

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

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DA PESSOA IDOSA RESIDENTE
NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA EQUIPE VERMELHA DO
CENTRO DE SAÚDE CABANA, DO MUNICÍPIO DE BELO
HORIZONTE / MG.

LÍZIA MÓL GUIMARÃES

LAGOA SANTA / MINAS GERAIS

2013

LÍZIA MÓL GUIMARÃES

**CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DA PESSOA IDOSA RESIDENTE
NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA EQUIPE VERMELHA DO
CENTRO DE SAÚDE CABANA, DO MUNICÍPIO DE BELO
HORIZONTE / 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.

Orientador: Prof. Edison José Corrêa

LAGOA SANTA / MINAS GERAIS

2013

LÍZIA MÓL GUIMARÃES

**CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DA PESSOA IDOSA RESIDENTE
NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA EQUIPE VERMELHA DO
CENTRO DE SAÚDE CABANA, DO MUNICÍPIO DE BELO
HORIZONTE / 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.

Orientador: Prof. Edison José Corrêa

Banca Examinadora

Prof. Edison José Corrêa – Orientador (UFMG)

Prof.^a Andrea Fonseca e Silva - Examinador

Aprovada em Belo Horizonte 03/08/2013

DEDICATÓRIA

Aos “idosos” responsáveis pela minha busca incessante por um cuidado mais eficaz e humanizado.

À “minha” equipe da Estratégia Saúde da Família, no Centro de Saúde Cabana, companheiras de trabalho e de vida, que me ensinaram a trabalhar cada vez melhor e com novas estratégias para alcance do sucesso de nosso trabalho.

À “minha” médica e amiga eterna, Cláudia Barbosa Zuquim Antas, com quem compartilhei sonhos em busca de uma qualidade na Equipe de Saúde da Família do Loteamento no Complexo do Alemão/RJ.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por todas as oportunidades e a vida que tenho.

Ao meu esposo David e filho Arthur pela imensa paciência, ajuda, companheirismo, união e as viagens aos deliciosos encontros presenciais da pós-graduação na cidade de Lagoa Santa.

À minha eterna Equipe do Centro de Saúde Cabana, pelo apoio e luta por uma saúde melhor.

Á todos os profissionais do Centro de Saúde Cabana que permitem o vínculo e trabalho em equipe.

Á gerente Alessandra pela oportunidade de mostrar meu trabalho como enfermeira em Belo Horizonte.

Ao orientador Edison pelo apoio na conclusão do TCC.

RESUMO

O envelhecimento populacional é um fenômeno esperado nos dias atuais. Portanto, faz-se necessário conhecer o perfil dos idosos da área de abrangência e, principalmente, avaliar o grau de fragilidade desses. Esse estudo objetivou classificar o risco e fragilidade dos idosos e propor um projeto de intervenção para melhorar a atenção à saúde dos idosos frágeis residentes na área de abrangência da Equipe Vermelha do Centro de Saúde Cabana, em Belo Horizonte — Minas Gerais. Trata-se de estudo descritivo, baseado na análise de dados secundários, no período de dezembro de 2012 e janeiro de 2013, a partir da ficha “Cadastro e identificação de risco da pessoa idosa” (Anexo B). O estudo teve um total de 156 idosos estudados, dos quais 85 classificados como frágeis (54,5%). Entre todos os idosos observou-se predomínio do sexo feminino (60%), da faixa etária 60-69 anos, baixo índice educacional, boa cobertura vacinal (91,7%) e hipertensão e *diabetes mellitus* como patologias mais comuns. Entre os 85 frágeis predominou também a faixa 60—69 anos e o sexo feminino (65,9%), bem como hipertensão e diabetes, seguidas por osteoporose e doença pulmonar obstrutiva crônica. Quanto aos condicionantes de risco, para os frágeis, constatou-se que 13,46% eram idosos acima de 80 anos; que a incontinência urinária representou 6,41%, a incontinência fecal 5,13%; a polifármacia representou 25,64%, os idosos portadores de mais de cinco doenças confirmadas responde a 1,28%, os idosos que tem esquecimento progressivo 10,26%, os que tiveram quedas nos últimos seis meses 8,33%; os que foram internados nos últimos seis meses correspondem a 9,61%; os acamados representaram 3,20%, os idosos que moram sozinhos representaram 10,90%. Nenhum idoso frágil morava em asilo 0%. Eram dependentes para as atividades da vida diária 12,82%. A proposta de intervenção considerou como nós críticos “Falta de conhecimento qualificado e capacitação de toda equipe para o cuidado integral ao idoso”, “Despreparo dos familiares para os cuidados básicos com os idosos” e “Idosos com polifármacia”. Para cada um foi proposto um projeto específico, com detalhamento de público alvo, onde será, quando, ações, resultados esperados, produtos esperados, recursos necessários e avaliação. Assim, propõe-se prestar uma assistência mais qualificada efetivando uma abordagem integral na saúde do idoso para melhoria da qualidade de vida, preservando ao máximo a autonomia e independência.

Palavras-chaves: Idoso, Idoso frágil, Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Population ageing is a phenomenon expected in the present day. Therefore, it is necessary to know the profile of the elderly of the area covered by the health institution and, above all, to evaluate the degree of fragility of these. This study aimed to classify the risk and fragility of elderly propose one intervention project to improve the health of elderly frangible residents in the area of the "Equipe Red " of "Cabana" Health Center, in Belo Horizonte, Minas Gerais. This descriptive study is based on analysis of secondary data, in the period December 2012 and January 2013, from the "register of risk identification of elderly person" (Annex B). A total of 156 seniors was studied, of which 85 were classified as fragile (54.5%). Among all seniors it was observed a predominance of females (60%), age 60-69 years, low educational index, good vaccination coverage (91.7%) and hypertension and *diabetes mellitus* as most common pathologies. Between the fragile also prevailed the range 60 — 69 years and females (65.9%), as well as hypertension and diabetes, followed by osteoporosis and chronic obstructive pulmonary disease, as prevalent diseases. With regard to risk factors, to the fragile, 13.48% were elderly over 80 years; the urinary incontinence was 6.41%, fecal incontinence to 5.13%; the polifármacia accounted for 25.64%, the elderly people with more than five confirmed diseases responds to 1.28%, the elderly who have progressive oblivion to 10.26%, those who reported declines in the last six months the 8.33%; those who were admitted to hospital in the last six months correspond to 9.61%; the bedridden represented 3.20%, and the elderly who live alone represented 10.90%. No fragile elderly lived in asylum and 12.82% were dependent for activities of daily living. The intervention proposal considered as critical "lack of knowledge and qualified staff training for the integral care to the elderly", "Unpreparedness of the family to the basic care with the elderly" and "elderly people with polidrugs use". For each problem a specific project was proposed, with detailing target audience, where, when, actions, expected results, expected products, resources and evaluation. Thus, it is proposed to provide more qualified assistance in effecting an integral approach in the elderly's health to improve the quality of life, preserving the autonomy and independence.

Keywords: Aged, Frail elderly, Primary Health Care.

LISTA DE GRÁFICO e TABELAS

Gráfico 1 – Distribuição dos idosos segundo cartão de vacina, da área de abrangência da equipe 01(Vermelha) no centro de saúde cabana – janeiro 2013.	26
Tabela 1 - Idosos classificados como frágeis da área de abrangência da Equipe 01(Vermelha) mensalmente no PROESF durante o ano de 2012	23
Tabela 2 – Distribuição dos idosos segundo sexo da Equipe 01(Vermelha) no Centro de Saúde Cabana – Janeiro 2013	23
Tabela 3 — Distribuição dos idosos quanto à escolaridade e sexo, da área de abrangência da Equipe 01(Vermelha) no Centro de Cabana – Janeiro 2013.	24
Tabela 4 – Distribuição dos idosos quanto ao cartão de vacina, da área de abrangência da Equipe 01(Vermelha) no Centro de Saúde Cabana – Janeiro 2013.	25
Tabela 5 – Prevalência de condições de saúde de idosos em geral segundo o sexo, na área de abrangência da Equipe 01(Vermelha) no Centro de Saúde Cabana – janeiro 2013.	27
Tabela 6 – Distribuição dos idosos segundo fragilidade e sexo da área de abrangência da Equipe 01(Vermelha) no Centro de Saúde Cabana – janeiro 2013	32
Tabela 7 – Distribuição dos idosos frágeis, segundo faixa etária, sexo, na área de abrangência da Equipe 01(Vermelha) no Centro de Saúde Cabana – janeiro 2013.	32
Tabela 8 – Prevalência de condições de saúde de idosos frágeis segundo o sexo, na área de abrangência da Equipe 01(Vermelha) no Centro de Saúde Cabana – janeiro 2013.	34
Tabela 9 – Distribuição dos idosos por condições de saúde, segundo sexo e a fragilidade, na área de abrangência da equipe 01(Vermelha) no Centro de Saúde Cabana – janeiro 2013.	35
Tabela 10 – Distribuição dos idosos pelas variáveis de risco que caracterizam a fragilidade, na área de abrangência da Equipe 01(Vermelha) no Centro de Saúde Cabana – janeiro 2013.	36
Tabela 11,12 e 13 - Propostas de intervenções para a saúde do idoso na área de abrangência da Equipe, do Centro de Saúde Cabana.	39, 40,41

