ou risco de fraturas por fragilidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2023).

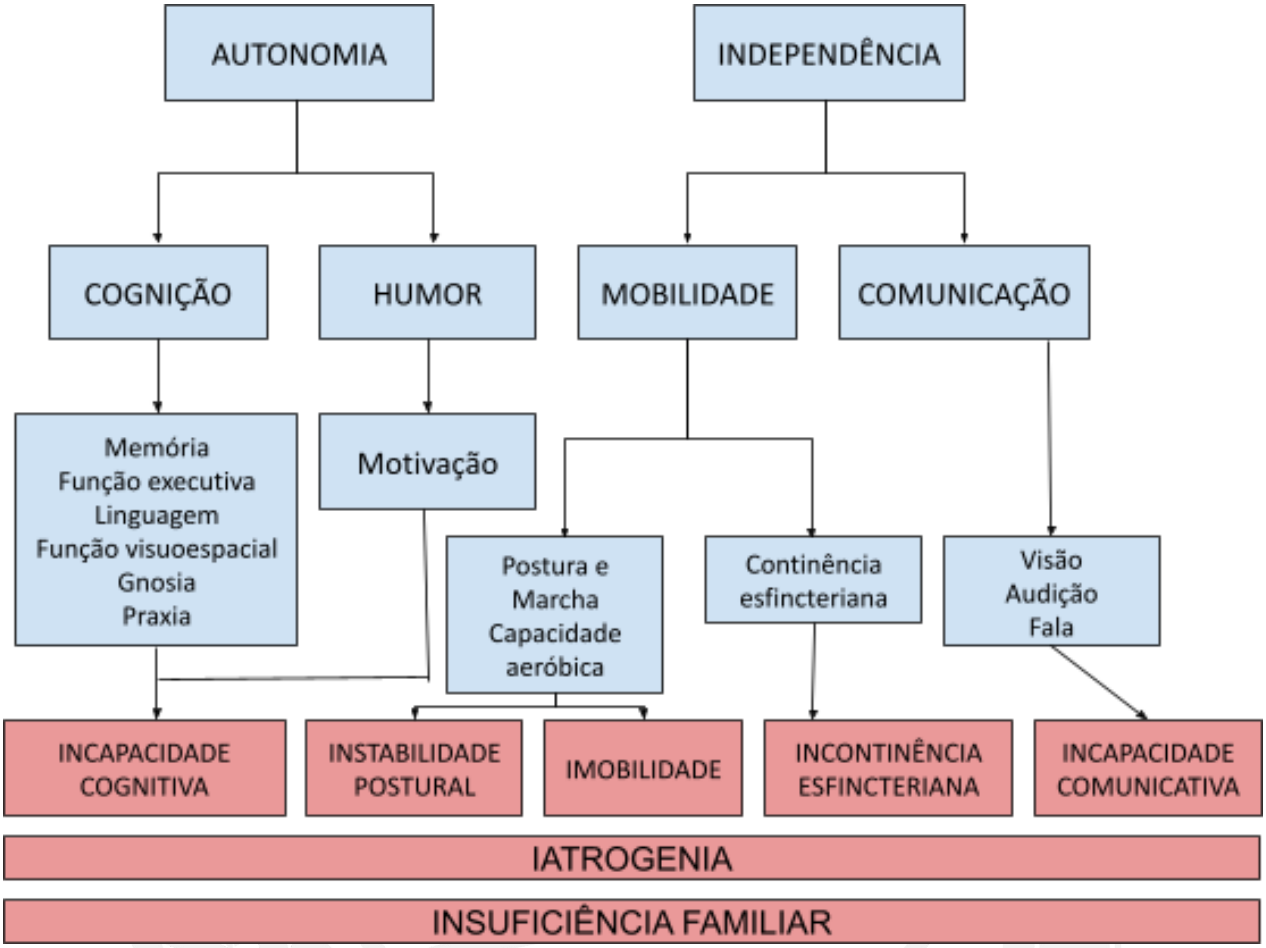
4.2 Síndromes Geriátricas

As Grandes Síndromes Geriátricas são condições de saúde complexas prevalentes em pessoas idosas, especialmente as mais frágeis, que não se enquadram em categorias de doenças definidas e que frequentemente são consequências de múltiplos fatores subjacentes, afetando vários sistemas orgânicos (YUASO, 2021).

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 18/11/2026 10:51 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p2fd9daf3ad766

41 3614-1470 Rua Dionísio Grabowski, 65 - CEP 83703-342 - Fazenda Velha - Araucária - PR

Figura 4: Grandes síndromes geriátricas



Fonte: MORAES; MARINO; SANTOS, 2010

4.2.1 Iatrogenia

Iatrogenia pode ser definida como um evento ou patologia não intencional causado por uma intervenção, justificada ou não, por parte da equipe multiprofissional de saúde, que resulte em dano à saúde do paciente (iatrogenia de ação). A iatrogenia também pode ser decorrente da omissão direta de uma intervenção bem estabelecida esperada ou de um procedimento de monitoramento (iatrogenia de omissão) (PARANÁ, 2019).

As pessoas idosas estão mais expostas à iatrogenia em razão do próprio envelhecimento, que as deixa mais vulneráveis a doenças agudas e crônicas que demandam o uso de vários medicamentos que modificam a maneira como o corpo metaboliza os medicamentos. Além disso, quanto mais doenças e procedimentos invasivos (radioterapia, quimioterapia, diálise, cateterismo, cirurgias, terapia intensiva etc.), maior o risco de iatrogenia (YUASO, 2021).

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 18/11/2026 10:51 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p2fd9daf3ad766

A iatrogenia na pessoa idosa provém de fatores diversos que acometem a saúde do indivíduo, porém, dentre estes fatores e com maior frequência, podemos citar a polifarmácia (iatrofarmacogenia). A polifarmácia é decorrente do uso de múltiplos medicamentos (cinco ou mais medicamentos de classes diferentes) e da interação medicamentosa e do desconhecimento das alterações farmacocinéticas e farmacodinâmicas associadas ao envelhecimento (MORAES; MARINO; SANTOS, 2010).

4.2.2 Incontinência Esfincteriana

Incontinência urinária (IU) é um dos problemas mais comuns na idade avançada, sendo mais frequente em mulheres. Essa condição aumenta com a idade e afeta uma em cada cinco mulheres de 85 anos ou mais (MORAES; MARINO; SANTOS, 2010). Apesar de ser muito comum no envelhecimento, a IU não é uma alteração fisiológica e deve sempre ser investigada, principalmente por gerar constrangimento entre as pessoas acometidas e por acharem que é normal apresentar essas perdas (YUASO, 2021).

Incontinência fecal é definida como perda involuntária de fezes (líquida ou sólida). Comumente é uma situação que não ameaça a vida das pessoas, entretanto, é uma desordem angustiante que atinge o indivíduo na sua autoestima e identidade, resultando em depressão e isolamento progressivo.

As pessoas idosas normalmente não relatam ao seu médico a presença deste sintoma. Normalmente mudam a rotina diária e limitam sua vida social, isolando-se por vergonha. Ficam dependentes do acesso fácil e rápido ao banheiro, carregam forros ou roupas extras e escondem o problema também da família e amigos.

Com o envelhecimento, ocorre a degeneração do esfíncter anal interno. Também pode ocorrer a redução da complacência retal, da sensibilidade anal e a atrofia muscular do assoalho pélvico, que estão associadas ao aumento da idade (QUINTÃO et al., 2010).

A presença de impactação fecal, também bastante comum nas pessoas idosas, pode afetar a sensação anal e a complacência retal, além de causar laceração muscular e incontinência (YUASO, 2021).

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 18/11/2026 10:51 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p2fd9daf3ad766

41 3614-1470 Rua Dionísio Grabowski, 65 - CEP 83703-342 - Fazenda Velha - Araucária - PR

4.2.3 Instabilidade Postural e Quedas

As quedas entre as pessoas idosas constituem uma importante causa de morbidade e mortalidade, podendo ocasionar a perda significativa da independência funcional e até a morte.

Qualquer situação responsável por restrição da mobilidade, como repouso no leito, doença aguda e hospitalização, colabora para a instalação da instabilidade postural. Além disso, a instabilidade favorece a imobilidade, gerando um ciclo vicioso.

Para Maia *et. al*. (2011), o medo de cair (ptofobia) é uma consequência negativa e frequente das quedas. Após uma queda, é comum que a pessoa idosa reduza sua mobilidade e participação em atividades sociais por receio de novos episódios. Essa restrição pode resultar em piora da capacidade funcional, agravamento da instabilidade postural, isolamento social e comprometimento da saúde mental, com repercussões na cognição, autoestima e qualidade de vida.

Identificar os fatores de risco das quedas entre pessoas idosas é uma importante etapa na prevenção de quedas, visto ser possível minimizar sua ocorrência quando conhecemos os principais fatores desencadeantes e adotamos as medidas de prevenção.

As queixas de desequilíbrio aumentam com o avançar da idade, deixando as pessoas idosas mais propensas a quedas e à redução da capacidade funcional. Doenças ou tratamentos que comprometem a força e a coordenação motora associados a déficits da visão, audição, cognição, atenção, coordenação, sensibilidade e força dos membros agravam o risco de quedas.

Para Yuaso (2021) , as principais causas de quedas podem ser divididas em:

Causas intrínsecas: são alterações próprias do processo de envelhecimento e de doenças que podem estar presentes neste ciclo vital.

Quadro 4: Fatores intrínsecos para quedas

Principais fatores intrínsecos:
● Doenças como osteoporose, doença de Parkinson e outras;
● Diminuição da visão, audição e sensibilidade;
● Alteração da marcha (passos curtos, arrastados, base alargada);
● Reflexos mais lentos, fraqueza muscular;
● Deformidades dos pés (calosidades, joanetes, artroses);
● Efeitos colaterais de medicamentos (iatrogenia).

Fonte: Elaborado pelos autores (2026).

Causas extrínsecas (ambientais): são os riscos ambientais, ou seja, aquelas causas de quedas que podemos evitar com cuidados simples no ambiente dentro e fora de casa. A adaptação ambiental está relacionada às mudanças no meio ambiente ou no

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 18/11/2026 10:51 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p2fd9daf3ad766

41 3614-1470 Rua Dionísio Grabowski, 65 - CEP 83703-342 - Fazenda Velha - Araucária - PR

espaço físico que facilitem a acessibilidade e a mobilidade de pessoas com alguma dificuldade física, comportamental ou sensorial (visão, audição).

Quadro 5: Fatores extrínsecos para quedas

Principais fatores extrínsecos:

- Tapetes soltos, pisos escorregadios, com água ou muito encerados;
- Móveis instáveis, cadeira de balanço, camas e sofás muito alto ou muito baixos;
- Ambientes mal iluminados;
- Ausência de barras de apoio nos banheiros;
- Chinelos e sapatos com solado escorregadio ou mal adaptados aos pés;
- Objetos espalhados pelo chão ou soltos que podem fazer tropeçar;
- Situações de riscos, como: escadas sem corrimão, subir em escadas ou banquetas para alcançar objetos ou o abaixar-se com dificuldade.

Fonte: Elaborado pelos autores (2026).

Importante lembrar:

- É fundamental conhecer a capacidade de mobilidade da pessoa idosa, para que possam ser realizadas adaptações que resolvam os seus problemas específicos;
- O ambiente domiciliar é construído ao longo de toda a vida, e com base em expectativas pessoais. Portanto, é necessário ter paciência e compreensão ao modificar um ambiente, mesmo que seja para maior segurança da própria pessoa idosa.

Saiba mais sobre prevenção de quedas em:
Manual de prevenção de quedas em pessoas idosas

4.2.4 Incapacidade Cognitiva

As habilidades de pensar, de perceber, de lembrar, de comunicar, de planejar, de sentir, de raciocinar e de responder a estímulos externos compõem o funcionamento cognitivo. Nesse contexto, embora para a maioria das pessoas idosas as capacidades cognitivas permaneçam preservadas, algumas alterações podem usualmente acompanhar o envelhecimento.

A incapacidade cognitiva refere-se ao comprometimento das funções encefálicas superiores capaz de prejudicar a funcionalidade da pessoa. As alterações nas funções superiores que não apresentam prejuízo na funcionalidade do paciente não podem ser classificadas como incapacidade cognitiva (essas alterações constituem o transtorno

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 18/11/2026 10:51 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p2fd9daf3ad766

41 3614-1470 Rua Dionísio Grabowski, 65 - CEP 83703-342 - Fazenda Velha - Araucária - PR

cognitivo leve). Para o estabelecimento do diagnóstico de incapacidade cognitiva é fundamental a constatação do prejuízo na funcionalidade do indivíduo ou perda de AVDs . As principais etiologias da incapacidade cognitiva são: demência, depressão, delirium e doenças mentais, como esquizofrenia, oligofrenia e parafrenia (MORAES; MARINO; SANTOS, 2010).

Muitas funções cognitivas diminuem em idade relativamente jovem, mesmo que em ritmos diferentes. Contudo, há indícios de que a deterioração cognitiva em função da idade possa ser parcialmente compensada com as habilidades práticas, experiências adquiridas ao longo da vida e diminuída com o treinamento mental e com a realização de atividade física (YUASO, 2021).

Saiba mais sobre a identificação da Demência na APS em:
Identificação da Demência na Atenção Primária

4.2.5 Imobilidade

A síndrome da imobilidade é um complexo conjunto de sinais e sintomas, que ocorre em razão da perda de movimentos articulares e da instabilidade postural, que compromete a independência, gera incapacidade, fragilidade e pode resultar em morte (YUASO, 2021).

O conceito de imobilidade é variável, associando-se intrinsecamente ao movimento ou deslocamento no espaço, possibilitando a independência do indivíduo. Entende-se por imobilidade qualquer limitação do movimento e representa causa importante de comprometimento da qualidade de vida. O espectro de gravidade é variável e, frequentemente, progressivo. No grau máximo de imobilidade, conhecido como síndrome de imobilização ou da imobilidade completa, o indivíduo é dependente completo: apresenta déficit cognitivo avançado, rigidez e contraturas generalizadas e múltiplas, afasia, disfagia, incontinência urinária e fecal, úlceras de pressão, necessitando de cuidador em tempo integral. Todos os sistemas fisiológicos perdem progressivamente as suas funções, com a imobilidade constituindo a etapa final da história natural do processo de senilidade (MORAES; MARINO; SANTOS, 2010).

De acordo com Yuaso (2021), os fatores de risco para imobilidade podem ser agrupados em:

- Intrínsecos: relacionados com a idade da pessoa, dependência nas atividades de vida diária (AVD), problemas psiquiátricos, polipatologias, polifarmácia e instabilidade postural;
- Extrínsecos: referentes a problemas familiares (negligência), fatores ambientais, hospitalização prolongada e institucionalização.

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 18/11/2026 10:51 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p2fd9daf3ad766

41 3614-1470 Rua Dionísio Grabowski, 65 - CEP 83703-342 - Fazenda Velha - Araucária - PR

4.2.6 Incapacidade Comunicativa

A incapacidade de comunicação caracteriza-se pela diminuição nas habilidades de fala, audição, linguagem, motricidade e visão. Esses déficits afetam a troca de informações com o meio, resultando na perda ou restrição da participação social (funcionalidade) e da independência e no sentimento de frustração e de desconexão com o mundo, comprometendo a autonomia e afetando diretamente a independência do indivíduo.

Além das alterações fisiológicas do processo de envelhecimento e de outras decorrentes de algumas doenças que contribuem com a incapacidade comunicativa, as interações sociais também seguem uma dinâmica heterogênea ao longo do ciclo da vida, devido a fatores como:

- A morte ou migração de familiares;
- As dificuldades da pessoa idosa na realização das tarefas necessárias para manter ligações sociais ativas;
- A redução das oportunidades para a manutenção e renovação de laços afetivos.

O empobrecimento das redes para sociabilização reduz a quantidade de contatos, modifica a qualidade e a variedade de interações, limitando a capacidade comunicativa das pessoas idosas. Essa situação também se reflete na família (YUASO, 2021).

4.2.7 Insuficiência Familiar

Essa síndrome envolve um processo psicossocial, com pouco ou nenhum apoio social e com vínculo familiar prejudicado. A dimensão sociofamiliar é fundamental na avaliação multidimensional. A família constitui-se na principal instituição cuidadora de pessoas idosas frágeis, devendo ser privilegiada nessa sua função. A transição demográfica, entretanto, atinge diretamente essa "entidade", reduzindo drasticamente a sua capacidade de prestar apoio a seus membros (MORAES; MARINO; SANTOS, 2010). A valorização das relações familiares no apoio às pessoas idosas tem um forte peso cultural, com pressões sociais de costumes que geram culpa quando a família, especialmente a mulher, se vê na impossibilidade de cuidar do familiar.

Ainda segundo estes autores, dentre os principais motivos para as modificações nos arranjos familiares destacam-se:

- Maior participação da mulher no mercado de trabalho;
- Valorização do individualismo e conflitos intergeracionais;
- Declínio da fecundidade e do número de cuidadores familiares/filhos disponíveis.

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 18/11/2026 10:51 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p2fd9daf3ad766

41 3614-1470 Rua Dionísio Grabowski, 65 - CEP 83703-342 - Fazenda Velha - Araucária - PR

A situação torna-se ainda mais problemática no momento em que faltam ou esgotam as capacidades de oferecer apoio adequado à pessoa idosa por parte da família, especialmente nas situações de fragilidade e de envelhecimento associadas às Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) (YUASO, 2021).

O Sistema Único de Saúde (SUS) e o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) reconhecem o território e a matricialidade da família no planejamento dos cuidados. No caso da pessoa idosa, o cuidado deve ser norteado com base na sua funcionalidade. Sendo assim, é importante que as famílias com pessoas idosas dependentes ou em risco de desenvolver dependência se tornem alvos prioritários do cuidado e do apoio por parte dos serviços de assistência.

