

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

**PROPOSTA DE FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO DA
FRAGILIDADE DO IDOSO**

HENRIQUE DE MARTINS E BARROS

BELO HORIZONTE-MG

2013

HENRIQUE DE MARTINS E BARROS

**PROPOSTA DE FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO DA
FRAGILIDADE DO IDOSO**

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

Orientadora: Profa. Flávia Sampaio Latini Velásquez

BELO HORIZONTE-MG

2013

HENRIQUE DE MARTINS E BARROS

**PROPOSTA DE FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO DA
FRAGILIDADE DO IDOSO**

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

Orientadora: Profa. Flávia Sampaio Latini Velásquez

Banca Examinadora

Profa. Flávia Sampaio Latini Velásquez (orientadora)

Profa. Eulita Maria Barcelos

Aprovada em Belo Horizonte, 03 de Agosto de 2013.

AGRADECIMENTO

Dedico este trabalho à minha querida esposa que se mostra mais incansável que eu mesmo no fardo de sempre me apoiar e estar ao meu lado, e o faz sempre com um sorriso gentil e acolhedor; e ao meu filhinho Lucas, por quem tudo vale a pena.

RESUMO

Este trabalho dedica-se à construção de um instrumento que permita a avaliação e classificação do idoso frágil, podendo ser aplicado pelo Agente Comunitário de Saúde. Justifica-se pela necessidade de se incrementar esta categorização e não apenas a dicotomização entre fragilidade e “não fragilidade”. Para tanto, buscou-se, criar um instrumento de diagnóstico situacional de indivíduos Idosos dentro da área de abrangência de uma Equipe de Saúde da Família do município de Belo Horizonte, a partir de revisão bibliográfica pertinente na base de dados LILACS, no site do SciELO, e programas do Ministério da Saúde e da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, com os descritores: idoso, fragilidade e classificação. Posteriormente, fez-se o treinamento dos Agentes para aplicação do instrumento. A partir dos dados coletados, acredita-se que se pode melhor classificar a fragilidade do idoso e melhor estratificar riscos à sua saúde e, portanto, melhor programar as ações em saúde para o longo prazo.

Palavras-chave: Idoso. Fragilizado. Classificação.

ABSTRACT

This work is dedicated to the construction of an instrument which enables the evaluation and classification of elderly frail and can be applied by the Community Health Agent. Is justified by the need to increase this categorization and just not dicotomização between fragility and "fragility". To this end, he has been trying, to create an instrument of situational diagnosis of Elderly individuals within the coverage area of a family health Team from the city of Belo Horizonte, from relevant literature review in LILACS, SciELO site, and programs of the Ministry of health and the Municipal City Hall of Belo Horizonte, with the keywords: elderly, fragility and leaderboard. Later, it was the training of Agents for the purposes of the instrument. From the data collected, it is believed that one can better sort the fragility of the elderly and better stratify the risks to their health and, therefore, best program for lifelong health actions.

Key-words: Elderly, Fragile, Classification.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

APS – Atenção Primária à Saúde

AVD – Atividade de Vida Diária

AIVD – Atividade Instrumental de Vida Diária

ESF – Equipe de Saúde da Família

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

OMS – Organização Mundial de Saúde

SES-MG – Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais

SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	8
2		
	OBJETIVO.....	111
3		
	METODOLOGIA.....	122
4	REVISÃO DE LITERATURA.....	13
5	INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS DA SAÚDE DO IDOSO.....	17
6	CAPACITAÇÃO DO ACS.....	20
7	RESULTADO.....	21
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	22
	REFERÊNCIAS.....	Erro! Indicador não definido.23

1 INTRODUÇÃO

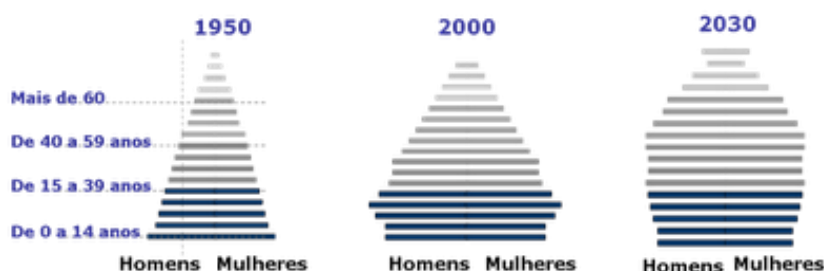
O envelhecimento da população brasileira está acelerado. Atualmente, existem no país aproximadamente 14 milhões de idosos e a expectativa de vida atual são de 73,1 anos (BRASIL, 2010). Todas as projeções situam o Brasil, até 2025, como o sexto contingente de idosos do planeta.