LISTA DE SIGLAS

ABVDs	Atividades básicas de vida diária
AVD	Atividades da vida diária
ACS	Agente Comunitário de Saúde
CEABSF	Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ILPI	Instituições de Longa Permanência para Idosos
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra em Domicílio
PROESF	Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família
SES-MG	Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais
SF	Saúde da Família
SMSA-BH	Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte
VD	VD – Visita Domiciliar

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 JUSTIFICATIVA	13
3 OBJETIVOS	15
Objetivo geral	15
Objetivos específicos	15
4 METODOLOGIA	16
5 REFERENCIAIS TEÓRICOS	18
Conceito de idoso	18
Transição demográfica	18
Política Nacional de Saúde do Idoso	19
Fragilidade do idoso	20
Dados sobre fragilidade de idosos do território do Centro de Saúde Cabana em 2013	31
6 REFERENCIAIS OPERACIONAIS LOCAIS E DISCUSSÃO	22
7 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	38
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	42
9 REFERÊNCIAS	43
ANEXO A	46
ANEXO B	48

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno esperado nos dias atuais se levarmos em conta as transformações que estamos vivenciando em nosso mundo.

De acordo com a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. (MINAS GERAIS, 2007, s.p.):

O rápido processo de envelhecimento da população brasileira se dá em razão da transição de uma situação de alta mortalidade e alta fecundidade, para uma de baixa mortalidade e gradualmente baixa fecundidade como justificam as projeções estatísticas para os próximos anos. Tal mudança se configura num desafio para as autoridades sanitárias, especialmente para a implantação de novos modelos e métodos para o enfrentamento do problema.

Desse modo, considera-se idoso todo indivíduo com idade igual ou superior a 60 anos (BRASIL, 2006) e para o qual se faz necessário o acompanhamento das condições de saúde desta nova população etária pela equipe de Saúde da Família.

A equipe de Saúde da Família Vermelha, descrita nesse trabalho, da qual faz parte a autora, está referenciada ao Centro de Saúde Cabana, porém este identifica as equipe de Saúde da Família por números e não por cor, como em outros Centros de Saúde em Belo Horizonte.

Assim, no estudo iremos chama-lá de equipe 01 (Vermelha).Tendo sob sua responsabilidade uma população de 2.514 pessoas.Verificamos que temos uma modificação no perfil de saúde da nossa população que traz novas necessidades de cuidados e perspectivas de atendimentos diferenciados para a saúde do idoso.

Os problemas de saúde, entre vários outros, que mais chamaram a atenção referiam-se aos aspectos relacionados à terceira idade, como o aumento no número de consultas para pacientes idosos portadores de doenças crônicas,

principalmente hipertensão arterial e *diabetes mellitus*, aumento das demandas por visita domiciliar (VD) para idosos, idosos utilizando polifármacia, familiares dos idosos sem conhecimentos para prestação de um cuidado mais qualificado, idosos frágeis morando sozinhos e demandando mais ações multidisciplinares da equipe de saúde, idosos sofrendo quedas no domicílio e na rua, entre outros problemas que foram constatados, em uma das atividades do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF), no módulo “Planejamento e avaliação das ações em saúde” (CAMPO FARIA e SANTOS, 2010).

2 JUSTIFICATIVA

Tendo a atenção básica sob sua responsabilidade o cuidado integral com a população da área adscrita é necessário refletir sobre a atenção integral a saúde deste idoso, conhecendo suas necessidades e organizando o serviço para executar uma assistência mais qualificada.

Portanto, faz-se necessário conhecer o perfil dos idosos da área de abrangência e principalmente avaliar o grau de fragilidade destes idosos, sendo atribuições de toda a equipe de Saúde da Família (SF) e está é um das metas do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família – (PROESF) para acompanhamento da saúde do idoso e classificação deste quanto a sua fragilidade.

Deste modo, consideramos prioritária a questão da atenção à terceira idade e, especialmente ao idoso fragilizado, necessitando de uma classificação de risco deste idoso na área de abrangência da Equipe 01(Vermelha).

Atuando como enfermeira da Estratégia Saúde da Família (ESF) no município de Belo Horizonte, Minas Gerais, constatamos que a equipe tem uma dificuldade em padronizar o grau de fragilidade do idoso de sua área de abrangência. Cada profissional de saúde classifica o idoso frágil de forma diferente. Conforme seus conhecimentos, alguns utilizam o critério de idade, outros avaliam suas condições de saúde. Portanto, faz-se necessário para a equipe um instrumento que possa padronizar a classificação de risco, e de fragilidade, da pessoa idosa. Diante deste problema, analisando a ficha mensal de acompanhamento do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF) (ANEXO A), para o indicador “saúde do idoso”, realizado pela equipe durante o ano de 2012, encontramos um número pequeno de pessoas com 60 ou mais anos de idade classificados como frágeis, entre 14 a 17 pessoas, identificados a cada mês.

Essa informação é preocupante se levarmos em consideração que alguns idosos são dependentes parcial ou completamente de cuidados, alguns estão

acamados, muitos polimedicados e portadores de uma ou mais doenças, que são algumas variáveis de classificação do grau de fragilidade. Deste modo, percebemos que realizar o perfil de saúde dos idosos da ESF é uma forma de organizar o serviço, de classificá-los quanto sua fragilidade e assim propormos estratégias de intervenção que vão ter melhor impacto sobre a qualidade de saúde deste idoso.

Diante da necessidade de classificação de risco da pessoa idosa, justifica-se a realização deste estudo no qual será feita a utilização de um instrumento proposto pela Coordenação Estadual de Atenção ao Idoso da Secretaria de Saúde de Minas Gerais (SES/ MG) para cadastro e identificação de risco da pessoa Idosa (MINAS GERAIS, 2007), possibilitando avaliar assim de maneira padronizada o grau de fragilidade dos idosos assistidos pela equipe 01(Vermelha) do Centro de Saúde Cabana do município de Belo Horizonte/ MG.

3. OBJETIVOS

São os seguintes os objetivos deste trabalho:

Objetivos gerais:

Propor projeto de intervenção para melhorar a atenção à saúde de idosos frágeis residentes na área de abrangência da Equipe 01(Vermelha) do Centro de Saúde Cabana, no bairro Cabana, município de Belo Horizonte – Minas Gerais.

Objetivos específicos:

Classificar o risco e fragilidade dos idosos residentes na área de abrangência da Equipe 01(Vermelha) do Centro de Saúde Cabana.

Caracterizar a população idosa da área de abrangência da Equipe 01(Vermelha).

Descrever os principais problemas de saúde que acometem a população idosa da área de abrangência da Equipe 01(Vermelha).

Propor estratégias de intervenções para a população idosa da área de abrangência da Equipe 01(Vermelha).

4 METODOLOGIA

O trabalho é um estudo descritivo sobre a classificação de risco dos idosos residentes na área de abrangência da Equipe 01(Vermelha) no Centro de Saúde Cabana em Belo Horizonte – Minas Gerais, realizado no período de dezembro de 2012 a janeiro de 2013, baseando-se na análise de dados secundários das seguintes formas:

- Listagem dos idosos da área de abrangência de cada Agente Comunitário de Saúde – (ACS), extraído do Sistema de Informação de Gestão da Saúde – Saúde em rede, disponibilizado pela Secretaria Municipal de Saúde (SMSA- BH).
- Ficha de cadastro e identificação de risco da pessoa idosa (Anexo B), proposto pela Coordenação Estadual de Atenção ao Idoso da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/ MG), utilizado pela equipe como forma de padronizar a classificação de risco da pessoa idosa, sendo preenchido pelo ACS durante sua visita domiciliar ou contato com o idoso na unidade de saúde.
- Apresentação dos dados dos números de idosos classificados como frágeis da ficha do (PROESF) mensalmente no ano de 2012.