Diante da insuficiência ou da falta de apoio sociofamiliar, atentar para as seguintes situações:

- Possíveis situações de violência contra a pessoa idosa;
- Verbalização de maus tratos por parte da pessoa idosa ou de terceiros;
- Higiene corporal e/ou ambiental precária;
- Negligência com a medicação;
- Hospitalizações frequentes, desnutrição, quedas justificadas de maneira contraditória, entre outras.

4.3 Intervenções Multiprofissionais nas Síndromes Geriátricas

No contexto do envelhecimento populacional, observa-se o aumento da prevalência de condições que podem comprometer a funcionalidade, a autonomia e a qualidade de vida da pessoa idosa. Nesse cenário, a Atenção Primária à Saúde (APS) constitui a principal porta de entrada e coordenadora do cuidado na Rede de Atenção à Saúde, desempenhando papel estratégico na identificação precoce de situações de vulnerabilidade, no manejo de agravos e na organização do cuidado longitudinal.

Dessa forma, torna-se fundamental que as equipes de saúde adotem abordagens sistematizadas para o enfrentamento de condições frequentemente associadas ao processo de envelhecimento e ao declínio funcional. O quadro a seguir apresenta diretrizes de intervenções e abordagens frente a situações relevantes no cuidado à pessoa idosa.

As ações propostas visam subsidiar a atuação das equipes da Atenção Primária à Saúde, fortalecendo o cuidado integral, multiprofissional e centrado na pessoa idosa, bem como a articulação entre os diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde e com a rede intersetorial, contribuindo para a promoção do envelhecimento saudável e a prevenção de agravos.

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 18/11/2026 10:51 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p2fd9daf3ad766

41 3614-1470 Rua Dionísio Grabowski, 65 - CEP 83703-342 - Fazenda Velha - Araucária - PR

Quadro 6: Intervenções Multiprofissionais nas Síndromes Geriátricas

Situação Identificada	Intervenções e Abordagens	Pontos da Rede / Responsáveis
Iatrogenia *Dano ou efeito adverso causado ao paciente em decorrência de intervenções de saúde, sejam elas diagnósticas, terapêuticas ou preventivas, incluindo erros, excessos ou uso inadequado de procedimentos e medicamentos.*	• Identificar sinais de eventos adversos relacionados a medicamentos ou procedimentos; • Utilizar protocolos clínicos para racionalização da solicitação de exames, considerando critérios de pertinência, risco-benefício e impacto na conduta, evitando exposições e intervenções desnecessárias; • Realizar revisão terapêutica e reconciliação medicamentosa; • Avaliar polifarmácia e interações medicamentosas; • Ajustar ou suspender medicamentos potencialmente inapropriados; • Orientar a pessoa idosa e/ou cuidador quanto ao uso correto dos medicamentos, com organização de caixa de medicamentos devidamente identificada (nome, dose, horário e via de administração), utilizando recursos visuais que favoreçam a adesão e segurança; • Monitorar evolução clínica e registrar em prontuário.	Equipe da APS (médico, enfermeiro/técnico de enfermagem, farmacêutico); serviços especializados quando necessário (geriatra, farmacêutico, enfermeiro);
Incontinência Esfincteriana *Incapacidade voluntária de controlar urina e/ou fezes, podendo derivar de causas neurológicas, estruturais ou infecções.*	• Avaliar histórico miccional e intestinal; • Investigar e tratar causas reversíveis; • Orientar treinamento vesical e hábitos intestinais saudáveis; • Orientar exercícios de fortalecimento do assoalho pélvico; • Orientar cuidados com a pele e higiene; • Avaliar necessidade de dispositivos de apoio (fraldas, absorventes, roupas íntimas absorventes, coletor urinário, “comadre”, “papagaio”, cadeira higiênica); • Acompanhar evolução clínica e funcional.	Equipe da APS (médico, fisioterapeuta; enfermeiro/técnico de enfermagem; serviços especializados quando necessário (urologista, geriatra, fisioterapeuta).
Instabilidade Postural e	• Identificar histórico de quedas e fatores de	Equipe da APS (médico,

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 18/11/2026 10:51 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p2fd9daf3ad766

41 3614-1470 Rua Dionísio Grabowski, 65 - CEP 83703-342 - Fazenda Velha - Araucária - PR

Quedas *Dificuldade ou incapacidade de manter o equilíbrio do corpo, tanto em pé (estática) quanto em movimento (dinâmica), resultando em insegurança ao caminhar , quedas, fraturas e imobilidade.*	risco; • Avaliar marcha, equilíbrio e força muscular; • Revisar medicamentos associados ao risco de quedas; • Estimular realização de exercícios de fortalecimento e equilíbrio - direcionar para o profissional mais indicado; • Orientar uso de dispositivos de apoio; • Verificar e orientar necessidade de adaptações no ambiente domiciliar para prevenção de quedas; • Utilizar de recursos lúdicos e visuais para facilitar o entendimento (teatro, oficina, circuito interativo, cartilha de prevenção de quedas, etc); • Realizar acompanhamento periódico.	fisioterapeuta, nutricionista, terapeuta ocupacional, enfermeiro, técnico/auxiliar de enfermagem, agentes comunitários de saúde); atenção especializada quando necessário (geriatra, neurologista, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional).
Incapacidade Cognitiva *Perda ou comprometimento significativo de funções cerebrais superiores — como memória, atenção, linguagem e planejamento — que impede o indivíduo de realizar atividades do cotidiano de forma independente.*	• Identificar sinais de comprometimento cognitivo (preferencialmente com testes padronizados); • Avaliar impacto nas atividades de vida diária; • Investigar e tratar causas reversíveis; • Orientar a realização de atividades de estimulação cognitiva; • Orientar familiares e cuidadores; • Articular encaminhamento para avaliação especializada quando indicado; • Acompanhar evolução funcional e cognitiva.	Equipe da APS (médico, psicólogo, enfermeiro, terapeuta ocupacional); atenção especializada quando necessário (geriatra, neurologista, enfermeiro, psicólogo, terapeuta ocupacional).
Imobilidade *Incapacidade ou limitação severa de um indivíduo se mover, mudar de postura ou se deslocar de forma independente, resultando em repouso prolongado .*	• Identificar limitações de mobilidade e dependência funcional; • Investigar condições clínicas associadas; • Estimular mobilização com exercícios de fortalecimento e alongamento; • Orientar adaptações no domicílio para facilitar deslocamento; • Prevenir complicações como lesões por pressão e perda muscular; • Acompanhar evolução funcional.	Equipe da APS (médico, fisioterapeuta, nutricionista, terapeuta ocupacional, enfermeiro, técnico de enfermagem); atenção especializada quando necessário (geriatra, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, nutricionista).
Incapacidade Comunicativa *Dificuldade ou impossibilidade*	• Identificar dificuldades de comunicação verbal ou não verbal; • Sugerir adaptações na comunicação: utilizar	Equipe da APS (médico, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional); serviços

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 18/11/2026 10:51 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p2fd9daf3ad766

41 3614-1470 Rua Dionísio Grabowski, 65 - CEP 83703-342 - Fazenda Velha - Araucária - PR

de uma pessoa expressar, compreender ou trocar informações de forma eficaz, seja por alterações cognitivas, neurológicas, sensoriais ou motoras, comprometendo a interação social e o cuidado em saúde.	frases curtas e objetivas; falar de frente e em ambiente iluminado; reduzir ruídos no ambiente; respeitar o tempo de fala da pessoa idosa; repetir informações quando necessário utilizando linguagem clara; • Estimular comunicação por meio de conversas, música e interação social; • Avaliar necessidade de próteses auditivas ou encaminhamento especializado.	especializados quando necessário (otorrinolaringologista, oftalmologista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional)
Insuficiência Familiar *Incapacidade da família em prover cuidados, apoio emocional ou suporte prático a pessoa idosa, seja por ausência de parentes, conflitos, limitações financeiras ou de saúde.*	• Identificar limitações no suporte familiar e rede de apoio; • Avaliar e priorizar as necessidades de cuidado da pessoa idosa; • Orientar familiares e cuidadores quanto à organização do cuidado; • Estimular fortalecimento da rede de apoio familiar e comunitária; • Articular acesso a serviços da rede intersetorial; • Notificar quando suspeita de maus tratos / violência; • Acompanhar a dinâmica familiar e o cuidado domiciliar.	Equipe da APS (médico, psicólogo, enfermeiro / técnico de enfermagem, agente comunitário de saúde); rede de proteção e assistência social.

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 18/11/2026 10:51 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p2fd9daf3ad766

41 3614-1470 Rua Dionísio Grabowski, 65 - CEP 83703-342 - Fazenda Velha - Araucária - PR

Fonte: Elaborado pelos autores (2026).

Saiba mais sobre as Síndromes Geriátricas em:
Síndromes geriátricas e a reabilitação da pessoa idosa

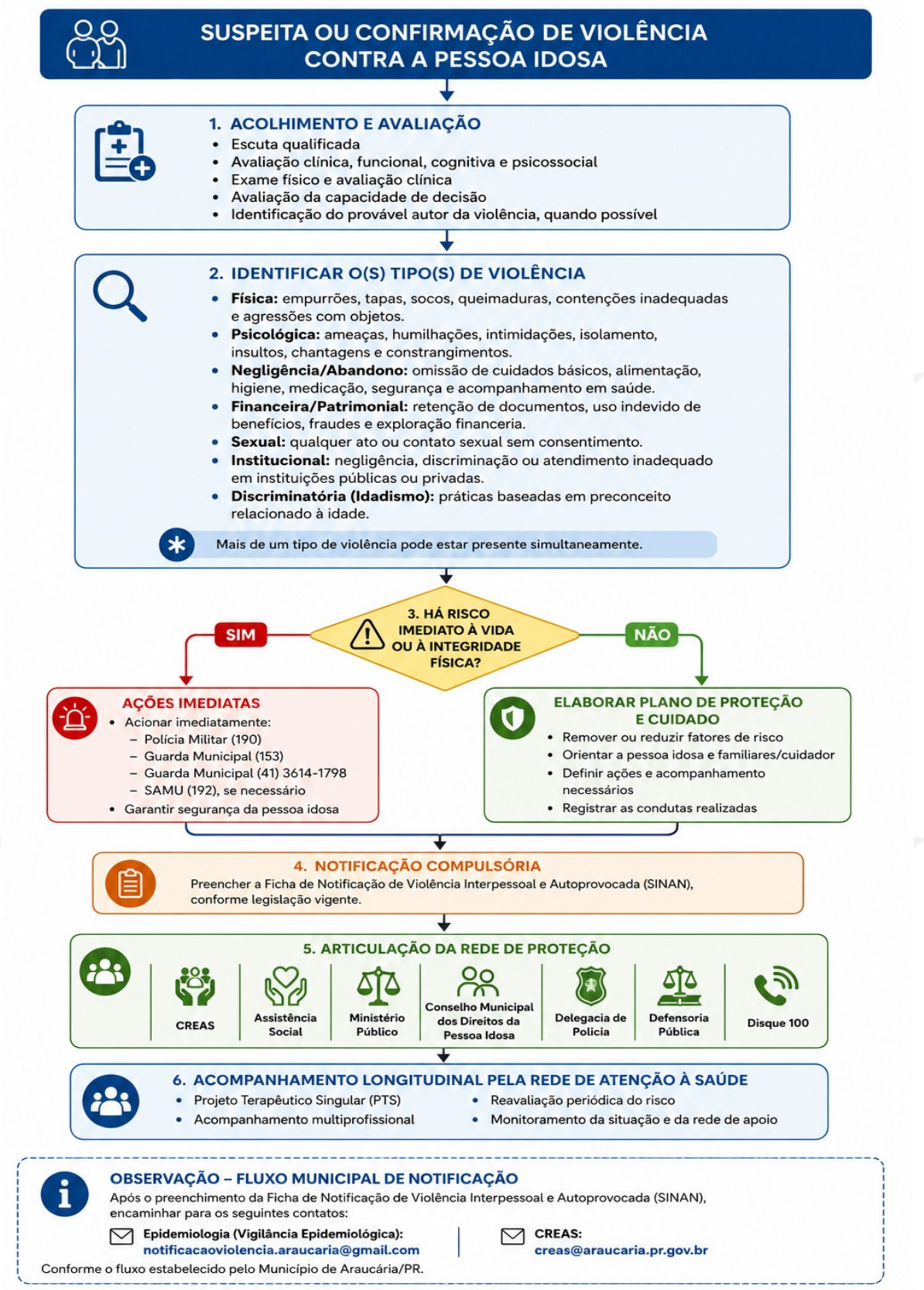
4.4 Violência Contra a Pessoa Idosa

A violência contra a pessoa idosa constitui uma grave violação dos direitos humanos e um importante problema de saúde pública, com repercussões físicas, psicológicas, sociais e funcionais que comprometem a qualidade de vida, a autonomia e a dignidade dessa população. O fluxograma a seguir orienta a identificação, o manejo inicial, a notificação compulsória e o encaminhamento dos casos de suspeita ou confirmação de violência contra a pessoa idosa, contribuindo para uma assistência integral, oportuna e centrada na proteção dos direitos da pessoa idosa.

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 18/11/2026 10:51 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p2fd9daf3ad766

41 3614-1470 Rua Dionísio Grabowski, 65 - CEP 83703-342 - Fazenda Velha - Araucária - PR

Figura 5: Fluxograma de Atendimento à Pessoa Idosa em Situação de Violência



Fonte: Elaborado pelos autores (2026).

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 18/11/2026 10:51 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p2fd9daf3ad766

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 18/11/2026 10:51 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p2fd9daf3ad766

4.5 A Estratificação de Risco Clínico-Funcional

O município de Araucária, em conformidade com o preconizado pelo estado do Paraná, adota como meio de avaliação multidimensional da pessoa idosa, o instrumento IVCF-20 (Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional) que foi desenvolvido e validado no Brasil, a partir de outros instrumentos de triagem rápida amplamente citados na literatura. É um instrumento simples e de rápida aplicação, que avalia as principais dimensões consideradas preditoras de declínio funcional e/ou óbito em pessoas idosas: a idade, a auto-percepção da saúde, as atividades de vida diária, a cognição, o humor, a mobilidade, a comunicação e a presença de comorbidades múltiplas (PARANÁ, 2018). A aplicação do teste pode ser realizada por qualquer profissional da equipe de saúde (enfermeiro, médico, técnico/auxiliar de enfermagem, agente comunitário de saúde, dentista, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, assistente social, dentista, psicólogo, farmacêutico e outros), desde que devidamente capacitados e autorizados por diretrizes municipais, quando necessário.

A estratificação pode ser realizada durante a visita domiciliar, nas várias oportunidades de contato com a equipe de saúde (consultas, vacinação, dispensação de medicamentos, atividades educacionais entre outras), mutirões de avaliação ou campanhas ampliadas junto a outras ações em saúde desenvolvidas ao longo do ano (por exemplo Outubro Rosa, Agosto Azul, entre outros dias alusivos às condições de saúde da população brasileira).

A definição do estrato clínico-funcional na pessoa idosa baseia-se na funcionalidade (dependência ou independência para atividades básicas e instrumentais de vida diária) além da presença de fatores de risco, doenças e comorbidades múltiplas, já que além da heterogeneidade funcional, as pessoas idosas também apresentam diferenças quanto à complexidade clínica individual e à necessidade de acompanhamento médico e/ou geriátrico-gerontológico especializado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

O rastreamento de risco da população idosa por meio do IVCF-20 deve ser complementado pela avaliação multidimensional de maneira multiprofissional e interdisciplinar, envolvendo todos os profissionais da equipe de saúde nos diferentes pontos de atenção que integram os diversos níveis e ofertas de cuidado da RAS no município.

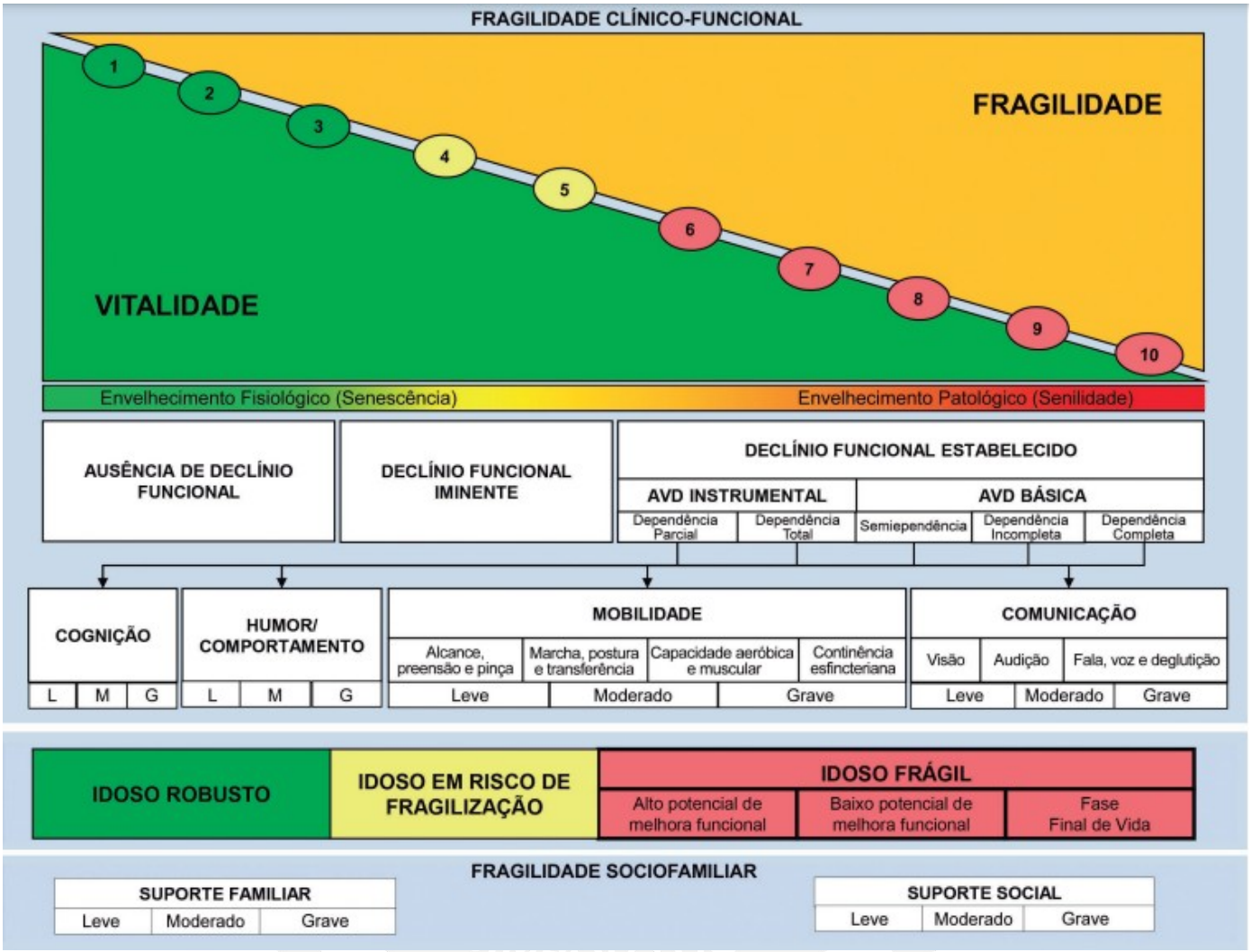
A partir da Escala Visual de Fragilidade (EVF) (Figura 5), Moraes et al. (2016) desenvolveram a Classificação Clínico Funcional do Idoso (Quadro 8), que distribui os a população geriátrica em três grandes grupos: robustos, em risco de fragilização e frágeis, sendo que cada grupo engloba alguns estratos da EVF:

- Idosos robustos: estratos 1, 2 e 3;
- Idosos em risco de fragilização: estratos 4 e 5;
- Idosos frágeis: estratos 6, 7, 8, 9 e 10.

