UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

ATENÇÃO AO IDOSO FRÁGIL: UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO DA EQUIPE VERMELHA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE BONFIM/MG

Mariana Machado Barbosa Cangussu

LAGOA SANTA – MINAS GERAIS
2013

Mariana Machado Barbosa Cangussu

ATENÇÃO AO IDOSO FRÁGIL: UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO DA EQUIPE VERMELHA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE BONFIM/MG

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Profª. Anadias Trajano Camargos

LAGOA SANTA – MINAS GERAIS

2013

Mariana Machado Barbosa Cangussu

ATENÇÃO AO IDOSO FRÁGIL: UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO DA EQUIPE VERMELHA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE BONFIM/MG

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Profª. Anadias Trajano Camargos

Banca examinadora

Profª. Anadias Trajano Camargos - Orientadora

Profª. Eulita Maria Barcelos

Aprovado em Belo Horizonte: 06/07/2013

Agradeço àqueles que caminham junto a mim e participam direta ou indiretamente do meu processo, que acreditam em minha proposta de trabalho e dedicação à saúde pública. A mudança do sistema somente será efetiva quando mais profissionais acreditarem no que fazem e colocarem amor em suas ações diárias. Ser profissional de saúde não é um acaso, é preciso fazer o extraordinário.

“Você tem que ser o espelho da mudança que está propondo. Se eu quero mudar o mundo, tenho que começar por mim”.

Mahatma Gandhi

RESUMO

O crescimento do número de idosos faz parte hoje do contexto mundial. Sabe-se que a transformação nesse grupo etário é consequência do avanço da ciência, mudanças no perfil epidemiológico e características das populações. O aumento das demandas dessa população pode ser percebido nas instituições de saúde, que ainda não estão preparadas para lidar com esse grupo e com as várias patologias que podem surgir em consequência do envelhecimento. Da mesma forma, a Síndrome da Fragilidade é um mal que acomete principalmente a população idosa em percentual elevado, porém, o fato de ser pouco conhecida pelas equipes de saúde e a escassez de literatura, coloca em dificuldades o atendimento da pessoa idosa. Assim decidiu-se delinear o objetivo do estudo elaborar uma proposta de intervenção para sistematização do atendimento aos idosos frágeis residentes na área de abrangência da Equipe de Saúde da Família, localizada na cidade de Bonfim, Minas Gerais. Utilizou-se o planejamento estratégico para elaboração da proposta e a partir dos problemas priorizados foram feitos dois projetos referentes à fragilidade em idosos da comunidade adscrita. A proposta visa à melhoria da assistência dos idosos frágeis tanto pela equipe de saúde, quanto em domicílio. Assim, espera-se empenho de todos os membros da equipe para o bom andamento e qualidade dos trabalhos, afim de que se obtenha sucesso na concretização dos projetos.

Descritores: Atenção ao idoso. Idoso frágil. Síndrome da fragilidade, Envelhecimento.

ABSTRACT

The growth of elder population nowadays is part of the world's context. It's known that the transformations in this age group is consequence of advances of science, changes in epidemiological profiles and population's characteristics. The increasing demands of this population can be perceived in health institutions that aren't yet prepared to deal with this group and with various pathologies that arise as consequence of aging. This way, the Frailty Syndrom is a condition that affects mainly elder population in a high percentage, but the fact of not being well known by health professionals and the scarcity of literature makes the treatment for elderly more difficult. Therefore, it was decided to delineate the objectives of the study to propose an intervention for the systematization of service for frail people living in the area covered by a Family Health Team, located in the town of Bonfim, Minas Gerais. A strategic planning was used for elaboration of the proposal, and from priority problems, were made two projects related to the fragility of elderly in the aforementioned community.The proposal aims to improve the health assistance for frail elderly both by the medical team and the families. This way it is expected commitment of all staff members to the proper progress and quality of works, in order to obtain success in the implementation of projects.

Describers: Elderly care. Frail elderly. Syndrome of Frailty. Aging.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....9
2 OBJETIVO.....11
3 METODOLOGIA.....12
4 REVISÃO DA LITERATURA.....13
4.1 Idoso Frágil.....13
4.2 Avaliação da fragilidade em idosos.....15
4.3 A responsabilização dos profissionais de saúde.....16
5 CONTEXTUALIZAÇÃO DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA.....18
5.1 Dados sobre o Diagnóstico Situacional.....20
6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PROPRIAMENTE DITA.....25
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....28
REFERÊNCIAS.....29
ANEXO - Formulário de Avaliação da Fragilidade em Idoso.....31

1 INTRODUÇÃO

O aumento da porcentagem de idosos é hoje realidade no mundo e representa um grande desafio para as instituições de saúde e para os governantes. Esse crescimento é resultado das transformações demográficas ocorridas nas últimas décadas, associado a mudanças no perfil epidemiológico e das características das populações, além do avanço da ciência. Assim, com a diminuição da mortalidade em idades mais jovens e aumento da expectativa de vida, o número dos idosos aumentou. Entretanto, as consequências e demandas dessa população envelhecida somente recentemente foram conhecidas (CHAIMOWICZ *et al*., 2009).