Deste modo, a população alvo do estudo foram os idosos residentes na área de abrangência da Equipe 01(Vermelha) do Centro de Saúde Cabana, na cidade de Belo Horizonte – Minas Gerais. Os dados coletados através da ficha de identificação de risco da pessoa idosa (Anexo B) foram processados em um sistema, sendo apresentados por meio de estatística, tabelas e gráfico que serão apresentados no estudo.

Portanto, após realização da classificação e fragilidade dos idosos, foi realizada a elaboração de uma proposta de intervenção para melhorar a atenção à saúde dos idosos frágeis residentes na área de abrangência do estudo.

As referências bibliográficas que compõem o referencial teórico foram obtidas em consulta na Internet em banco de dados: SCIELO, LILACS E BIREME e outras fontes, Manuais do Ministério da Saúde, livros de biblioteca pessoal, artigos científico em revista de saúde e foram consultados módulos do CEABSF — Iniciação à metodologia: trabalhos científicos (CORRÊA,

VASCONCELOS e SOUZA, 2013), Planejamento e Avaliação das ações de Saúde (CARDOSO, FARIA e SANTOS, 2008) e Saúde do Idoso (CHAIMOVICZ,2013).

5 REFERENCIAIS TEÓRICOS

Serão abordados aqui aspectos conceituais referentes ao conceito de idoso, transição demográfica, Política Nacional de Saúde do Idoso, Fragilidade do idoso.

Conceito de idoso

O conceito de idoso, de acordo com o Estatuto do Idoso (2003) em seu artigo primeiro, título I, das disposições preliminares, considera-se idoso todo indivíduo com idade igual ou superior a 60 anos. (BRASIL, 2003)

Transição demográfica

Pensando no envelhecimento da população — transição demográfica (CHAIMOVICZ, 2012), conseguimos perceber que o Ministério da Saúde tem implementado políticas públicas no sentido de criar estratégias para o cuidado e saúde da população idosa, para promoção de um envelhecimento ativo, promoção de vida saudável, atenção integral a saúde da pessoa idosa, estas diretrizes estão incluídas na Portaria nº 2.528, que aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 2006).

O Brasil está atualmente apresentando acelerado processo de envelhecimento e transformações na composição etária da população, desenhando um cenário de modificações, que aumenta a esperança de vida e crescendo, deste modo, o número de idosos do país. Observamos esta afirmação (IBGE 2010, p.31):

O aumento da esperança de vida ao nascer em combinações com a queda do nível geral da fecundidade resulta nos aumentos absolutos e relativos da população idosa. De fato, a esperança média de vida ao nascer no Brasil, era em 2009, de 73,1 anos de idade.

O Brasil está sofrendo mudanças, segundo (CHAIMOVICZ, 2013, p.20):

O Brasil passará do estágio jovem (até 7% de idosos) para o “envelhecido” (mais de 14% de idosos) em apenas 25 anos, entre 2011 e 2036.

Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra em Domicílio – PNAD 2009, o país contava com uma população de cerca de 21 milhões de pessoas de 60 anos ou mais de idade [...]. No período de 1999 a 2009, o peso relativo dos idosos (60 anos ou mais de idade) no conjunto da população passou de 9,1% para 11,3% (IBGE, 2010, p.191).

Estima-se que 10 a 25% das pessoas acima de 65 anos e 46% dos idosos acima de 85 anos que vivem na comunidade sejam frágeis, conferindo-lhes alto risco para desfechos clínicos adversos como quedas, hospitalizações, fraturas entre outros. (BRASIL, 2007).

Política Nacional de Saúde do Idoso

Tem como propósito principal (BRASIL, 1999, p.9):

[...] a promoção do envelhecimento saudável, a manutenção e a melhoria, ao máximo, da capacidade funcional dos idosos, a prevenção de doenças, a recuperação da saúde dos que adoecem e a reabilitação daqueles que venham a ter sua capacidade funcional restringida, de modo a garantir-lhes permanência no meio em que vivem, exercendo de forma independente suas funções na sociedade.

Salienta que o principal problema que afeta o idoso é a diminuição da sua capacidade funcional, isto é, a limitação das habilidades para realização de suas atividades básicas e instrumentais de vida diária.

Fragilidade do idoso

O perfil de fragilização do idoso caracteriza-se em uma redução na capacidade funcional, levando este indivíduo a demandar mais dos serviços de saúde, o que aumentará com o rápido envelhecimento da população.

Sobre o conceito de fragilidade, o Caderno de Atenção à saúde “Envelhecimento e saúde da pessoa idosa” (BRASIL, 2007, p.50) registra que é:

Fragilidade, não possui uma definição consensual. Constitui-se em uma síndrome multidimensional envolvendo uma interação complexa dos fatores biológicos, psicológicos e sociais no curso de vida individual, que culmina com um estado de maior vulnerabilidade, associado ao maior risco de ocorrência de desfechos clínicos adversos – declínio funcional, quedas, hospitalizações, institucionalizações e morte.

O idoso frágil, segundo Perracini *et al.* (2002) é caracterizado como sendo mais velhos, com várias comorbidades e limitações das atividades de vida diária (AVD).

É necessária a avaliação funcional do idoso para as atividades da vida diária (AVD). De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2007, p.38):

Desde seu início, as avaliações funcionais dão ênfase às Atividades de Vida Diárias (AVD). A primeira escala desenvolvida, e a que é até os dias de hoje mais citada e utilizada, é a escala de Katz [...], planejada para medir a habilidade da pessoa em desempenhar suas atividades cotidianas de forma independente e assim determinar as necessárias intervenções de reabilitação. Posteriormente, Lawton propôs outro instrumento para avaliar as Atividades Instrumentais de Vida (AIVD) [...], consideradas mais complexas e cuja independência para desempenho está diretamente relacionada com a capacidade de vida comunitária independente. A capacidade em realizá-las torna as pessoas idosas mais autoconfiantes, para a vida em comunidade.

O envelhecimento com fragilidade caracteriza-se pela vulnerabilidade e fatores que predispõem à susceptibilidade a doenças e a eventos incapacitantes que geram dependência (CARVALHO NETO, 2005).

São considerados idosos frágeis, ou em risco, idosos com idade maior ou igual a 80 anos, idosos com idade maior ou igual a 60 anos e que apresentam: (MINAS GERAIS, 2007, p. 25).

[...] polipatologias (cinco diagnósticos); polifarmácia (uso maior ou igual a cinco drogas por dia); imobilidade parcial ou total; incontinência urinária ou fecal; instabilidade postural (quedas de repetição); incapacidade cognitiva (declínio cognitivo; síndrome demencial, depressão, delirium); história de internações frequentes e/ou pós-alta hospitalar; dependência nas atividades básicas de vida diária (ABVDs); insuficiência familiar (idosos em situações de vulnerabilidade social, tanto nas famílias, como institucionalizados – ILPI).

É necessária a identificação do risco da pessoa idosa. De acordo com a Secretaria de Estado da Saúde (MINAS GERAIS, 2007, p.25):

A identificação do risco na população idosa pode ser detectada através da avaliação da presença de um perfil de fragilização, que também reduz, progressivamente, a capacidade funcional levando à maior demanda por serviços de saúde, em todos os níveis.

Assim, identificar os fatores de risco e os problemas de saúde que levam o idoso à síndrome da fragilidade é de fundamental importância, uma vez que a equipe da ESF poderá traçar um plano de cuidado para este idoso, podendo, deste modo, elaborar estratégias eficazes de promoção da saúde, ações educativas, grupos de convivência, tratamento adequado das doenças e encaminhamento para aos centros de referência quando se fizer necessário.

6 REFERENCIAIS OPERACIONAIS LOCAIS E DISCUSSÃO

Considerando a área de abrangência da Equipe 01(Vermelha) do Centro de Saúde Cabana, este estudo apresenta os dados locais, para subsídio de um planejamento para uma intervenção visando à melhora da qualidade de atenção ao idoso.