41 3614-1470 Rua Dionísio Grabowski, 65 - CEP 83703-342 - Fazenda Velha - Araucária - PR

Os idosos frágeis, por sua vez, dividem-se em três grupos: de baixa complexidade, de alta complexidade e em fase final de vida.

Figura 6: Escala visual de fragilidade (EVF)



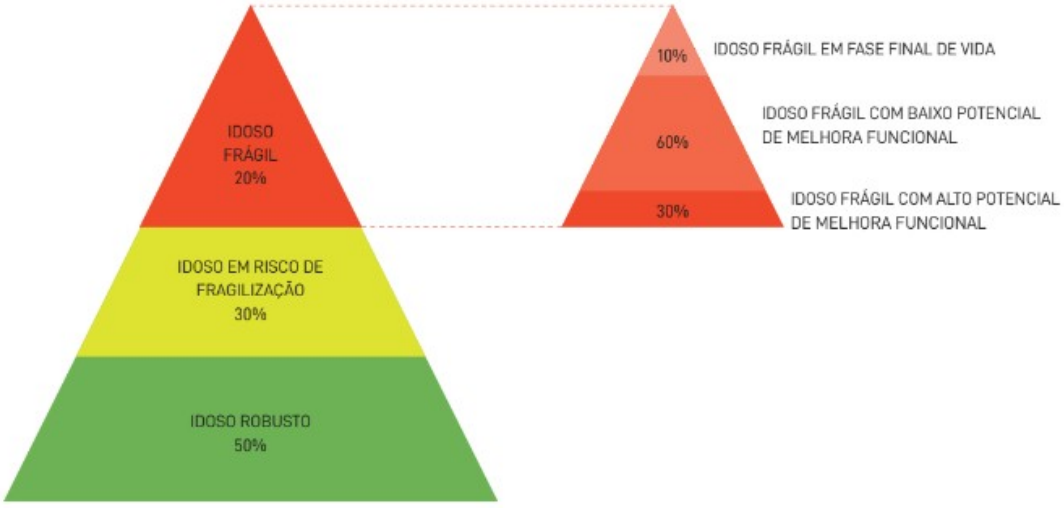
Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019

Na classificação clínico-funcional, estima-se que a maior parte (cerca de 50%) é considerada robusta, necessitando de pequenos ajustes na atenção à saúde, particularmente no que se refere à prescrição de intervenções fúteis ou potencialmente iatrogênicas. Cerca de 20% são frágeis e necessitam de respostas diferenciadas para suas demandas de saúde, definidas de maneira compartilhada pela AAE e APS. O terceiro grupo, com risco de fragilização ou pré-frágeis, representa cerca de 30% da população idosa e deve ser monitorado rigorosamente pela APS, pois estão em risco de adquirirem incapacidades funcionais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 18/11/2026 10:51 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p2fd9daf3ad766

Destaca-se, ainda, que estes dados servem como referência estimada para a qualificação da população idosa do município.

Figura 7: Prevalência dos estratos funcionais na população idosa



Fonte: BRASIL, 2019.

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 18/11/2026 10:51 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p2fd9daf3ad766

41 3614-1470 Rua Dionísio Grabowski, 65 - CEP 83703-342 - Fazenda Velha - Araucária - PR

Quadro 7: Classificação clínico funcional no idoso

ESTRATIFICAÇÃO CLÍNICO-FUNCIONAL		
Idosos robustos Ausência de declínio funcional (0 a 6 pontos no IVCF-20)	Estrato 1	**Indivíduos que se encontram no grau máximo de vitalidade** **Indivíduos independentes para todas as AAVD, AIVD e ABVD** Ausência de doenças ou fatores de risco, exceto a própria idade; Envelheceram livres de doenças e não apresentam outra condição de saúde preditora de desfechos adversos
	Estrato 2	**Indivíduos independentes para todas as AAVD, AIVD e ABVD** Apresentam condições de saúde de menor complexidade clínica, como a hipertensão arterial controlada e sem lesão de órgão-alvo ou diabetes mellitus controlado e sem lesão de órgão-alvo; E/OU Apresentam fatores de risco gerais, como tabagismo, dislipidemia, osteopenia, depressão leve, dentre outros
	Estrato 3	**Indivíduos independentes para todas as AAVD, AIVD e ABVD** Apresentam doenças crônico-degenerativas com base em critérios diagnósticos bem estabelecidos e de maior complexidade clínica, como hipertensão arterial descontrolada ou com lesão de órgão-alvo, diabetes mellitus descontrolado ou com lesão de órgão-alvo, depressão moderada/grave, ataque isquêmico transitório, acidente vascular cerebral, doença renal crônica, insuficiência cardíaca, doença pulmonar obstrutiva crônica/asma, osteoartrite, doença arterial coronariana, história de infarto agudo de miocárdio, doença arterial periférica, câncer não cutâneo, osteoporose densitométrica, dor crônica, fibrilação atrial, doença de Parkinson e anemia
Idosos em risco de fragilização Declínio funcional iminente (7 a 14 pontos no IVCF-20)	Estrato 4	**Indivíduos independentes para todas as AAVD, AIVD e ABVD** Apresentam algumas das situações: Presença de evidências de redução da capacidade aeróbia/muscular: perda de peso significativa, fatigabilidade, baixo nível de atividade física associado à redução objetiva da força muscular ou CP < 31cm Presença de CCL ou transtorno neurocognitivo leve Presença de comorbidades múltiplas: ➔ Duas ou mais doenças crônico-degenerativas bem estabelecidas e de maior complexidade clínica (ver estrato 3) ➔ 5 ou mais condições crônicas de saúde, incluindo as doenças crônico-degenerativas clássicas, enfermidades, fatores de risco ou sintomas que necessitam de intervenção médica ➔ Polifarmácia: uso diário de 5 ou mais medicamentos de classes diferentes ➔ Internação recente, nos últimos 6 meses
	Estrato 5	**Indivíduos independentes para AIVD e ABVD** Apresentam: Limitações nas AAVD (atividades relacionadas à integração social, atividades produtivas, recreativas e/ou sociais) Evidências clínicas de redução significativa da capacidade aeróbia/muscular: tempo gasto no teste de velocidade da marcha > 5 segundos (4 metros)
Idosos frágeis	Estrato 6	Indivíduos que apresentam: Independência para ABVD E Declínio funcional parcial nas AIVD (dependência parcial)

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 18/11/2026 10:51 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p2fd9daf3ad766

41 3614-1470 Rua Dionísio Grabowski, 65 - CEP 83703-342 - Fazenda Velha - Araucária - PR

Declínio funcional estabelecido (⩾ 15 pontos no IVCF-20)	Estrato 7	Indivíduos que apresentam: Independência para ABVD E Declínio funcional em todas as AIVD (dependência completa)
	Estrato 8	Indivíduos que apresentam: Dependência completa nas AIVD E Semidependência nas ABVD: comprometimento de uma das funções influenciadas pela cultura e aprendizado (banhar-se e/ou vestir-se e/ou uso do banheiro)
	Estrato 9	Indivíduos que apresentam: Dependência completa nas AIVD E Dependência incompleta para ABVD: banhar-se, vestir-se, uso do banheiro, continência e transferência. A única AVDB preservada é a capacidade de alimentar-se sozinho
	Estrato 10	Indivíduos que apresentam: Dependência completa para ABVD Encontram-se no grau máximo de fragilidade e, consequentemente, apresentam o máximo de dependência funcional, necessitando de ajuda, inclusive, para alimentar-se

IDOSO FRÁGIL

BAIXA COMPLEXIDADE	ALTA COMPLEXIDADE	FASE FINAL DE VIDA
São idosos que apresentam declínio funcional estabelecido e baixo potencial de reversibilidade clínico-funcional. Nesses idosos, o acompanhamento geriátrico-gerontológico especializado não necessita ser feito de forma intensiva. O foco das intervenções é a prevenção da piora funcional.	Idosos que apresentam dependência funcional nas AVD associada a condições de saúde de difícil manejo, devido à dúvida diagnóstica ou terapêutica. O termo "alta complexidade" sugere elevado potencial de ganho funcional ou de qualidade de vida. São aqueles que mais se beneficiam do acompanhamento intensivo de equipes geriátrico-gerontológicas especializadas.	São idosos que apresentam dependência funcional estabelecida e sobrevida estimada menor que seis meses. O foco das intervenções é o cuidado paliativo, baseado no conforto do paciente e de seus familiares.

Fonte: BRASIL, 2019.

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 18/11/2026 10:51 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p2fd9daf3ad766

4.6 Promoção da Saúde e Prevenção de Agravos

Sabe-se que saúde se faz principalmente com promoção da saúde e prevenção de agravos, incluindo-se nestas ações os indivíduos qualificados em todos os estratos funcionais. As equipes multiprofissionais de todos os níveis de atenção da RAS devem abordar e tratar adequadamente os principais fatores de risco para as doenças crônicas degenerativas e as condições relacionadas ao declínio dos sistemas funcionais de cognição, do humor/comportamento, da mobilidade e da comunicação, planejando ações de caráter coletivo ou ainda em plano de cuidados individualizados, de acordo com cada situação.

41 3614-1470 Rua Dionísio Grabowski, 65 - CEP 83703-342 - Fazenda Velha - Araucária - PR

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 18/11/2026 10:51 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p2fd9daf3ad766

Quadro 8: Sistemas funcionais e plano de ações para promoção da saúde e prevenção de agravos

Sistema funcional		Ações preventivas
Cognição		• Estimular ao máximo a reserva cognitiva, por meio de escolarização, leitura, jogos cognitivos ou qualquer atividade que exija aprendizado e resolução de problemas (desafios cognitivos), individualmente ou em grupos destinados a esta população. • Controlar os fatores de risco e doenças cardiovasculares, como diabetes mellitus, hipertensão arterial, obesidade, inatividade física e tabagismo. • Prevenir e tratar adequadamente a depressão. • Prevenir e tratar o delirium. • Evitar o uso abusivo de álcool e outras drogas, como benzodiazepínicos e drogas com ação anticolinérgica. • Prevenir e tratar os distúrbios do sono; orientar medidas de higiene do sono. • Prevenir e tratar doenças com alto potencial de dano cerebral, como sífilis, infecção pelo HIV, hipotireoidismo, deficiência de vitamina B12 e doença renal crônica.
Humor e Comportamento		• Diagnosticar precocemente e tratar doenças psiquiátricas e transtornos de personalidade. • Garantir o diagnóstico precoce e o tratamento adequado dos transtornos depressivos, facilitando o acesso à psicoterapia e a medicamentos apropriados. • Abordar adequadamente os indivíduos em uso prolongado de psicotrópicos, com reavaliação periódica da indicação e da dose da medicação. • Estimular o autoconhecimento. • Evitar o isolamento social e estimular as atividades de lazer, socialização e participação em atividades em grupos.
Mobilidade	**Alcance, preensão e pinça**	• Prevenir o trauma e a sobrecarga no ombro, evitando-se movimentos repetitivos e inadequados com o uso da mão acima da linha axilar. • Diagnosticar e tratar adequadamente o ombro doloroso e as doenças que cursam com limitação de

Sistema funcional		Ações preventivas
		movimentos. ● Fazer exercícios de fortalecimento do ombro e da postura adequada, que facilitam o alcance.
	Capacidade aeróbia / muscular	● Realizar atividade física multimodal, constituída por exercícios resistidos, aeróbicos e de flexibilidade (tipo tai chi chuan, dança circular e similares) de forma regular e com acompanhamento pela equipe de saúde. ● Estimular exercícios aeróbios como caminhada, dança, ciclismo, natação etc., com frequência mínima de cinco vezes na semana, com duração de 30 minutos, dentro das limitações de cada um. ● Incentivar dieta balanceada, constituída por alimentos in natura ou minimamente processados, garantindo o aporte calórico adequado (carboidrato, gordura e proteína), além de micronutrientes, distribuída ao longo do dia . Fazer ingestão adequada de proteínas de origem animal (leite, carne e ovo), exceto se houver contra indicações nutricionais. ● Manter o peso adequado. Evitar obesidade ou perda de peso excessiva e sem orientação. ● Garantir a ingestão adequada de líquidos. ● Suspender o tabagismo.
	Marcha	● Fazer atividade física regular, com prescrição de exercícios de flexibilidade, como dança, ioga, artes marciais, alongamento, etc. ● Identificar os fatores intrínsecos, extrínsecos e comportamentais associados ao risco de quedas. ● Orientar adaptação ambiental para prevenção de quedas. ● Usar de maneira adequada dispositivos de auxílio para locomoção, como bengalas, muletas e andadores. ● Evitar o uso de drogas associadas a risco de quedas, como benzodiazepínicos (clonazepam, diazepam etc.), sedativos, drogas com ação miorrelaxante (orfenadrina, ciclobenzaprina, carisoprodol e tizanidina) e drogas associadas a parkinsonismo (antivertiginosos, antipsicóticos, metoclopramida etc). ● Evitar polifarmácia. ● Evitar hipotensão ortostática. ● Cuidar dos pés e usar calçados adequados. ● Realizar avaliação oftalmológica regularmente.

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 18/11/2026 10:51 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p2fd9daf3ad766

Sistema funcional		Ações preventivas
		• Evitar traumatismo articular ou sobrecarga de peso. • Prevenir e tratar osteoporose e fraturas por fragilidade.
	Continência esfincteriana	• Realizar exercícios uroginecológicos para fortalecimento do assoalho pélvico. • Diagnosticar precocemente e tratar de maneira adequada as doenças do trato urinário, incluindo as doenças da próstata. • Evitar drogas associadas à urgência ou à incontinência urinária, como diuréticos e drogas anticolinérgicas. • Fazer avaliação ginecológica regularmente.
Comunicação	**Visão**	• Fazer avaliação oftalmológica regular e garantir o acesso às lentes corretivas, quando necessárias. • Diagnosticar e tratar adequadamente as doenças associadas à retinopatia, como diabetes mellitus, glaucoma e catarata.
	Audição	• Evitar exposição auditiva prolongada a ambientes ruidosos, música alta, abuso no uso de fones de ouvido e outros traumas acústicos. • Evitar uso de drogas associadas à ototoxicidade (aminoglicosídeos, diuréticos e etc.). • Avaliar a função auditiva regularmente e garantir o acesso às próteses auditivas, quando necessárias. • Avaliar e remover rolha de cerúmen, quando indicada.

Fonte: BRASIL, 2019

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 18/11/2026 10:51 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p2fd9daf3ad766

5. REDE INTEGRAL DE ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA IDOSA

A Rede Integral de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa tem como finalidade garantir o cuidado continuado, humanizado e de qualidade, articulando os diferentes pontos de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS) de forma integrada. Fundamentada nos princípios da integralidade, equidade e longitudinalidade do cuidado, essa rede busca promover a autonomia, a funcionalidade e o envelhecimento saudável da população idosa.

A Linha de Cuidado da Pessoa Idosa organiza o percurso assistencial, desde a atenção primária até os serviços especializados, orientando ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação conforme as necessidades e o grau de vulnerabilidade clínica e funcional de cada indivíduo.

Figura 8: Rede de atenção à pessoa idosa



Fonte: Elaborado pelos autores (2026).

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 18/11/2026 10:51 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p2fd9daf3ad766

5.1 Atenção Primária à Saúde (APS)

É notória a necessidade de regulação dos fluxos assistenciais na Rede de Atenção à Saúde (RAS), a partir da trajetória real do usuário, reforçando a importância da ordenação do cuidado quando o acesso se inicia na Atenção Primária à Saúde (APS) e, conforme critérios clínicos, evolui para os níveis secundário e terciário, mediante referência e contrarreferência adequada. Destaca-se, nesse processo, o apoio sistemático das equipes de saúde às famílias e cuidadores, bem como a garantia da participação ativa da pessoa idosa no autocuidado, condição essencial para que a atenção seja integral e responda às necessidades dessa população.