Segundo Veras (2008, p. 21) “o Brasil em 2020 será o sexto país do mundo em número de idosos, com um contingente superior a 30 milhões de pessoas”. Dentre estes, estima-se que a maioria possua baixo nível socioeconômico, educacional e elevada prevalência de doenças crônicas e incapacitantes (RAMOS, 2005). Veras (2005) corroborando com Ramos coloca que o crescimento dessa “nova população” provoca mudanças nos contextos dos sistemas de saúde, uma vez que há maior procura dos idosos pelos serviços, além de ser mais frequente as internações hospitalares e um maior tempo de ocupação dos leitos se comparados a outros grupos etários.

Destaca-se nesse estudo que o envelhecimento se traduz em um aumento do número de patologias na população como Diabetes tipo II, hipertensão, Alzheimer, depressão, e outras demências, além do crescimento do número de idosos frágeis dependentes de um maior apoio do programa saúde da família e cuidados no dia a dia pelos familiares (CHAIMOWICZ *et al*., 2009).

Nesse sentido, a elevação do número de idosos frágeis é um tema relevante que tem relação direta com a saúde pública, entretanto a sociedade, os governantes e órgãos formadores tem demonstrado pequena preocupação com essa faixa etária. Essa síndrome clínica merece atenção dos equipamentos da saúde uma vez que seus sinais e sintomas causam diversas complicações como, por exemplo, institucionalização, hospitalização, declínio funcional e morte (LINCK; CROSSETTI, 2011).

Muitas são as definições sobre a Síndrome da Fragilidade (SF). Sabe-se que seu desenvolvimento decorre da interação de fatores psicológicos, biológicos, cognitivos e sociais durante a vida, e que possui grande potencial de prevenção e tratamento. As principais manifestações são fraqueza, diminuição da atividade física, perda involuntária de peso, dificuldade de deambulação e perda do equilíbrio (BREDA, 2007). Assim, o idoso frágil deve ser prioridade para as políticas públicas de saúde, pois demanda cuidados, suporte familiar e social. O profissional de saúde sendo capaz de realizar uma boa avaliação do idoso frágil pode prevenir o desenvolvimento e agravamento da fragilidade (LINCK; CROSSETTI, 2011).

Bonfim, cidade com 6.818 habitantes (IBGE, 2010), incorporou a Estratégia de Saúde da Família (ESF) ao sistema de saúde local desde 2009. O município estruturou três equipes que cobrem hoje 100% da população. Dentre essas equipes, a equipe vermelha é responsável pelo atendimento de 2.170 pessoas que são moradores da zona rural.

Em 2011, foi realizado o diagnóstico situacional da área de abrangência desta equipe, no qual foi detectada grande porcentagem de idosos na comunidade, ou seja, em média 20%, e destes a maioria eram considerados idosos frágeis. O cotidiano de trabalho da equipe de saúde da família revelou dificuldades dos familiares prestarem os cuidados aos idosos portadores da síndrome da fragilidade.

O despreparo dos familiares e dos profissionais de saúde constitui um agravante para a saúde da pessoa idosa, dependendo estes de um maior apoio da equipe de saúde no acompanhamento. Quanto ao despreparo dos profissionais de saúde inclui-se as dificuldades para realizar a avaliação e acompanhamento desse grupo etário, em virtude de possuírem pouco conhecimento sobre a fragilidade em idosos.

Nesse contexto, avaliou-se a importância da elaboração de estratégias para solução dessa questão. Esse plano terá como desafio a sistematização da assistência à pessoa idosa considerada frágil e tem como base a capacitação dos profissionais que exercem a função de cuidar da saúde da pessoa idosa, capaz de promover uma velhice mais ativa, uma vez que ainda existe uma carência de profissionais competentes para cuidar dessa população.

2 OBJETIVO

Elaborar uma proposta de intervenção para a sistematização do processo assistencial a pessoa idosa frágil, assistida pela equipe de saúde (Equipe Vermelha), no município de Bonfim-MG.

3 METODOLOGIA

- Diagnostico situacional

A iniciativa para se elaborar a proposta surgiu a partir a realização do diagnóstico situacional da área de abrangência da equipe, no período de agosto a outubro de 2011, quando se detectou os nós críticos, que interferiam no atendimento da clientela. O Diagnóstico apontou um percentual de pessoas idosas e, dentre eles, grande número de idosos dependentes do cuidado da família.

Para realização do diagnóstico situacional foi necessário recorrer ao banco de dados da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), realizando entrevistas com informantes-chaves na comunidade, dados fornecidos pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e observação ativa da equipe de saúde. As informações constantes desse estudo foram levantadas no período de janeiro a agosto de 2011.

- Revisão narrativa da literatura

A revisão de literatura é a “busca de informações e dados disponíveis em publicações – livros, teses e artigos de origem nacional ou internacional, e na internet, realizados por outros pesquisadores” (MORESI, 2003.p.29). De posse dos dados buscou-se na literatura estudos que contribuísse com a fundamentação teórica da proposta. As fontes de busca foram LILACS, SCIELO, MEDLINE e Google Acadêmico. Utilizando-se os descritores do estudo a respeito do tema a Síndrome de Fragilidade, foram encontrados artigos em revistas científicas, dissertações, monografias e livros. Foram excluídos do estudo os artigos que não atenderam aos objetivos do trabalho.

- Elaboração de um plano de intervenção

Plano estruturado para sistematização do atendimento às pessoas frágeis residentes na área de abrangência da Unidade de Saúde da Família, localizada na zona rural da cidade de Bonfim, Minas Gerais.