O estudo teve o número de 242 idosos cadastrados em uma população de 2514 pessoas, temos um percentual de 9,63% de idosos. Porém nos dados locais, constatamos que destes 242 idosos, 29 estavam no cadastro, registrados nos óbitos e não tinham sido retirados do cadastro e 57 idosos haviam mudado da área, mas permaneciam no cadastro da equipe. Portanto esse trabalho teve 156 (6,20%) idosos.

A equipe durante as reuniões mensais do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF) sobre o indicador saúde do idoso, na classificação de idosos frágeis, constatou um baixo número de idosos classificados como frágeis (prevalência de idosos, em torno de 14 a 17 por mês) e esta informação reforçou a escolha deste tema para estudo (Tabela 1).

Assim, delimitamos nosso estudo em uma forma sistematizada de realizarmos a classificação de risco destes idosos da área de abrangência através da ficha (ANEXO B).

Conforme o Consolidado do indicador do número de idosos classificados como frágeis da ficha do (PROESF) do ano de 2012, da Equipe 01(Vermelha) do Centro de Saúde Cabana, foi recuperado os dados apresentados na Tabela 1. Referem-se aos idosos frágeis, registrados a cada mês.

Tabela 1 - Idosos classificados como frágeis da área de abrangência da Equipe 01(Vermelha), mensalmente, no Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família - PROESF durante o ano de 2012.

2012 / Mês	Nº de idosos frágeis
Janeiro	14
Fevereiro	14
Março	14
Abril	14
Maiο	14
Junho	14
Julho	14
Agosto	17
Setembro	17
Outubro	17
Novembro	17
Dezembro	14

Fonte: Dados secundários extraídos da ficha do PROESF, durante o ano de 2012.

Deste modo, analisamos os dados de 156 idosos, sendo 62 do sexo masculino, o que corresponde 40% e 94 idosas do sexo feminino correspondendo 60% da população, apresentados na Tabela 2.

Tabela 2 – Distribuição dos idosos segundo sexo da Equipe 01(Vermelha) no Centro de Saúde Cabana – Janeiro 2013

Faixa Etária	Masculino	Feminino	Total
60 – 69	36	43	79
70 – 79	23	33	56
80 ou mais	3	18	21
	62 (40%)	94 (60%)	156 (100%)

Fonte: Dados secundários extraídos da ficha de cadastro e identificação de risco da pessoa idosa em janeiro de 2013.

Os resultados desse estudo corroboram com os achados da literatura, em que encontramos maior número de idosos na faixa etária de 60 a 69 anos, como registrado por Caetano *et al.* (2008).

Quanto ao grau de escolaridade dos idosos da área de abrangência é muito importante para conhecimentos dos profissionais da ESF devido ser um fator que pode ser dificultador no entendimento desta população para as propostas de cuidados realizados pela equipe.

Assim, observamos na Tabela 3 do estudo um grande número de idosos analfabetos e alfabetizados, o que gera mais preocupação para a equipe e um cuidado maior como abordar uma linguagem fácil que faça as pessoas compreenderem e realizarem o autocuidado e refletir sobre sua autonomia.

Tabela 3 - Distribuição dos idosos quanto à escolaridade e sexo, da área de abrangência da equipe 01(Vermelha) no Centro de Saúde Cabana – janeiro 2013.

Escolaridade	Masculino	Feminino	Total
Analfabeto	12	29	41
Alfabetizado	14	31	45
Ensino Fundamental Incompleto	30	33	63
Ensino Fundamental	4	0	4
Ensino Médio Incompleto	0	1	1
Ensino Médio	2	0	2
Total	62	94	156

Fonte: Dados secundários extraídos da ficha de cadastro e identificação de risco da pessoa idosa em janeiro de 2013.

Assim, o grau de escolaridade é um elemento fundamental a ser considerado tanto na análise dos determinantes da saúde como na abordagem da população para o desenvolvimento de práticas de promoção, prevenção e

recuperação da saúde. O baixo nível de escolaridade pode afetar negativamente a formulação de conceitos de autocuidado em saúde, a noção de conservação ambiental e a percepção da necessidade de atuação do indivíduo como cidadão em contextos sanitários coletivos (BRASIL, 2004 a).

A comunicação é uma necessidade fundamental para construção do vínculo com o indivíduo. A forma de expressar-se interfere diretamente no entendimento ou não das orientações feita pela equipe à população. De acordo com (BRASIL, 2007, p.16): a comunicação é essencial na área de saúde, pois, por meio dela são obtidas informações valiosas para a condução terapêutica.

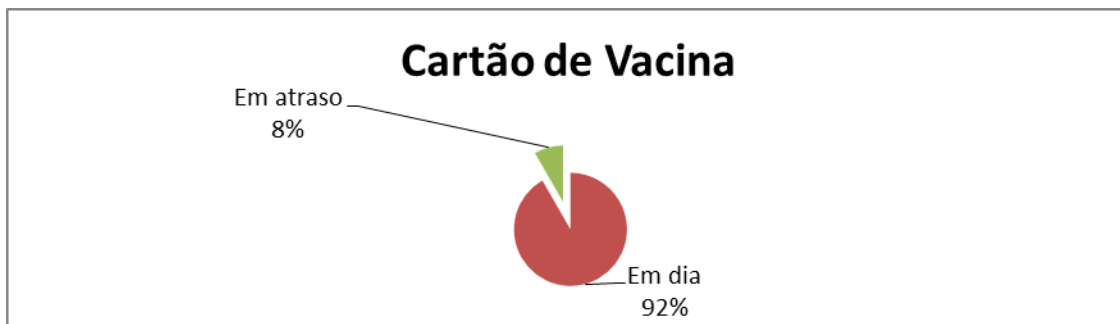
Apesar de a população ter baixo nível de escolaridade, observamos no estudo que estes têm uma adesão a participação das campanhas de vacina e identificamos no estudo um alto percentual de idosos com o cartão de vacinação em dia o que corresponde a 92% de cartão de vacina em dia e apenas 8% de cartão em atraso, o que pode ser verificado na Tabela 4 e Gráfico 1.

Tabela 4 - Distribuição dos idosos quanto ao cartão de vacina, da área de abrangência da equipe 01(Vermelha) no Centro de Saúde Cabana – janeiro 2013.

	Cartão em dia	Cartão atrasado	Total
Masculino	52	10	62
Feminino	91	3	94
	143 (91,7%)	13 (8,3%)	156

Fonte: Dados secundários extraídos da ficha de cadastro e identificação de risco da pessoa idosa em janeiro de 2013.

Gráfico 1 – Distribuição dos idosos segundo cartão de vacina, da área de abrangência da equipe 01(Vermelha) no Centro de Saúde Cabana – janeiro 2013.



Os dados do estudo realizado com os idosos da área de abrangência da Equipe 01(Vermelha) do Centro de Saúde Cabana conseguiram verificar que estes idosos apresentam alta prevalência de doenças crônicas, principalmente Hipertensão arterial sistêmica e *Diabetes mellitus*.

Vários estudos sobre os idosos apresentam as doenças degenerativas, comorbidades, as síndromes geriátricas, comprometimentos clínicos como fatores que podem contribuir para o idoso tornar-se frágil. Corroborando com esta afirmação enfatizamos que a pessoa idosa merece preocupação maior e mais intensa dos profissionais devido ao aparecimento de doenças degenerativas, comprometimento mental e comorbidades, reduzindo assim a qualidade de vida destes idosos. (LIMA-COSTA, BARRETO e GIANETTI, 2003).

A Tabela 5 mostra as principais condições de vida que afetam os idosos em geral do estudo em relação ao sexo. As condições de saúde são as doenças que acometem estes idosos referidas por estes na coleta dos dados deste estudo.

Levando-se em conta uma população geral de 156 (62 homens e 94 mulheres) observamos a seguinte descrição da condição de saúde com maior prevalência entre os idosos é a hipertensão arterial seguida pelo *diabetes mellitus*.

Em relação ao sexo percebe-se que a condição de saúde que mais afeta o sexo masculino é a hipertensão com prevalência de 28,85%, seguida pelo

diabetes mellitus com prevalência de 7,69% e alcoolismo com prevalência de 4,48%.

Na população feminina a prevalência maior é da hipertensão com 50,64%, seguida pelo diabetes com prevalência de 23,07%, doença pulmonar obstrutiva crônica - DPOC 8,33%.

Tabela 5: Prevalência de condições de saúde de idosos em geral segundo o sexo, na área de abrangência da equipe 01(Vermelha) no Centro de Saúde Cabana – janeiro 2013.