5.1.1 APS e a Ordenação do Cuidado

As Unidades Básicas de Saúde/Unidades Básicas de Saúde da Família (UBS/UBSF) constituem a porta de entrada preferencial e coordenadora do cuidado na RAS, sendo responsáveis pela atenção à saúde da pessoa idosa em seu território. Essa coordenação requer organização e instrumentos adequados, incluindo:

- Identificação e cadastramento dos moradores com 60 anos ou mais;
- Estratificação de risco e avaliação multidimensional da pessoa idosa;
- Elaboração e atualização do Plano de Cuidados / Plano Terapêutico Singular (PCS/PTS);
- Registro das informações em sistemas oficiais;
- Realização de encaminhamentos sempre que necessário, com garantia de seguimento;
- Monitoramento sistemático do plano de cuidados e intervenção oportuna diante de alterações de saúde.

Compete, portanto, à APS **cadastrar**, **classificar risco**, **planejar o cuidado**, **executar ações de acompanhamento longitudinal e promover a articulação com os demais pontos da RAS.**

5.1.2 Atribuições dos Profissionais da APS na Rede de Atenção

Cabe à APS prestar o cuidado contínuo das necessidades de saúde da pessoa idosa, articulando com os demais níveis de atenção à saúde e intersetorialmente, com vistas ao cuidado integral longitudinal. À equipe da APS cabe planejar, programar e realizar ações promocionais, preventivas, curativas e reabilitadoras relacionadas à saúde da pessoa idosa em sua área de abrangência. Também são atribuições da APS promover a educação em saúde para a comunidade em aspectos relativos à saúde da pessoa idosa

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 18/11/2026 10:51 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p2fd9daf3ad766

41 3614-1470 Rua Dionísio Grabowski, 65 - CEP 83703-342 - Fazenda Velha - Araucária - PR

e a realização de levantamentos e análises epidemiológicas que permitam a proposição de ações oportunas em prol dessa população. (PARANÁ, 2019)

Quadro 9: Atribuições dos Profissionais da APS na atenção à pessoa idosa

Profissional	Atribuições
Agente Comunitário de Saúde (ACS)	• Realizar busca ativa e cadastro da população idosa do território, por meio de visitas domiciliares, promovendo ações de promoção da saúde e prevenção de doenças. **Aplicar o Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional-20 (IVCF-20), independentemente do gênero, da faixa etária, da presença ou ausência de condições crônicas ou do local de residência, incluindo pessoas idosas residentes em Instituições de Longa Permanência (ILPI);** • Realizar orientações sobre hábitos de vida saudáveis, como prática de atividade física, alimentação adequada, hidratação, higiene e participação nas atividades da unidade de saúde, além de verificar e atualizar a situação vacinal; • Comunicar ao Enfermeiro intercorrências identificadas.
Auxiliar / Técnico de Enfermagem (TE / AE)	• Realizar escuta inicial e acolhimento; • Realizar busca ativa por meio da visita domiciliar; • Verificar sinais vitais e dados antropométricos; • Realizar aplicação do IVCF-20; • Observar risco de quedas no domicílio utilizando protocolo específico; • Alimentar bancos de dados sob supervisão do enfermeiro. • **Aplicar o Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional-20 (IVCF-20), independentemente do gênero, da faixa etária, da presença ou ausência de condições crônicas ou do local de residência, incluindo pessoas idosas residentes em Instituições de Longa Permanência (ILPI);**
Enfermeiro	• Realizar consulta de enfermagem; • Desenvolver atividades de promoção de saúde e prevenção de doenças; • Aplicar IVCF-20 e elaborar agenda de acordo com risco identificado; • Realizar visita domiciliar para da pessoas idosas vulneráveis; • Realizar orientações aos usuários, familiares e cuidadores sobre o manejo com o paciente; • Estabelecer e monitorar o Plano Terapêutico Singular junto à equipe multiprofissional; • Realizar a prescrição de medicamentos e solicitar exames conforme estabelecido em protocolo municipal; • Definir programação local;

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 18/11/2026 10:51 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p2fd9daf3ad766

41 3614-1470 Rua Dionísio Grabowski, 65 - CEP 83703-342 - Fazenda Velha - Araucária - PR

	• Encaminhar para nível secundário de atenção de acordo com critérios específicos; • Alimentar bancos de dados; • Avaliar e monitorar indicadores.
Médico	• Aplicar IVCF-20; oferecer apoio técnico às equipes da ESF e UBS; • Realizar consulta médica, solicitar exames, prescrever medicamentos; • Desenvolver atividades de promoção de saúde e prevenção de doenças; • Aplicar IVCF-20 e elaborar agenda de acordo com risco identificado; • Realizar visita domiciliar para pessoas idosas vulneráveis; • Realizar orientações aos usuários, familiares e cuidadores sobre o manejo com o paciente; • Coordenar equipe multiprofissional no desenvolvimento do Plano de Cuidados; • Estabelecer e monitorar o Plano Terapêutico Singular junto à equipe multiprofissional; • Avaliar e monitorar indicadores.
Odontólogo	• Aplicar IVCF-20; oferecer apoio técnico às equipes da APS; • Realizar consulta, orientações e procedimentos odontológicos; • Estabelecer e monitorar o Plano Terapêutico Singular junto à equipe multiprofissional; • Desenvolver atividades de promoção de saúde em saúde bucal.
Farmacêutico	• Aplicar IVCF-20; oferecer apoio técnico às equipes da APS; • Organizar a assistência farmacêutica em todos os seus aspectos; • Oferecer suporte ao médico para a conciliação de medicamentos; • Orientar a população quanto ao uso correto das medicações; • Estabelece e monitora o Plano Terapêutico Singular junto à equipe multiprofissional.
Psicólogo	• Aplicar instrumento de estratificação de risco em saúde mental; oferecer apoio técnico às equipes da APS; • Realizar ações necessárias ao suporte emocional dos idosos e cuidadores formais ou familiares; • Realizar avaliação e reabilitação cognitiva; • Estabelecer e monitorar o Plano Terapêutico Singular junto à equipe multiprofissional.

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 18/11/2026 10:51 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p2fd9daf3ad766

41 3614-1470 Rua Dionísio Grabowski, 65 - CEP 83703-342 - Fazenda Velha - Araucária - PR

Fonoaudiólogo	• Oferecer apoio técnico às equipes da ESF e UBS; • Trabalhar aspectos relacionados à comunicação no que tange à audição e voz; • Trabalhar aspectos relacionados à deglutição; • Estabelecer e monitorar o Plano Terapêutico Singular junto à equipe multiprofissional.
eMulti (fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, nutricionistas)	• Realizar o acolhimento do usuário para identificação das necessidades de cuidado em saúde e discute a avaliação em reunião com a equipe multidisciplinar; • Realizar a visita domiciliar para atendimento das pessoas idosas vulneráveis que necessitam de cuidados pelos profissionais que compõem a equipe, conforme critérios estabelecidos em protocolo próprio; • Realizar grupos em saúde junto à APS, destinados à saúde da pessoa idosa.

Fonte: Elaborado pelos autores (2026).

5.1.3 Exames de Rotina

Para qualificar a avaliação clínica da pessoa idosa e subsidiar o acompanhamento na Atenção Primária à Saúde e nos serviços especializados, encontra-se disponível uma rotina padronizada de exames laboratoriais. Essa rotina contempla um conjunto de exames considerados relevantes para a avaliação integral da saúde da pessoa idosa, auxiliando médicos e enfermeiros na identificação de condições clínicas, fatores de risco e agravos à saúde, bem como no encaminhamento para atendimento especializado no Centro de Saúde do Idoso (CSI), quando indicado.

Quadro 10: Exames laboratoriais de rotina

Procedimento na tabela SIGTAP	Nome do procedimento
0202050017	Analise de Caracteres Fisicos, Elementos e Sedimento da Urina
0202010767	Dosagem de 25 Hidroxivitamina D
0202010210	Dosagem de Calcio
0202010279	Dosagem de Colesterol Hdl
0202010287	Dosagem de Colesterol Ldl
0202010295	Dosagem de Colesterol Total
0202010317	Dosagem de Creatinina
0202010406	Dosagem de Folato
0202010473	Dosagem de Glicose
0202010503	Dosagem de Hemoglobina Glicosilada
0202060250	Dosagem de Hormonio Tireoestimulante (tsh)

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 18/11/2026 10:51 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p2fd9daf3ad766

41 3614-1470 Rua Dionísio Grabowski, 65 - CEP 83703-342 - Fazenda Velha - Araucária - PR

Procedimento na tabela SIGTAP	Nome do procedimento
0202010600	Dosagem de Potassio
0202010635	Dosagem de Sodio
0202060381	Dosagem de Tiroxina Livre (t4 Livre)
0202010643	Dosagem de Transaminase Glutamico-oxalacetica (tgo)
0202010651	Dosagem de Transaminase Glutamico-piruvica (tgp)
0202010678	Dosagem de Triglicerideos
0202010694	Dosagem de Ureia
0202010708	Dosagem de Vitamina B12
0202020380	Hemograma Completo
0202031110	Teste Não Treponemico Sifilis para População Geral (exc. Gestante)
0202031381	Teste Treponêmico de Sifilis População Geral (exceto Gestante)

Além destes, outros exames podem ser solicitados sempre que necessário, a saber:

Rastreamento de IST: sorologias para HIV, sífilis, hepatites B e C;

Exames ginecológicos (mulheres): citopatológico do colo do útero, exame clínico das mamas, mamografia, ultrassonografia pélvica e das mamas quando pertinente.

Exames urológicos (homens): PSA total, ultrassonografias, avaliação prostática conforme protocolo vigente.

Avaliação hormonal: testosterona, estradiol, FSH, LH (conforme suspeita clínica).

5.1.4 Imunização na População Idosa

A vacinação é reconhecida como uma das mais eficazes estratégias para preservar a saúde da população e fortalecer uma sociedade saudável e resistente. Além de prevenir doenças graves, a imunização contribui para reduzir a disseminação desses agentes infecciosos na comunidade, protegendo, portanto, o indivíduo e a coletividade.

O calendário nacional de vacinação contempla, na rotina dos serviços, 19 vacinas que protegem o indivíduo em todos ciclos de vida, desde o nascimento. Dentre estas, fazem parte do calendário de vacinação da população idosa:

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 18/11/2026 10:51 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p2fd9daf3ad766

41 3614-1470 Rua Dionísio Grabowski, 65 - CEP 83703-342 - Fazenda Velha - Araucária - PR

Quadro 11: Calendário Nacional de Vacinação 60+

Vacina	Dose / esquema	Doenças evitadas
Vacina Hepatite B (HB - recombinante)	Três doses, de acordo com histórico vacinal	Hepatite B **e** Hepatite D
Vacina Difteria e Tétano (dT)	Três doses, de acordo com histórico vacinal Reforço a cada 10 anos ou a cada 5 anos em caso de ferimentos graves	Difteria e Tétano
Vacina Febre Amarela (VFA - atenuada)	Uma dose *Pessoas a partir de 60 anos, que nunca foram vacinadas ou sem comprovante de vacinação, o serviço de saúde deverá avaliar a pertinência e o risco x benefício da vacinação	Febre Amarela
Tríplice viral (SCR)	Duas doses (para trabalhadores da saúde), conforme histórico vacinal	Sarampo, Caxumba e Rubéola
Pneumocócica 23-valente (Pneumo 23)	Duas doses (intervalo de 5 anos), conforme indicação. Indicada para pessoas idosas acamadas, institucionalizadas ou grupos específicos (povos indígenas) sem esquema prévio	
Varicela (catapora)	Duas doses, conforme histórico vacinal. Indicada para povos indígenas e trabalhadores da saúde sem histórico da doença	Catapora (Varicela)
Influenza (gripe)	Dose anual (campanha sazonal)	Gripe (Influenza)
COVID-19	Dose de reforço semestral	Covid-19

Fonte: BRASIL, 2026.

O Programa Nacional de Imunização (PNI) é responsável por coordenar as campanhas de vacinação. Essas campanhas têm como objetivo alcançar as metas de coberturas vacinais, garantindo a proteção individual e coletiva contra diversas doenças. A população idosa faz parte dos grupos de risco para imunização de algumas vacinas que fazem parte da campanhas anuais de vacinação, como a Campanha de Vacinação contra a Influenza e COVID-19.

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 18/11/2026 10:51 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p2fd9daf3ad766

41 3614-1470 Rua Dionísio Grabowski, 65 - CEP 83703-342 - Fazenda Velha - Araucária - PR

Saiba mais em:
CALENDÁRIO NACIONAL DE VACINAÇÃO 2026
e
CALENDÁRIO DE VACINAÇÃO 60+

5.1.5 Atenção Domiciliar

A Atenção Domiciliar (AD) é a forma de atenção à saúde oferecida na moradia do paciente e caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação, com garantia da continuidade do cuidado e integrada à Rede de Atenção à Saúde.

Com abordagens diferenciadas, esse tipo de serviço está disponível no Sistema Único de Saúde (SUS) e é oferecido de acordo com a necessidade do paciente, a partir do atendimento de diferentes equipes. Quando o paciente está mais estável, este cuidado pode ser realizado pela equipe de Saúde da Família/Atenção Básica de sua referência, em cuidado compartilhado com a equipe multiprofissional eMulti, seguindo fluxos específicos deste programa. Esta modalidade de cuidado destina-se a pacientes que possuam problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde; e/ou pacientes que necessitem de cuidados de menor intensidade, incluídos os de recuperação nutricional, de menor frequência de visitas, com menor necessidade de recursos de saúde e dentro da capacidade de atendimento de todos os tipos de equipes que compõem a atenção básica.

5.2 Atenção Ambulatorial Especializada (AAE)

A AAE em saúde da pessoa idosa tem a função de realizar a avaliação multidimensional e elaborar o Plano de Cuidados ou Projeto Terapêutico Singular (PTS) para pessoas idosas frágeis ou com risco de fragilização e suspeita de incapacidade cognitiva e/ou instabilidade postural ou quedas de repetição e/ou sarcopenia e/ou prescrição inapropriada, identificados pela equipe da UBS(F) e com cuidado compartilhado, com vistas à recuperação ou à manutenção da autonomia e da independência.

No município de Araucária, este serviço é organizado no Centro de Saúde do Idoso, ponto de atenção secundária na RAS. A integração entre APS e AAE, por meio de mecanismos de compartilhamento do cuidado e da atuação integrada das duas equipes, torna os dois níveis ou serviços de saúde, progressivamente, um único microssistema clínico, garantindo atenção contínua e integrada da assistência prestada.

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 18/11/2026 10:51 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p2fd9daf3ad766

41 3614-1470 Rua Dionísio Grabowski, 65 - CEP 83703-342 - Fazenda Velha - Araucária - PR

5.2.1 Centro de Saúde do Idoso

A despeito da multiplicidade de contextos e realidades sociais encontradas no município foi estabelecido e organizado a assistência prestada à população idosa, com base nas situações e perfis atendidos. Esta parcela considerável da população apresenta particularidades biopsicossociais que as diferenciam da população adulta, necessitando de um cuidado eficiente para que alcancem o envelhecimento ativo, saudável e com qualidade de vida, minimizando fragilidades e preservando capacidades e a manutenção da autonomia.

Visando um atendimento integral à pessoa idosa com estratificação de risco frágil e/ou com suspeita de demência é ofertado no Centro de Saúde do Idoso (CSI) o atendimento multiprofissional com o médico geriatra, fisioterapeuta, nutricionista, psicólogo, enfermeiro, terapeuta ocupacional e fonoaudiólogo, que atua de maneira interdisciplinar, aprofundando o manejo clínico dos usuários.

5.2.2 Equipe Multiprofissional AAE

O CSMI atende a população idosa acima de 60 anos com critérios para atendimento na atenção especializada, conforme definido por cada área de atuação.

Quadro 12: Equipe Multiprofissional CSMI

Profissional	Público
Médico Geriatra	Pessoas com idade igual ou superior a 60 anos estratificados como “FRÁGEIS” através da aplicação do IVCF-20; suspeita de quadro demencial, diagnóstico de Doença de Alzheimer, Demências e Doença de Parkinson (*Agenda pela Central de Regulação e Agendamentos)
Enfermeiro	Pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, em acompanhamento no CSMI (Agenda interna CSMI - intrasetorial)
Psicólogo	Pessoas com idade igual ou superior a 60 anos acompanhadas no CSMI, em investigação de quadro demencial, transtornos depressivos e de humor, familiares / cuidadores de pessoas com Demência (estresse do cuidador). (Agenda interna CSMI - intrasetorial)
Nutricionista	Pessoas com idade igual ou superior a 60 anos com quadro de desnutrição, sarcopenia, neoplasias, obesidade, uso de sonda

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 18/11/2026 10:51 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p2fd9daf3ad766

41 3614-1470 Rua Dionísio Grabowski, 65 - CEP 83703-342 - Fazenda Velha - Araucária - PR

	para alimentação (Agenda pela Central de Regulação e agendamentos)
Fisioterapeuta	Pessoas com idade igual ou superior a 60 anos classificados como “MUITO URGENTE” ou “URGENTE”, após realização de triagem e classificação do quadro, conforme fluxo próprio da especialidade.
Terapeuta Ocupacional	Pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, em acompanhamento no CSMI (Agenda interna CSMI - intrasetorial)
Fonoaudiólogo	Pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, em acompanhamento no CSMI (Agenda interna CSMI - intrasetorial) ***Atendimento para “triagem disfagia” provenientes da APS são agendadas pela Central de Regulação e agendamentos**

Fonte: Elaborado pelos autores (2026).

O fluxo para encaminhamentos e critérios de elegibilidade para o Centro de Saúde do Idoso pode ser acessado no WIKI, no site da prefeitura, em Protocolo CSMI.

5.2.3 Ambulatório de Fragilidade

O ambulatório de fragilidade é uma linha de assistência do Centro de Saúde do Idoso que realiza atendimento através da equipe multiprofissional composta por profissionais Geriatra, Enfermeiro, Terapeuta Ocupacional, Psicólogo, Fonoaudiólogo e Nutricionista, que realizam a avaliação multidimensional da pessoa idosa e estabelecem o plano de cuidados aos usuários encaminhados para atendimento especializado no CSMI.