Do ponto de vista biológico, o envelhecimento é descrito como um estágio de degeneração do organismo, que se iniciaria após o período reprodutivo. Essa deterioração, que estaria associada à passagem do tempo, implicaria uma diminuição da capacidade do organismo para sobreviver. Entretanto, o problema começa quando se tenta marcar o início desse processo, ou medir o grau desse envelhecimento/degeneração (MELO *et al.*, 2009, p.1580).

Um país é tido como envelhecido, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1978) quando o contingente de idosos ultrapassa 7,6% da sua população. Tal conceito não mudou após tantas alterações demográficas (OMS, 2002). O Brasil já tem 11,2% de sua gente com 60 anos ou mais (BRASIL, 2012).

No Gráfico 1, a seguir, observam-se as pirâmides etárias da população no Brasil nos anos de 1950, 2000 e as projeções para 2030, mostrando uma redução da natalidade e o aumento da percentagem da população adulta ao longo de 80 anos, notadamente a população acima de 60 anos de idade. Pode-se inferir, portanto, que o número de brasileiros expostos às doenças crônicas por mais tempo será maior.

Gráfico 1 – Distribuição da população brasileira, segundo faixa etária, nos anos de 1950 e 2000 e projeção para 2030



. Fonte: (BRASIL, 2003).

Evidentemente, com esta tendência evolutiva torna-se cada vez mais necessário o diagnóstico precoce de doenças e assistência mais qualificada e de qualidade para a população.

Para uma assistência à saúde satisfatória ao idoso, faz-se necessário um serviço de Atenção Primária à Saúde (APS) forte e estruturado. Sendo assim, existem vários processos de trabalho como Gestão Clínica, Programa de Educação Permanente, análise do Diagnóstico Situacional de uma área de atuação da Equipe de Saúde da Família (ESF), além de instrumentos para diagnóstico e planejamento terapêutico, como o Instrumento de Avaliação de Fragilidade do Idoso, que objetiva a distinção entre idoso frágil e não frágil (NÉRI, SOARES, 2007).

Atualmente, o instrumento disponibilizado pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG), para classificação de fragilidade do idoso, é a “Ficha de Cadastro e Identificação de Risco da Pessoa Idosa” (MINAS GERAIS, 2006), como demonstrado na Figura 1.

Figura 1 – Instrumento de Cadastro e Identificação de Risco da Pessoa Idosa disponibilizada pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais.

		MG			
CADASTRO DO IDOSO					
FICHA DE CADASTRO E IDENTIFICAÇÃO DE RISCO DA PESSOA IDOSA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA					
FICHA		SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA		ANO [][][][]	
MUNICÍPIO [][][][]	SEGMENTO [][]	UNIDADE [][][][][][]	ÁREA [][]	MICROÁREA [][]	NOME DO ACS: [][][]
IDENTIFICAÇÃO DO IDOSO					
NOME: Nº CARTÃO SUS: DATA NASC. / / ESCOLARIDADE: ENDEREÇO:		DOCUMENTO DE IDENTIDADE: SEXO: () masculino () feminino			
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO					
A resposta afirmativa à questão n.º 1 ou a qualquer item da questão n.º 2 o idoso é considerado frágil					
1- ACIMA DE 80 ANOS		() sim		() não	
2- 60 ANOS OU MAIS:		() sim		() não	
Tem urina solta (Incontinência urinária)?		() sim		() não	
É capaz de controlar as fezes (Incontinência fecal)?		() sim		() não	
Usa mais de 5 medicamentos continuamente?		() sim		() não	
Tem mais de 5 doenças confirmadas?		() sim		() não	
Tem esquecimento progressivo que impede atividades normais?		() sim		() não	
Teve queda nos últimos 6 meses?		() sim		() não	
Foi internado nos últimos 6 meses		() sim		() não	
Está acamado?		() sim		() não	
Mora só?		() sim		() não	
Mora em Asilo (Institucionalizado)?		() sim		() não	
Tem dependência para atividades do dia a dia?		() sim		() não	
É CONSIDERADO IDOSO FRÁGIL?		() SIM		() NÃO	
Comprometimento em quantas áreas					
OUTRAS DOENÇAS					
Alcoolismo ()		Acidente Vascular Cerebral ()		Diabetes ()	
Doença de Parkinson ()		Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica ()		Fraturas ()	
Hipertensão Arterial ()		Osteoporose ()		Pneumonia ()	
Doença de Alzheimer ()					
Faz uso de prótese dentária removível ()		Foi ao dentista no último ano ()			
Faz uso de medicamentos () Citar:					
É alérgico? Citar:					
Cartão vacinal em dia		sim ()		não ()	
Outras doenças confirmadas /Citar:					