Condição de Saúde	Feminino	Prevalência %	Masculino	Prevalência %
Alcoolismo	0	0	7	4,48
AVC	1	0,64	4	2,56
Diabetes <i>mellitus</i>	36	23,07	12	7,69
Doença Alzheimer	2	1,28	0	0
Doença Parkinson	0	0	2	1,28
Depressão	8	5,13	9	5,77
DPOC	13	8,33	2	1,28
Fraturas	1	0,64	0	0
Hipertensão	79	50,64	45	28,85
Osteoporose	12	7,69	2	1,28
Sem comorbidades	7	4,48	6	3,85

Fonte: Dados secundários extraídos da ficha de cadastro e identificação de risco da pessoa idosa em janeiro de 2013.

Ressaltamos que as doenças crônicas trazem novas implicações para o panorama da saúde. De acordo com Laurenti *et al.* (2005, p.37) “o setor saúde tem de estar preparado para enfrentar o incremento do número de casos, em um grupo populacional de características específicas”.

Observamos que o envelhecimento populacional traz mudanças no perfil epidemiológico, acarretando maior gasto com internações, tratamentos e reabilitações de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e neoplasias. (CHAIMOWICZ, 2009).

Assim, constatamos que a hipertensão arterial sistêmica é a doença que mais afeta a população brasileira, sua prevalência no Brasil atinge 50% da população idosa (BRASIL, 2001). Os dados desta pesquisa colaboram com esta afirmativa, devido no estudo encontramos uma prevalência no sexo masculino 28,85% e uma prevalência no sexo feminino de 50,64%.

O conceito de *diabetes mellitus* referido por (MINAS GERAIS, 2007, p.151) é:

Uma síndrome de etiologia múltipla, decorrente da falta de insulina e ou da incapacidade da insulina de exercer adequadamente seus efeitos. Caracteriza-se por hiperglicemia crônica com distúrbio do metabolismo dos carboidratos, lipídios e proteína.

No presente estudo a prevalência é de 23,07%% das mulheres apresentam diabetes, enquanto que essa condição aparece em 7,69% dos homens. No estudo não foi realizada a estatística de indivíduos com a presença de diabetes e hipertensão simultaneamente, mas sabemos que estas patologias associadas constituem fatores de risco para as doenças cardiovasculares. (BRASIL, 2001)

Sobre as complicações crônicas da *Diabetes mellitus* referenciado pela Secretaria de Estado de Saúde, Atenção à Saúde do Idoso (MINAS GERAIS, 2007, p. 154):

[...] estão relacionadas com alterações vasculares gerando lesões em órgãos alvo, ou seja, os danos, disfunções e falência de órgãos como rins, olhos, nervos, coração e vasos sanguíneos. É a sexta causa de internações e a principal causa de amputações de membros inferiores e de cegueira adquirida, insuficiência renal, sendo responsável por 26% dos pacientes em hemodiálise.

Outra patologia no estudo com prevalência nas mulheres é a osteoporose que corresponde a 7,69% no estudo. Sobre a osteoporose referenciada pelo Manual do Ministério da Saúde (BRASIL, 2007, p.59):

A osteoporose é considerada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como a “Epidemia Silenciosa do Século”, e atualmente um problema de saúde pública no mundo inteiro devido ao aumento na expectativa de vida das populações. É uma doença de grande impacto devido à sua alta prevalência e grande morbimortalidade. Afeta indivíduos de maior idade, de ambos os sexos, principalmente, mulheres na pós-menopausa, que também apresentam mais fraturas.

Os fatores da etiologia da osteoporose são considerados multifatoriais devidos relacionarem-se à idade avançada, etnia, hereditariedade, sexo feminino, deficiência hormonal, baixo peso, excessivo consumo de álcool, sedentarismo, tabagismo e fatores nutricionais. (CARVALHO *et al.*, 2004).

A osteoporose é uma doença assintomática, geralmente o primeiro sinal é a fratura, que representa o agravamento da doença. Na análise deste estudo, observamos a prevalência 0,64% de fratura no sexo feminino, sendo a localização da fratura no colo do fêmur.

Quanto às doenças nos homens observamos a prevalência de hipertensão 28,85%, seguida de diabetes 7,69%, depressão com 5,77% e o alcoolismo com prevalência de 4,48%. O alcoolismo segundo algumas pesquisas sugere que este ocorre em 2 a 10% dos adultos com mais de 60 anos. (FELTEN. *et al.*, 2005).

Corroborando com a afirmação que o alcoolismo é uma doença ocasionada por diversos fatores temos de acordo com Felten *et al.*, 2005, v.1, p.1:

Os pesquisadores acreditam que muitos idosos comecem a beber abusivamente como resposta aos fatores de estresse do envelhecimento. Estes são: alterações físicas que podem causar imobilidade, isolamento, perda da saúde e dor crônica em alguns casos, perda emocionais, por exemplo, perda do cônjuge, amigos, familiares e colegas de trabalho; perdas de objetos, identidade, realização e autoestima associada ao trabalho; sentimento de abandono; perdas das rotinas, tédio, dificuldades financeiras.

No estudo observamos a prevalência da doença pulmonar obstrutiva crônica - DPOC nas mulheres o que correspondem a 8,33%, porém na literatura observamos que as mulheres são mais acometidas pelas doenças como hipertensão e diabetes e os homens são mais acometidos pelas doenças do aparelho respiratório, como a doença pulmonar obstrutiva crônica (VASCONCELOS, 2004). Contudo, neste estudo observamos a maior prevalência de DPOC no sexo feminino em vez do sexo masculino.

A DPOC nos idosos em geral assume três formas sendo estas: enfisema, bronquite crônica e asma. Cerca de 65% das pessoas com enfisema são homens e 35% dos casos são mulheres. Os idosos que apresentam bronquite crônica e enfisema em geral tem uma longa história de tabagismo. Assim, neste estudo as mulheres tem o predomínio de asma e os homens com DPOC são portadores de enfisema.

Avaliamos no estudo a questão referente à demência, estando conceituada como uma síndrome clínica decorrente de doença ou disfunção cerebral, de natureza crônica e progressiva. O comprometimento das funções cognitivas é acompanhado e precedido por deterioração do controle emocional, comportamento social e motivação. Provoca perda gradual da autonomia e independência da pessoa idosa. (BRASIL, 2007)

Quanto à doença de Alzheimer verificamos o predomínio no sexo feminino o que corresponde a prevalência de %. Esta doença é um distúrbio crônico caracterizado pelo declínio progressivo da capacidade intelectual, sendo o tipo mais comum de demência. (FELTEN *et al.* 2005, v.1).

Neste estudo a doença de Parkinson esta com predomínio no sexo masculino o que correspondem à prevalência de 1,28 %. A doença de Parkinson é um processo degenerativo crônico e lentamente progressivo, que geralmente

causa rigidez muscular, instabilidade postural, bradicinesia e tremores em repouso. O paciente perde a mobilidade e pode sofrer acidentes por quedas e lesões na pele. Acomete um em cada 100 pessoas com mais de 60 anos, sendo mais comum em mulheres, embora alguns casos podem começar antes de 40 anos. (FELTEN *et al.*, 2005)

Outra patologia nos idosos do estudo foi o transtorno mental referente à doença depressão. No estudo foi verificada a prevalência de 5,13 % nas mulheres, enquanto os homens aparecem com a prevalência de 5,77%.

A depressão é uma doença psiquiátrica que tem prevalência na população em geral varia de 3 a 11%, sendo duas vezes maior entre as mulheres do que entre os homens. A depressão é mais frequente nos anos que precedem à aposentadoria, diminui na década seguinte e aumenta sua prevalência após os 75 anos. (BRASIL, 2007)

Quanto à ausência de comorbidades nos idosos conseguimos no estudo verificarmos a prevalência de 4,48 % no sexo feminino e 3,85 % no sexo masculino. Refletir sobre este dado nos faz pensar que devemos intervir em ações de promoção da saúde no sentido de promover alimentação saudável, estimular a prática de atividade física, combater o tabagismo e outras ações que podem prevenir a ocorrência das doenças, aumentando assim o cenário de idosos sem problemas de saúde no futuro.

Dados sobre fragilidade de idosos do território do Centro de Saúde Cabana em 2013

Apresentaremos a seguir, dados do estudo referente à fragilidade dos idosos da área de abrangência da Equipe 01 (Vermelha) do Centro de Saúde Cabana.