Este atendimento pela equipe multiprofissional do ambulatório é destinado a pessoas com idade igual ou superior a 60 anos encaminhados ou em acompanhamento pelo profissional geriatra no CSMI, bem como os casos discutidos durante o matriciamento com as unidades de saúde, e o agendamento é realizado através de agenda interna do serviço (portanto de caráter intrasetorial). Idealmente, o atendimento pelo Ambulatório de Fragilidade precede a primeira consulta com o médico geriatra após encaminhamento para a especialidade feito por profissionais da APS, mas poderá ser realizada nova avaliação sempre que necessário.

Neste atendimento é feita a aplicação de testes para avaliação multidimensional, utilizando-se de instrumentos validados sugeridos pela Linha Guia de Saúde do Idoso do Estado do Paraná (PARANÁ, 2018) e definidas em documento específico, também

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 18/11/2026 10:51 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p2fd9daf3ad766

41 3614-1470 Rua Dionísio Grabowski, 65 - CEP 83703-342 - Fazenda Velha - Araucária - PR

elaborado pela Secretaria de Saúde do Paraná (PARANÁ, 2018).

Saiba mais em:
Avaliação Multidimensional do Idoso

A Avaliação Multidimensional do Idoso (AMI) permite o reconhecimento das demandas biopsicossociais do indivíduo, ou seja, o diagnóstico de suas condições de saúde agudas e/ou crônicas. Este diagnóstico clínico-funcional deve ser capaz de reconhecer as incapacidades, tanto no que se refere à independência e autonomia nas atividades de vida diária (funcionalidade global), quanto à presença de comprometimento dos sistemas funcionais principais, representados pela cognição, humor, mobilidade e comunicação.

Quadro 13: Modelo de avaliação multidimensional realizado pelo Ambulatório de Fragilidade do Centro de Saúde do Idoso

Anamnese	Questões breves sobre o histórico do paciente: Nome, data de nascimento, UBS(F) de abrangência, condições sócio-familiares (estado civil, se possui filhos, responsável legal se houver), moradia, escolaridade, atividades de lazer entre outras informações consideradas relevantes
Índice de vulnerabilidade clínico funcional (IVCF-20)	Avaliação da fragilidade na pessoa idosa, permitindo a qualificação e estratificação do indivíduo em: robusto, em risco de fragilização ou frágil
Índice de Katz	Avaliação da funcionalidade global , com investigação das atividades de vida diária (AVD) básicas
Índice de Lawton-Brody	Avaliação da funcionalidade global , com investigação das atividades de vida diária (AVD) instrumentais
Teste de força	Medida da força de preensão manual utilizando aparelho dinamômetro
Mini-exame do estado mental (MEEM)	Teste breve de rastreio para avaliação cognitiva nas investigações de quadros demenciais e monitoramento da gravidade dos sintomas ao longo do tempo
Escala Geriátrica de Depressão (GDS 5 - 15)	Triagem inicial de transtornos depressivos e monitoramento da gravidade dos sintomas ao longo do tempo
Mini Avaliação Nutricional (MAN)	Avalia e estabelece o risco individual de desnutrição, juntamente com os dados antropométricos, IMC e medida

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 18/11/2026 10:51 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p2fd9daf3ad766

41 3614-1470 Rua Dionísio Grabowski, 65 - CEP 83703-342 - Fazenda Velha - Araucária - PR

	da circunferência da panturrilha

Fonte: Elaborado pelos autores (2026).

5.2.4 Assistência Farmacêutica

A Assistência Farmacêutica no Município de Araucária integra as ações da Rede de Atenção à Saúde, assegurando o acesso, o uso racional e a segurança dos medicamentos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). É organizada conforme protocolos clínicos e complementares que normatizam a seleção, prescrição, dispensação e utilização de medicamentos padronizados.

O município atua de forma articulada nos componentes Básico, Estratégico e Especializado da Assistência Farmacêutica, garantindo a integralidade do cuidado, a efetividade terapêutica e a otimização dos recursos públicos, em consonância com as diretrizes do Ministério da Saúde e as normativas locais. O Protocolo Clínico do município pode ser acessado em Protocolo Clínico de Assistência Farmacêutica.

O fornecimento de medicamentos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) é regulamentado por documentos oficiais que orientam a incorporação, a indicação clínica, o acesso e o acompanhamento terapêutico dos usuários. Destacam-se os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), que estabelecem critérios para diagnóstico, tratamento medicamentoso, monitoramento e avaliação dos resultados, assegurando o uso racional, seguro e eficaz dos medicamentos disponibilizados pelo SUS.

Nesse contexto, o PCDT da Doença de Alzheimer e o PCDT da Doença de Parkinson definem as linhas de cuidado e os medicamentos fornecidos pelo SUS para essas condições neurológicas, conforme a fase da doença, critérios de inclusão e exclusão, esquemas terapêuticos e mecanismos de acompanhamento clínico. O acesso aos medicamentos ocorre de forma regulada, mediante avaliação clínica, cumprimento dos critérios estabelecidos e apresentação da documentação exigida, garantindo a integralidade do cuidado e o direito ao tratamento no SUS. Ambos documentos foram atualizados em 2025 e podem ser consultados a seguir:

PCDT Doença de Alzheimer

PCDT Doença de Parkinson

Salienta-se que, conforme o novo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) da Doença de Alzheimer, a prescrição inicial e a apresentação da documentação específica, anteriormente de preenchimento obrigatório por médico especialista (geriatra, neurologista ou psiquiatra), deixaram de ser exigidas para novas solicitações ou adequações terapêuticas. O novo PCDT reforça que o cuidado à pessoa com Doença de Alzheimer deve ser garantido em todos os níveis da Rede de Atenção à Saúde (RAS), ampliando a atuação de médicos clínicos gerais e médicos generalistas na avaliação,

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 18/11/2026 10:51 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p2fd9daf3ad766

41 3614-1470 Rua Dionísio Grabowski, 65 - CEP 83703-342 - Fazenda Velha - Araucária - PR

prescrição e acompanhamento desses pacientes, em consonância com suas atribuições e competências.

O fornecimento dos medicamentos DONEPEZILA, MEMANTINA, GALANTAMINA E RIVASTIGMINA para Doença de Alzheimer e LEVODOPA + BENSERAZIDA, PRAMIPEXOL, RASAGILINA, AMANTADINA, ENTACAPONA, TRIEXIFENIDILA E CLOZAPINA para Doença de Parkinson é feito pela Farmácia Central do Estado (unidade disponível no município). Já os medicamentos BIPERIDENO, LEVODOPA + CARBIDOPA para Doença de Parkinson podem ser retirados nas farmácias das Unidades Básicas de Saúde.

Consulte se o medicamento é fornecido pela farmácia do estado (SESA PR):
Consulta de Medicamentos SESA PR

5.3 Urgências, Emergências e Atendimento Hospitalar

No atendimento à população idosa em situações de urgência e emergência, devem ser observados aspectos específicos que garantam a segurança, a integralidade e a humanização do cuidado. Em primeiro lugar, a celeridade no atendimento é fundamental, considerando o maior risco de evolução para quadros graves e o consequente comprometimento da capacidade funcional. Dessa forma, o atendimento deve seguir os critérios da Classificação de Risco, priorizando sempre os casos de maior gravidade clínica. Entretanto, quando houver pacientes classificados no mesmo nível de risco, deve-se garantir **prioridade a pessoa idosa**, em conformidade com o **Estatuto da Pessoa Idosa** (Lei nº 10.741/2003) e a Lei nº 13.466/2017. Essa priorização justifica-se pelas especificidades dessa população, que apresenta maior prevalência de comorbidades, manifestações clínicas atípicas e maior vulnerabilidade à descompensação. Assim, a prioridade do indivíduo dentro de sua faixa de classificação de risco configura-se como uma diretriz assistencial e deve ser incorporada em todos os fluxos e linhas de cuidado. Em segundo lugar, as particularidades do cuidado à pessoa idosa exigem a integralidade da atenção, o que inclui não apenas a estabilização do quadro agudo, mas também a articulação da continuidade do cuidado com a Atenção Básica e/ou a Atenção Domiciliar, conforme a necessidade clínica e social do paciente.

Por fim, é imprescindível que todo o processo de atendimento esteja alinhado às diretrizes da **Política Nacional de Humanização (PNH)**, assegurando acolhimento, respeito e escuta qualificada, de forma a promover um cuidado digno e centrado na pessoa idosa.

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 18/11/2026 10:51 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p2fd9daf3ad766

5.3.1. Atribuições dos Pontos de Atenção

A rede de atenção às Urgências, Emergências e Atendimento Hospitalar inclui os seguintes serviços / equipamentos de assistência à saúde:

Quadro 14: Serviços de atendimento de urgência / emergência / hospitalar no município

	ATRIBUIÇÕES DO SERVIÇO	FLUXO DE ACESSO E REGULAÇÃO	SERVIÇOS PRESTADOS E ESTRUTURA
SAMU (Serviço de atendimento móvel e de urgência)	Principal porta de entrada móvel da RAU. Realiza atendimento pré-hospitalar móvel de casos urgentes e condições agudizadas. Realiza suporte clínico, transporte seguro, intervenção precoce e reduz riscos evitáveis.	Acionamento à Central de Regulação das Urgências pelo **telefone 192,** que acolhe os pedidos de socorro e avalia grau de urgência.	Possui uma estrutura organizada em níveis, realizando o atendimento desde o acolhimento da ligação até a assistência no local do evento e transporte do paciente para o serviço de saúde de referência (definido pelo médico regulador).
UPA (Unidade de Pronto Atendimento)	Realiza atendimentos 24 horas por dia, todos os dias da semana, incluindo feriados e pontos facultativos, a pessoas com agravos de saúde e condições clínicas, cirúrgicas e traumáticas de urgência.	O fluxo de atendimento segue o **Protocolo de acolhimento com classificação de risco do Departamento de Urgência e Emergência do Município de Araucária** que objetiva organizar a porta de entrada do sistema de urgência e emergência, priorizando o atendimento de acordo com o potencial risco de vida, sofrimento ou agravamento do quadro clínico.	Atendimento de urgência e emergência. Oferece acolhimento com classificação de risco, estabilização e monitoramento, exames básicos laboratoriais e de imagem, tratamento e encaminhamento para hospitais de referência ou outros serviços da rede. Dividido em setores: emergência, observação, qualificação e consultórios. Além da equipe médica e de enfermagem, possui nutricionista, psicólogo e assistente social.
HMA (Hospital Municipal de Araucária)	Realiza internações, cirurgias, exames e atendimentos de saúde em caráter eletivo e/ou emergencial.	Regulação via **NIR** (Núcleo Interno de Regulação) para transferência do paciente da UPA ou CLM ao HMA.	Dispõe de leitos de UTI, Clínica Médica e Clínica Cirúrgica.

Fonte: Elaborado pelos autores (2026).

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 18/11/2026 10:51 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p2fd9daf3ad766

41 3614-1470 Rua Dionísio Grabowski, 65 - CEP 83703-342 - Fazenda Velha - Araucária - PR

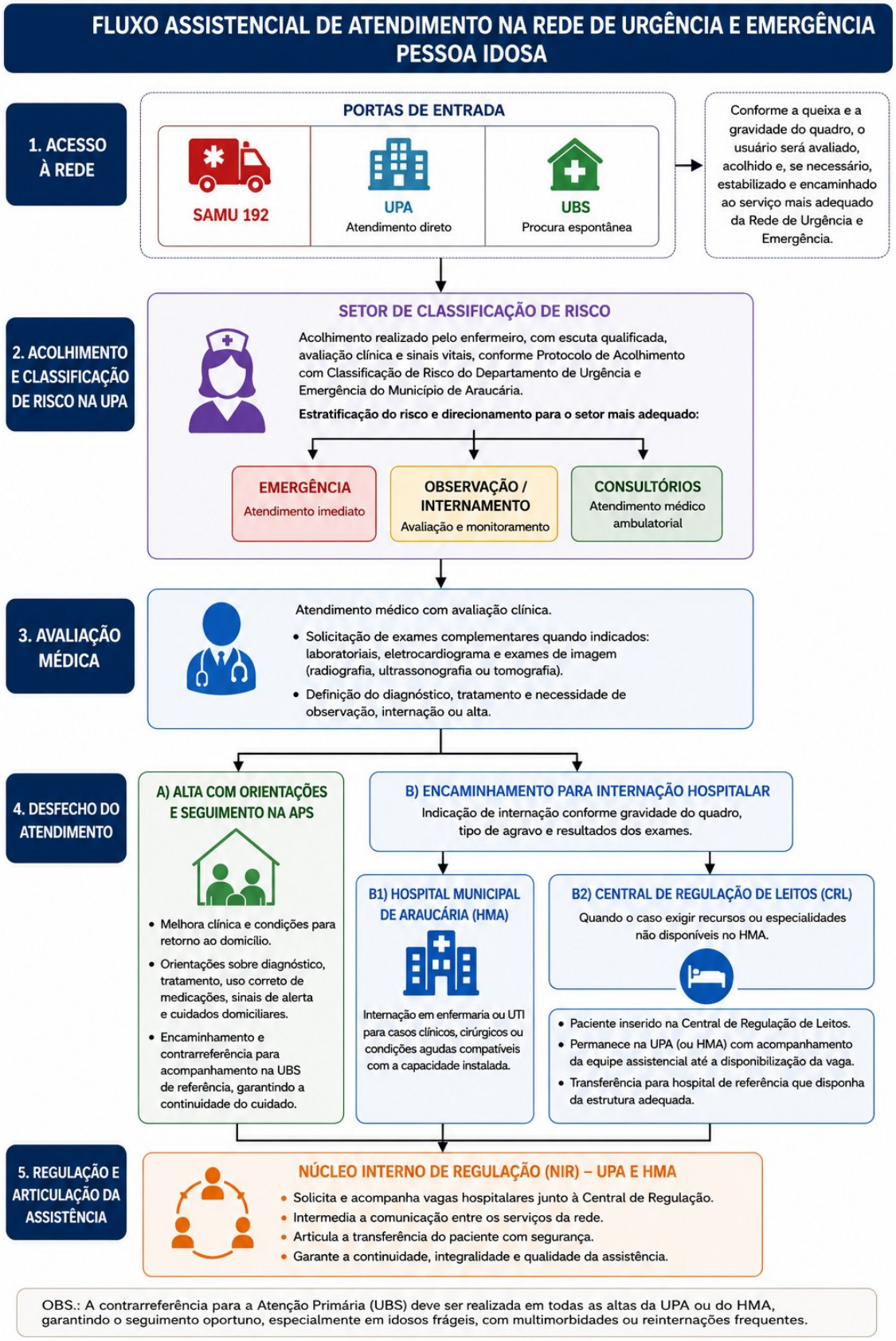
5.3.2. Fluxo Assistencial de Atendimento na Rede de Urgência e Emergência

A pessoa idosa pode acessar a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) por meio do SAMU 192, da Unidade de Pronto Atendimento (UPA) ou da Unidade Básica de Saúde (UBS). Conforme a gravidade do quadro, é acolhida, avaliada e, quando necessário, estabilizada, sendo encaminhada ao serviço mais adequado da rede. Nesse contexto, a UPA desempenha papel estratégico na articulação entre os diferentes pontos de atenção, garantindo o acesso regulado, a continuidade da assistência e a integração do cuidado, conforme a Portaria nº 10, de 3 de janeiro de 2017. O fluxograma a seguir apresenta o fluxo assistencial para o atendimento da pessoa idosa na rede de urgência e emergência.

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 18/11/2026 10:51 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p2fd9daf3ad766

41 3614-1470 Rua Dionísio Grabowski, 65 - CEP 83703-342 - Fazenda Velha - Araucária - PR

Figura 9: Fluxograma de Atendimento à Pessoa Idosa na Rede de Atenção às Urgências e Emergências



Fonte: Elaborado pelos autores (2026).

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 18/11/2026 10:51 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p2fd9daf3ad766

41 3614-1470 Rua Dionísio Grabowski, 65 - CEP 83703-342 - Fazenda Velha - Araucária - PR

5.4 Rede de Atenção Psicossocial / Saúde Mental

A Linha Guia de Saúde Mental do Município de Araucária (2024) apresenta a organização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) local, alinhada aos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica Brasileira. O documento descreve diretrizes, fluxos e conceitos fundamentais para qualificar o cuidado em saúde mental, fortalecendo ações de promoção, prevenção, tratamento, reabilitação e reinserção social, destacando a importância do acolhimento, do matriciamento, do Projeto Terapêutico Singular (PTS) e da estratificação de risco como ferramentas estratégicas para a integralidade do cuidado. O texto também contextualiza a evolução histórica da política de saúde mental no Brasil, situando o município dentro desse processo.

Em relação ao atendimento da população idosa, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II) realiza atendimento a adultos com transtornos mentais moderados e graves, conforme estratificação de risco em saúde mental estabelecido em fluxo próprio. Atende a demanda desta população em modelo de clínica ampliada e cuidado compartilhado entre os níveis de cuidado, também através do apoio matricial em saúde mental junto às unidades de saúde.

Já o atendimento especializado para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas é realizado no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD), um serviço “portas abertas”, o que significa que pode ser acessado por demanda espontânea (procura direta), facilitando o acesso a pessoas que necessitam de acolhimento.

5.4.1 Urgências e Emergências Psiquiátricas na População Geriátrica

As emergências psiquiátricas em pessoas idosas representam um importante desafio clínico e assistencial, demandando reconhecimento precoce e intervenção qualificada para a preservação da vida, da funcionalidade e da autonomia. Nessa faixa etária, as manifestações agudas de sofrimento psíquico frequentemente estão associadas a múltiplos fatores, como comorbidades clínicas, alterações cognitivas, vulnerabilidades sociais, uso inadequado de medicamentos e maior sensibilidade a substâncias psicoativas. Entre os quadros de maior relevância encontram-se o risco de suicídio, o delirium, os estados de agitação psicomotora e as intoxicações.