4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1 Idoso frágil

O envelhecimento é acompanhado por várias mudanças fisiológicas. A pessoa idosa normalmente apresenta redução da reserva funcional de alguns sistemas, diminuição do ritmo glomerular, da capacidade vital pulmonar, entre outras alterações. Os fatores associados a hábitos de vida inadequados contribuem no agravamento da fragilidade do idoso, além de aumentarem o número de quedas, frequência e duração de internações hospitalares. A baixa ingestão de cálcio e rica em sódio, por exemplo, colaboram para o aparecimento da osteoporose e pressão arterial elevada (CHAIMOWICZ *et al.,* 2009).

Poucos são os estudos a respeito da Síndrome da Fragilidade. No início dos anos 70, existia a ideia de que o termo fragilidade era sinônimo de incapacidade física e dependência da pessoa idosa para realizar atividades diárias (STREIB, 1983). Esse conceito foi se modificando com os anos e as aparições do termo “idoso frágil” aumentaram na década de 80. A partir dessa época foram incluídas algumas características, o que contribuiu para definição do termo, como por exemplo, possuir 75 anos ou mais, ter déficit físico e cognitivo, vulnerabilidade, necessidade de cuidados institucionais e dependência para realização das atividades da vida diárias (AVDs) (HOGAN *et al*., 2003).

Em 1990, alguns pesquisadores iniciaram estudos que modificavam o conceito de ser frágil, uma vez que para estes a fragilidade não necessariamente estaria associada a doenças crônicas e dependência funcional. Além disso, definiram que nem todo idoso com dificuldades no desempenho de atividades seria considerado frágil, e nem todo idoso frágil apresentaria dificuldade para realizar atividade diária. Enfatizou-se, a partir de então, o grande potencial para a prevenção de instalação dessa síndrome (HOGAN *et al*., 2003). Hoje em dia ainda não há um consenso ou um padrão aceito para se avaliar clinicamente um idoso com provável síndrome ou identificar um estado de fragilidade já instalado, o que dificulta o cuidado e intervenções geriátricas (TEIXEIRA; NERI, 2006). O tema ainda se encontra em discussão, porém o modelo fisiológico que mais serve como base para a maioria dos estudos, na atualidade, e que tem sido considerado para alguns autores como o

mais fidedigno foi proposto por Fried e Walston (2003). Isso se deve a estes autores colocarem a possibilidade de rastreamento, retardo da evolução da síndrome e a intervenção com ações de prevenção.

Segundo Fried e Walston (2003) a fragilidade é um estado de vulnerabilidade fisiológica, relacionado com a idade, consequência da diminuição da reserva metabólica e da habilidade do organismo de manutenção da homeostase, somada com alterações frequentes no processo de envelhecimento ou a presença de doenças. Todos esses fatores causam a redução da capacidade do indivíduo de resistir aos desgastes ambientais tais como atividades físicas, temperaturas extremas, quedas, doenças agudas, perdas, luto, isolamento social e outros fatores (FRIED; WALSTON, 2003).

A fragilidade, para Fried *et al.* (2003), possui alguns sinais e sintomas característicos, tais como, perda de peso e de apetite, fraqueza, cansaço, perda de massa muscular e óssea, alterações na marcha e no equilíbrio. Vários desses componentes devem estar presentes clinicamente para se constituir a fragilidade. Todos esses fatores, associados com a diminuição do controle regulatório do organismo e da manutenção da homeostase, aumenta o risco a maus prognósticos e desfechos clínicos referentes a essa síndrome.

O estudo de Fried *et al.* (2003) ainda revela que as alterações referentes ao declínio da reserva metabólica e mudanças fisiológicas ocorrem em diversos sistemas do indivíduo envelhecido. Entretanto, três são os sistemas julgados como centrais para instalação da Síndrome da Fragilidade: mudanças no sistema musculoesquelético, neurológico e imunológico. Essa tríade de eventos, assim definida pelos autores representa a sacopenia, desregulação neuro-endócrina e disfunção imune (FRIED; WALSTON, 2003). Dentre os casos de fragilidade, a maioria dos idosos é dependente para realização de atividades instrumentais da vida diária (AIVDs) como também, atividades básicas da vida diária (ABVDs). As atividades básicas referem-se ao auto cuidado da pessoa idosa, como tomar banho, se alimentar e se vestir. Já as atividades instrumentais estão ligadas a afazeres relacionados à vida cotidiana do indivíduo como atender telefone, fazer comprar, utilizar os serviços públicos (CHAIMOWICZ *et al*., 2009).

A avaliação da capacidade funcional tem grande relevância, além de ser um indicador do estado de saúde do idoso, a diminuição da capacidade funcional está associada à mortalidade nessa faixa etária. Assim, o apoio da família nos cuidados diários ao idoso dependente é fundamental para obter-se qualidade de vida e evitar a instalação de doenças (DUCA; SILVA; HALLAL, 2009).