Quanto à fragilidade segundo o sexo conseguimos observar que existe um número maior de mulheres classificadas como frágeis, sendo apresentado na Tabela 6.

Tabela 6 – Distribuição dos idosos segundo fragilidade e sexo da área de abrangência da equipe 01(Vermelha) no Centro de Saúde Cabana – janeiro 2013.

	Masculino	Feminino	Total
Frágil	29(34,1%)	56 (65,9%)	85 (100%)
Não Frágil	33	38	71
Total	62	94	156

Fonte: Dados secundários extraídos da ficha de cadastro e identificação de risco da pessoa idosa em janeiro de 2013.

Percebemos, na Tabela 6, em relação à fragilidade, um total de 85 idosos frágeis (55%), sendo 56 mulheres. Existe a maior presença de mulheres idosas, o que repercute na demanda dos serviços públicos. De acordo com Meireles *et al.* (2007) relatam que, na maioria, as mulheres são viúvas, com menor escolaridade, menores renda e podem vivenciar piores condições de saúde, necessitando de maior assistência.

A Tabela 7 apresenta os dados em relação à distribuição dos idosos entre a faixa etária, fragilidade e sexo. Evidenciamos um maior número de mulheres idosas em estado de fragilidade.

Tabela 7 – Distribuição dos idosos frágeis, segundo faixa etária, sexo, na área de abrangência da Equipe 01(Vermelha) no Centro de Saúde Cabana – janeiro 2013.

Faixa Etária	Masculino	Feminino	Total
60 – 69	15	20	35
70 – 79	11	18	29
80 ou mais	3	18	21
Total	29 (34%)	56 (66%)	85 (100%)

Fonte: Dados secundários extraídos da ficha de cadastro e identificação de risco da pessoa idosa em janeiro de 2013.

Em relação à fragilidade observa-se que dos 156 idosos, 85 são indivíduos frágeis que corresponde a 54,5% da população estudada. Dentre estes 66% são do sexo feminino e 34% são do sexo masculino. A fragilidade é menor na população do sexo masculina e maior na de sexo feminina. Ainda é pequeno o número de estudos relacionados aos idosos frágeis no Brasil. De acordo com Pereira (2009) estes dados não são conhecidos, corroborando com a afirmação que os dados da população idosa frágil são escassos (ANDRADE e ARAÚJO, 2010, p.23):

Atualmente não se conhecem dados numéricos sobre a população idosa frágil no Brasil. Em 2006 o Conselho Nacional de Pesquisas (CNPq) aprovou o projeto Fragilidade em Idosos Brasileiros - Rede Fibra - um estudo populacional de caráter multicêntrico, liderado por vários pesquisadores do país, tendo como objetivo geral traçar o perfil de fragilidade do idoso brasileiro.

A Tabela 8 mostra os dados relativos à prevalência desses problemas, para os idosos frágeis.

A Tabela 9 mostra a distribuição dos idosos em relação às condições de saúde que os afetam, segundo sexo e a presença, ou não, da fragilidade.

No sexo masculino a hipertensão arterial tem a prevalência de 15,39%, seguido de diabetes 5,13% e depressão 3,85%. São as três mais prevalentes. Entre o sexo feminino há maior prevalência nas seguintes doenças: hipertensão — 32,05%, diabetes — 14,74% e DPOC e osteoporose, cada uma com 7,05%.

Tabela 8 - Prevalência de condições de saúde de idosos frágeis segundo o sexo, na área de abrangência da equipe 01(Vermelha) no Centro de Saúde Cabana – janeiro 2013.

Condição de Saúde	Feminino frágil	Prevalência %	Masculino frágil	Prevalência %	Total geral
Alcoolismo	0	0	4	2,56	4
AVC	1	0,64	2	1,28	3
Diabetes	23	14,74	8	5,13	31
Doença de Alzheimer	2	1,28	0	0	2
Doença de Parkinson	0	0	1	0,64	1
Depressão	4	2,56	6	3,85	10
DPOC	11	7,05	1	0,64	12
Fraturas	1	0,64	0	0	1
Hipertensão	50	32,05	24	15,39	74
Osteoporose	11	7,05	2	1,28	13

Fonte: Dados secundários extraídos da ficha de cadastro e identificação de risco da pessoa idosa em janeiro de 2013

A classificação das condições de saúde dos idosos e a fragilidade são de suma importância para a equipe de PSF para poder realizar o diagnóstico situacional de saúde desta população que a cada década só aumenta, possibilitando assim o planejamento das ações a serem desenvolvidas pela equipe.

Tabela 9– Distribuição dos idosos por condições de saúde, segundo sexo e a fragilidade, na área de abrangência da equipe 01(Vermelha) no Centro de Saúde Cabana – janeiro 2013.

Condição de Saúde	Feminino Frágil	Feminino Não frágil	Masculino Frágil	Masculino Não frágil	Total geral
Alcoolismo	0	0	4	3	7
Acidente vascular cerebral	1	0	2	2	5
Diabetes	23	13	8	4	48
Doença Alzheimer	2	0	0	0	2
Doença Parkinson	0	0	1	1	2
Depressão	4	4	6	3	17
DPOC	11	2	1	1	15
Fraturas	1	0	0	0	1
Hipertensão	50	29	24	21	124
Osteoporose	11	1	2	0	14

Fonte: Dados secundários extraídos da ficha de cadastro e identificação de risco da pessoa idosa em janeiro de 2013.

A realização deste diagnóstico permite a equipe conhecer as relações de saúde / doença dentro do território, elaborar o seu planejamento de acordo com o que foi encontrado, permitindo o enfrentamento das situações concretas baseada na realidade.

Deste modo, na Tabela 10 apresentaremos as variáveis que caracterizam o processo de fragilidade dos idosos.

Tabela 10- Distribuição dos idosos pelas variáveis de risco que caracterizam a fragilidade, na área de abrangência da equipe 01(Vermelha) no Centro de Saúde Cabana – janeiro 2013.

Condicionantes de Risco	Masculino Frágil	Feminino Frágil	TOTAL
Acima de 80 anos de idade	3	18	21
Tem incontinência urinaria	6	4	10
Tem incontinência fecal	5	3	8
Polifármacia	11	29	40
Tem mais de cinco doenças confirmadas	0	2	2
Tem esquecimento progressivo	5	11	16
Tem queda nos últimos seis meses	4	9	13
Foi Internado nos últimos seis meses	4	11	15
Acamado	4	1	5
Mora sozinho	9	8	17
Mora em asilo	0	0	0
Tem dependência para as atividades	6	14	20

Fonte: Dados secundários extraídos da ficha de cadastro e identificação de risco da pessoa idosa em janeiro de 2013.

Deste modo, conseguimos verificar através deste estudo quais são as variáveis de risco para a classificação dos idosos quanto à fragilidade, de acordo com os critérios proposto pela Coordenação Estadual de Atenção ao Idoso da Secretaria de Saúde de Minas Gerais (SES/ MG).

Nas variáveis de risco para a classificação do idoso como frágil observamos a presença dos “gigantes da geriatria” que correspondem à incontinência, síndrome de imobilidade, doenças neuropsiquiátricas (como demência), instabilidade postural (quedas), iatrogenia. (CHAIMOWICZ *et.al.* 2009). Estes condicionantes de risco possibilitam a realização do diagnóstico de fragilidade do idoso e a equipe deve conhecê-los para desenvolver as propostas de intervenções.

Neste estudo, quanto aos condicionantes de risco conseguimos constatar que 13,48% eram idosos acima de 80 anos; que a incontinência urinária representa 6,41%, a incontinência fecal a 5,13%; a polifármacia representa 25,64%, os idosos portadores de mais de cinco doenças confirmadas responde a 1,28%, os idosos que tem esquecimento progressivo a 10,26%, os que tiveram quedas nos últimos seis meses a 8,33%; os que foram internados nos últimos seis meses correspondem a 9,61%; os acamados representam a 3,20%, os idosos que moram sozinhos representam 10,90%; mora em asilo 0%; idosos que tem dependência para as atividades 12,82%.

Em relação à fragilidade observa-se que dos 156 idosos, 85 são indivíduos frágeis que corresponde a 54,5% da população estudada. Dentre estes 66% são do sexo feminino e 34% são do sexo masculino. Ainda é pequeno o número de estudos relacionados aos idosos frágeis no Brasil, mas através deste estudo a Equipe 01(vermelha) tem a possibilidade de realizar uma proposta de intervenção mais eficaz.