Diante desse cenário, a abordagem das emergências psiquiátricas deve ser multidimensional, integrada e centrada no cuidado seguro, garantindo diagnóstico rápido, estabilização adequada e articulação entre os diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde. Definido em fluxo próprio e protocolo já definido, orienta-se seguir as recomendações descritas em: Protocolo de Urgências e Emergências Psiquiátricas na Rede de Atenção em Saúde de Araucária.

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 18/11/2026 10:51 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p2fd9daf3ad766

41 3614-1470 Rua Dionísio Grabowski, 65 - CEP 83703-342 - Fazenda Velha - Araucária - PR

5.5 Cuidados Paliativos

Segundo a definição da Organização Mundial de Saúde – OMS, “Cuidados Paliativos” constituem um conjunto de diretrizes e valores que orientam a prestação de cuidados a pacientes com doenças crônicas ou avançadas, incuráveis e ameaçadoras à vida. Tem como foco aliviar o sofrimento, promover a qualidade de vida, respeitar a dignidade e autonomia do paciente e envolver a família e cuidadores no processo de cuidado.

No Brasil, a Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP) foi instituída pela Portaria GM/MS 3681 / 2024, que traz em diretriz, em seu Art. 3º Parágrafo VIII, o “estímulo a práticas de gestão e de processos de trabalho que assegurem a inserção das ações de cuidados paliativos em toda a RAS”. Os CP são cada vez mais reconhecidos como uma parte essencial dos sistemas de saúde. A demanda por esse tipo de abordagem é crescente em todo o mundo devido ao envelhecimento populacional, o qual é associado às pessoas viverem com condições de saúde mais complexas, decorrentes da maior prevalência de pessoas convivendo com neoplasias e/ou doenças crônico-degenerativas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2023).

5.5.1 Rede de Atenção em Cuidados Paliativos

No contexto da Rede de Atenção à Saúde, os cuidados paliativos seguem fundamentos que orientam a atuação das equipes multiprofissionais na oferta de uma assistência integral, contínua e humanizada ao paciente e à sua família. Os princípios fundamentais para o trabalho das equipes em cuidados paliativos baseiam-se em uma abordagem interdisciplinar, com a atuação integrada de médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas e demais profissionais de saúde, de modo a garantir uma atenção integral e humanizada ao paciente, bem como apoio aos familiares e cuidadores. A comunicação efetiva constitui elemento essencial desse processo, exigindo da equipe habilidades para conduzir o diálogo de forma clara, ética e sensível, assegurando que o paciente e sua família estejam devidamente informados sobre a condição clínica e as opções terapêuticas disponíveis. A atenção deve ser centrada no paciente e em sua família, contemplando as dimensões físicas, emocionais, sociais e espirituais, respeitando suas preferências e valores culturais, com ênfase no controle de sintomas, no alívio do sofrimento e no acompanhamento da finitude e do luto. O trabalho em rede é igualmente indispensável, garantindo a articulação entre os diferentes pontos de atenção à saúde, de forma a assegurar a continuidade do cuidado em todas as fases da doença e após o óbito. Ressalta-se, por fim, a importância da atualização permanente dos profissionais envolvidos, com base nas melhores evidências científicas e práticas contemporâneas dessa modalidade assistencial, a fim de assegurar a qualidade e a integralidade da assistência prestada.

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 18/11/2026 10:51 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p2fd9daf3ad766

41 3614-1470 Rua Dionísio Grabowski, 65 - CEP 83703-342 - Fazenda Velha - Araucária - PR

Os cuidados paliativos deverão ser ofertados em qualquer ponto da rede de atenção à saúde: atenção primária, especializada e atenção hospitalar. Todo e qualquer paciente diante de condições e doenças ameaçadoras da vida poderá se beneficiar dos Cuidados Paliativos – em todas as faixas etárias. Esta assistência pode ser prestada por profissionais de saúde, desde que sejam devidamente qualificados. As atribuições de cada serviço referente aos cuidados paliativos deverá compor documento à parte, com elaboração de Linha de Cuidado própria e fluxos definidos após estudo e análise para implementação do serviço no município, conforme preconiza o Ministério da Saúde.

5.6 Estratégias de Capacitação em Saúde da Pessoa Idosa

A Secretaria Municipal de Saúde promove formação continuada fomentando ampla troca de saberes entre a equipe multiprofissional do Centro de Saúde do Idoso e os profissionais dos demais pontos de atenção da rede, com a oferta continuada de materiais técnicos, cursos de atualização e formação em temas específicos e afins, de acordo com a programação estabelecida no Plano Municipal de Saúde. Ainda, oferta e promove mecanismos para a educação permanente das equipes de saúde, garantindo espaços de discussão de casos clínicos do território, com todos os profissionais envolvidos no cuidado para a construção e a condução do plano terapêutico.

O Ministério da Saúde reforça a necessidade de profissionais capacitados e alinhados com protocolos e práticas adequadas ao SUS, garantindo que os profissionais da RAS estejam preparados para a transição demográfica e para a complexidade do cuidado a população idosa, reforçando princípios de universalidade, integralidade e equidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

5.6.1 Matriciamento em Saúde da Pessoa Idosa

O matriciamento pode ser definido como um modo de produzir saúde em que equipes complementam suas atividades num processo de construção compartilhada, com a finalidade de tratar as dificuldades de uma pessoa por meio de uma proposta de intervenção pedagógica e terapêutica conjunta.

Neste arranjo técnico assistencial, constituem-se “equipes de referência” interdisciplinares na unidade de saúde e “equipes de matriciamento” interdisciplinares no serviço de especialidade. Ambas trabalham de modo articulado e complementar tanto para organizar o cuidado do paciente quanto para uma formação pedagógica continuada dos profissionais. Deve proporcionar a retaguarda especializada da assistência, um suporte técnico-pedagógico, um vínculo interpessoal e o apoio institucional no processo de construção coletiva de projetos terapêuticos junto à população.

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 18/11/2026 10:51 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p2fd9daf3ad766

41 3614-1470 Rua Dionísio Grabowski, 65 - CEP 83703-342 - Fazenda Velha - Araucária - PR

O Centro de Saúde do Idoso realiza ações de matriciamento através de reuniões de discussão de casos. As discussões com critérios para matriciamento incluem aqueles em que a equipe da Atenção Básica sente necessidade de apoio da equipe do Centro de Saúde do Idoso para abordar e conduzir um caso que exige esclarecimento diagnóstico e estruturação de um plano de cuidados compartilhados.

Exemplos de situações para discussão em Matriciamento na Geriatria:

I. Pacientes acamados e com dificuldade de locomoção (plegias, sequelas motoras) que necessitem cuidados de maior complexidade;
II. Egressos hospitalares que necessitem de apoio da equipe multidisciplinar da Geriatria no pós-alta;
III. Distúrbios comportamentais relacionados à demência;
IV. Pacientes que necessitem de cuidados paliativos;
V. Manejo terapêutico relacionado a prescrição de medicamentos e exames;
VI. Devolutivas de casos atendidos no Centro de Saúde do Idoso.

As reuniões são realizadas de forma presencial nas dependências do CSMI (Rua Dr Guilherme da Mota Correa, nº 55 – Centro), conforme calendário disponibilizado aos gerentes das unidades de saúde em dezembro do ano anterior para melhor organização das agendas dos profissionais. Devem participar ao menos 1 médico e 1 enfermeiro de cada Unidade de Saúde com a participação aberta aos demais profissionais da equipe da APS (conforme definição pela gerência dos serviços), juntamente com a equipe multiprofissional do CSMI, composta por médico geriatra, enfermeiro, terapeuta ocupacional e demais categorias profissionais sempre que necessário.

5.7 Articulação Intersetorial

A atenção integral à saúde das pessoas idosas é, necessariamente, intersetorial, uma vez que o setor Saúde é apenas um dos aspectos que compõem o cuidado, considerando a necessidade de ações em todos os campos que promovam o envelhecimento saudável. Algumas questões notoriamente implicadas na autonomia e na qualidade de vida das pessoas idosas apontam a necessidade de uma relação mais estreita dos serviços de saúde com os serviços socioassistenciais, viabilizando o acesso aos cuidados de longa duração, a tecnologias assistivas, à reabilitação em saúde e a benefícios previdenciários e socioassistenciais. Além disso, a integralidade do cuidado indica a necessidade de planejamento e ação conjunta com as políticas de Educação, Trabalho, Previdência Social, Direitos Humanos, Habitação, Transporte, Cultura, garantindo acessibilidade e proteção dos direitos a população idosa, como o acesso à moradia, à mobilidade urbana, à cultura, ao lazer, entre outros.

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 18/11/2026 10:51 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p2fd9daf3ad766

41 3614-1470 Rua Dionísio Grabowski, 65 - CEP 83703-342 - Fazenda Velha - Araucária - PR

A complementaridade intersetorial pode ocorrer tanto no campo da intervenção individualizada, direcionada às pessoas idosas e a suas famílias, quanto naquelas ações coletivas de promoção da saúde e da prevenção de agravos, vinculadas ao território.

5.7.1 Proteção Social Básica (PSB)

No município, é composta pelos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) e o Centro de Convivência.

O CRAS é uma unidade de proteção social básica do SUAS, que tem por objetivo prevenir a ocorrência de situações de vulnerabilidades e riscos sociais nos territórios, por meio do desenvolvimento de potencialidades e aquisições, do fortalecimento de vínculos familiares e comunitários, e da ampliação do acesso aos direitos de cidadania. Esta unidade pública do SUAS é referência para o desenvolvimento de todos os serviços socioassistenciais de proteção básica do Sistema Único de Assistência Social – SUAS, no seu território de abrangência. Estes serviços, de caráter preventivo, protetivo e proativo, podem ser ofertados diretamente no CRAS. No CRAS, os cidadãos também são orientados sobre os benefícios assistenciais e podem ser inscritos no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal.

O Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF) e o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV) são os serviços ofertados dentro da política de Proteção Social Básica, que realizam atendimento em domicílio para pessoas com deficiência e idosas (ARAUCÁRIA, 2024).

O Centro de Convivência da Pessoa Idosa (CCPI) têm o objetivo de ofertar um conjunto de atividades de apoio aos cuidados básicos de vida diária (complementares aos oferecidos pelas famílias) e de participação social, às pessoas idosas que possuem algum grau de vulnerabilidade sócio familiar. No local, pessoas 60+ residentes em Araucária participam de atividades de artesanato, atividades físicas diversificadas, dança, gincanas, atividades de cultura e lazer, entre outras. Para acesso às atividades, é necessário o acolhimento realizado pelos CRAS da área de abrangência do cidadão.

5.7.2 Proteção Social Especial - Média Complexidade

Composta pelo Centro de Referência Especializada em Assistência Social (CREAS), é uma unidade pública da política de Assistência Social onde são atendidas famílias e pessoas que estão em situação de risco social ou tiveram seus direitos violados. A pessoa idosa também pode ser encaminhado ao CREAS por outros serviços da assistência social, por outras políticas públicas (por exemplo RAS) e por órgãos do Sistema de Garantia de Direitos (como o Ministério Público).

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 18/11/2026 10:51 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p2fd9daf3ad766

41 3614-1470 Rua Dionísio Grabowski, 65 - CEP 83703-342 - Fazenda Velha - Araucária - PR

Quadro 15: Unidades de Proteção Social Básica

UNIDADE	ENDEREÇO
CRAS BOQUEIRÃO	R. Miguel Grabowski, nº 380 - Passaúna
CRAS CALIFÓRNIA	R. Beija Flor, nº 1531 - Capela Velha
CRAS CENTRO	Av. Brasil, nº 379 - Centro
CRAS COSTEIRA	R. Maranhão, nº 2139 - Costeira
CRAS FAZENDA VELHA	R. N. Sra. dos Remédios, nº 909 - Fazenda Velha
CRAS INDUSTRIAL	R. Gralha-Azul, nº 485 - Capela Velha
CRAS THOMAS COELHO	R. Eduardo Sobania, nº 235 - Thomaz Coelho
CRAS TUPY	R. das Jardineiras, nº 1395 - Campina da Barra
Centro de Convivência da Pessoa Idosa	R. N. Sra. dos Remédios, 1073 - Fazenda Velha
CREAS	R. Feliz Klechovicz, nº 555 - Pequim

Fonte: Araucária, 2024 (site da PMA)

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 18/11/2026 10:51 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p2fd9daf3ad766

5.7.3 Proteção Social Especial - Alta Complexidade

Composta pelas ILPIs. O Município de Araucária possui instituições credenciadas à prefeitura que realizam o suporte quando necessário a institucionalização da pessoa idosa sem vínculo familiar e / ou alta fragilidade social.

5.7.4 Conselho Municipal de Direito das Pessoas Idosas (CMDPI)

O Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa – CMDPI, criado pela Lei Municipal Nº 1474/2004, é um órgão colegiado de caráter permanente e paritário, tendo função consultiva, deliberativa, controladora e fiscalizadora da política de defesa dos direitos da pessoa idosa, vinculado à Secretaria Municipal de Assistência Social. Os membros constituintes são representantes de organizações não governamentais diretamente ligadas à defesa ou ao atendimento à pessoa idosa, legalmente constituído, e/ou usuários representantes da pessoa idosa e representantes do Poder Executivo Municipal das seguintes secretarias: Saúde, Educação, Assistência Social, Cultura e Turismo, Esporte e Lazer e Governo. As reuniões do Conselho são realizadas mensalmente em calendário pré-definido e divulgado no site da Prefeitura Municipal de Araucária, são públicas e qualquer cidadão pode participar como ouvinte.

41 3614-1470 Rua Dionísio Grabowski, 65 - CEP 83703-342 - Fazenda Velha - Araucária - PR

Cabe destacar que o CMDPI recebe as notificações de violência contra a pessoa idosa dos munícipes, bem como realiza a fiscalização de ILPIs e casos de violência institucional.

5.7.5 Sistemas de Justiça e Direitos Humanos

As instâncias do sistema de Justiça e de Direitos Humanos que atuam com tais especificidades são Ministério Público, Defensoria Pública e Delegacias. As atribuições do Ministério Público são previstas no artigo 74 do Estatuto da Pessoa Idosa. Entre as competências do órgão, destacam-se: a) instaurar o inquérito civil e a ação civil pública para a proteção dos direitos e interesses difusos ou coletivos, individuais indisponíveis e individuais homogêneos da pessoa idosa; b) promover e acompanhar as ações de alimentos, de interdição total ou parcial, de designação de curador especial, em circunstâncias que justifiquem a medida e oficiar em todos os feitos em que se discutam os direitos de pessoas idosas em condições de risco; c) zelar pelo efetivo respeito aos direitos e garantias legais assegurados a pessoa idosa, promovendo as medidas judiciais e extrajudiciais cabíveis; d) inspecionar as entidades públicas e particulares de atendimento e os programas de que trata esta Lei, adotando de pronto as medidas administrativas ou judiciais necessárias à remoção de irregularidades porventura verificadas.

A Defensoria Pública é uma instituição permanente, essencial à função jurisdicional do Estado. Ela tem o papel de fazer a orientação jurídica, a promoção dos direitos humanos e a defesa, em todos os graus, judicial e extrajudicial, dos direitos individuais e coletivos, de forma integral e gratuita, aos necessitados. Em geral, elas atuam prestando orientação sobre direitos e na defesa judicial e extrajudicial dos direitos dessas populações, quando ocorre violação de direitos.

As Delegacias são responsáveis por investigar denúncias e infrações penais cometidas contra as pessoas idosas (BRASIL, 2018).

5.7.6 Secretaria de Educação e Secretaria de Esporte e Lazer

A PNSPI preconiza o estabelecimento de parceria permanente para a implementação de programas de atividades físicas e recreativas destinadas às pessoas idosas, visando à promoção do envelhecimento saudável. A Secretaria Municipal de Educação (SMED) tem um papel fundamental para o exercício da cidadania e desenvolvimento humano de pessoas de qualquer idade. Além da garantia de um direito fundamental previsto no Estatuto da Pessoa Idosa (art. 20), a promoção de espaços e acesso à educação para esta população contribuem com a proteção integral e a potencialização de redes de apoio e cuidados. Conforme pressupõe a Constituição Federativa do Brasil, 1988 “O dever do Estado com a educação será efetivado mediante

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 18/11/2026 10:51 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p2fd9daf3ad766

41 3614-1470 Rua Dionísio Grabowski, 65 - CEP 83703-342 - Fazenda Velha - Araucária - PR

a garantia de ensino fundamental obrigatório e gratuito, assegurada inclusive sua oferta gratuita para todos os que a ele não tiveram acesso na idade própria". A Lei Federal n° 9394/96 – LDB trata, nos artigos 37 e 38, da Educação de Jovens, Adultos e 60+ como uma modalidade da Educação Básica, sendo esta uma das vias para a igualdade de acesso à educação como bem social.

A Secretaria Municipal de Esporte e Lazer (SMEL) desenvolve políticas e ações voltadas à promoção do envelhecimento ativo e da qualidade de vida da população idosa, por meio do Programa Vida em Movimento. O programa contempla atividades de ginástica funcional, musculação e treinamentos esportivos, desenvolvidas no Centro de Convivência da pessoa idosa e nos núcleos esportivos da SMEL, com turmas voltadas à prática regular e ao aprimoramento físico.

O projeto inclui equipes municipais formadas por pessoas idosas, que participam de modalidades como vôlei escuro, vôlei câmbio, vôlei agarrado, basquete relógio, handebol, peteca, tênis de mesa, xadrez, dama e dominó, representando o município nos jogos oficiais do Estado e nos jogos metropolitanos. Atualmente, o Programa Vida em Movimento atende aproximadamente 400 pessoas, reafirmando o compromisso institucional da Secretaria com a promoção da saúde, o convívio social e a integração comunitária.

As inscrições para participação nestas atividades podem ser feitas na **sede da SMEL**, localizado na Rua Estela Lesniowski Wzorek, 360 - Bairro Fazenda Velha ou no **Ginásio de Esportes Joval de Paula Souza**, localizado na Rua Ceará, 120 (anexo ao Parque Cachoeira).

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 18/11/2026 10:51 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p2fd9daf3ad766

41 3614-1470 Rua Dionísio Grabowski, 65 - CEP 83703-342 - Fazenda Velha - Araucária - PR

Quadro 16: Atividades voltadas à população idosa disponíveis na rede municipal

Equipamento / Programa	Tipo de Atividades Desenvolvidas	Como acessar
Programa Vida e Movimento – SMEL	Ginástica orientada, exercícios funcionais, alongamento, vôlei escuro, vôlei câmbio, vôlei agarrado, basquete relógio, handebol, peteca, tênis de mesa, xadrez, dama, dominó entre outras atividades corporais voltadas à promoção da saúde e bem-estar.	Inscrição na **sede da SMEL**, localizado na Rua Estela Lesniowski Wzorek, 360 - Bairro Fazenda Velha ou no **Ginásio de Esportes Joval de Paula Souza**, localizado na Rua Ceará, 120 (anexo ao Parque Cachoeira).
Centro de Convivência da Pessoa Idosa (CCPI)	Oficinas de convivência, dança, ginástica, artesanato, jogos, atividades culturais e educativas.	Procura direta nos CRAS para realização de cadastro e participação nas atividades ofertadas.
Centro de Referência de Assistência Social (CRAS)	Grupos de convivência e fortalecimento de vínculos, oficinas socioeducativas, rodas de conversa e atividades culturais.	Acesso por procura espontânea no CRAS de referência do território ou mediante encaminhamento da rede socioassistencial.
Unidade Básica de Saúde (UBS)	Grupos de promoção da saúde, educação em saúde, acompanhamento de condições crônicas, atividades coletivas e orientações multiprofissionais.	Acesso por procura espontânea na Unidade Básica de Saúde de referência do território ou por encaminhamento de profissionais da equipe de saúde.
Academias ao Ar Livre	Equipamentos públicos destinados à prática de exercícios físicos, como alongamento, fortalecimento muscular e atividades de mobilidade, podendo ser utilizados de forma autônoma pela população.	Acesso livre em praças e espaços públicos onde os equipamentos estão instalados, sem necessidade de inscrição prévia.

Fonte: Elaborado pelos autores (2026).

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 18/11/2026 10:51 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p2fd9daf3ad766

41 3614-1470 Rua Dionísio Grabowski, 65 - CEP 83703-342 - Fazenda Velha - Araucária - PR

6. DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

A Prefeitura de Araucária apresenta, após análise do COMUSAR, a versão final do Plano Municipal de Saúde (PMS) 2026-2029. Este documento constitui o principal instrumento de planejamento para a definição e implementação das prioridades municipais, fundamentado na análise da situação da saúde local e nas necessidades da população para o quadriênio. Durante sua elaboração, foram observadas as legislações federais pertinentes, como a Lei Orgânica da Saúde no 8.080, de 19 de setembro de 1990, a Lei no 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e a Lei Complementar no 141, de 13 de janeiro de 2012. Também foi considerado o Decreto no 7.508, de 19 de setembro de 2011, que aperfeiçoou os processos e práticas do ciclo de gestão do SUS ao regulamentar aspectos da Lei no 8.080, especialmente no que se refere ao planejamento em saúde, assistência, articulação interfederativa e regionalização.

Foram utilizados como referências o Plano Nacional de Saúde (PNS) e o Plano Estadual de Saúde do Paraná (PES), visando a conciliação e definição de prioridades, com o objetivo de garantir a continuidade e a previsibilidade das políticas prioritárias já iniciadas em outras esferas de gestão federativa. Considerando os princípios do SUS e o diagnóstico situacional da saúde, assim como as propostas oriundas da Confemusar – Conferência Municipal de Saúde de Araucária, do Plano de Governo da atual gestão, as diretrizes do Plano Diretor Municipal e as pactuações interfederativas vigentes, a SMSA estruturou seu planejamento estratégico para o período de 2026-2029, estabelecendo macroprioridades organizadas em diretrizes, objetivos, metas, indicadores e ações.

Dessa forma, foi possível definir estratégias, estabelecer resultados esperados, quantificá-los e parametrizá-los.

A seguir, apresentam-se as definições desses conceitos estruturantes do Plano Municipal de Saúde:

- Diretrizes: Expressam ideais de realização e orientam escolhas estratégicas e prioritárias, devendo ser definidas de acordo com as características epidemiológicas, a organização dos serviços, o sistema de saúde e os marcos da Política de Saúde (BRASIL, 2016).
- Objetivos: Indicam os resultados desejados e apontam quais aspectos da realidade se pretende modificar, servindo de guia para as metas e ações. Seu alcance é quantificado por meio das metas.
- Metas: São medidas de alcance dos objetivos (BRASIL, 2016), podendo representar desafios a serem superados e compromissos assumidos para a obtenção dos objetivos.
- Indicadores: Correspondem a parâmetros que permitem identificar, mensurar, acompanhar e comunicar, de forma simples, a evolução de determinado aspecto da intervenção proposta. São apurados periodicamente, possibilitando a avaliação e o monitoramento das metas.

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 18/11/2026 10:51 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p2fd9daf3ad766

41 3614-1470 Rua Dionísio Grabowski, 65 - CEP 83703-342 - Fazenda Velha - Araucária - PR

- Ações: Representam as tarefas necessárias para o cumprimento das metas, configurando a menor e mais detalhada unidade do processo de planejamento.

Quadro 17: Indicadores de Saúde para qualificação da assistência à saúde da população idosa no município

OBJETIVOS PMS 2026 - 2029	METAS	INDICADOR	AÇÕES
Qualificar a assistência às pessoas com condições crônicas.	Ampliar a avaliação do risco cardiovascular entre pessoas de 40 a 74 anos atendidas na Atenção Primária à Saúde (APS).	Percentual de pessoas com risco cardiovascular avaliado.	1. Realizar ações programadas nas Unidades de Saúde com foco em Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) 1.1 Planejar e executar atividades educativas, preventivas e de rastreamento alinhadas às datas alusivas às temáticas das DCNT. 2. Fortalecer o cuidado territorial com foco nas DCNTs 2.1 Desenvolver ações localizadas de cuidado contínuo à população por meio das equipes de saúde da família e da equipe multiprofissional, priorizando a estratificação de risco cardiovascular e o manejo de hipertensão, diabetes, dislipidemias, tabagismo e obesidade. 3. Implantar ou fortalecer estratégias intersetoriais e comunitárias de estímulo à Segurança Alimentar e Nutricional (SAN), práticas corporais e manejo do sobrepeso e obesidade com foco na prevenção primária das DCNTs. 3.1 Divulgar a programação de ações realizadas pela e-Multi em parceria com conselho local de saúde e outras lideranças comunitárias por meio de cronograma periódico. 4. Promover o vínculo e adesão das pessoas com risco cardiovascular aos grupos de promoção da saúde

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 18/11/2026 10:51 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p2fd9daf3ad766

41 3614-1470 Rua Dionísio Grabowski, 65 - CEP 83703-342 - Fazenda Velha - Araucária - PR

			4.1 Garantir a participação ativa de pessoas entre 40 e 74 anos em grupos de educação em saúde, rodas de conversa e práticas integrativas, com monitoramento da presença e dos desfechos clínicos.
Qualificar a assistência à saúde da pessoa idosa.	Ampliar a realização da Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa na Atenção Primária.	Percentual de idosos estratificados através . Quadrimestral. 50 %	1. Manter a Linha Guia de Saúde do Idoso no município; 2. Manter atualizado o Protocolo de Saúde do Idoso na Atenção Primária, com parceria entre DAP e DAE; 3. Promover ações junto à rede de atenção à saúde que visem o cuidado integrado a pessoa idosa; 4. Realizar parcerias com SMAS para promover ações de cuidado para essa população; 5. Realizar ações de prevenção e promoção à saúde em especial sobre atividade física na terceira idade, doenças crônicas como diabetes e hipertensão, uso racional de medicamentos etc.; 6. Capacitar profissionais dentro da Linha de Cuidado ao Idoso; 7. Realizar treinamentos com os profissionais de nível superior e médio sobre a aplicação do instrumento IVCF 20; 8. Intensificar o matriciamento em parceria com CSMI e Unidades de Saúde, qualificando o atendimento aos idosos; 9. Garantir a reposição de profissionais de nível superior no Centro de Saúde do Idoso em decorrência de exonerações e aposentadorias. 10. Monitorar o percentual de encaminhamentos estratificados adequadamente ao ambulatório de acordo com o protocolo de Atenção à Saúde do Idoso. 11. Monitorar a proporção de idosos frágeis encaminhados ao Ambulatório de Fragilidade CSMI 12 Manter a linha de cuidado da saúde

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 18/11/2026 10:51 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p2fd9daf3ad766

			da pessoa idosa, com objetivo de proporcionar suporte nas atividades técnicas, permitindo que cada linha desenvolva uma gestão eficiente e eficaz.
	Fortalecer o Cuidado integral da Pessoa Idosa por meio adoção de boas práticas.	Índice de Boas Práticas no Cuidado ao idoso. a) Ter realizado pelo menos 1 (uma) consulta por profissional médica (o) ou enfermeira(o) presencial ou remota nos últimos 12 meses que antecedem o período em análise, na atenção primária; (b) Ter realizado pelo menos 2 (dois) registros simultâneos de peso e altura para avaliação antropométrica nos últimos 12 meses; (c) Ter pelo menos 2 (duas) visitas domiciliares realizadas por ACS, com intervalo mínimo de 30 (trinta) dias entre as visitas, nos últimos 12 meses que antecedem o período em análise; (D) Ter um registro de uma dose da vacina influenza, nos últimos 12 meses que antecedem o período em análise.	1. Dimensionar, recompor e qualificar as equipes de saúde para o cuidado da pessoa idosa 1.1 Realizar diagnóstico do quadro de recursos humanos nas unidades da Atenção Primária à Saúde (APS) e Atenção Ambulatorial Especializada (AAE), identificando lacunas nas equipes (ESF e e-Multi) e priorizando a recomposição com base em critérios populacionais e epidemiológicos. 1.2 Promover capacitação contínua para profissionais da APS com foco no envelhecimento ativo e saudável, avaliação geriátrica ampla (AGA), prevenção de quedas, polifarmácia, cuidado centrado na pessoa e abordagem familiar. 2. Garantir pelo menos uma consulta presencial anual com profissional médico ou enfermeiro 2.1 Estabelecer agenda programada para acompanhamento sistemático das pessoas idosas, com ênfase na estratificação de risco, rastreios e plano de cuidado individualizado. 3. Realizar pelo menos duas avaliações antropométricas (peso e estatura) nos últimos 12 meses 4. Garantir ao menos duas visitas domiciliares anuais realizadas por ACS 4.1 Priorizar idosos acamados, com doenças crônicas, com déficit funcional ou em situação de vulnerabilidade social, com registro da visita no prontuário e plano de cuidado compartilhado com a equipe. 5. Realizar o registro de 1 dose da vacina contra influenza nos

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 18/11/2026 10:51 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p2fd9daf3ad766

41 3614-1470 Rua Dionísio Grabowski, 65 - CEP 83703-342 - Fazenda Velha - Araucária - PR

			últimos 12 meses 5.1 Desenvolver estratégias ativas de vacinação de idosos, incluindo visitas domiciliares, ações extramuros e campanhas específicas com apoio da comunidade. 6. Realizar no mínimo 1 encontro comunitário bimestral por unidade de saúde com idosos e familiares 6.1 Promover rodas de conversa, grupos de convivência e educação em saúde com temáticas como: autocuidado, alimentação, envelhecimento ativo, direitos da pessoa idosa, prevenção de quedas, rastreamento de ISTs com testagem rápida para HIV, sífilis, hepatites B e C. 7. Promover o cuidado farmacêutico e revisão da prescrição com foco na polifarmácia e uso seguro de medicamentos 7.1 Identificar uso de medicamentos potencialmente inapropriados (MPI), orientar idosos e cuidadores, e articular ações com profissionais da farmácia e da equipe médica. 7.2 Articular com a Secretaria Municipal de Meio Ambiente ações para o descarte de medicamentos descontinuados pelos pacientes e/ou vencidos

Fonte: ARAUCÁRIA, SMSA (2025).

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 18/11/2026 10:51 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p2fd9daf3ad766

41 3614-1470 Rua Dionísio Grabowski, 65 - CEP 83703-342 - Fazenda Velha - Araucária - PR

7. REFERÊNCIAS

ARAUCÁRIA, Prefeitura do Município. Secretaria Municipal de Saúde. **Saúde Araucária 2024: Análise da Situação de Saúde**. Araucária: Departamento de Vigilância em Saúde, 1ª ed., 2024.

_____. **Plano Municipal de Saúde 2026-2029**. Araucária: 2025. Disponível em: https://araucaria.atende.net/atende.php?rot=1&aca=119&ajax=t&processo=viewFile&ajaxPrevent=1750169470765&file=6AEE5F10AFEBE3BC0FADB3344F4F6B7AEE9ADCFB&sistema=WPO&classe=UploadMidia. Acesso em: 27/07/2026.

_____. **Lei 3066, de 22 de dezembro de 2016** - Dispõe sobre a Política Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa e sobre o Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa - CMDPI. 2016.

ARSIE, Neiry Ellen Gasperin; ZOTZ, Talita G. G.; GOMES, Anna Raquel S. **Manual de prevenção de quedas em idosos.** Curitiba: Governo do Estado do Paraná; Secretaria da Saúde, 2021. Disponível em: https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2021-06/manual_de_prevencao_de_quedas_em_idosos_digitalpdf.pdf. Acesso em: 05/12/2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Calendário Nacional de Vacinação – Idoso**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2026. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/vacinacao/arquivos/calendario-nacional-de-vacinacao-idoso. Acesso em: 23/04/2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Gestão do Cuidado Integral. **Guia de cuidados para a pessoa idosa**. Brasília : Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_cuidados_pessoa_idosa.pdf. Acesso em: 19/12/2024.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Gestão do Cuidado Integral. **Relatório nacional sobre a demência: Epidemiologia, (re)conhecimento e projeções futuras**. Brasília : Ministério da Saúde, 2024. Disponível em:https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_nacional_demencia_brasil.pdf. Acesso em: 26/12/2024.

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 18/11/2026 10:51 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p2fd9daf3ad766

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Linhas de Cuidados: Pessoas com Demência.** Site governamental. Disponível em: https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/demencia/. Acesso em: 26/12/2024.

_____. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. **Dispõe sobre o Estatuto da Pessoa Idosa e dá outras providências**. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 3 out. 2003.

_____. **Portaria GM/MS nº 3.681, de 7 de maio de 2024** - Institui a Política Nacional de Cuidados Paliativos - PNCP no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2024.

_____. **Portaria de Consolidação GM/MS N° 2, de 28 de setembro de 2017**. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

FEITOSA A. D. M., BARROSO W. K. S., MION JUNIOR D., NOBRE F., MOTA-GOMES M. A., JARDIM P. C. B., *et al.* **Diretrizes Brasileiras de Medidas da Pressão Arterial Dentro e Fora do Consultório** – 2023. Arq. Bras. Cardiol. Disponível em: https://abccardiol.org/wp-content/uploads/articles_xml/0066-782X-abc-121-4-e20240113/0066-782X-abc-121-4-e20240113.x47225.pdf. Acesso em 26/12/2024.

HORI A.A., NASCIMENTO A.F. **O Projeto Terapêutico Singular e as práticas de saúde mental nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em Guarulhos (SP)**. Rev. Cien. Saud. Colet, 2014. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-81232014198.11412013. Acesso em: 26/12/2024.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Censo Demográfico 2022**. Disponível em: https://censo2022.ibge.gov.br/panorama/. Acesso em 15/11/2024.

LANA, L.D.; SCHNEIDER, R.H.; **Síndrome de fragilidade no idoso:** uma revisão narrativa. Revista brasileira de geriatria e gerontologia. 2014. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1809-9823.2014.12162. Acesso em 14/12/2024.

JUNIOR J.R.M.L. et al. **Fatores associados à ansiedade e depressão em idosos:** uma revisão integrativa. Revista Nursing Edição Brasileira, 2023. Disponível em: https://www.revistanursing.com.br/index.php/revistanursing/article/view/3071. Acesso em: 26/06/2025.

MAIA, B. C. et al. **Consequências das quedas em pessoas idosas vivendo na Comunidade.** Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro, 2011.

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 18/11/2026 10:51 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p2fd9daf3ad766

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. **Nota técnica para organização da rede de atenção à saúde com foco na atenção primária à saúde e na atenção ambulatorial especializada -** Saúde da Pessoa Idosa**.** Guia de orientação para as secretarias estaduais e municipais de saúde. São Paulo: Ministério da Saúde, 2019.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. **Orientações técnicas para a implementação da linha para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa no sistema Único de Saúde.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018.

_____. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. **Manual de Cuidados Paliativos**. 2ª ed. São Paulo: Ministério da Saúde, 2023.

_____. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas: Doença de Parkinson.** Brasília: CONITEC, 2017.

_____. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Complexo da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas: Osteoporose.** Brasília: CONITEC, 2023.

MORAES, E.N.; MARINO, M. C. A.; SANTOS, R. R. **Principais síndromes geriátricas**. Revista de Medicina Minas Gerais. v.20, n. 1, 2010.

MORAES E.N. et al. **A New Proposal for the Clinical-Functional Categorization of the Elderly**: Visual Scale of Frailty (VS-Frailty). J Aging Res Clin Practice. 2016.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Atenção à Saúde. **Avaliação Multidimensional do Idoso**. Curitiba : SESA, 2018.

_____. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Atenção à Saúde. **Linha Guia da Saúde do Idoso**. Curitiba : SESA, 2018.

QUINTÃO, M. G. et al. **Incontinência fecal:** perfil dos idosos residentes na cidade de Rio Piracicaba, MG. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia. 2010.

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS (UNA-SUS). *Tremores*. **Curso: Atenção aos problemas neurológicos mais frequentes na Atenção Básica**. 2022. Disponível em: https://www.unasus.gov.br/cursos/curso/46023. Acesso em: 14 ago. 2022.

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 18/11/2026 10:51 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p2fd9daf3ad766

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA. *A demência e como ela afeta as pessoas*. **Curso: ZELAR – Alzheimer e outras demências.** 2023. Disponível em: https://portal.uel.br/evento/zelar-alzheimer-e-outras-demencias/. Acesso em: 12 abr. 2023.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Centro de Ciências da Saúde. *Atenção integral à saúde do idoso: medicina.* **Curso de Especialização Multiprofissional na Atenção Básica** – Modalidade a Distância. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2016. Disponível em: http://www.unasus.ufsc.br. Acesso em: 18/09/2025.

YUASO, D. R. **Síndromes geriátricas e a reabilitação da pessoa idosa**. In: Universidade Aberta do SUS. Universidade Federal do Maranhão. São Luís: UNA-SUS; UFMA, 2021.

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 18/11/2026 10:51 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p2fd9daf3ad766

41 3614-1470 Rua Dionísio Grabowski, 65 - CEP 83703-342 - Fazenda Velha - Araucária - PR

8. ANEXOS

ANEXO I - Miniexame do estado mental (Minimental - MEEM)

MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL (Folstein, Folstein & McHugh, 1975)

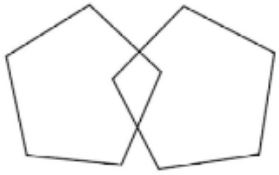
	PONTOS
ORIENTAÇÃO	
Dia da semana (1 ponto)	
Dia do mês? (1 ponto)	
Mês (1 ponto)	
Ano (1 ponto)	
Hora aproximada (1 ponto)	
Local específico (aposento ou setor) (1 ponto)	
Instituição (residência, hospital, clínica) (1 ponto) –	
Bairro ou rua próxima (1 ponto) –	
Cidade (1 ponto)	
Estado (1 ponto)	
MEMÓRIA IMEDIATA	
Fale 3 palavras não relacionadas. Pergunte ao paciente pelas 3 palavras. Dê 1 ponto para cada resposta correta (Ex: carro, bola, tijolo OU pente, azul, tapete / gelo, leão, planta).	
Depois repita as palavras e certifique-se de que o paciente as aprendeu.	
ATENÇÃO E CÁLCULO	
(100-7) sucessivos, 5 vezes (1 ponto para cada cálculo correto)	
93-86-79-72-65. Alternativamente, soletrar MUNDO de trás para frente	
EVOCAÇÃO	
Pergunte pelas 3 palavras ditas anteriormente (1 ponto por palavra)	
LINGUAGEM	
Nomear um relógio e uma caneta (2 pontos)	
Repetir "nem aqui, nem ali, nem lá" (1 ponto)	
Comando: "pegue este papel com a mão direita, dobre ao meio e coloque no chão" 3 pontos	
Ler e obedecer "feche os olhos" (1 ponto)	
Escrever uma frase (1 ponto)	
Copiar um desenho (1 ponto)	
ESCORE	0

CLASSIFICAÇÃO

Pontos de Corte (Bertolucci, P. et al 1994) – SUSPEITA DE DEMÊNCIA:
Analfabetos=13pontos Baixa/média escolaridade (1 a 8 anos)=18pontos Alta escolaridade (+8 anos)= 26 pontos

Ponto de corte (Lourenço, R. A. & Veras, R. P., 2006) – sugerir ESTIMULAÇÃO COGNITIVA:
Sujeitos não alfabetizados = 18/19 Sujeitos com um ano ou mais de escolaridade = 23/24 (+8 anos)= 26 pontos

OBSERVAÇÃO:



ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 18/11/2026 10:51 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p2fd9daf3ad766

41 3614-1470 Rua Dionísio Grabowski, 65 - CEP 83703-342 - Fazenda Velha - Araucária - PR

ANEXO II - Instrumento IVCF-20

ÍNDICE DE VULNERABILIDADE CLÍNICO-FUNCIONAL-20
www.ivcf-20.com.br

				Pontuação
Responda às perguntas abaixo com a ajuda de familiares ou acompanhantes. Marque a opção mais apropriada para a sua condição de saúde atual. Todas as respostas devem ser confirmadas por alguém que conviva com você. Nos idosos incapazes de responder, utilizar as respostas do cuidador.				
IDADE		**1. Qual é a sua idade?**	( ) 60 a 74 anos[0] ( ) 75 a 84 anos[1] ( ) ≥ 85 anos[3]	
AUTO-PERCEPÇÃO DA SAÚDE		**2. Em geral, comparando com outras pessoas de sua idade, você diria que sua saúde é:**	( ) Excelente, muito boa ou boa[0] ( ) Regular ou ruim[1]	
ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA	AVD Instrumental *Respostas positiva valem 4 pontos cada. Todavia, a pontuação máxima do item é de 4 pontos, mesmo que o idoso tenha respondido sim para todas as questões 3, 4 e 5.*	**3. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de fazer compras?** ( )Sim[4] ( )Não ou não faz compras por outros motivos que não a saúde		Máximo 4 pts
		4. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de controlar seu dinheiro, gastos ou pagar as contas de sua casa? ( )Sim[4] ( ) Não ou não controla o dinheiro por outros motivos que não a saúde		
		5. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de realizar pequenos trabalhos domésticos, como lavar louça, arrumar a casa ou fazer limpeza leve? ( )Sim[4] ( )Não ou não faz mais pequenos trabalhos domésticos por outros motivos que não a saúde		
	AVD Básica	**6. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de tomar banho sozinho?** ( )Sim[6] ( )Não		
COGNIÇÃO		**7. Algum familiar ou amigo falou que você está ficando esquecido?** ( )Sim[1] ( )Não		
		8. Este esquecimento está piorando nos últimos meses? ( )Sim[1] ( )Não		
		9. Este esquecimento está impedindo a realização de alguma atividade do cotidiano? ( )Sim[2] ( )Não		
HUMOR		**10. No último mês, você ficou com desânimo, tristeza ou desesperança?** ( )Sim[2] ( )Não		
		11. No último mês, você perdeu o interesse ou prazer em atividades anteriormente prazerosas? ( )Sim[2] ( )Não		
MOBILIDADE	Alcance, preensão e pinça	**12. Você é incapaz de elevar os braços acima do nível do ombro?** ( )Sim[1] ( )Não		
		13. Você é incapaz de manusear ou segurar pequenos objetos? ( )Sim[1] ( )Não		
	Capacidade aeróbica e /ou muscular	**14. Você tem alguma das quatro condições abaixo relacionadas?** • Perda de peso não intencional de 4,5 kg ou 5% do peso corporal no último ano ou 6 kg nos últimos 6 meses ou 3 kg no último mês ( ); • Índice de Massa Corporal (IMC) menor que 22 kg/m² ( ); • Circunferência da panturrilha a < 31 cm ( ); • Tempo gasto no teste de velocidade da marcha (4m) > 5 segundos ( ). ( ) Sim[2] ( )Não		Máximo 2 pts
	Marcha	**15. Você tem dificuldade para caminhar capaz de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano?** ( )Sim[2] ( )Não		
		16. Você teve duas ou mais quedas no último ano? ( )Sim[2] ( )Não		
	Continência esfincteriana	**17. Você perde urina ou fezes, sem querer, em algum momento?** ( )Sim[2] ( )Não		
COMUNICAÇÃO	Visão	**18. Você tem problemas de visão capazes de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? *É permitido o uso de óculos ou lentes de contato.*** ( )Sim[2] ( )Não		
	Audição	**19. Você tem problemas de audição capazes de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? *É permitido o uso de aparelhos de audição.*** ( )Sim[2] ( )Não		
COMORBIDADES MÚLTIPLAS	Polipatologia Polifarmácia Internação recente (<6 meses)	**20. Você tem alguma das três condições abaixo relacionadas?** • Cinco ou mais doenças crônicas ( ); • Uso regular de cinco ou mais medicamentos diferentes, todo dia ( ); • Internação recente, nos últimos 6 meses ( ). ( )Sim[4] ( )Não		Máximo 4 pts
			PONTUAÇÃO FINAL (40 pontos)	

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 18/11/2026 10:51 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p2fd9daf3ad766

41 3614-1470 Rua Dionísio Grabowski, 65 - CEP 83703-342 - Fazenda Velha - Araucária - PR

ANEXO III - Escala de Depressão Geriátrica (GDS 5-15)

1. Está satisfeito(a) com sua vida?	( ) Sim	( ) Não
2. Interrompeu muitas de suas atividades?	( ) Sim	( ) Não
3. Acha sua vida vazia?	( ) Sim	( ) Não
4. Aborrece-se com frequência?	( ) Sim	( ) Não
5. Sente-se bem com a vida na maior parte do tempo?	( ) Sim	( ) Não
6. Teme que algo ruim lhe aconteça?	( ) Sim	( ) Não
7. Sente-se alegre a maior parte do tempo?	( ) Sim	( ) Não
8. Sente-se desamparado com frequência?	( ) Sim	( ) Não
9. Prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?	( ) Sim	( ) Não
10. Acha que tem mais problemas de memória que outras pessoas?	( ) Sim	( ) Não
11. Acha que é maravilhoso estar vivo(a)?	( ) Sim	( ) Não
12. Sente-se inútil?	( ) Sim	( ) Não
13. Sente-se cheio(a) de energia?	( ) Sim	( ) Não
14. Sente-se sem esperança?	( ) Sim	( ) Não
15. Acha que os outros têm mais sorte que você?	( ) Sim	( ) Não

Fonte: J Psychiatr Res. 1982-1983; 17(1): 37-49 e Arq Neuropsiquiatr. 1999; 57(2-B): 421-426

- Considerar 1 ponto quando os itens em cinza (sim ou não) estiverem marcados.

Avaliações dos resultados:

- Uma pontuação entre 0 e 5 se considera normal
- 6 a 10 indica depressão leve
- 11 a 15 depressão severa

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 18/11/2026 10:51 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p2fd9daf3ad766

41 3614-1470 Rua Dionísio Grabowski, 65 - CEP 83703-342 - Fazenda Velha - Araucária - PR

ANEXO IV - Índice de Katz: Atividades Básicas de Vida Diária

ATIVIDADES BÁSICAS DE VIDA DIÁRIA (KATZ)

Atividade	Descrição	Dependente=1
Banho	(0) Não recebe ajuda (entra e sai da banheira sozinho, se este for o modo habitual de tomar banho). (I)	
	(0) Recebe ajuda para lavar apenas uma parte do corpo (como, por exemplo, as costas ou uma perna). (I)	
	(1) Recebe ajuda para lavar mais de uma parte do corpo, ou não toma banho sozinho. (D)	
Vestir-se	(0) Pega as roupas e veste-se completamente, sem ajuda. (I)	
	(0) Pega as roupas e veste-se sem ajuda, exceto para amarrar os sapatos. (I)	
	(1) Recebe ajuda para pegar as roupas ou vestir-se, ou permanece parcial ou completamente sem roupa. (D)	
Uso do vaso sanitário (ida ao banheiro ou local equivalente para evacuar e urinar, higiene íntima e arrumação das roupas)	(0) Vai ao banheiro ou lugar equivalente, limpa-se a ajeita as roupas sem ajuda (pode usar objetos para apoio como bengala, andador ou cadeira de rodas e pode usar comadre ou urinol à noite, esvaziando-o de manha). (I)	
	(1) Recebe ajuda para ir ao banheiro ou local equivalente, ou para se limpar ou para ajeitar as roupas após evacuação ou micção, ou para usar a comadre ou urinol à noite. (D)	
	(1) Não vai ao banheiro ou equivalente para eliminação fisiológica. (D)	
Transferência	(0) Deita-se e sai da cama, senta-se e levanta-se da cadeira sem ajuda (pode estar usando objeto para apoio como bengala, andador). (I)	
	(1) Deita-se e sai da cama e/ou senta-se e levanta-se da cadeira com ajuda. (D)	
	(1) Não sai da cama. (D)	
Continência	(0) Controla inteiramente a micção e a evacuação. (I)	
	(1) Tem "acidentes" ocasionais. (D)	
	(1) Necessita de ajuda para manter o controle da micção e evacuação; usa cateter ou é incontinente. (D)	
Alimentação	(0) Alimenta-se sem ajuda. (I)	
	(0) Alimenta-se sozinho, mas recebe ajuda para cortar carne ou passar manteiga no pão. (I)	
	(1) Recebe ajuda para alimentar-se, ou é alimentado parcialmente ou completamente pelo uso de cateteres ou fluidos intravenosos. (D)	
Total		**0**
Classificação		

Index de AVD	Tipo de Classificação	Classificação Funcional
0	Independente em todas as seis funções;	Mais funcional
1	Independente em cinco funções e dependente em uma função;	
2	Independente em quatro funções e dependente em duas funções;	Funcionalidade intermediária
3	Independente em três funções e dependente em três funções;	
4	Independente em duas funções e dependente em quatro funções;	
5	Independente em uma função e dependente em cinco funções;	Menos funcional
6	Dependente em todas as seis funções.	

Fonte: Katz, Akpom, 1976; Rubenstein et al, 1984 (citado por Lino et al, 2008)

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 18/11/2026 10:51 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p2fd9daf3ad766

41 3614-1470 Rua Dionísio Grabowski, 65 - CEP 83703-342 - Fazenda Velha - Araucária - PR

ANEXO V - Índice de Lawton-Brody: Atividades Instrumentais de Vida Diária

ATIVIDADES INSTRUMENTAIS DE VIDA DIÁRIA DE LAWTON

Atividade	Pontuação: Sem ajuda=3 Com ajuda parcial=2 Não consegue=1	Pontos
Consegue usar o telefone?		
(3) Capaz de ver os números, discar, receber e fazer ligações sem ajuda (2) Capaz de responder ao telefone, mas necessita um telefone especial ou ajuda para encontrar números ou discar. (1) Incapaz de usar o telefone		
Consegue ir a locais distantes, usando algum transporte, sem necessidade de planejamentos especiais?		
(3) Capaz de dirigir seu próprio carro ou sair sozinho a locais distantes de ônibus ou taxi/uber (2) Capaz de sair a locais distantes exclusivamente acompanhado (1) Não tem o hábito ou é incapaz de sair		
Consegue fazer compras?		
(3) Capaz de fazer compras, se fornecido transporte. (2) Capaz fazer compras, exclusivamente acompanhado. (1) Incapaz de fazer compras.		
Consegue preparar as próprias refeições?		
(3) Capaz de planejar e cozinhar refeições completas		
(2) Capaz de preparar pequenas refeições (ex.café da manhã, esquentar uma comida pronta), mas incapaz de cozinhar refeições completas sozinho.		
(1) Incapaz de preparar qualquer refeição.		
Consegue arrumar a casa? (pode substituir por cuidar do jardim/quintal)		
(3) Consegue realizar trabalho doméstico pesado (como esfregar o chão) (2) Capaz de realizar trabalho doméstico leve (lavar pratos ou arrumar a cama), mas necessita de ajuda nas tarefas pesadas (1) Incapaz de realizar qualquer trabalho doméstico.		
Consegue fazer gerenciamento doméstico, trabalhos manuais domésticos ou pequenos consertos?		
(3) Capaz de obter e manter bens pessoais, da casa e do ambiente (ex. casa, quintal, jardim, equipamentos, veículos), incluindo manutenção e reparação dos bens pessoais (vestuário e itens da casa) e saber como procurar ajuda ou com quem entrar em contato. (2) Com ajuda parcial (1) Não consegue		
Consegue lavar e passar sua roupa?		
(3) Sem ajuda para lavar, estender, passar/dobrar e guardar as roupas (2) Com ajuda parcial (1) Não consegue		
Consegue tomar seus remédios na dose e na hora certa?		
(3) Capaz de tomar os remédios na dose e na hora certa (2) Capaz de tomar os remédios, mas necessita lembretes ou de alguém que os prepare. (1) Incapaz de tomar remédios sozinho.		
Consegue cuidar das suas finanças?		
(3) Capaz de administrar necessidades de compra, preencher cheques e pagar contas (2) Capaz de administrar necessidades de compra diária, mas necessita de ajuda com pagamentos. (1) Completamente incapaz de administrar dinheiro		
Total		0
Classificação		

9 pontos – totalmente dependente / 10 a 15 pontos – dependência grave;
16 a 20 pontos – dependência moderada / 16 a 20 pontos – dependência moderada;
21 a 25 pontos – dependência leve / 25 a 27 pontos – independente. (Fonte: Lawton e Brody, 1969; Lawton, 1971 – Tratado de Geriatria e Gerontologia – 4 ed)

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 18/11/2026 10:51 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p2fd9daf3ad766

9. HISTÓRICO DE REVISÕES

Edição	Elaborado por	Revisado por	Descrição
00	Fernanda Tiemi Kubota Landal	Câmara Técnica em Saúde da Pessoa Idosa	Versão 0 - Linha Guia em Saúde da Pessoa Idosa

Assinado digitalmente por:
FERNANDA TIEMI KUBOTA LANDAL
046.416.189-41
18/11/2026 10:51:31
Assinatura digital avançada.

Assinado digitalmente por:
RENATA KNOPIK BOTOGOSKI:03109995964
031.099.959-64
19/11/2026 13:42:58

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 18/11/2026 10:51 -03:00 -03
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSE: https://c.ipm.com.br/p2fd9daf3ad766

41 3614-1470 Rua Dionísio Grabowski, 65 - CEP 83703-342 - Fazenda Velha - Araucária - PR