Ao conhecer a capacidade funcional de uma população idosa é possível aplicar medidas de prevenção ou aplicação de intervenções terapêuticas que possam reduzir os mecanismos que diretamente interferem na habilidade do indivíduo realizar suas atividades diárias cotidianas. A avaliação diagnóstica de incapacidade funcional nos idosos deve ser então incorporada à rotina dos profissionais de saúde. A equipe de saúde da família tem o desafio de trabalhar com a prevenção dos riscos à incapacidade funcional a fim de proporcionar maior autonomia e qualidade de vida aos idosos com grande tendência ao desenvolvimento da fragilidade (PAIXÃO, 2005).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) como orientação para uma longevidade ativa, aposta em três pilares: participação, saúde e segurança. A participação refere-se não somente à capacidade física ou de trabalho do idoso, mas a participação nas questões sociais, culturais, espirituais e econômicas até idades mais avançadas. Já a saúde, enfatiza-se a importância do acesso aos serviços àqueles que são portadores de incapacidades e doenças crônicas. Por fim, a segurança (física, social e financeira) tem o papel de assegurar a proteção e assistência aos idosos (OMS, 2005).

4.2 Avaliação da fragilidade em idosos

Ressalta-se que o tema tem sido pouco explorado e isso dificultou a elaboração do mesmo. Além disso, sabe-se que poucos foram os instrumentos desenvolvidos para a realização de avaliação da fragilidade em idosos. Em março de 2001, Fried e colaboradores, publicaram um trabalho no qual propõem um método com cinco critérios para avaliação da fragilidade, critérios obtidos a partir do Cardiovascular Health Study (FRIED *et al.,* 2001). Quatro anos após a publicação, Ottenbacher e

colaboradores (2005) aplicaram quatro dos cinco itens propostos em novo trabalho e, no mesmo ano, Blaum e colaboradores (2005) utilizaram o mesmo instrumento. O estudo de Fried e colaboradores encontra-se entre os mais citados pela literatura e os critérios de avaliação como os mais adequados para aplicação, sendo mais fáceis para manejo além de baixo custo (BREDA, 2007).

4.3 A responsabilização dos profissionais de saúde

Na prática cotidiana tem-se observado que na maioria das localidades os idosos portadores da Síndrome da Fragilidade não vão com frequência às unidades de saúde. Assim o atendimento no domicílio deve ser revisto e bem planejado pela equipe saúde da família, a fim de que o idoso se vincule ao sistema, se afirme a responsabilização da família no cuidado e que garanta todos os direitos dos idosos. A Política Nacional do Idoso, Lei Federal de 1994, defende o modelo de cuidado no domicílio, para isso é necessária a elaboração de programas para orientação das famílias e capacitação dos profissionais de saúde para lidarem com essa realidade (BORGES; TELLES, 2010).

O profissional da equipe de saúde da família deve trabalhar com a promoção da autonomia e independência da pessoa idosa, dando-lhes estímulo para o auto cuidado, mesmo estando o idoso em condições de fragilidade, contribuindo assim para melhora da qualidade de vida. Além disso, o plano de cuidado desenvolvido para o idoso frágil em domicílio deve ser pautado na assistência individualizada, segurança e privacidade da pessoa idosa no lar, diminuição das iatrogenias, estímulo à tomada de decisão e envolvimento entre familiares e idosos. O profissional que monitora o cuidado e oferece assessoria às famílias cuidadoras, proporciona um ambiente favorável às novas tarefas estabelecidas (BORGES; TELLES, 2010).

No Brasil ainda não se observa um contexto favorável para a atenção domiciliar ao idoso. A maioria das equipes não está preparada para organização dessa atividade no processo de trabalho, pelo não planejamento ou pela não habilidade em lidar com esse grupo etário. A carência de equipes multiprofissionais com conhecimento específico na área estabelece um cenário desfavorável, com intervenções

inoportunas, iatrogênicas e descoordenadas. Entretanto, com a mudança do contexto, o grande aumento do número da população idosa na atualidade demonstra uma urgente necessidade de capacitação profissional para aperfeiçoamento na atenção ao idoso, principalmente nos domiciliados. Para melhoria do atendimento no sistema de saúde, é valiosa a adequação da infraestrutura, introdução de novos recursos tecnológicos, capacitando os profissionais para isso, além da redefinição das responsabilidades de cada esfera de governo e organização do sistema de saúde (PINHEIRO *et al.*, 2006).

5 CONTEXTUALIZAÇÃO DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA

Bonfim é uma cidade mineira, localizada há 90 km de Belo Horizonte, possui uma população de 6.818 (IBGE, 2010), sendo 66,36% moradores da zona rural. O município iniciou a estruturação do Programa Saúde da Família (PSF) ao sistema de saúde local em 2009. O município conta atualmente com três equipes de saúde da família que cobrem 100% da população. Uma das equipes é responsável pela saúde dos moradores da zona urbana e as outras duas atendem as pessoas da zona rural. Existem duas sedes de PSF sendo uma localizada na zona rural (PSF Santo Antônio de Vargem Alegre) e uma na zona urbana, onde se situam as três equipes. Esse último oferece atendimento em nível de atenção básica e de urgência e emergência, uma vez que na cidade não existe hospital. A referência de média e alta complexidade do município são as cidades de Betim, Brumadinho e Belo Vale.

As deficiências de atendimento acentuam-se principalmente no que tange ao acesso dos usuários a UBS central, apesar de funcionar 24 horas. Isso ocorre devido à grande extensão da zona rural, sendo esta predominante na população. Os usuários destas localidades têm dificuldade em chegar à unidade, assim como receber o atendimento em tempo hábil para retornar à sua residência.

As consultas agendadas são garantidas aos usuários crônicos, mas a grande maioria dos atendimentos é por procura espontânea. Observa-se a necessidade de investimento no acesso aos serviços prestados aos usuários, seja em infraestrutura ou em capacitação profissional e administrativa, pois não existem protocolos de atendimento ou mesmo classificação de risco estabelecida para os casos de urgência.

A equipe Vermelha possui uma área de abrangência de grande extensão localizada na zona rural, com uma população de 2170 pessoas. São 5 microáreas que cobrem 11 povoados do município. São eles: Aroucas, Ramos, Campos dos Fernandes, Campinho, Florentina, Guedes, Juliões, Germano, Córrego dos Cavalos, Seio de Abraão e Campestre.

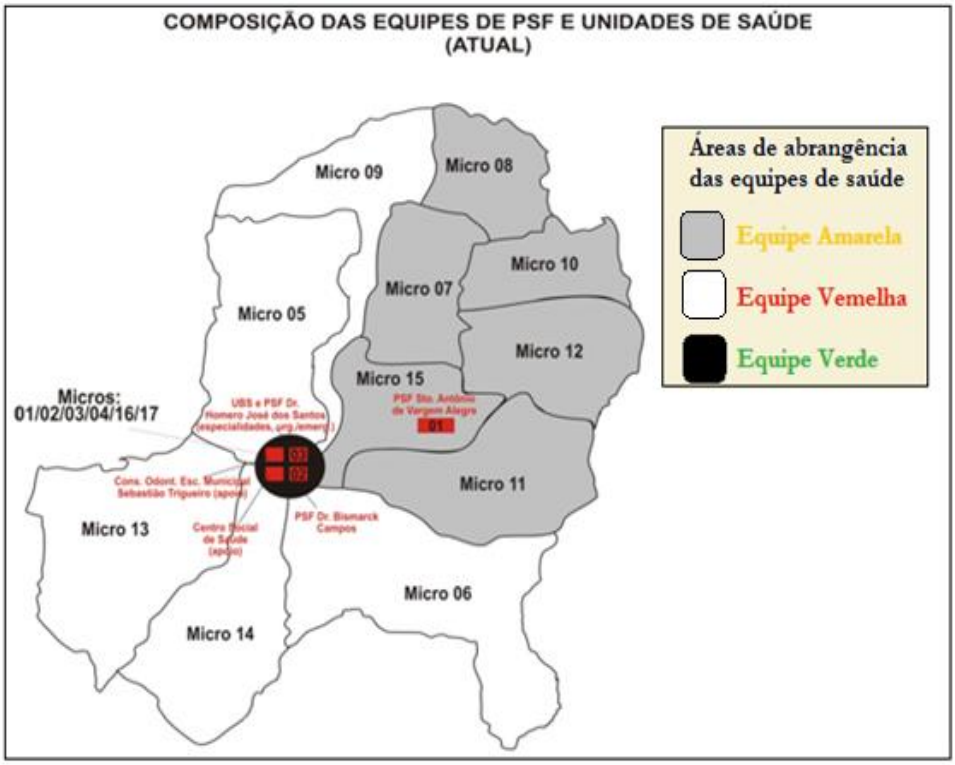
Quadro 1 Distribuição dos povoados por microárea da equipe vermelha do município de Bonfim-MG

Microáreas	Povoados
Microárea 5	Campos dos Fernandes e Florentina
Microárea 6	Córrego dos Cavalos, Germano e Juliões
Microárea 9	Aroucas e Ramos
Microárea 13	Campestre e Seio de Abraão
Microárea 14	Campinho e Guedes

Fonte: SMS Bonfim/MG

Conforme mostra o quadro 1, a equipe vermelha é alocada na unidade Sede, localizada dentro da cidade (UBS Dr. Homero José dos Santos). Os profissionais de saúde realizam as atividades na UBS e, além disso, cada povoado possui um ponto de apoio para atendimento da população. Um dos desafios da gestão local atualmente é melhorar a infraestrutura dos pontos de apoio, para melhor assistir à população.

FIGURA 1. Mapa das áreas de abrangências da Equipe de Saúde da Família do município de Bonfim-MG



Fonte: SMS de Bonfim/MG

5.1 Dados sobre o Diagnóstico situacional

O diagnóstico situacional realizado pela equipe vermelha de saúde da família proporcionou uma visualização do cenário da população idosa da área de abrangência. De 2170 pessoas, 423 são idosos (acima de 60 anos), representando 19,4% do total. Destes, 221 (52,2%) são homens e 202 (47,8%) são mulheres, o que revela ter um número superior da população masculina, diferenciando da realidade nacional. Segundo o censo 2010 do IBGE, a população idosa representa 10,7% do total da população nacional, sendo desta 44,4% homens e 55,6% mulheres.

Quadro 2 População idosa por sexo, Brasil, área de abrangência da equipe vermelha de Bonfim- MG, 2010

Localidade	Homens		Mulheres		Total
	N	%	N	%	
Bonfim (área equipe vermelha)	221	52,2	202	47,8	423
Brasil	9.156.112	44,4	11.434.487	55,6	20.590.599

Fonte: SIAB (2010), IBGE, 2010

O quadro 2, mostra que a população idosa com a qual trabalha a equipe vermelha ainda não possuía uma caracterização. Assim, através de formulário elaborado pela equipe, foi feita uma busca ativa dessa população idosa com dados concretizados no Quadro 2. Observou-se então elevado número de pacientes acamados (19), grande número de idosos que fazem uso de mais de cinco medicações, dentre estes muitos benzodiazepínicos, e grande número de idosos acima de 80 anos. Assim, através desses dados, a equipe passou a considerar a possibilidade de grande parcela desses idosos destacando-os como frágeis ou possíveis frágeis no futuro, e dependentes para realização das atividades da vida diária. Entretanto, essa população não é conhecida pela equipe.

A partir dessas hipóteses, houve maior interesse da equipe em conhecer melhor esse grupo etário, e vontade de prestar melhor assistência ao idoso, assim nos propomos elaborar uma proposta de intervenção para ser utilizada na área de abrangência da equipe vermelha.

Quadro 3 Dados da população idosa (acima de 60 anos) da área de abrangência da equipe vermelha de saúde da família, Bonfim, 2010.

Descritores	Valores	Fontes
Número de consultas > 60 anos/anual	475	SIAB
Número de idosos > de 80 anos	57	Registro dos ACS
Hipertensos > 60 anos	145	Registro da equipe
Diabéticos > 60 anos	59	Registro da equipe
Pacientes acamados > 60 anos	19	Registro da equipe
Poli-patologias em > de 60 anos (≥ 5 diagnósticos)	-	Ainda em processo de estruturação do dado
Polifarmácia em > de 60 anos (≥5 drogas/dia)	315	Dados coletados pelos ACS
Internações freqüentes e/ou pós-alta hospitalar	**3**	Dados coletados pelos ACS

Fonte: SIAB, Registros e dados coletados pela Equipe Vermelha

Para obter-se melhor resultado em relação à implantação da proposta intervenção, sugere-se que a equipe aplique um instrumento de avaliação de fragilidade proposto por Fried *et al*. (2001). Foram feitas adaptações e criado um formulário dessa avaliação (ANEXO I).

Após aplicação do formulário, sugere-se dar as pontuações de acordo com o quadro a seguir:

Quadro 4 Pontuações atribuídas aos idosos de acordo com o resultado da aplicação do formulário de avaliação da fragilidade em idosos.

Dado	Pontuação
Perda involuntária de peso	Em caso afirmativo, atribuía-se pontuação positiva;
Exaustão ou cansaço	Se a resposta a qualquer uma delas fosse afirmativa por três dias ou mais da semana anterior, a pontuação seria positiva;
Fraqueza	Positivo em casos de resultados menores ou iguais a 29 e 32 Kg para homens e 17 e 21 Kg para mulheres;
Velocidade da marcha diminuída	Positivo os 20% menores valores ajustados por sexo e altura ou os resultados maiores ou iguais a 7 e 6 segundos (para duas alturas consideradas), tanto para homens quanto para mulheres;
Baixo nível de atividade física	Homens com gastos calóricos menores que 383 Kcal por semana foram considerados frágeis. Para as mulheres o limite foi 270 Kcal.

Fonte: Adaptação à proposta de trabalho de Fried *et al* (2001)

Para Fried e colaboradores (2001) os idosos que obtivessem maior pontuação de acordo com os critérios sugeridos em três ou mais dos cinco critérios para avaliação de fragilidade seriam classificados como frágeis. Um ou dois destes critérios positivos caracterizariam um estado intermediário de pré-fragilidade, com risco maior de se tornar frágil em 3 ou 4 anos, bem como predição, com menor força de associação do que aqueles considerados frágeis, para desfechos clínicos adversos.

Dessa forma, será possível conhecer a população frágil da área de abrangência da equipe vermelha de saúde da família do município de Bonfim/MG. Após esse

processo, é fundamental que a equipe estabeleça um plano de cuidados aos idosos frágeis e aos pré-frágeis evitando no futuro complicações na saúde destes.

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PROPRIAMENTE DITA

A classificação e conhecimento da população de idosos frágeis são fundamentais para o efetivo acompanhamento desse grupo pela equipe de saúde da família. Porém, através da observação do cotidiano de trabalho na unidade básica de saúde e constatação da dificuldade dos profissionais em lidar com a fragilidade nos idosos e com a prevenção dessa síndrome, elaborou-se um pré-projeto de educação permanente para os profissionais de saúde das equipes. Além disso, inclui-se nesse projeto de educação em saúde uma proposta para trabalhar com os familiares que são cuidadores desses idosos, contará com a participação dos profissionais.

Foram selecionados para elaboração dos projetos dois problemas relacionados à fragilidade em idosos da comunidade adscrita;

- Idosos frágeis sem acompanhamento qualificado da equipe de saúde da família.
- Grande número de idosos dependentes e famílias despreparadas para o cuidado.

Com os respectivos projetos: “Vô e Vó bem cuidados” e “Cuidando do cuidador”, ambos tendo como instrumento de trabalho a educação permanente, a fim de capacitar as pessoas envolvidas no cuidado e melhorar a assistência ao idoso, tanto pela equipe quanto em domicílio.

Na estrutura dos projetos definiram-se as metas e os produtos esperados com a implantação das propostas na área de abrangência, os recursos necessários para a operacionalização das ações e o prazo para as atividades serem concluídas.

Os dois projetos têm como meta a cobertura de 100% dos idosos frágeis da área de abrangência da equipe. Para que isso ocorra será necessário a adesão dos familiares e profissionais à implementação das ações. Além disso, a secretaria de saúde e prefeitura deverão contribuir com recursos materiais e espaços nos quais ocorrerão oficinas e palestras. Os responsáveis pelos projetos (definidos pela equipe) farão essa articulação com os gestores.

O projeto “Vô e Vó bem cuidados” terá duas etapas: a capacitação dos profissionais

e a elaboração do protocolo assistencial e linha de cuidado. Para o segundo momento, será necessária a formação de uma comissão de profissionais com médico, enfermeiro, e farmacêutico, com agenda pré-estabelecida de encontros do grupo.

Já o segundo projeto “Cuidando do cuidador” contará com apenas uma etapa, na qual haverá articulação de equipe multiprofissional e famílias. Para efetivação do projeto será necessário equipar os domicílios dos idosos dependentes com todos os recursos para o cuidado, através financiamento da prefeitura e outros parceiros do projeto.

Quadro 5 Pré-projetos de educação em saúde para melhoria da assistência ao idoso frágil do município de Bonfim/MG.

PROJETO “VÔ E VÓ BEM CUIDADOS”					
Nós criticos	**Operação**	**Metas**	**Produtos esperados**	**Recursos necessários**	**Prazo**
Idosos frágeis sem acompanhamento qualificado da equipe saúde da família	Educação permanente para os profissionais de saúde para melhoria da atenção ao idoso, com enfoque nas patologias mais frequentes.	Melhoria do atendimento e acompanhamento do idoso; Cobertura de 100% dos idosos frágeis.	Recursos humanos capacitados;	Cognitivo → elaboração do projeto de educação permanente Organizacional → elaboração de agenda para capacitação dos profissionais	Três meses para o início das atividades e finalização em 12 meses
	Estruturação da linha do cuidado e sistematização da assistência.	Elaboração, ao final da capacitação dos profissionais, da linha de cuidado e protocolo de atenção ao idoso.	Linha do cuidado ao idoso e Protocolo de atenção ao idoso implantados.	Organizacional→definição de comissão organizadora →elaboração de agenda de encontro para elaboração do protocolo e linha de cuidado.	Início após finalização da capacitação dos profissionais. Prazo de 4 meses.

PROJETO "CUIDANDO DO CUIDADOR"					
Nós criticos	**Operação**	**Metas**	**Produtos esperados**	**Recursos necessários**	**Prazo**
Grande número de idosos dependentes	Auxiliar na estruturação das famílias que cuidam de idosos dependentes, através da ação de equipe multiprofissional. Capacitação dos membros da família para cuidadores de idosos.	Cobertura de 100% das famílias com idosos acamados; Garantia de recursos materiais (cadeira de banho, de rodas, jarro para nutrição enteral e outros) para as famílias cuidarem melhor dos idosos. Formação de no mínimo um membro da família (Das famílias que possuem idosos dependentes) em cuidador de idosos.	Formação de equipe multiprofissional de apoio às famílias; Formação de cuidadores de idosos dependentes; Linha do cuidado para paciente idoso acamado e dependente.	Político → articulação entre a equipe multiprofissional e adesão destes ao projeto; Financeiro → Financiamento dos recursos necessários (Prefeitura e outros parceiros).	Três meses para apresentar projeto e seis meses para aprovação e liberação dos recursos.

Fonte: Registro da Equipe Vermelha de Saúde da Família

A elaboração do diagnóstico, priorização do problema principal e dos problemas relacionados foram fundamentais para a elaboração da proposta de intervenção. Segundo Campos; Faria; Santos, (2010) essa é uma maneira de enfrentar os problemas de forma sistematizada, sem improviso, com grande chance de sucesso nas ações. Esses autores afirmam a importância do acompanhamento atento da equipe de cada passo e dos resultados obtidos em cada etapa, a fim de, durante o percurso, fazer as correções necessárias para garantir a qualidade do trabalho e sucesso nos resultados futuros. Além disso, é fundamental que a equipe conte com instrumentos de monitoramento e avaliação de cada passo.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o crescimento da população idosa no Brasil e no mundo os sistemas de saúde em geral já mostram sinais de suas consequências. O grande número de idosos onera as instituições que ainda não estão preparadas e qualificadas para atender esse grupo etário, cenário que será ainda mais intenso daqui a algumas décadas. Associada a essa crise surge também o aumento da população de idosos frágeis. Porém, após este estudo e revisão da literatura, observou-se que o tema fragilidade é pouco estudado, principalmente na literatura brasileira, bem como tem sido pouco discutida nas equipes de saúde, que lidam com o problema diariamente.

Considerando que a pessoa idosa frágil e dependente necessita de ajuda para realizar as suas atividades cotidianas, além do apoio e dedicação dos familiares. As equipes de saúde devem estar atentas a esses fatos e buscar, junto aos Agentes Comunitários de Saúde e a Secretaria Municipal de Saúde através de visitas domiciliares, recursos para melhorar a qualidade de vida desses idosos e devem entender que a forma de minimizar as dificuldades que irão surgir é a capacitação dessas famílias para executarem os cuidados eficazmente.

Cuidar em saúde envolve conhecer sua população e ofertar a ela uma assistência digna e de qualidade. O idoso, como qualquer outro grupo etário, merece atenção das equipes com o desenvolvimento de projetos, grupos operativos e sistematização do cuidado. A proposta de intervenção à atenção ao idoso frágil do município de Bonfim tem o papel de melhorar essa assistência, assim, espera-se empenho de todos os membros da equipe para o bom andamento e concretização dos projetos.

Concluindo sugere-se que para atender melhor as pessoas idosas portadoras dessa deficiência é necessário que os responsáveis procurem criar um instrumento avaliativo dos projetos a fim de monitorar e acompanhar o andamento das propostas a partir dos prazos e metas estabelecidas.

REFERÊNCIAS

BORGES, M. M. M. C.; TELLES, J. L**.** O cuidado do idoso no contexto familiar: percepção da equipe de saúde da família**. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** Rio de Janeiro, 2010.

BREDA, J. C. **Prevalência de quatro critérios para avaliação de fragilidade em uma amostra de idosos residentes na comunidade: um estudo exploratório.** Dissertação de mestrado, Campinas, 2007.

CAMPOS, F.C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde.** NESCON/UFMG, Belo Horizonte, 2010, 110p.

CHAIMOWICZ, F. **Saúde do Idoso.** NESCON, Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte: Coopmed, 2009. 172p

DUCA, G. F. D.; SILVA, M. C.; HALLAL, P. C. Incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais da vida diária em idosos**. Rev Saúde Pública 2009; 43(5):796-805**

FRIED, L.P.; TANGEN, C.M.; WALSTON, J.; et al; "Frailty in older adults: evidence for a phenotype" **The Journals of Gerontology**, v. 56A, n. 3, p. M146-156, 2001.

FRIED, L.P., WALSTON, J. "Frailty and Failure to thrive". In: HAZZARD, W.R., BLASS, J.P., HALTER, J.B., *et al* (edit) **"Principles of geriatric medicine and gerontology"** 5ª ed. New York:MacGraw-Hill; 2003.

HOGAN, D.B.; MCKNIGHT, C.; BERGMAN, H., et al "Models, Definition and Criteria of Frailty" **Ag Clin Exp Res** 2003; 15(3): 3-29

LINCK, C. L.; CROSSETTI, M. G. O. Fragilidade no idoso: o que vem sendo produzido pela enfermagem. **Rev. Gaúcha Enferm**. (Online) vol.32 no.2 Porto Alegre, 2011.

MORESI, E.(Organizador), **Metodologia de Pesquisa**. CIDADE: Universidade Católica de Brasília, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde.** Trad. de S Gontijo. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2005.

PAIXÃO, J. C. M. REICHENHEIM, M. Uma revisão sobre instrumentos de avaliação do estado funcional do idoso**. Cad Saude Publica***.* 2005;21(1):7-19.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A.; et al. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. IMS/UERJ - CEPESC – ABRASCO. 6. ed. Rio de Janeiro: 2006.

STREIB, G.F. **"The frail elderly: research dilemmas and research opportunities"** Gerontologist 1983; 23(1): 40-44

TEIXEIRA, I.N.D.O.; NERI, A.L**.** A fragilidade no envelhecimento: fenômeno multidimensional, multideterminado e evolutivo. In: Freitas, E.V., Py, L., Cançado, F.A.X., et al (edit) **Tratado de Geriatria e Gerontologia** 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. pp. 1102-108

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações**. Rev Saúde Pública,** 2008.

ANEXO - Formulário de Avaliação da Fragilidade em Idoso

N° do prontuário: _____

Equipe: _____

Microárea:_____

Nome:_____Sexo: M ( ) F ( )

Idade: _____ Situação Conjugal:_____

Escolaridade (total de anos estudados):_____Aposentado: S ( ) N ( )

Trabalha (exerce trabalho remunerado)?: S ( ) N ( )

Renda mensal familiar: _____

Nº Pessoas no domicílio_____

Em que trabalhou a maior parte de sua vida adulta?

Na lavoura ( )

Na industria ( ) O que fazia? _____

No comercio ( ) O que fazia? _____

Como funcionário público ( ) O que fazia? _____

Como proprietário ( )

Como profissional autônomo ( ) O que fazia? _____

Como dona de casa ( )

Como empregado(a) domestico (a) ( )

Outro: ( ) Especificar: _____

Local de nascimento: _____

Desde quando vive em Bonfim?

Ano (aproximado) _____

Peso: _____ Alt:_____

IMC: _____

1) Perda de Peso: O(a) Sr(a) está emagrecendo? S ( ) N ( )

Perdeu mais do que 4,5 Kg de peso no último ano? S ( ) N ( )

Devido a quê? _____

2) Exaustão: “Agora vou ler duas frases e o Sr(a) me dirá por quantos dias durante a semana passada se sentiu assim”:

	Raramente menos que 1 dia	Durante pouco tempo 1 ou 2 dias	Durante um tempo moderado de 3 a 4 dias	Durante a maior parte do tempo de 5 a 7 dias
Senti que tive de fazer esforço para dar conta das minhas tarefas habituais				
Não consegui levar adiante minhas coisas				

3) Velocidade do passo: tempo para caminhar 4,5 metros: _____

4) Força de preensão manual: 1ª _____ 2ª _____

Responsável _____

Data:_____/_____/_____