7 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

A Saúde da Família no trabalho em equipe deve ter clareza sobre a importância extraordinária do planejamento. O planejamento permite melhorar o aproveitamento do tempo e dos recursos disponíveis, permitindo o alcance maior dos objetivos desejados.

Conforme CARDOSO, FARIA e SANTOS (2008, p.14):

Planejar é pensar antes, durante e depois de agir. [...] Envolve o raciocínio, portanto, pode-se entender que o planejamento é um cálculo que precede e preside a ação. É um cálculo sistemático que articula a situação imediata e o futuro, apoiado por teorias e métodos.

Após avaliação do trabalho realizado pela equipe de saúde foram identificados os principais “nós críticos”:

- Falta de capacitação da equipe para o atendimento integral em saúde do idoso;
- Despreparo dos familiares para o cuidado do idoso,
- número elevado de idosos com polifármacia.

Pensando nas propostas de intervenções para a saúde do idoso é necessário que a equipe realize educação permanente em saúde, permitindo assim estarem capacitados para prestar uma assistência de qualidade para estes idosos.

A educação permanente em saúde (EPS) tem como objeto a transformação no processo de trabalho, permitindo a melhoria da qualidade dos serviços, equidade no cuidado e acesso aos serviços de saúde. Parte, da reflexão do que esta acontecendo no serviço e o que precisa ser transformado (RIBEIRO, 1996).

Esta educação permanente em saúde possibilita a equipe conhecer as especificidades de saúde do idoso e os instrumentos que podem ser utilizados para prestar uma assistência mais qualificada, como exemplos a utilização da Caderneta do Idoso, a ficha de classificação de risco da pessoa idosa (ANEXO B), entre outros. Assim, as propostas de intervenções são apresentadas nas Tabelas 11, 12 e 13.

Tabela 11 – Proposta de intervenção 1 para a saúde do idoso na área de abrangência do Centro de Saúde Cabana

Nó crítico	O que fazer Projeto	Público Alvo	Onde Será	Quando	Ações	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos Necessários	Avaliação
Falta de Conhecimento qualificado e capacitação de toda equipe para o cuidado integral ao idoso.	Educação permanente em serviço para a demanda ao idoso.	A Equipe 01 (Vermelha) do Centro de Saúde Cabana.	Na sala de grupo no Centro de Saúde Cabana.	Toda quinta-feira 13h às 14h.	<p>Discutir os critérios de fragilidade do idoso.</p> <p>Preencher a ficha de classificação de risco da pessoa idosa.</p> <p>Leitura do Caderno de Atenção Básica: “envelhecimento e saúde da pessoa idosa”.</p>	<p>Critérios de padronização para a equipe.</p> <p>Conhecimento técnico para a demanda de saúde do idoso.</p>	<p>Utilização da Ficha de risco da pessoa idosa (Anexo B).</p> <p>Utilização da caderneta do idoso</p> <p>Equipe capacitada para a demanda do idoso.</p>	<p>Textos, papéis, canetas e revistas.</p> <p>Manual do Ministério da Saúde.</p> <p>Disponibilidade de tempo para estudo.</p>	<p>Prazo de 90 dias</p> <p>Verificar a utilização dos instrumentos pela equipe.</p> <p>Supervisão dos ACS nas visitas domiciliares para o acompanhamento das demandas dos idosos.</p>

Tabela 12 – Proposta de intervenção 2 para a saúde do idoso na área de abrangência do Centro de Saúde Cabana

Nó crítico	O que fazer Projeto	Público Alvo	Onde Será	Quando	Ações	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos Necessários	Avaliação
Despreparo dos familiares para os cuidados básicos com os idosos.	Projeto Família Cuidadora do Idoso.	Pessoa ou familiar que presta o cuidado ao idoso.	Na sala de grupo no Centro de Saúde Cabana.	Toda quarta-feira. 14h às 15h Duração de quatro meses.	Realizar grupo semanal para capacitar os familiares. Fazer folder, cartilha de cuidados para entregar aos familiares.	Cuidador qualificado na família para cuidar melhor do idoso.	Idoso bem cuidado e com menor risco de agravamento no quadro de saúde. Certificado do curso para os participantes do grupo.	Manual do cuidador. Disponibilidade de computador e internet para apresentação das aulas do curso família cuidadora do Idoso. Vídeo e TV. Caneta, lápis, papel.	Prova teórica após conclusão do curso. Acompanhamento de um profissional da equipe nas visitas domiciliares para as famílias que tiveram um cuidador capacitado.

Tabela 13 – Proposta de intervenção 3 para a saúde do idoso na área de abrangência do Centro de Saúde Cabana

Nó crítico	O que fazer Projeto	Público Alvo	Onde Será	Quando	Ações	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos Necessários	Avaliação
Idosos com polifármacia	Projeto: Eu preciso desta medicação.	Idosos que utilizam mais de cinco medicações (total de 40 idosos frágeis).	No Centro de Saúde Cabana	Durante o atendimento médico na consulta com o idoso frágil.	<p>Verificar as medicações utilizadas pelos idosos e se existe contraindicação.</p> <p>Conferir como os idosos utilizam as medicações</p> <p>Investigar quem é o responsável pela administração da medicação para o idoso.</p> <p>Suspender ou reduzir as medicações quando for possível.</p>	<p>Menos iatrogenia medicamentosa.</p> <p>Idosos com menos medicação.</p> <p>Menos custo com dispensação de medicações no SUS.</p> <p>Idosos orientados quanto aos riscos da automedicação.</p>	<p>Diminuição do consumo de medicamentos inadequados.</p> <p>Diminuição da automedicação realizada pelo idoso ou familiares.</p>	<p>Disponibilidade de tempo para consulta adequado ao idoso.</p> <p>Capacitação da médica.</p> <p>A receita médica do idoso.</p>	<p>A cada consulta será verificada as peculiaridades da prescrição para idosos.</p> <p>Controlar o número de medicação que cada idoso consome e anotar na caderneta do idoso.</p>

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O conceito de fragilidade deve ser padronizado para que a equipe possa desenvolver a classificação de risco da pessoa idosa, sendo necessário à utilização de um instrumento, que no estudo foi o proposto pela Coordenação Estadual de Atenção ao Idoso, da Secretaria de Saúde de Minas Gerais (SES/MG, MINAS GERAIS, 2007), possibilitando avaliar assim de maneira padronizada o grau de fragilidade dos idosos assistidos pela Equipe 01(Vermelha) do Centro de Saúde Cabana do município de Belo Horizonte / MG.

O estudo possibilitou a classificação de risco dos idosos o que permitiu verificar as necessidades de saúde destes e assim realizar o planejamento propondo o cuidado integral de seus idosos.

Para amenizar os problemas constatados pela equipe quanto à necessidade de melhorar a assistência integral aos idosos, foram elaboradas propostas de intervenções para alguns nós críticos, como a educação permanente em saúde, a criação do curso de cuidadores para os familiares e o projeto Eu preciso desta medicação.

Constatamos que é importante a participação dos seguintes atores na proposta de intervenção: equipe do PSF, o idoso e a sua família. Assim, podemos realizar o cuidado, através de atividades individuais e coletivas no âmbito da promoção, prevenção, recuperação e reabilitações, efetivando uma abordagem integral na saúde do idoso, melhorando a qualidade de vida, preservando ao máximo a autonomia e independência dos idosos.

Apesar de não mais estar fazendo parte como enfermeira da Equipe 01(Vermelha) do Centro de Saúde Cabana, devido chegada da enfermeira efetivada pelo concurso público, sinto vários sentimentos que se misturam entre saudade, nostalgia, mas ao mesmo tempo a certeza que estas propostas de intervenções podem ser realizadas pela “minha” eterna Equipe.

Acredito que este trabalho contribua para a implementação de melhorias na Equipe , assim como para a assistência as demandas dos idosos.

9 REFERÊNCIAS

ANDRADE, W. J.; ARAÚJO, A. **Estudo descritivo sobre a fragilidade de idosos residentes na área de abrangência da unidade de Saúde da Família Elízio Machado de Castro do Município de Passa Tempo/ MG, 2010.**

Disponível em:

<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/pasta/BV/Trabalhos_de_Conclusao_dos_Cursos/CEABSF___2010>. Acesso em: 30 jan. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.395 de 09 de dezembro de 1999. **Política Nacional de Saúde do Idoso.** Brasília, D.F, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do Programa de Saúde da Família.** Brasília, D.F, 2001. Disponível em:

<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/guia_pratico_saude_familia>. Acesso em: 10 abr. 2013.