1

Este instrumento é aplicável em visitas domiciliares ou em consultório por profissional médico ou de enfermagem e objetiva classificar o paciente idoso como frágil ou de risco habitual (ou não frágil).

No entanto, dentro da prática clínica, percebeu-se a necessidade de dados mais completos e não apenas dicotomizados; necessidade de realizar um diagnóstico situacional específico das condições do idoso e necessidade de ampliar esta coleta abrangendo todos os Idosos da área de abrangência em curto prazo.

Desta forma as ações em Saúde poderiam ser mais bem programadas para assistir ao Idoso.

2 OBJETIVO

Elaborar um instrumento que permita a avaliação da fragilidade da pessoa idosa com seus respectivos níveis de intensidade.

Assim, buscou-se, com este trabalho, criar outro instrumento - que pudesse ser mais completo, objetivo e que permitisse ampla coleta - para alimentar dados referentes à pessoa idosa e permitir uma programação das ações direcionadas a esta faixa etária, mas que pudesse ser aplicado, também, pelos ACS.

3 METODOLOGIA

A elaboração do instrumento de coleta de dados sobre a saúde da pessoa idosa se fez primeiramente com a busca de fundamentação teórica.

Em seguida foi montado um questionário que privilegiasse as condições possíveis na saúde do Idoso e que pudessem refletir, primordialmente, o grau de fragilidade.

Como terceiro passo, fez-se a capacitação dos ACS para que pudessem aplicar o questionário de forma correta e para sensibilizá-los para uma observação ativa e passiva da condição do usuário ou de sua família.

Fundamentação teórica metodológica

Trata-se de revisão narrativa sobre o tema Idoso Frágil e foram avaliados artigos científicos que expressassem as situações, doenças e condições peculiares ao processo de envelhecimento que podem tornar um organismo fragilizado.

A revisão da literatura narrativa ou tradicional, quando comparada à revisão sistemática, apresenta uma temática mais aberta; dificilmente parte de uma questão específica bem definida, não exigindo um protocolo rígido para sua confecção; a busca das fontes não é pré-determinada e específica, sendo frequentemente menos abrangente. A seleção dos artigos é arbitrária, provendo o autor de informações sujeitas a viés de seleção, com grande interferência da percepção subjetiva (CORDEIRO *et al.*, 2007, p. 429-430).

A busca bibliográfica foi desenvolvida na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS-BIREME) na base de dados eletrônica Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e do *Scientific Electronic Library Online (SciELO)*, e programas do Ministério da Saúde e da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte bem como dados do SIAB.

Foram utilizados na busca dos artigos científicos os seguintes descritores: idoso, fragilidade e classificação.

Foi feita uma pré-seleção dos artigos encontrados e posteriormente uma leitura atenta e sistemática. Os dados relacionados ao tema foram analisados e as principais informações foram utilizadas para a elaboração da revisão da literatura.

4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1 Capacidade Funcional

A capacidade funcional representa tudo àquilo que faz com que o ser humano desempenhe suas atividades sem entraves ou dificuldades (JETTE; BRANCH, 1985).

Obviamente, trata-se de um conceito antigo e muito abrangente e, por isso, frequentemente, a capacidade funcional é abordada como o resultado entre ser capaz/incapaz de desempenhar atividades com um enfoque principal em doenças incapacitantes, deficiências ou problemas médicos em geral (GURALNIK; LACROIX, 1992).

No entanto, alguns autores estendem este conceito incluindo o impacto, também, de fatores demográficos, socioeconômicos, culturais e psicossociais contendo, ainda, comportamentos relacionados ao estilo de vida como fumar, beber, comer excessivamente, sedentarismo, estresse psicossocial e isolamento de relações sociais (MOR *et al.*, 1999).

4.2 O significado de fragilidade na pessoa idosa ou síndrome da fragilidade

A fragilidade de um idoso pode ser entendida como uma síndrome clínica decorrente da diminuição da reserva ao mesmo tempo em que ocorre diminuição da resistência aos estressores. Tal condição resulta de um declínio no sistema fisiológico vulnerabilizado por doenças, acidentes e variações ambientais (VIEIRA, 2006).

O termo fragilidade é usado tanto pelos profissionais da gerontologia quanto da geriatria com vistas à indicação da classe de pessoas idosas que oferecem alto risco para quedas, hospitalização, incapacidade, institucionalização e morte (FRIED *et al.*, 2001). Contudo, este termo apresenta multidimensionalidade de definições, não havendo consenso na literatura (TEIXEIRA, 2008).

Hogan *et al.* (2003), em pesquisa realizada, elencaram 34 definições de fragilidade categorizadas em três classes, assim definidas: dependência nas atividades de vida diária (AVDs), vulnerabilidade e doenças.

4.3 Avaliação do idoso

A avaliação multidimensional do idoso se torna um importante instrumento, cuja execução simples é realizada através da revisão dos sistemas fisiológicos principais, divididos em: avaliação das AVDs básicas e instrumentais, mobilidade, cognição e humor e comunicação. É preconizado o uso de instrumentos de avaliação de cada uma destas funções (MINAS GERAIS, 2006, p.81).

Lawton e Brody (1969) discutiram acerca da avaliação funcional, definindo-a como uma tentativa sistematizada de medir, objetivamente, os níveis nos quais uma pessoa se encaixa, tais como: integridade física, qualidade de automanutenção e desempenho dos papéis, nível intelectual, atividades sociais, atitudes em relação a si mesmo e ao estado emocional.

Segundo Lollar e Crews (2003), a incapacidade funcional e as limitações físicas, cognitivas e sensoriais não se traduzem em decorrências infalíveis do processo de envelhecer. Nesse sentido, Veras (2002) afirma que a prevalência da incapacidade de fato aumenta com a idade, mas esta, por si só, não prognostica incapacidade. Ressalta-se que a incapacidade predispõe ao maior risco de problemas de saúde afins e sua presença é ônus para a pessoa, para a família, para o sistema de saúde e para a sociedade.

A independência e a autonomia nas atividades de vida diária estão fortemente ligadas ao funcionamento integrado e harmonioso de diversas funções, tais como: cognição, humor, mobilidade e comunicação. O comprometimento dessas atividades pode ser o reflexo de uma doença grave ou um conjunto de doenças que podem afetar de forma direta ou indireta essas funções. Assim sendo, a perda de uma função na pessoa idosa, que era antes independente, não deve ser atribuída à velhice. Deve-se, antes de tudo, atentar-se que pode estar iniciando uma doença ou conjunto de doenças não tratadas, caracterizadas pela ausência de sinais e sintomas típicos (MORAES, 2010).

Assim, a avaliação do idoso, para considerá-lo de risco habitual ou risco elevado (ou idoso frágil), precisa privilegiar os critérios que indiquem fragilidade (MORAES, 2009):

- Mobilidade
- Incontinência

- Humor
- Cognição
- Situação social
- Dependência.

No que diz respeito às internações, Moraes (2009) menciona que, quanto mais internações hospitalares e quanto mais recentes são estas, a pessoa idosa fica mais exposta às vulnerabilidades físicas e psicológicas. Além de a internação constituir-se em um critério de fragilidade, esta também piora a já existente, pois da internação podem advir infecções de grande resistência, imobilidade involuntária e diminuição de massa muscular e óssea.

Moraes (2010) alerta para o fato de que a realização das atividades de vida diária é muito importante, devendo ser monitorado se o idoso a realiza ou não. Conforme o próprio nome diz, são atividades que devem ser realizadas diariamente. Estas atividades se classificam em atividades básicas de vida diária (AVD Básicas) e atividades instrumentais da vida diária (AIVD).

As denominadas atividades básicas de vida diária (AVDB) dizem respeito à capacidade de a pessoa de auto cuidar, principalmente no atendimento das necessidades básicas diárias, entendidas como: alimentar-se, andar, tomar banho, vestir-se e usar corretamente o toalete. Para suas realizações, a pessoa precisa de habilidade física e cognitiva. A partir do exercício dessas atividades, pode-se reconhecer que a pessoa encontra-se apta funcionalmente e mantém um nível de conhecimento bom. Trata-se de um dos parâmetros para dizer que a pessoa encontra-se bem e é bem aceita pelo usuário (MORAES, 2010).

Ainda pautado em Moraes (2010), as Atividades Instrumentais de Vida Diária (AVDI) são as rotineiras do dia-a-dia, aí incluídas os recursos utilizados no meio ambiente: fazer compras, telefonar, pagar contas, preparar refeições, arrumar a casa, lavar e passar roupas, controlar remédios e dinheiro, sair sozinho. Para sua execução são necessárias, além de habilidades físicas e cognitivas, informações sobre o meio onde vive (MORAES, 2010).

Outro fator que também merece ser avaliado é a situação social da pessoa idosa. O idoso institucionalizado é considerado frágil simplesmente por este motivo mas, o idoso que vive sozinho ou não conta com apoio de outros que estejam ou

sejam próximos demanda atenção diferenciada. O indivíduo que é submetido à violência psicológica ou física, evidentemente é fragilizado (MORAES, 2009).

A inquirição sobre violência nem sempre é frutífera, pois aquele que sofre violência muitas vezes se esconde atrás do medo e o companheiro que exerce agressão quase sempre não assume tal comportamento (MORAES, 2010).

A opinião do ACS se torna extremamente útil neste caso, mesmo tendo ciência que esta observação é subjetiva, há um alerta sobre esta situação a ser averiguada pelo profissional médico ou enfermeiro em consultas ambulatoriais ou em visitas domiciliares (ZIMMERMAM, 2000).

A faixa etária interfere na reserva vital quanto maior a faixa etária maior será a diminuição de “reserva vital” do organismo do indivíduo idoso como: diminuição fisiológica das funções renais e hepáticas, aumento da gordura corporal, diminuição da albumina plasmática, diminuição da água intracelular e corporal total (MORAES, 2009).

O idoso que possui mais de 79 anos é considerado frágil, independente das mudanças demográficas que acompanham o mundo atualmente como aumento em expectativa de vida, melhoria da tecnologia médica e aumento do número de diretrizes ótimas ligadas à Gerontologia (MORAES, 2009).

Evidentemente, o usuário não sofre estas alterações imediatamente após seu aniversário de 80 anos (MORAES, 2010), por isso resolveu-se pontuar as outras faixas etárias dentro da entrevista aos usuários por entender que é lícito na determinação do estado de saúde do usuário.

5 INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS DO ESTADO DE SAÚDE DO IDOSO

O instrumento constituiu-se em formulário contendo questões fechadas sobre os critérios de avaliação (Figura 2) e para preenchimento por escrito, do qual constavam itens relativos às doenças pregressas, aos nomes de medicamentos em uso e à história familiar e estabelece um escore específico para o grau de fragilidade do idoso (Tabela 1).

Este escore foi desenvolvido a partir de pontos dados aos critérios pesquisados. A ausência de alterações fisiológicas (nota até 4) indica ausência de fragilidade e os graus de fragilidade leve a severo consideram-se da seguinte forma: 1) leve (qualquer critério positivo – nota =5 – no máximo em 3 tipos categorias), 2) fragilidade média (nota = 5 em, no máximo, seis critérios), 3) alto grau de fragilidade (nota= 5, em no máximo, 9 categorias); e 4) fragilidade grave (nota máxima em, no mínimo, 9 categorias associado pontuação relacionada à idade).

Definiu-se que todos os formulários preenchidos deveriam ser entregues ao profissional médico ou enfermeiro para que fosse avaliados e estabelecida uma ordem de prioridade de atendimento, programação em agenda (contendo número de visitas e atendimentos/ano - dentro das metas que contemplam a Saúde do Idoso).

Os formulários, então, seriam anexados aos prontuários dos usuários, e posteriormente validados durante consultas presenciais realizadas por estes profissionais.

Na próxima página, encontra-se o formulário.

UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE LAGOA

NOME DO USUÁRIO: _____ IDADE: ____ anos

ENDEREÇO: _____ EQUIPE: _____

CRITÉRIOS	PONTUAÇÃO					NOTA
	5	6	7	8	9	
80 anos ou mais	80-82	83-84	85-86	87-88	89 ou mais	
Entre 60 e 80 anos	60-65	66-70	70-73	74-77	78-79	
Get up and go	Menos de 3"		Mais de 3"			
Queda	0-6 meses	6-12 meses	12-18 meses	18 -24 meses	Mais de 2 anos	
Medicamentos	1 tipo	2 tipos	3 tipos	4 tipos	5 ou mais tipos	
Patologias diagnosticadas	1	2	3	4	5 ou mais	
Controla urina	Sim		Com dificuldade	Não		
Controla fezes	Sim		Com dificuldade	Não		
Internação em hospital	0-6 meses	7-12 meses	13-18 meses	Mais de 18 meses		
Atividades de vida Diária – Básicas (1 ponto para cada atividade que não realiza sozinho)	Ingerir líquidos	Vestir-se	Alimentar-se	Banhar-se	Locomover-se	
Atividades de vida Diária – Instrumentais (1 ponto para cada atividade que não realiza sozinho)	Preparar alimentos	Pagar contas	Arrumar casa	Sair de casa	Tomar remédios	
Vive restrito ao leito	0			5		
	Não			Sim		
Esquece nomes ou informações recentes	0		3	5		
	Não		Não mas não tem a "memória boa"	Sim com piora importante nos último 6 meses		
Mora sozinho ou com outro idoso	0		2	5	5	
	Não e família ou acompanhantes são prestativos		Não mas não há compromisso de familiares ou acompanhantes	Não mas há indícios de violência	Sim	
Vive em ILPI (Instituição de Longa Permanência para Idosos)	0		5			
	Não		Sim			
TOTAL						
Doenças diagnosticadas						
Medicamentos em uso						
História de doenças na Família						
Cirurgias pregressas						

Figura 3 – Novo instrumento de coleta de dados do paciente idoso

Tabela 1– Instrumento de avaliação da pessoa idosa e respectiva estratificação do escore obtido.

ESCORE	FRAGILIDADE
0-4	Não frágil
5-15	Frágil grau leve
16-30	Frágil grau médio
31-45	Frágil grau alto
46-75	Frágil grau grave

6. CAPACITAÇÃO DO ACS

Todos os ACS da UBS Lagoa receberam treinamento sobre as questões abordadas na avaliação, ressaltando a sensibilidade que lhes é necessária para perceberem as questões relevantes de saúde de um idoso para que pudessem aplicar os formulários aos pacientes idosos ou aos seus familiares e cuidadores, em visitas domiciliares.

A primeira conversa foi realizada em 30 minutos, dentro da sala de reuniões do CS Lagoa, sobre o tema.

Em seguida, os ACS executaram uma atividade prática utilizando os instrumentos para colher os dados de cinco idosos em visita domiciliar, registrando dúvidas e dificuldades percebidas.

Assim, no segundo dia do treinamento, os formulários preenchidos foram analisados, as dúvidas esclarecidas e algumas questões teóricas reforçadas. Esta segunda reunião teve duração de 45 minutos e foi realizada, também, na sala de reuniões do CS Lagoa.

Após o treinamento dos ACS, o formulário foi utilizado para coletar os dados de todos os idosos cadastrados na Unidade Básica de Saúde Lagoa.

7. RESULTADOS

Na Tabela 2, há uma compilação dos dados obtidos a partir do instrumento – ficha de coleta de dados formulada neste trabalho.

Tabela 2 – resultados obtidos em entrevista domiciliar

Variáveis	Instrumento	
	n	%
Total	487	100
Gênero		
Masculino	229	47,02
Feminino	258	52,98
Idade (anos)		
60-65	211	43,32
66-79	129	26,48
80-84	88	18,06
85 ou mais	59	12,11
Idosos Frágeis	97	19,91
Instabilidade	43	8,82
Quedas		
Há 6 meses	27	5,54
Há 2 anos	39	8,0
Uso medicamentoso		
1 tipo	26	5,23
2 tipos	94	18,91
3 tipos	137	27,56
4 tipos	95	19,11
5 ou mais tipos	92	18,89
Doenças diagnosticadas		
Uma	177	35,61
Duas	92	18,89
Três	47	9,54
Quatro	46	9,25
Cinco ou mais	73	14,68
Incontinência urinária		
Existe	99	20,32
Controle difícil	88	18,06
Incontinência anal		
Existe	22	4,42
Controle difícil	16	3,21
Internações hospitalares		
0 a 6 meses	68	13,68
6 a 12 meses	94	18,91
12 a 18 meses	118	23,74
18 ou mais meses	156	31,38
Atividade de Vida Diária		
Dependente	-	-
AVD Básica		
Dependente	108	22,17
Semi-dependente	144	29,56
AVD Instrumental		
Dependente	64	13,14
Semi-dependente	95	19,50
Imobilidade	29	5,95
Memória		
Alteração (6 meses)	76	15,60
Alguma alteração	174	35,74
Sem alteração	237	48,66
Situação social		
Vive em ILPI	0	0

Mora sozinho	51	10,47
Recebe (família)	324	66,52
Vítima de violência	26	5,33
Grau de Fragilidade		
Leve	18	18,55
Médio	34	35,05
Alto	21	21,64
Grave	24	24,74

De acordo com a Tabela 2, pôde-se perceber que 43,32% dos idosos que compuseram a amostra tinham 60 a 65 anos; 26,48% tinham 66 a 79 anos; 18,06% de 80 a 84 anos; e 12,11% eram maiores de 84 anos de idade.

No critério que contempla a Instabilidade é possível identificar problemas (mesmo que não haja história de queda) - 8,82% dos entrevistados, e, inquirir também, queda nos últimos 24 meses (8,00% dos entrevistados).

O instrumento proposto também contabiliza o número de idosos que usam tipos de medicação, pois o número de medicações pode estar associado a um pior estado geral de um paciente, e, por isso, é um dado importante a ser acompanhado.

Com o mesmo raciocínio, pode-se inferir que acompanhar um paciente atentando se haverá novos diagnósticos de patologias é de fundamental importância e não constatar apenas se há 5 ou mais doenças estabelecidas configurando a “polipatologia”, quadro apresentado por 14,98% do total dos idosos.

A incontinência anal (n = 4,51%) e a incontinência urinária (n = 20,32%) são pesquisadas, mas é considerada qualquer dificuldade no controle esfinteriano (18,06% e 4,51% para urinária e fecal, respectivamente).

Em relação às internações hospitalares, 13,96% dos participantes foram submetidos a este procedimento nos últimos 6 meses e internações anteriores a este período evidenciam uma história de ruim evolução (n=74,03%).

Dos entrevistados, 22,17% apresentava dependência total para AVDB e 13,14% para AVDI enquanto que 29,56% apresentava alguma dependência para AVDB e 19,50% para AVDI.

Em relação aos pacientes imobilizados, 5,95% dos entrevistados possuem esta condição.

No critério “memória”, foi percebida alteração na qualidade de vida em 15,60% e apenas 48,66% não apresentava tal condição. Entretanto em 35,72% do total de pesquisados foram identificados como tendo alguma alteração de memória, mesmo que não influenciasse na qualidade de vida.

Do ponto de vista social, 10,47% dos idosos moram sozinhos em residência, mas 5,33% sofrem violência de alguma natureza em seu próprio domicílio e em contrapartida 66,52% recebe apoio efetivo de familiar ainda que more sozinho ou com outro idoso.

No instrumento proposto é possível estratificar a fragilidade de acordo com o escore estabelecido e, então, dentre os 97 idosos considerados frágeis, 18,55% foram considerados em fragilidade leve, 35,05% como média, 21,64% como alta e 24,74% em grau de fragilidade grave.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após realização deste trabalho, observou-se que o formulário proposto para avaliação de fragilidade de idosos é pertinente considerando:

- Pode ser aplicada pelos ACS, os quais têm contato prolongado e contínuo com usuários, esferas sociais, familiares e comunidade.
- O formulário poderá ser anexado aos prontuários e validado por profissional médico ou enfermeiro.
- Capacitar o ACS é interessante e melhora sua percepção em campo, mas é algo que deve ser permanente e supervisionado constantemente.
- As orientações destinadas ao ACS devem ser simples e objetivas, mas assimilar o conhecimento está diretamente relacionado ao comprometimento que este profissional possui em relação ao seu trabalho.
- Analisar todos os dados para permitir a estratificação e programação em agenda denota tempo – muito escasso em nossa realidade, mas os resultados ajudam a melhor gerir os recursos na APS.
- Os dados coletados e suas análises devem ser atualizados constantemente já que pequenas alterações na vida dos pacientes idosos podem fazer com que seus graus de fragilidade piorem de forma súbita exigindo outro tipo de abordagem.
- A estratificação do grau de fragilidade fornece ao profissional de saúde parâmetros para o planejamento da intervenção, priorização de atividades ou intensificação das mesmas, de acordo com o escore obtido.

Portanto, a utilização de instrumentos de avaliação da saúde do idoso que sejam objetivos, completos, de rápida aplicação, disponíveis a todos os profissionais integrantes da ESF torna-se mais desejada e recomendada na obtenção de assistência de qualidade, mesmo concluindo-se que não seja uma tarefa simples ou fácil.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde - A estratégia de redes regionalizadas de atenção à saúde: princípios e diretrizes para sua implementação no SUS. Brasília, SAS/MS, 2008.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil: 2010. Brasília. DF – Ministério da Saúde.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil: 2003. Brasília. DF – Ministério da Saúde.

CORDEIRO, A M *et al.* Revisão sistemática: uma revisão narrativa. **Rev. Col. Bras. Cir.** V.v.34, n.6, p: 428-431, nov.-dez. 2007;

FRIED LP, Tangen C, Walston J, Newman A, Hirsch C, Gottdiener J, Seeman T, Tracy R, Kop WJ, Burke G, McBurnie MA. Frailty in older adults: Evidence for a phenotype. **J Gerontol.** v.56, n.3, p : 146-156, 2001

GURALNIK, J.M. ; LACROIX, A.Z. Assessing physical function in older populations. In: Wallace B, Woolson RF, editors. The epidemiologic study of the elderly. New York: **Oxford University Press.** p. 159-81. 1992

HOGAN D, Macknight C, Bergman H. Models, definitions, and criteria of frailty. **Aging Clin Exp Res.** v.15, n.3,(supp), p. 2-29. 2003;

JETTE, A.M.; BRANCH, L. Impairment and disability in the aged. **J Chronic Dis.**v.38, p 59-65. 1985

LAWTON, M. P.; BRODY, E. M. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*, v. 9, 1969. p. 179-186;

LOLLAR, D. J., CREWS, J. E. (2003). Redefining the role of public health in disability. *Annual Reviews in Public Health*, 24, 195-208;

MELO, Mônica Cristina de *et al.* A educação em saúde como agente promotor de qualidade de vida para o idoso. **Ciênc. saúde coletiva** [online]., v.14, suppl.1, p. 1579-1586, 2009

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais; 2009;

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção à saúde do idoso**. Belo Horizonte: SAS/MG, 2006. 186 p;

MOR, V. et al. Risk of functional decline among well elders. **J Clin Epidemiol** v.42, p 895-904. 1999;

MORAES E.N. **Avaliação Multidimensional do Idoso**: a consulta do idoso e os instrumentos de rastreio. 3. ed. Belo Horizonte: Folium, 2010

MORAES, E. N. **Princípios básicos de geriatria e gerontologia**. Belo Horizonte: Coopmed, 2009;

NÉRI MC, Soares WL. Estimando o impacto da renda na saúde através de programas de transferência de renda aos idosos de baixa renda no Brasil. **Cad saúde Pública**. v.23, n. 8, p:1845-56. 2007

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Prevenção de doenças Crônicas. Investimento vital**. Copyright, 2002

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Prevenção de doenças Crônicas. Investimento vital**. Copyright ,1978;

PORTO, C.C. **Semiologia médica**. 4 ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan, 2001

TEIXEIRA I, Percepções de profissionais de saúde sobre duas definições de fragilidade no idoso, *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(4):1181-1188, 2008;

VERAS RP. **Terceira idade:** gestão contemporânea em saúde. Rio de Janeiro: UNATI/Relume Dumará, 2002;

ZIMMERMAN G.I. **Velhice aspectos biopsicossociais.** Porto Alegre: Artmed; 2000.