BRASIL. **Estatuto do Idoso.** Lei nº 10.741, 1º de outubro de 2003. Brasília, 2003. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.html>. Acesso em: 20 fev.2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância em Saúde. Departamento de Análise de situação de Saúde. Saúde Brasil 2004 – **Uma análise da situação de saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004 a.

Disponível em:

<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/saude_brasil_2004.pdf>. Acesso em: 22 abr. 2013

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528 de 19 de Outubro de 2006.

Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília. Disponível em:

<<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2528%20aprova%20a%20politica%20nacional%20de%20saude%20da%20pessoa%20idosa.pdf>>. Acesso em: 10 fev. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa.** Brasília, DF, 2007. Disponível em:

<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad19.pdf>. Acesso em: 15 mai. 2013.

CAETANO, J. A.; COSTA, A. C.; SANTOS, Z. M. S.; SOARES, E. Descrição dos fatores de risco para alterações cardiovasculares em grupos de idosos.

Texto Contexto Enfermagem, v.17, n.21,2008. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n2/15.pdf>>. Acesso em: 2 jun. 2013.

CASTRO, C.M.M. **Proposta de atendimento ao idoso frágil no Centro de Saúde Dom Cabral**. Disponível em: <
[http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Proposta de atendimento ao idoso fragil no centro de saude Dom Cabral/183](http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Proposta_de_atendimento_ao_idoso_fragil_no_centro_de_saude_Dom_Cabral/183). Acesso em: 3 de fev.2013.

CARDOSO, F.C. FARIA, H.P. SANTOS, M.A. **Planejamento e Avaliação das ações de saúde**. Belo Horizonte: Nescon UFMG, Coopmed; 2008.

CARVALHO, C.M.R.G, FONSECA, C.C.C; PEDROSA, J.I. Educação para a saúde em osteoporose com idosos de um programa universitário: repercussões. **Cadernos de Saúde Pública**, v.20, n.3, p. 719-26. Mai – jun, 2004

CHAIMOWICZ, F. *et al.* **Saúde do idoso**. Belo Horizonte. Nescon UFMG, Coopmed, 2013.

CORRÊA, E.J.; VASCONCELOS, M.: SOUZA, M.S. **Iniciação à metodologia científica: textos científicos**. Belo Horizonte: Nescon UFMG, Coopmed, 2013.

FELTEN, B.S. *et al.* **Geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Reichmann & Autores Editores, v.1, 2005.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Síntese de indicadores sociais**. Uma análise das condições de vida da população brasileira.2010. Estudos e pesquisas. Disponível em:
<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoodevida/indicadore_sminimos/sinteseindicsoais2010/SIS_2010.pdf>. Acesso em: 15 de jun. 2013.

LIMA-COSTA, M.F.; BARRETO, S.M.; GIANETTI, L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por amostra de domicílios. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 19 (3): 735 - 743 2003. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000300006>. Acesso em: abr.2013.

LAURENTI, R.; JORGE, M. H.P.M.; GOTLIEB, S.L.D. Perfil epidemiológico da morbimortalidade masculina. **Ciência & Saúde Coletiva**, 10 (1): 35-46, 2005. Disponível em: < <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v10n1/a04v10n1.pdf>. Acesso em: 12 mai.2013.

MINAS GERAIS. **Secretaria de Estado de Saúde. Atenção à Saúde do Idoso** – 2 ed. Belo Horizonte: SAS / MG, 2007. Disponível em:
<[http://www.fasa.edu.br/images/pdf/Linha guia saude idoso.pdf](http://www.fasa.edu.br/images/pdf/Linha_guia_saude_idoso.pdf)>. Acesso em: 22 jun. 2013.

MEIRELES, V.C; MATSUDA, L.M; COIMBRA, J. A. H.; MATHIAS, T.A.F. Características dos idosos em área de abrangência do Programa Saúde da Família na região noroeste do Paraná: Contribuições para a gestão do cuidado em enfermagem. **Saúde e Sociedade**, v.16, n.1, p. 69-80. Jan- abr, 2007. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v16n1/07/> Acesso em: 20 mai. 2013.

PERRACINI, M.R.FLÓ, C.M. **Fisioterapia: teoria e prática clínica. Funcionalidade e envelhecimento**. Editores da Saúde. Guanabara Koogan, 2009, 557 p.

RIBEIRO, E.C.O.; MOTTA, J.I.J. Educação permanente como estratégia na reorganização dos serviços de saúde. **Divulgação em saúde para debate**, n.12, p.39-44, jul, 1996. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&nextAction=Ink&base=LILACS&exprSearch=223281&indexSearch=ID&lang=p>. Acesso em: 13 abr.2013.

ANEXO A – Modelo de acompanhamento mensal – Indicadores de Saúde.

Acompanhamento mensal (Supervisão) - EQUIPE _____			
		MÊS:	
			MÊS :
SAÚDE DA MULHER		SAÚDE DO ADOLESCENTE	
Indicadores e Planos de Ação/ Acompanhamento da Mulher		Indicadores e Planos de Ação/ Acompanhamento	
Nº de exames agendados		Nº de adolescentes gestantes com vacina em dia	
Nº de exames realizados		<u>Nº de internações por condições sensíveis a Atenção Primária</u>	
Casos de exame de colo uterino (citopatológicos) alterados		Egresso hospitalar por sofrimento mental acompanhado?	
Casos de CA de colo uterino em acompanhamento		Nº de adolescentes com perda dentária anterior e necessitam de prótese	
Indicadores e Planos de Ação/ Acompanhamento Morte Materna - Evento Sentinela		SAÚDE DO ADULTO	
Número de óbitos maternos (O/Comitê de Óbitos)			
Indicadores da Gestante		Hipertensos	
Nº de gestantes com tratamento odontológico completado		Casos de internação por ICC=	
Casos de gestantes que não compareceram ao Pré-Natal		Casos de internação por AVC=	
Nº de internações de gestante por intercorrências no mês		Diabéticos	
Casos de sífilis		Diabéticos captados com avaliação: Odontológica (casos de tratamento completado no mês):	
O companheiro foi tratado?		Fundoscópica	
Indicadores e Planos de Ação/ Acompanhamento das Puérperas		do pé diabético	
Nº de mulheres no período de puerpério que fizeram a consulta		Clearence de creatinina	
Em caso de morte, o óbito foi investigado?		Tuberculose, Hanseníase e Saúde Mental	
SAÚDE DA CRIANÇA		Casos de TB acompanhados	
Indicadores da Criança		Casos sem TDO	
		Caso de abandono	

Nº de menores de 1 ano cadastrados		Caso novo no mês	
Nº de internações de menores de 01 ano		Contatos foram examinados	
Óbito em menores de 1 ano		Casos de Hanseníase	
O óbito foi investigado?		Casos acompanhados	
Nº de casos de sífilis congênita identificados e investigados		Contatos foram examinados	
Nº de crianças de 01 a 09 anos com vacina em dia		Casos de internação por álcool e droga	
Nº de crianças de 01 a 09 anos com asma captadas		Egressos hosp. Sofrimento mental	
Nº de internações de crianças de 01 a 09 anos por asma no mês			
Indicadores e Planos de Ação/ Acompanhamento			
Nº de idosos frágeis			
Nº de idosos acamados / acompanhados			
Nº de idosos com lesão de mucosa bucal detectada:			
- Tratados na APS			
- Encaminhados para estomatologia			
SAÚDE BUCAL			
A equipe garante na agenda diária as 3 primeiras consultas odontológicas previstas?			
A equipe agenda um mínimo de 8 usuários por dia?			
A equipe realiza levantamento de necessidades em saúde bucal e agenda promovendo equidade?			
Nº de pessoas fazendo escovação diária em espaços coletivos (PSE, creches...)			
OUTROS INDICADORES			
Como está a distribuição dos horários (equilíbrio) na agenda do médico?			
Como está a distribuição dos horários (equilíbrio) na agenda da enfermeira?			

Reunião ocorrida no Mês:

Data:

Assinatura do Gerente:

Assinatura da Equipe:

