

**Universidade Federal de Minas Gerais  
Escola de Enfermagem**

**Lírica Salluz Mattos Pereira**

**CUIDADO AO IDOSO FRÁGIL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À  
SAÚDE: PROGRAMA MAIS VIDA**

Belo Horizonte  
2017

**Lírica Salluz Mattos Pereira**

**CUIDADO AO IDOSO FRÁGIL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À  
SAÚDE: PROGRAMA MAIS VIDA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

**Linha de pesquisa:** Cuidar em saúde e em enfermagem

**Orientadora:** Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Sônia Maria Soares

Belo Horizonte  
Escola de Enfermagem UFMG  
2017

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFMG

Pereira, Lírica Salluz Mattos

O cuidado ao idoso frágil na Atenção Primária a Saúde  
[manuscrito]: Programa Mais Vida / Lírica Salluz Mattos Pereira. -  
2017.

140 f.

Orientadora: Profª Drª Sônia Maria Soares.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Minas  
Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Idoso fragilizado. 2. Atenção Primária à Saúde.  
3. Enfermagem. I. Soares, Sônia Maria. II. Universidade Federal de  
Minas Gerais. Escola de Enfermagem. III. Título.

**ATA DE NÚMERO 546 (QUINHENTOS E QUARENTA E SEIS) DA SESSÃO PÚBLICA DE ARGUIÇÃO E DEFESA DA DISSERTAÇÃO APRESENTADA PELA CANDIDATA LÍRICA SALLUZ MATTOS PEREIRA PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRA EM ENFERMAGEM.**

Aos 25 (vinte e cinco) dias do mês de agosto de dois mil e dezessete, às 14:00 horas, realizou-se no Anfiteatro da Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, a sessão pública para apresentação e defesa da dissertação "CUIDADO AO IDOSO FRÁGIL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: PROGRAMA MAIS VIDA", da aluna *Lírica Salluz Mattos Pereira*, candidata ao título de "Mestra em Enfermagem", linha de pesquisa "Cuidar em Saúde e Enfermagem". A Comissão Examinadora foi constituída pelas seguintes professoras doutoras: Sônia Maria Soares (orientadora), Isabel Yovana Quispe Mendoza e Darlene Mara dos Santos Tavares, sob a presidência da primeira. A professora Darlene Mara dos Santos Tavares participou da sessão por meio de videoconferência. Abrindo a sessão, a Senhora Presidente da Comissão, após dar conhecimento aos presentes do teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra à candidata para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa da candidata. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença da candidata e do público, para julgamento e expedição do seguinte resultado final:

***X*** APROVADA;

( ) APROVADA COM AS MODIFICAÇÕES CONTIDAS NA FOLHA EM ANEXO;

( ) REPROVADA.

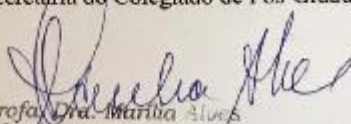
O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pela Senhora Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, eu, Andréia Nogueira Dellino, Secretária do Colegiado de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, lavrei a presente Ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos membros da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 25 de agosto de 2017.

Prof.ª. Dr.ª. Sônia Maria Soares  
Orientadora (Esc. Enf./UFMG)

Prof.ª. Dr.ª. Isabel Yovana Quispe Mendoza  
(BEUFMG)

Prof.ª. Dr.ª. Darlene Mara dos Santos Tavares  
(UFTM)

Andréia Nogueira Dellino  
Secretária do Colegiado de Pós-Graduação



Prof.ª. Dra. Mariana Alves  
Coordenadora do Colegiado de  
Pós-Graduação em Enfermagem

HOMOLOGADO em reunião do CPG  
Escola de Enfermagem/UFMG

Em 04 / 09 / 17



Este trabalho é vinculado ao Núcleo de Estudos e Pesquisas em Cuidado e Desenvolvimento Humano (NEPCDH) da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.

## **Dedicatória**

As pessoas idosas que com maestria vivenciam os seus dias com alegria, superação e vislumbram com esperança dias melhores mesmo depois de terem percorrido uma única e longa trajetória de vida repleta de ordens, desordens e encontros.

Aos profissionais do Sistema Único de Saúde que no seu cotidiano lutam para garantir uma saúde pública de qualidade e criam alternativas para ofertar um cuidado humanizado, preconizando os princípios do SUS apesar dos obstáculos, dificuldades encontradas e retrocessos.

## AGRADECIMENTOS

A todos aqueles que contribuíram direta ou indiretamente para a realização deste trabalho expresso a minha gratidão:

A força e luz divina por propiciar encontros, superação, dias de resiliência e alegrias.

A minha família, meus pais, Elizabeth e Roberto sempre dedicados e zelosos. Especialmente a minha mãe, exemplo de mulher valente, humilde e por me apoiar incondicionalmente. Estendo os agradecimentos aos meus irmãos, parceiros por toda vida, Lírian e Jonathan pelo afeto, carinho e apoio. Agradeço o incentivo e por acreditarem sempre que tudo é possível!

Ao Rainier pelo companheirismo de todas as horas, parceria, paciência, incentivo inigualável e por caminhar ao meu lado com afeto, amor e atenção. Muito obrigada!

Aos meus familiares (Família Mattos), agradeço pela alegria, apoio, por compreender as minhas ausências e torcerem por mim sempre! Aos pequeninos Bia e Lippe por propiciar ternura, sorrisos e dias mais doces nesse percurso.

A família Lacerda Andrade, agradeço imensamente a acolhida, o afeto, por vibrarem com as minhas conquistas e compreender as minhas ausências nesse período.

A minha orientadora Sônia, pela convivência inspiradora, sabedoria, apoio e por propiciar a troca de experiências e me guiar no caminho do conhecimento. É um imenso prazer conviver com uma

enfermeira e professora exemplar, zelosa, compreensiva e que leva a essência do cuidado em todos os aspectos da sua vida. Muito obrigada!

Aos meus amigos primos e primas de infância, amigas irmãs dos encontros acadêmicos e da vida profissional que tenho o prazer de conviver. Obrigada pelo afeto e por termos a oportunidade de compartilhar a vida. A caminhada com vocês sempre será mais leve!

Ao Dr. Ricardo Delfino e equipe pelo acolhimento, escuta e por realizarem um trabalho pautado no cuidado humanizado. Obrigada!

A pós graduação da Escola de Enfermagem da UFMG, todos os seus professores e funcionários, agradeço a possibilidade de aprofundar o meu conhecimento na ciência da enfermagem e por continuar na Universidade na qual tenho profunda admiração.

Aos membros do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Cuidado e Desenvolvimento Humano da Escola de Enfermagem da UFMG (NEPCDH), pelos momentos de discussão e enriquecimento. Especialmente a Lílham e Teresinha pelos encontros e aprendizado!

A equipe da Coordenação Estadual de Saúde Mental da SES-MG pelo apoio, incentivo e por lutarem cotidianamente por um SUS de qualidade, integral e que garanta o direito de cidadania dos usuários.

A Secretaria Municipal de Saúde do município de Belo Horizonte, especialmente aos distritos sanitários Centro-sul, Nordeste e Venda Nova por possibilitaram a realização do estudo e tornar o projeto real. Estendo o agradecimento aos profissionais das Unidades Básicas de Saúde (sujeitos do estudo) que contribuíram prontamente na realização do estudo, sendo solícitos e gentis.



Ao Centro Mais Vida do Hospital das Clínicas da UFMG, pelo aprendizado proporcionado desde a graduação, a disponibilidade dos profissionais e por contribuírem prontamente com a realização do estudo.

Aos membros da banca por aceitarem o convite em contribuir com a melhoria do trabalho!

Aos colegas do mestrado agradeço a convivência, por compartilharmos angústias, sorrisos e superações.

Enfim, tenho imensa gratidão por concluir esse percurso e ter escolhido debruçar nesse processo intenso da pesquisa, educação e conhecimento científico.

Minha eterna gratidão!

“o mais importante e bonito, do mundo, é isto: que as pessoas não estão sempre iguais, ainda não foram terminadas - mas que elas vão sempre mudando. Afinam ou desafinam. “

João Guimarães Rosa

## RESUMO

PEREIRA, L. S. M. **O Cuidado ao idoso frágil na Atenção Primária a Saúde: Programa Mais Vida**. 140 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2017.

As interações de fatores biológicos, psicológicos e sociais ao longo da vida, culmina em um estado de maior vulnerabilidade que podem comprometer a autonomia e independência do idoso, o que tem sido associado ao surgimento de incapacidade funcional, dependência em atividades da vida diária e, mais recentemente, à fragilidade. O objetivo geral desse estudo foi analisar como ocorre o cuidado ao idoso frágil pelos profissionais das equipes de Estratégia Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família da Atenção Primária à Saúde, a partir da implementação do plano de cuidados elaborado pela equipe multiprofissional do Centro Mais Vida. Trata-se de estudo descritivo, exploratório e transversal, desenvolvido utilizando a abordagem quantiqualitativa. O cenário de estudo definido foi o Centro Mais Vida e Unidades Básicas de Saúde dos distritos sanitários Centro-sul, Nordeste e Venda Nova, no município de Belo Horizonte. Os sujeitos da pesquisa foram 34 profissionais de saúde de nível superior da Equipe Saúde da Família (ESF) e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). A coleta dos dados foi realizada em duas etapas, sendo a primeira parte composta pela análise documental de 362 planos de cuidado para identificar o perfil e a classificação clínico funcional dos idosos atendidos no Programa Mais Vida. A segunda etapa da coleta de dados foi realizada através de entrevista individual com os profissionais da ESF e NASF. Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada e analisados pela técnica de Análise de Conteúdo Temática, com orientação teórica metodológica da Teoria da Complexidade de Morin. Durante todas as etapas do estudo foi considerada a Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde. Identificou-se na análise dos planos de cuidados que dos 187 idosos frágeis, 70,44% eram do sexo feminino e 51,3% estudaram em média de um a quatro anos. Na avaliação das atividades de vida diária, apenas 8% eram totalmente independentes e 6,4% completamente dependentes. Identificou-se que 26% tinham diagnóstico prévio de Diabetes Mellitus Tipo 2, 73% de Hipertensão Arterial Sistêmica e 9% Doença Renal Crônica. A insônia foi citada por 28% dos idosos e 37% tinham depressão.

Identificou-se que 71% dos idosos estavam eutróficos, 16% com algum grau de obesidade e 5% com hiporexia ou perda de peso não intencional e desnutrição. A incontinência urinária por urgência foi citada por 17% de idosos e 65% apresentava algum grau de instabilidade postural. Destaca-se que 62% dos idosos apresentaram alguma alteração cognitiva e 51% foram encaminhados para a geriatria de referência. Na análise qualitativa emergiram as seguintes categorias e subcategorias: O cuidado ao idoso frágil na Atenção Primária à Saúde e as subcategorias a fragmentação do cuidado ao idoso frágil e o cuidado ao idoso frágil: desafios e as perspectivas para a integralidade do cuidado; além das seguintes categorias: Programa Mais Vida: ferramenta para a linha de cuidado do idoso frágil nas Redes de Atenção à Saúde; Plano de Cuidados: o percurso, as estratégias e os desafios para o processo de implementação; A educação permanente na área de geriatria e gerontologia e a supervisão clínica como apoio no cuidado ao idoso frágil. Conclui-se que há um reducionismo nas ações de saúde, orientada pelo modelo hegemônico biomédico, acarretando na fragmentação do cuidado e um modelo de atenção à saúde com enfoque no agudo e voltado a doença, sendo que não há estratégias específicas para esse ciclo de vida. Nesse contexto, o Programa Mais Vida é considerado por alguns profissionais uma ferramenta para a linha de cuidado do idoso frágil nas Redes de Atenção à Saúde, porém nota-se um conhecimento incipiente e falta de clareza dos profissionais em relação ao Programa. Na implementação do plano de cuidados há adaptações conforme a realidade vivenciada por cada idoso, bem como ponderações quanto às intervenções indicadas, visto que os profissionais avaliam e definem a conduta de acordo com o histórico de saúde do idoso e o seu contexto socioeconômico. Entre os dificultadores que impactam o processo de implementação foi identificado a falta de articulação, comunicação e integração dos profissionais da APS e do CMV, a ausência de informação sobre o retorno do idoso, a logística de entrega dos resultados de exames e o acesso ao plano de cuidados, além da falta de suporte familiar. Há menção que o autocuidado é comprometido nos casos de analfabetismo e incapacidade cognitiva. Evidencia-se também a carência de capacitação e educação permanente na área de geriatria e gerontologia, o que impacta no cuidado ofertado. Sugere-se então a construção de uma linha de cuidado para a saúde do idoso, criação de grupos e espaços de lazer pautados no envelhecimento,

criação de estratégias de apoio por meio de visitas domiciliares sistematizadas e ações direcionadas ao cuidador, instituição de reuniões de matriciamento entre as equipes e a implementação de programas de capacitação e educação permanente.

**Palavras chave:** Idoso fragilizado; Atenção Primária à Saúde, Enfermagem.

## ABSTRACT

PEREIRA, L. S. M. **Care for the frail elderly in Primary Health Care: Programa Mais Vida**. 140 f. Dissertation (Master in Nursing) - School of Nursing, Federal University of Minas Gerais, Belo Horizonte, 2017.

The interactions of biological, psychological and social factors throughout life, culminate in a state of greater vulnerability that may compromise the autonomy and independence of the elderly, which has been associated to the emergence of functional disability, dependence on daily living activities and more recently, to fragility. The general objective of this study was to analyze how care for the frail elderly person occurs by the professionals of the Family Health Strategy teams and the Family Health Support Unit of Primary Health Care from the implementation of the care plan elaborated by the multiprofessional team of the Centro Mais Vida. It is a descriptive, exploratory, cross-sectional study developed using the quanti-qualitative approach. The study scenario defined was the Centro Mais Vida and Basic Health Units of the Central-South, Northeast and Venda Nova sanitary districts of the city of Belo Horizonte. The research subjects were 34 graduated health professionals from the Family Health Team (FHT) and the Family Health Support Center (FHSC). Data collection was performed in two stages, being the first part composed by documentary analysis of 362 care plans to identify the profile and clinical functional classification of the elderly served in the Mais Vida Program. The second stage of the data collection was performed through an individual interview with the professionals of the Family Health Team (FHT) and Family Health Support Center (FHSC). The data were collected through a semi-structured interview and analyzed by the Thematic Content Analysis technique, with theoretical methodological orientation of E. Morin's Complexity Theory. In all the stages of the study, Resolution N<sup>o</sup>. 466/2012 of the National Health Council was considered. It was identified in the analysis of care plans that of the 187 fragile elderly, 70,44% were female and 51,3% studied on average one to four years. In the evaluation of activities of daily living, only 8% were totally independent and 6,4% completely dependent. It was identified that 26% had previous diagnosis of Type 2 Diabetes Mellitus and 73% of Systemic Arterial Hypertension and 9% of Chronic Renal Disease. Insomnia was cited by 28% of the elderly and 37% had depression. It was identified that 71% of the

elderly were eutrophic, 16% with some degree of obesity and 5% with hyporexia or unintentional weight loss and malnutrition. Urge urinary incontinence was cited by 17% of the elderly and 65% presented some degree of postural instability. It is noteworthy that 62% of the elderly presented some cognitive alteration and 51% were referred to the reference geriatrics. In the qualitative analysis emerged the following categories and subcategories: Care for the fragile elderly in Primary Health Care and the subcategories: the fragmentation of the fragile elderly care and the care for the frail elderly: challenges and the perspectives for integral care; in addition to the following categories: Programa Mais Vida: tool for the fragile elderly care line in Health Care Networks; Care Plan: the course, strategies and challenges for the implementation process; Permanent education in the area of geriatrics and gerontology and clinical supervision as support in the care of the frail elderly; Care for the frail elderly: challenges and perspectives for the integrity of care. It is concluded that there is a reductionism in health actions, guided by the biomedical hegemonic model, resulting in the fragmentation of care and a health care model focused on the acute and disease-oriented, and there are no specific strategies for this life cycle. In this context, the Programa Mais Vida is considered by some professionals as a tool for the fragile elderly care line in the Health Care Networks, but there is an incipient knowledge and lack of clarity of the professionals in relation to the Program. In the implementation of the care plan, there are adaptations, according to the reality experienced by each elderly person, as well as considerations regarding the interventions indicated in the plan, since the professionals evaluate and define the conduct according to the health history of the elderly and its socioeconomic context. Among the obstacles that had an impact on the implementation process, are the lack of articulation, communication and integration of PHC and CMV professionals, the lack of information on the return of the elderly, the logistics of delivering the results of exams and access to the care plans, as well as lack of family support. There is mention that self-care is compromised in cases of illiteracy and cognitive incapacity. There is also evidence of the lack of training and permanent education in geriatrics and gerontology, which impacts the care offered. It is suggested the construction of a care line for the elderly's health, creation of groups and leisure spaces guided by aging, creation of support strategies through systematic home visits and actions directed at the caregiver, institution of parenting meetings

between the teams and the implementation of training programs and permanent education.

**Keywords:** Frail elderly; Primary health Care; Nursing;



## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Rede de Atenção à Saúde do Idoso de Minas Gerais.....	25
Figura 2: Fluxo de encaminhamento do idoso frágil no Programa Mais Vida ..	40
Figura 3: Representação Cartográfica das Macrorregiões de saúde do Estado de Minas Gerais .....	42
Figura 4: Representação cartográfica da divisão territorial do município de Belo Horizonte de acordo com os seus respectivos distritos sanitários. ....	49
Figura 5: Percurso metodológico.....	58

## LISTA DE TABELAS E QUADROS

Quadro 1: Classificação: Grau de Vulnerabilidade Clínico Funcional .....	52
Tabela 1: Quantitativo de planos de cuidados elaborados pela equipe do Centro Mais Vida de acordo com os distritos sanitários de Belo Horizonte, MG, janeiro a junho de 2016, (n=362). .....	59
Tabela 2: Identificação do quantitativo de idosos atendidos no Centro Mais Vida e a classificação clínico-funcional dos idosos, Belo Horizonte, MG, janeiro a junho de 2016, (n=362). .....	60
Tabela 3: Classificação clínico funcional (IVCF-20) dos idosos frágeis atendidos no Centro Mais Vida de Belo Horizonte, MG, janeiro a junho de 2016 (n=362). .....	63
Tabela 4: Distribuição de encaminhamento de idosos por Unidades Básicas de Saúde dos distritos Centro-Sul, Nordeste e Venda Nova, segundo a Classificação Clínica funcional (IVCF-20) atendidos no Centro Mais Vida de Belo Horizonte, MG, janeiro a junho de 2016. ....	65
Tabela 5: Características de faixa etária e escolaridade de idosos frágeis atendidos no Centro Mais Vida de Belo Horizonte, MG, janeiro a junho de 2016 (n=187). ....	68
Tabela 6: Informações referentes à Atividade de vida diária (AVD) dos idosos frágeis atendidos no Centro Mais Vida de Belo Horizonte, MG, janeiro a junho de 2016 (n=187). ....	69
Tabela 7: Caracterização de diagnósticos médicos e de comorbidades, transtorno do sono, estado nutricional, incontinência e mobilidade de idosos frágeis atendidos no Centro Mais Vida de Belo Horizonte, MG, janeiro a junho de 2016 (n=187). ....	76
Tabela 8: Informações referentes à cognição e encaminhamento para a Geriatria de Referência (GR) dos idosos frágeis atendidos no Centro Mais Vida de Belo Horizonte, MG, janeiro a junho de 2016 (n=187) .....	77
Tabela 9: Informações sobre o perfil dos profissionais da ESF e NASF participantes do estudo atuantes nas Unidades Básicas de Saúde de Belo Horizonte (n=34) .....	79
Tabela 10: Informações sobre a categoria profissional e formação dos profissionais da ESF e NASF participantes do estudo atuantes nas Unidades Básicas de Saúde de Belo Horizonte (n=34). ....	80

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
ABVDs	Atividades básicas de vida diária
AIVDs	Atividades instrumentais de vida diária
APS	Atenção Primária à Saúde
AVD's	Atividades de vida diária
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CERSAM	Centro de Referência em Saúde Mental
CIF	Classificação Internacional de Funções, Incapacidade e Saúde
CMV	Centros Mais Vida
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CRAS	Centro de Referência à Assistência Social
DA	Demência de Alzheimer
DV	Demência vascular
DCL	Demência de Corpos de Lewy
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DM 2	Diabetes Mellitus tipo 2
DP	Doença de Parkinson
DRC	Doença Renal Crônica
ESF	Estratégia Saúde da Família
FIBRA	Fragilidade em idosos brasileiros
FTD	Demência frontotemporal
GR	Geriatría de Referência
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HC-UFMG	Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ILPI	Instituição de Longa Permanência para Idoso
IMC	Índice de Massa Corpórea
IPEA	Instituto Pesquisa Econômica Aplicada
IU	Incontinência Urinária
IVCF-20	Índice de Vulnerabilidade Clínico funcional -20
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde

OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PMV	Programa Mais Vida
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SABE	Saúde, bem-estar e envelhecimento
SES-MG	Secretaria do Estado de Saúde de Minas Gerais
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TRR	Terapia de Reposição Renal
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidades de Pronto Atendimento
URS	Unidade de Referência Secundária
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
WHO	World Health Organization

# SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>22</b>
<b>2. OBJETIVOS .....</b>	<b>30</b>
2.1 Objetivo geral .....	30
2.2 Objetivos específicos .....	30
<b>3. REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>31</b>
3.1 Fragilidade em idosos .....	31
3.2 A Rede de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa no Brasil .....	33
3.2.1 Rede Estadual de Assistência à Saúde do Idoso e o Programa Mais Vida .....	38
<b>4. REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO .....</b>	<b>43</b>
4.1 A teoria da Complexidade .....	43
<b>5. PERCURSO METODOLÓGICO .....</b>	<b>47</b>
5.1 Tipo de estudo .....	47
5.2 Cenário de estudo .....	47
5.3 Sujeitos do estudo .....	50
5.4 Coleta de dados .....	50
5.4.1 Instrumentos de coleta de dados .....	51
5.5 Inserção do pesquisador no campo .....	53
5.6 Análise e discussão dos dados .....	54
5.7 Aspectos éticos legais .....	56
<b>6. RESULTADOS E DISCUSSÕES .....</b>	<b>59</b>
6.1 Análise dos planos de cuidados dos idosos atendidos no Centro Mais Vida, conforme Distritos Sanitários de Belo Horizonte .....	59
6.2 Perfil dos idosos frágeis conforme classificação clínico-funcional (IVCF-20) .....	66
6.3 O perfil socioprofissional dos participantes do estudo .....	79
6.4 Categorias e subcategorias referente a análise qualitativa das entrevistas individuais realizadas com profissionais da ESF e NASF .....	81
6.5 O cuidado ao idoso frágil na Atenção Primária à Saúde .....	81
6.5.1 A fragmentação do cuidado ao idoso frágil .....	84

6.5.2	O cuidado ao idoso frágil: desafios e as perspectivas para a integralidade do cuidado.....	87
6.6	Programa Mais Vida: ferramenta para a linha de cuidado do idoso frágil nas Redes de Atenção à Saúde. ....	93
6.7	Plano de Cuidados: o percurso, as estratégias e os desafios para o processo de implementação .....	99
6.8	A educação permanente na área de geriatria e gerontologia e a supervisão clínica como apoio no cuidado ao idoso frágil .....	106
<b>7.</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>109</b>
<b>8.</b>	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>113</b>
<b>9.</b>	<b>APÊNDICES .....</b>	<b>124</b>
<b>10.</b>	<b>ANEXOS.....</b>	<b>128</b>

## 1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento nas últimas décadas é um processo de magnitude mundial. Estima-se que o quantitativo de pessoas com idades entre 60 anos ou mais deverá mais que triplicar até 2100, aumentando de 841 milhões em 2013 para 2 bilhões em 2050 e esse número chegará a 3 bilhões em 2100. Além disso, 66% das pessoas idosas vivem em países em desenvolvimento e, em 2050, esse percentual será de 79%, alcançando 85% em 2100 (UNITED NATIONS, 2013).

O Brasil apresenta crescentes alterações na dinâmica populacional e a velocidade do envelhecimento populacional será maior se comparado às sociedades mais desenvolvidas. Por exemplo, a França teve a transição demográfica de pessoas com idade acima de 65 anos em um século, aumentando de 7% para 14% (BANCO MUNDIAL, 2011).

No Brasil, o quantitativo de idosos é de aproximadamente 23,5 milhões, sendo que em 1991 esse contingente populacional representava 4,8%, passando a 5,9% em 2000 e 7,4% em 2010 (IBGE, 2010). Supõe-se que, caso a atual dinâmica seja mantida, a partir de 2030 o total de pessoas idosas ultrapassará o número de jovens na faixa etária de 15 a 29 anos (IPEA, 2010).

A transição epidemiológica provocou alterações no quadro de morbimortalidade populacional, notando-se uma mudança no processo saúde-doença com predomínio de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) que acarretam importantes repercussões e impactos para o sistema de saúde (CHAIMOWICZ, 1997; LIMA-COSTA et al., 2012; MENDES, 2011).

O envelhecer pode ser compreendido como um processo natural, no qual há diminuição progressiva da reserva funcional do indivíduo, processo denominado senescência, sendo que as alterações decorrentes desse processo podem ser minimizadas por um estilo de vida ativo. No entanto, em situações adversas, como por exemplo, no surgimento de doenças, acidentes e estresse emocional, pode-se gerar uma condição patológica, nesse caso a senilidade (BRASIL, 2007; CIOSAK et al., 2011).

A interação de fatores biológicos, psicológicos e sociais ao longo da vida culmina em um estado de maior vulnerabilidade e riscos de adversidades que podem desencadear uma condição patológica que requer atenção. A participação desses fatores podem comprometer a autonomia e independência

do idoso, o que tem sido associado ao surgimento de incapacidade funcional, dependência em atividades da vida diária (AVDs) e, mais recentemente, à fragilidade (BRASIL, 2006; FRIED et al., 2001).

A síndrome da fragilidade está associada ao maior risco de ocorrência de desfechos clínicos adversos, como declínio funcional, quedas, hospitalização, institucionalização e morte (FRIED et al., 2001).

As DCNT podem afetar a funcionalidade das pessoas idosas e estudos apontam que a dependência para o desempenho das AVDs tende a aumentar cerca de 5% na faixa etária de 60 anos para cerca de 50% entre os indivíduos com 90 ou mais anos (BRASIL, 2007).

Entre as DCNT, destacam-se as demências que são as doenças crônicas e incapacitantes mais frequentes nos idosos, sendo responsável por mais de 12% dos anos vividos com incapacidade que envolve declínio cognitivo e alterações comportamentais comprometendo as AVDs (WHO, 2011).

Diante desse contexto é importante uma reflexão e discussão sobre as necessidades dos idosos, bem como proposições de estratégias que busquem adequar as políticas sociais e a atenção à saúde dos idosos dependentes e com incapacidades funcionais em uma perspectiva que considere as atividades destinadas a manter a independência, a retardar o aparecimento de doenças e proporcionar melhoria na qualidade de vida dos idosos (UNITED STATES, 2013).

O Brasil, diante dos desafios da saúde pública, tem se organizado e criado estratégias na tentativa de responder às crescentes demandas da população idosa (BRASIL, 2006; VERAS, 2009).

O Ministério da Saúde (MS), na tentativa de responder às questões emergentes do envelhecimento populacional, incluiu a saúde do idoso como uma das prioridades nas ações de saúde em todas as esferas de governo, promulgando a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) que tem como finalidade recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos.

Essa Política define diretrizes norteadoras de todas as ações no setor da saúde, tais como a promoção ao envelhecimento saudável, oferta da atenção integral à saúde da pessoa idosa, estímulo às ações intersetoriais na perspectiva



de garantir a integralidade da atenção e a capacitação de recursos humanos especializados (BRASIL, 2006).

Embora a legislação brasileira relativa aos cuidados dessa população tenha sofrido avanços nas últimas décadas, a implantação e a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) têm encontrado dificuldades na organização do sistema. A rede de atenção ainda expressa um cenário de fragmentação dos programas, as ações de saúde e práticas clínicas são caracterizadas por lacunas assistenciais o que repercute em resultados insatisfatórios e a não garantia de um atendimento integral, contínuo e efetivo aos usuários (BRASIL, 2010; FERNANDES; SOARES, 2012).

O modelo assistencial é centrado no biomédico o que conseqüentemente sobrecarrega os serviços, gera atendimentos e procedimentos desnecessários, e, conseqüentemente implica em ineficácia e maior custo para todo o sistema, sendo que a fragmentação e baixa eficiência no emprego dos recursos reduz a capacidade do sistema de prover a integralidade da atenção à saúde (BRASIL, 2010).

A prestação de assistência contínua e integral a uma população é possível através de uma integração e articulação dos níveis de atenção, ou seja, através das redes de atenção à saúde definidas como organizações poliárquicas compostas por conjuntos de serviços de saúde que se vinculam entre si por uma missão única, compartilhando objetivos comuns, através de ação cooperativa e interdependente (MENDES, 2011).

O Ministério da Saúde estabeleceu em 2010, a portaria Nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que versa sobre as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS, sendo que as redes desenvolvem atividades de diferentes densidades tecnológicas, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão que buscam garantir a integridade do cuidado (BRASIL, 2010; MENDES, 2011).

Buscando estratégias para atender essa realidade, a Secretaria do Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG), através da resolução SES-MG Nº 2.603, de 7 de dezembro de 2010, instituiu a Rede de Atenção à Saúde do Idoso e o Programa Mais Vida com a proposta de organizar e implantar as Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso do MS, criada através da Portaria Nº 702 de 2002 (MINAS GERAIS, 2010).

A rede de atenção à saúde do idoso de Minas Gerais é composta por equipes de Atenção Primária à Saúde (APS), os Centros Mais Vida (Atenção Secundária à Saúde), hospitais referenciados, atenção domiciliar, hospital dia, centros de especialidades, reabilitação, cuidados paliativos e instituição de longa permanência, conforme figura abaixo: (MINAS GERAIS, 2010).

Figura 1: Rede de Atenção à Saúde do Idoso de Minas Gerais



Destaca-se nessa rede o Programa Mais Vida, que é um projeto estruturador do Estado na área da saúde e tem como o objetivo agregar anos à vida do idoso através de ações que visem a manutenção da independência e autonomia (MINAS GERAIS, 2010).

Esse programa contempla ações que abrangem a atenção secundária através do Centro Mais Vida (Centro de Referência em Assistência à Saúde do Idoso). Especificamente, no município de Belo Horizonte, o Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC-UFMG) assumiu a implementação do Programa. Além disso, o programa contempla ações da APS, sendo que cada

nível de atenção possui competências definidas a fim de ofertar assistência integral ao idoso considerado frágil.

A Resolução SES Nº 2.603, de 7 de dezembro de 2010, considera idoso o idoso frágil, conforme disposto na linha guia de Atenção à Saúde do Idoso da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais (MINAS GERAIS, 2010).

A linha guia da SES-MG estabelece que o idoso frágil é aquele indivíduo acima de 80 anos de idade ou aquele com idade superior a 60 anos que possui declínio funcional e tem incapacidade de gerenciar sua vida, devido à presença de no mínimo uma dessas características: polipatologias (cinco diagnósticos ou mais), polifarmácia (uso de cinco medicamentos ou mais ao dia), imobilidade parcial ou total, incontinência urinária ou fecal, instabilidade postural, incapacidade cognitiva (declínio cognitivo, síndrome demencial, depressão, delirium) e dependência nas atividades básicas de vida diária (ABVDs) (MINAS GERAIS, 2010).

A nível assistencial da APS, as Equipes Estratégia Saúde da Família (ESF) tem como competência e compromisso identificar e referenciar o idoso considerado frágil de acordo com critérios da SES ao Centro Mais Vida, além de dar continuidade ao tratamento e o cuidado ao idoso após o seu retorno com o apoio do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

A equipe multiprofissional do Centro Mais Vida tem como competência realizar a avaliação multidimensional do idoso identificado como frágil pela APS, sendo que essa avaliação permite o reconhecimento das demandas biopsicossociais do indivíduo. Dessa forma, é possível realizar um diagnóstico das condições de saúde abrangendo disfunções dos sistemas fisiológicos principais, reconhecer as incapacidades referentes à independência e autonomia nas atividades de vida diária, aspectos relevantes relacionados ao lazer, o suporte familiar, o suporte social e a segurança ambiental.

Posteriormente, deve-se elaborar o seu plano de cuidado e contrarreferenciá-lo aos profissionais da APS, para que acompanhem o idoso e implementem o plano de cuidados. Além disso, também é preciso proceder à interlocução dos profissionais da APS com os demais pontos de atenção visando uma melhor qualidade da atenção prestada ao idoso (MINAS GERAIS, 2010).

O plano de cuidados elaborado após a avaliação multidimensional do idoso é feito pela equipe multiprofissional. Contempla um conjunto de

orientações de cuidado e prescrições com a finalidade de estabelecer a forma adequada de acompanhamento desse idoso (MINAS GERAIS, 2010).

O plano de cuidados é encaminhado para os gerentes das Unidades Básicas de Saúde que são os responsáveis por direcioná-los as equipes ESF responsável da APS onde esse idoso é acompanhado. Dessa forma, os profissionais da equipe da APS irão viabilizar a sua implementação e acompanhamento com a articulação e apoio matricial dos profissionais do NASF e os familiares desses usuários (MINAS GERAIS, 2010).

Ressalta-se que a pessoa idosa no contexto do Programa Mais Vida é avaliada pela equipe multiprofissional e contrarreferenciada para a APS em um dado momento, mas não há um acompanhamento do Centro Mais Vida na implementação do plano de cuidados, sendo essa uma atribuição dos profissionais das equipes da APS.

Entretanto, o idoso diagnosticado com algum tipo de demência, doença de Parkinson ou depressão mais grave é referenciado para a geriatria de referência que funciona no próprio Centro de Referência em Assistência à Saúde do Idoso - Centro Mais Vida. Com isso, é realizado um agendamento da consulta através do sistema de regulação de consultas do SUS.

A incapacidade funcional gera impactos na habilidade da pessoa na execução de papéis e atividades na sociedade e produz um desafio para a saúde pública (GIACOMIM et al. 2008). No Brasil, dados de estudos populacionais sobre a avaliação da condição funcional são recentes, sendo que a prevalência estimada de incapacidade entre idosos varia de 2% a 47%, segundo a população (LEBRÃO, LAURENTI, 2005; LIMA-COSTA et al., 2003; LIMA-COSTA et al., 2006; GIACOMIM et al., 2005; MELZER, PARAHYBA, 2004; PARAHYBA, SIMÕES; 2006).

Portanto, é primordial que as políticas públicas com enfoque no retardo e redução da incapacidade sejam prioritárias, e sejam realizadas ações de promoção e prevenção com o intuito de manter a autonomia e independência dos indivíduos, além da adequação dos serviços de saúde para prestar uma assistência integral em todos os níveis assistenciais, principalmente na APS.

Os serviços de saúde necessitam responder adequadamente a essa realidade pois as ações e intervenções de saúde apropriadas geram impacto na qualidade da assistência ao indivíduo, no seu processo de envelhecimento e na

sua capacidade funcional. Emergem, nesse contexto, as limitações em relação ao manejo do cuidado ao idoso que muitas vezes é realizado de forma pontual e fragmentado.

O contexto brasileiro aponta para a urgência de mudanças e inovações nos paradigmas de atenção à saúde da população idosa e demanda por propostas de ações diferenciadas, afim de que o sistema seja efetivo para que o idoso possa usufruir integralmente os anos proporcionados pelo avanço da ciência com qualidade de vida e autonomia.

Dessa forma, através da atuação do profissional enfermeiro, da equipe multiprofissional na avaliação integral do idoso, além da corresponsabilização do idoso e da família nesse processo, a implementação do plano de cuidados se torna um instrumento que propicia a prevenção e o desenvolvimento ou agravamento da fragilidade, o que pode impactar nos índices de institucionalização, hospitalização e nas taxas de morbimortalidade nessa parcela da população.

Diante desse cenário, emergiram alguns questionamentos: como está ocorrendo o cuidado e avaliação do idoso frágil pelos profissionais da Estratégia Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família da APS? Qual a compreensão e análise dos profissionais da APS em relação ao Programa Mais Vida? Como está ocorrendo o cuidado ao idoso frágil no âmbito das Equipes Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família à partir da implementação do plano de cuidados elaborado equipe multiprofissional do Centro Mais Vida? Quais fatores influenciam no processo de implementação do plano de cuidados para esse idoso?

Pressupõe-se que o cuidado e acompanhamento do idoso frágil com o intuito de preservar a sua capacidade funcional constitui um desafio para os serviços de saúde e para os profissionais. Diante dessa realidade, infere-se que o cuidado ao idoso frágil na perspectiva da implementação do plano de cuidados pelas Equipes Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família após avaliação no Centro Mais Vida é realizada de forma fragmentada e com enfoque na patologia.

A relevância desse estudo está focada na atenção integral ao idoso e no fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde. Destaca-se que é premente produzir conhecimentos referentes à atenção à saúde do idoso com enfoque nas

políticas públicas e programas existentes e nas ações dos níveis de atenção, acreditando que as particularidades e a articulação na rede de atenção à saúde do idoso sejam primordiais para o melhor cuidado ao idoso frágil.

O cuidado integral ao idoso é de suma importância para propiciar qualidade de vida e agregar anos de vida com autonomia e independência. Além disso, ressalta-se que a finalidade do plano de cuidados é estabelecer intervenções e acompanhamento adequado a esse idoso.

Nessa perspectiva, construir conhecimento acerca do acompanhamento do cuidado realizado ao idoso frágil, a implementação do plano de cuidado e as características desse processo são importantes para a prática profissional pautada no cuidado integral.

Ressalta-se que pesquisas na área da atenção ao idoso foram incluídas como prioridade do Ministério da Saúde e a própria resolução da SES-MG N° 2.603, de 7 de dezembro de 2010, cita como competência de uns dos componentes da Rede de Atenção à Saúde do Idoso a participação e fomento nas pesquisas científicas na área (BRASIL, 2006; MINAS GERAIS, 2010).

O Brasil participou como signatário do Plano de Ação Internacional do Envelhecimento, resultado da II Assembleia Mundial da Organização das Nações Unidas sobre o Envelhecimento no ano de 2002, que oficializou o seu compromisso, conforme consta no Compromisso Nacional para o Envelhecimento Ativo, onde faz menção às ações prioritárias para o atendimento das necessidades dos idosos.

No entanto, a realidade política atual vivenciada aponta para retrocessos e dificuldades nas questões que tangem o Sistema Único de Saúde e não há evidências de ações estratégicas pautadas na integralidade do cuidado que priorizem esse público e ações práticas efetivas.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

- Analisar como ocorre o cuidado ao idoso frágil pelos profissionais das equipes de Estratégia Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família da APS a partir da implementação do plano de cuidados elaborado pela equipe multiprofissional do Centro Mais Vida.

### **2.2 Objetivos específicos**

- Analisar o cuidado ofertado ao idoso frágil pelos profissionais das equipes de Estratégia Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família da APS na perspectiva das ações e articulações previstas no Programa Mais Vida.
- Analisar o perfil do idoso frágil a partir dos planos de cuidados elaborados pelos profissionais da equipe multiprofissional do Centro Mais Vida;
- Identificar a classificação clínico-funcional dos idosos atendidos pelo Centro Mais Vida tendo como referência os distritos sanitários do Município de Belo Horizonte;
- Caracterizar os idosos atendidos pelos profissionais da equipe multiprofissional do Centro Mais Vida de acordo com a sua classificação clínico funcional (IVCF-20);

### 3. REFERENCIAL TEÓRICO

#### 3.1 Fragilidade em idosos

A fragilidade é um conceito emergente que atualmente não possui definição consensual e faz referência à condição clínica desfavorável de idosos (BERGAN et al., 2004; FRIED, 2001). Historicamente, em um período anterior a década de 1980, os termos idoso frágil e fragilidade eram pouco descritos na literatura científica. A partir da década de 1980, ocorreu um aumento do número de estudos sobre a temática fragilidade.

O grupo do Federal Council on Aging dos Estados Unidos da América é creditado pela introdução do termo, sendo que a finalidade na ocasião era descrever os idosos que viviam em condições socioeconômicas consideradas desfavoráveis e que apresentavam alguma debilidade física e déficit cognitivo. Diante desse quadro clínico e com o avanço da idade, esses idosos passavam a exigir maior demanda de cuidados (HOGAN, MACKNIGHT; BERGMAN, 2003).

Emergiram na década de 1990 discussões com intuito de definir o conceito de fragilidade em idosos a partir do estabelecimento de indicadores. Grupos de pesquisadores da Johns Hopkins University construíram uma definição operacional de fragilidade em idosos (FRIED et al., 2001).

Segundo a proposição desse grupo, os critérios objetivos são: perda de peso não intencional maior de 4,5 kg ou superior a 5% do peso corporal no último ano; fadiga autorreferida; diminuição da força de preensão palmar e índice de massa corporal; baixo nível de atividade física, medida pelo dispêndio semanal de energia em kcal (com base no autorrelato das atividades e exercícios físicos realizados) e ajustado segundo o sexo; diminuição da atividade da marcha em segundos: distância de 4,5 m ajustada para sexo e altura (FRIED et al., 2001).

No Canadá, o grupo de pesquisadores do Canadian Initiative on Frailty and Aging, elaborou um conceito diante da multidimensionalidade do fenômeno e com uma abordagem mais holística, portanto compreendem que a fragilidade é uma condição não ótima de idosos, de natureza multifatorial, dinâmica e que está relacionada a seu contexto sociocultural e trajetória de vida. Diante dessa perspectiva e análise, eles elaboraram uma escala de fragilidade, a Edmonton Frail Scale que contempla nove domínios: cognição, estado geral de saúde,



independência funcional, suporte social, uso de medicamentos, nutrição, humor, continência e desempenho funcional (ROLFSON et al., 2006).

A etiologia da síndrome está relacionada a fatores multidimensionais, sendo que a história de vida do indivíduo e fatores biológicos, psicológicos e sociais, podem contribuir e gerar vulnerabilidade resultando em déficits individuais em cada contexto (BERGAN et al., 2004; FRIED et al., 2001; ROCKWOOD, 2007).

Alguns estudos reafirmam que a fragilidade em idosos é uma vulnerabilidade fisiológica associada ao envelhecimento resultante de um processo gradual e progressivo de diminuição da capacidade de controle da homeostase e uma dificuldade do organismo em responder adequadamente ao estresse. Portanto, um conjunto de declínios relacionados a múltiplos sistemas e que estão associados a graves consequências, podem causar vulnerabilidades e desfechos clínicos adversos, tais como agravamento de doenças, comorbidades, alterações na massa corporal magra, da força, resistência, equilíbrio, capacidade de marcha e nível de atividade física, institucionalização, hospitalização e morte (FRIED et al., 2004; WOODS et al., 2005; SILVA et al., 2009).

Atualmente existe um senso clínico acerca do que seria a fragilidade e dos indicadores que classificariam o idoso frágil. Entretanto, não há uma concordância a respeito do conceito que possibilitaria a identificação precoce de pacientes de alto risco para esclarecer tal fenômeno com o intuito de ofertar uma melhor assistência em saúde aos idosos (FRIED et al., 2004).

Vários estudos apontam que a fragilidade está associada à idade e sua prevalência se intensifica com o avançar da idade em todos os contextos geográficos e socioculturais. No entanto, não é um fenômeno resultante apenas do processo de envelhecimento, visto que há idosos que permanecem robustos (FRIED et al., 2001; SANTOS et al., 2013).

No Brasil, ainda são incipientes os estudos acerca da incidência, da prevalência e dos fatores associados à fragilidade em idosos, especialmente se considerarmos análises que tenham como foco sua dimensão conceitual e epidemiológica (MACEDO; GAZZOLA, NAJAS; 2008; DUARTE et al., 2013).

A literatura aponta que a forma de rastreamento e identificação da predisposição e presença de fragilidade pode ser mensurada por diferentes

métodos e instrumentos. Contudo, tal condição pode ser evitada ou postergada quando identificada precocemente com base em seus indicadores, caso os profissionais de saúde iniciem intervenções que irão impactar em vários setores da vida do indivíduo e da sociedade. Essa síndrome pode levar à perda da qualidade de vida, aumento a sobrecarga dos cuidadores e gera altos custos com cuidados à saúde (DUARTE et al., 2013).

A fragilidade pode causar um declínio funcional, o que repercute diretamente na capacidade funcional do idoso e leva à perda de sua independência e autonomia e, conseqüentemente, diminuí a sua capacidade para as atividades de vida diárias e instrumentais (MORAES, 2012).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) em sua Classificação Internacional de Funções, Incapacidade e Saúde (CIF, 2001) identifica a incapacidade e as funções de uma pessoa como a interação dinâmica entre condições de saúde (doenças, lesões, traumas, etc.) além de incluir os fatores contextuais, atributos pessoais e ambientais (BRASIL, 2006).

Diante da multidimensionalidade e na tentativa de padronizar tal conceito, há a proposição do conceito de fragilidade multidimensional que inclui a história de vida das pessoas idosas e consideram os determinantes biopsicossociais e culturais, cujas interações em determinado contexto podem desencadear a fragilidade (BERGMAN, 2003).

Portanto, é de extrema importância que esse processo seja identificado de forma precoce para que as potenciais incapacidades tenham um melhor prognóstico e ocorram intervenções de saúde adequadas que ofereçam a essa população qualidade de vida e cuidado integral (FHON, 2013).

Assim, torna-se imprescindível incluir a avaliação da capacidade funcional ao se formular políticas para a saúde dos idosos e responder, prioritariamente, às pessoas idosas que já apresentem algum grau de dependência (BRASIL, 2006).

### **3.2 A Rede de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa no Brasil**

Ocorreram avanços no processo de consolidação do SUS e reestruturação das leis, portarias, políticas públicas e programas de saúde visando reafirmar os seus princípios e diretrizes, incluindo assim normativos de

caráter técnico-processual com detalhamento excessivo e enorme complexidade (BRASIL, 2006).

Entre os objetivos do SUS é previsto que a assistência às pessoas aconteça por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, através da integração das ações assistenciais e das atividades preventivas (BRASIL, 1990).

Ao analisar os sistemas de atenção à saúde no cenário internacional, evidencia-se a fragmentação do cuidado sendo os sistemas caracterizados por uma organização hierarquizada, inexistência da integralidade da atenção e enfoque nas condições de saúde agudas. Com o intuito de redirecionar o modelo de atenção com a situação vivenciada de tripla carga de doenças e predomínio das condições crônicas, a estratégia do MS para superar o sistema fragmentado foi criar as Redes de atenção à Saúde, constituída pela população, estrutura operacional e o modelo de atenção à saúde (MENDES, 2010).

A complexidade do processo de constituição e consolidação desse sistema no país é evidente, visto que há diversidade, peculiaridades e necessidades distintas da população em cada território (ARRUDA et al., 2015).

No cenário internacional as questões relativas às políticas públicas voltadas à pessoa idosa são contempladas de forma expressiva desde a década de 1970, devido ao fato do processo de envelhecimento ter avançado. As discussões e o objetivo inicial era manter o papel social dos idosos e/ou garantir a sua reinserção social, bem como prevenir a perda de sua autonomia (IPEA, 2016).

Em relação à população idosa, o Brasil tem se organizado com o intuito de responder às crescentes demandas, porém os esforços são pontuais e nota-se uma desarticulação do sistema de saúde, dificultando sua operacionalização e impactando diretamente em uma assistência pautada na integralidade (VERAS, 2009).

Em 1994, foi promulgada e regulamentada a Política Nacional do Idoso, através da Lei Nº 8.842/94 e Decreto Nº 1.948/96, assegurando direitos sociais à pessoa idosa, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade, reafirmando o direito à saúde no SUS (BRASIL, 2006).

A Portaria Ministerial Nº 1.395 de 1999 anunciou a Política Nacional de Saúde do Idoso, na qual a finalidade primordial era recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde (BRASIL, 2006).

Em 2002 é proposta a criação de mecanismos para a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso, através da Portaria nº 702, tendo como base as condições de gestão e a divisão de responsabilidades definida pela Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS).

A implantação dessas redes advém da necessidade de adotar medidas que fortaleçam o desenvolvimento de ações que visem o incremento das Diretrizes Essenciais da Política Nacional do Idoso, como a promoção do envelhecimento saudável, a manutenção da capacidade funcional, a assistência às necessidades de saúde do idoso, a reabilitação da capacidade funcional comprometida, a capacitação de recursos humanos especializados e o apoio ao desenvolvimento de cuidados informais (BRASIL, 2002).

O Estatuto do Idoso foi aprovado e sancionado em 2003, o que ampliou a resposta do Estado e da sociedade às necessidades desse grupo populacional. O aspecto referente à saúde está disposto no Capítulo IV do Estatuto e versa sobre o papel do SUS na garantia da atenção à saúde da pessoa idosa de forma integral, em todos os níveis de atenção (BRASIL, 2006).

Em 2006, a saúde da pessoa idosa apareceu como uma das seis prioridades pactuadas em todas as esferas de governo, através das diretrizes do pacto pela saúde que contempla o pacto pela vida. Essas diretrizes foram publicadas, por meio da Portaria Nº 399/GM de 2006, sendo que tal documento apresenta diversas ações que visam à implementação da Política Nacional de Atenção à Saúde do Idoso buscando a atenção integral (BRASIL, 2006).

Outro ponto relevante no documento das Diretrizes do Pacto pela Saúde é o Pacto de Gestão que estabelece as responsabilidades de cada esfera de governo, contribuindo, assim, para o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do SUS. Esse Pacto é um avanço na regionalização e na descentralização do SUS, tornando-se por base uma unidade de princípios que respeita as singularidades regionais.

Destaca-se, que a organização da rede é de suma importância para que os objetivos da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa sejam plenamente alcançados (BRASIL, 2006).

Nesse contexto, destaca-se entre os dispositivos da Rede de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa, o papel da Atenção Primária à Saúde como ordenadora do cuidado, onde ocorre o contato preferencial dos usuários, sendo a principal porta de entrada para o SUS e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde (RAS).

Como centro de comunicação da rede, ele deve cumprir algumas funções para contribuir com o seu funcionamento e entre eles destaca-se: a modalidade de atenção e de serviço de saúde com o mais elevado grau de descentralização e capilaridade; resolutividade; coordenar o cuidado através da elaboração de projetos terapêuticos singulares e do fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS (BRASIL, 2012).

A atenção é desenvolvida através da descentralização e capilaridade, seguindo a lógica da territorialização e regionalização. Os princípios que a orientam são: da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2011; BRASIL, 2012).

A Estratégia Saúde da Família visa a reorganização da APS e imprime uma nova dinâmica aos serviços de saúde onde cada equipe possui responsabilidade sanitária por um território de referência. Portanto, um vínculo é construído com a comunidade com base na intersetorialidade, na humanização das práticas e na perspectiva de atenção integral à saúde (BRASIL, 2012).

A ESF tem uma função resolutiva na APS, coordenando os fluxos e contrafluxos de pessoas na RAS evitando possíveis complicações que poderiam ser prevenidas nos cuidados à saúde por meio de um sistema que tenha um direcionamento em ações de promoções de saúde e prevenções de agravos e doenças através do cuidado contínuo e integral (MENDES, 2012).

No entanto, diante da situação brasileira com o predomínio de condições crônicas, foi necessário inserir profissionais na constituição dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), compostos por profissionais de diferentes áreas de conhecimento que atuam de maneira integrada, apoiam e compartilham a responsabilidade com os profissionais das Equipes Estratégia Saúde da

Família, das Equipes de Atenção Primária para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais, etc.), atuando diretamente no apoio matricial às equipes das unidades nas quais o NASF está vinculado (BRASIL, 2011).

O cuidado é compreendido como algo inerente ao ser humano e parte integrante da vida, de modo que todas as espécies vivas necessitam de cuidado para a permanência de sua existência (COLLIERE, 2003).

Cuidar é uma atitude e abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro. O cuidado faz parte do ser humano, sem ele o ser humano perde o sentido. O cuidado é inserido em tudo que se faz, ou seja, tudo o que existe e vive precisa de cuidado para continuar a existir e a viver (BOFF, 2008).

Nesse contexto, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa destaca que a equipe ESF através de ações de cuidado pode promover a melhoria da qualidade de vida e aumento da resolutividade da atenção à pessoa idosa através do envolvimento dos profissionais de saúde, incluindo a atenção domiciliar e ambulatorial, com incentivo à utilização de instrumentos técnicos validados, como os de avaliação funcional e psicossocial (BRASIL, 2006).

As ações da APS em Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa e as atribuições dos profissionais são descritas no Caderno de Atenção Básica Nº 19, sendo que entre elas destacam-se: identificar e acompanhar pessoas idosas frágeis ou em processo de fragilização; prestar atenção contínua às necessidades de saúde da pessoa idosa articulada com os demais níveis de atenção, com vistas ao cuidado longitudinal e o acolhimento das pessoas idosas de forma humanizada na perspectiva de uma abordagem integral e resolutiva.

A Linha Guia de Atenção à Saúde do Idoso da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais tem como diretriz norteadora o cuidado ao idoso pautado na promoção, prevenção e recuperação da saúde. Dentre os objetivos elencados destacam-se a promoção do envelhecimento ativo e saudável e a identificação e promoção dos fatores de proteção e recuperação da saúde (MINAS GERAIS, 2006).

No entanto, evidencia-se que há especificidades no cuidado ofertado ao idoso frágil de acordo com os contextos regionais e dispositivos existentes nas

redes de cada território. De forma geral, mesmo com as definições de atribuições da APS como ordenadora do cuidado, o contexto atual da saúde pública aponta uma descontinuidade dos cuidados, além da fragmentação da atenção à saúde que é centrada no declínio do processo biológico, voltado para uma abordagem essencialmente curativa (MENDES, 2012).

Contudo, a atenção integral à saúde da pessoa idosa deverá ser estruturada nos moldes de uma linha de cuidados pautada preferencialmente em uma abordagem preventiva e intervenção precoce (BRASIL, 2006).

### **3.2.1 Rede Estadual de Assistência à Saúde do Idoso e o Programa Mais Vida**

O Ministério da Saúde através da Portaria GM/MS Nº 702, de 12 de abril de 2002, dispõe sobre a criação de mecanismos para a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso. A organização dessas redes advém da necessidade de promover ações de prevenção, promoção do envelhecimento saudável, manutenção da capacidade funcional e recuperação da saúde da população idosa, além de ser essencial a redução do número de internações e do tempo de permanência hospitalar que possibilita a manutenção da autonomia e independência. Portanto, tais ações estão em conformidade com o estabelecido com a Política Nacional do idoso, além de ser dever do Estado assegurar os direitos de cidadania, dignidade e bem estar a essa população (BRASIL, 2002).

A Secretaria de Estado Saúde de Minas Gerais instituiu o Programa Mais Vida e a Rede de Atenção à Saúde do Idoso através da Resolução SES-MG Nº 2.603, de 7 de dezembro de 2010 (MINAS GERAIS, 2010).

O Programa integra a Rede de Atenção à Saúde do Idoso que é composto por equipes da Atenção Primária à Saúde, Centro Mais Vida, hospitais referenciados, atenção domiciliar, hospital dia, centro de especialidades, reabilitação, cuidados paliativos e instituição de longa permanência para idoso (ILPI).

O Programa Mais Vida é definido pela Secretaria do Estado de Saúde de Minas Gerais como:

“Projeto estruturador da carteira de projetos prioritários do Estado de Minas Gerais na área da saúde e tem como propósito ofertar padrão de excelência em atenção à saúde do idoso com o objetivo de agregar anos à vida com independência e autonomia, fundamentando-se na constituição de uma rede integrada de atenção à saúde do idoso (MINAS GERAIS, 2010)”.

O PMV tem como objetivos: estruturar a rede de atenção à saúde da população idosa por meio de sistema articulado, regionalizado e integrado de ações qualificadas em saúde; manter, melhorar e/ou reabilitar a funcionalidade e autonomia de acordo com as necessidades de cada idoso; assegurar os princípios doutrinários do SUS de equidade, universalidade e integralidade; promover o aumento dos anos vividos da pessoa idosa com vistas à manutenção de sua capacidade funcional e autonomia; qualificar os profissionais de saúde da rede pública para ofertar atenção integral ao idoso; captar e acolher a população acima de 60 anos de idade e identificar suas necessidades; proporcionar a promoção e a prevenção da saúde da população idosa (MINAS GERAIS, 2010).

Nesse cenário destacam-se as competências da APS e dos Centros Mais Vida, sendo que entre as competências da APS destacam-se: prestar assistência integral à população idosa, respondendo às suas reais necessidades de forma contínua; garantir o acesso ao tratamento dentro na lógica de um sistema de referência e contrarreferência nos diversos pontos de atenção da rede de atenção à saúde; promover ações na rede intersetorial inclusive com as organizações formais e informais existentes no território para o enfrentamento e apoio conjunto dos problemas identificados na população idosa; fortalecer as relações humanas com a pessoa idosa e sua família para a criação de vínculo e participar de ações de educação permanente e capacitações direcionadas a ofertar um cuidado qualificado em saúde a essa população.

O Centro Mais Vida tem entre seus compromissos gerais promover o atendimento de todos os idosos frágeis da macrorregião que atendam os critérios de classificação de risco da linha guia “Atenção à saúde do Idoso”. Entre as suas competências ressalta-se: atender o idoso frágil encaminhado pela APS conforme os fluxos estabelecidos; realizar avaliação do idoso frágil por intermédio da equipe multiprofissional; elaborar o prontuário e complementar o

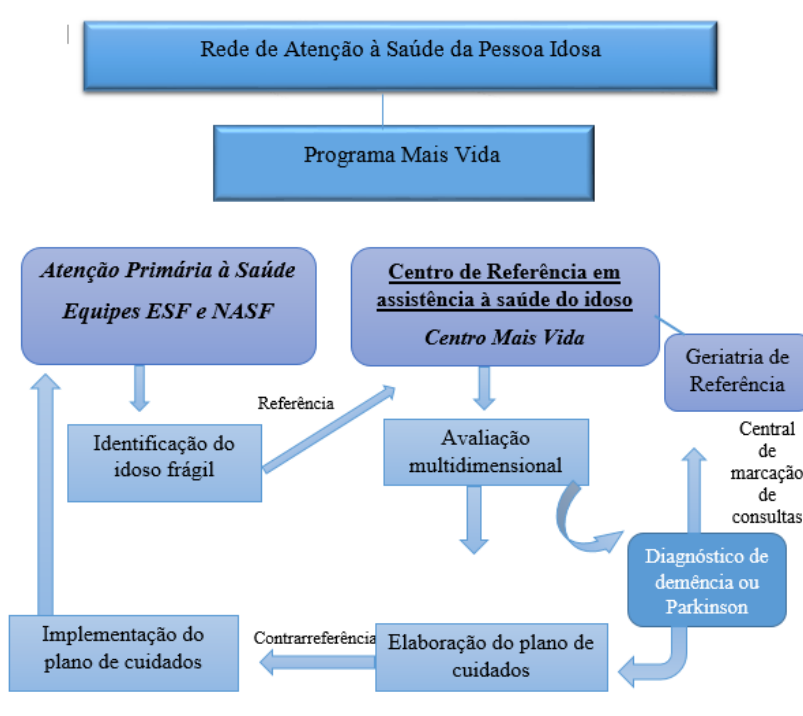


Plano de Cuidado (ANEXO B) de cada idoso frágil encaminhado pela APS e contrarreferenciar o usuário à unidade de saúde do seu município de origem para que seja acompanhado pela equipe da APS responsável; proceder à articulação dos profissionais do Centro com os demais pontos de atenção visando uma assistência mais qualificada; prestar orientações aos acompanhantes e/ou cuidadores dos idosos atendidos no Centro Mais Vida; realizar capacitações em parceria com programas de educação permanente com os profissionais da APS em sua área de abrangência em parceria; ofertar suporte técnico para os profissionais da rede visando a implementação do Plano de cuidado (MINAS GERAIS, 2010).

Portanto, o CMV tem como função executar o papel de referência secundária com vistas ao diagnóstico clínico e funcional da população, atuando de maneira integrada e articulada com os diversos pontos de atenção da rede, ou seja, à atenção primária e terciária com o intuito de ofertar a atenção integral e humanizada à saúde da pessoa idosa (MINAS GERAIS, 2010).

O fluxo de encaminhamento do idoso da APS ao CMV no contexto do Programa Mais Vida, segue apresentado abaixo (figura 2):

Figura 2: Fluxo de encaminhamento do idoso frágil no Programa Mais Vida



Fonte: elaborado para fins deste estudo a partir da Resolução SES Nº 2.603, de 7 de dezembro de 2010.

Conforme disposto no artigo Nº 11 da Resolução SES Nº 2.603, os Centros Mais Vida deverão ter uma composição de equipe assistencial mínima e deve ser constituída dos seguintes profissionais: médico geriatra ou clínico geral capacitado para atendimento ao idoso; médico geriatra, que será o coordenador técnico; assistente social; enfermeiro; farmacêutico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; nutricionista; psicólogo e terapeuta ocupacional.

A proposta estadual é a organização dos Centros Mais Vida de acordo com o Plano Diretor de Regionalização – PDR, conceituado como um instrumento de planejamento e gestão das redes de atenção à saúde, sendo que o objetivo do PDR é direcionar a descentralização com vistas à promoção da acessibilidade dos usuários considerando os princípios do SUS e economia de escala (MINAS GERAIS, 2010).

O estado mineiro tem como espaço territorial 853 municípios que foram alocados em 76 microrregiões e em 13 macrorregiões de saúde. Dessa forma, a abrangência dos Centros Mais Vida é macrorregional nos municípios polos. A estratégia inicial é a implantação de quinze centros no Estado de Minas Gerais.

Sendo assim, a cobertura prevista será de um CMV em cada macrorregião, com exceção das macrorregiões Centro e Sul, que devido ao quantitativo de idosos possuirão dois Centros (MINAS GERAIS, 2010).

Atualmente, conforme a figura 3 abaixo, estão em funcionamento três Centros Mais Vida localizados nos municípios de Belo Horizonte, Montes Claros e Juiz de Fora.



## **4. REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO**

### **4.1 A teoria da Complexidade**

O objeto de estudo nesta área de conhecimento está centrado no cuidado ao idoso frágil e as ações assistenciais ofertadas nos pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde do Idoso, visando à busca da integralidade do cuidado.

O SUS é um sistema que apresenta complexidade e a construção da integralidade, um dos seus princípios doutrinários é possível através de estratégias concretas e de um fazer coletivo. Evidenciam-se alguns dificultadores pelo próprio caráter multifatorial do sistema e as diversas realidades regionais existentes que apontam para distintas necessidades de saúde da população entre as regiões do país (BRASIL, 2010).

O sistema apresenta multidimensionalidade das relações em todas as esferas que compõem sua estrutura e nas questões que envolvem a inter-relação com os demais atores da sociedade e as redes intersetoriais que compõem a lógica do cuidado integral. Com isso, todas as ações e interações causam impacto direto ou indireto nos determinantes sociais do processo saúde e doença. A complexidade do sistema de saúde nos mostra as amplitudes das conexões e interconexões que se realizam interna e externamente no sistema (ARRUDA et al., 2015).

A Rede de Atenção à Saúde é uma estratégia de reestruturação do modelo de atenção à saúde construída pelo MS a fim de superar o modelo fragmentado, apresentando múltiplas conexões e relações com diversos atores. A RAS tem entre seus dispositivos a APS, que se caracteriza por um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo e dispõe de tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde da população inserida em seu território (BRASIL, 2011). Uma das estratégias definidas para ampliar a resolutividade foi a criação da ESF que realiza ações visando propiciar um impacto positivo na situação de saúde das pessoas e coletividades.

A atenção primária é entendida como o primeiro contato do indivíduo na rede assistencial e a sua operacionalização implica em reorganizar o sistema a partir da ideia da integração com os outros níveis de cuidado e na proposta de

longitudinalidade com o intuito de ofertar uma assistência continuada à população (STARFIELD, 2002; BRASIL, 2006; MENDES, 2011).

O cuidado e a clínica na APS envolvem ações técnicas que englobam aspectos políticos e éticos, sendo que a complexidade desse nível de atenção está na possibilidade de reconhecer determinantes sociais e individuais, além das relações envolvidas para o cuidado integral. O modelo de atenção proposto para a APS e que envolve os profissionais da ESF e NASF permite compreender os sujeitos nas suas diversas dimensões tanto biológicas, psicossociais e culturais.

Compreende-se através da construção de vínculo e escuta qualificada, que além da fisiologia condicionada por fatores genéticos e ambientais que os determinantes sociais, ou seja, às condições em que uma pessoa vive e trabalha, as relações estabelecidas no âmbito familiar, a religião, a cultura e a natureza econômica dos sujeitos e coletivos podem afetar a saúde (CUNHA, 2007).

O processo de envelhecimento e o próprio cuidado ao idoso frágil no SUS perpassa por questões complexas, entre elas, as alterações fisiológicas, ao consenso para definição do fenômeno da fragilidade, a história de vida do idoso, o contexto socioeconômico e cultural, as desigualdades sociais existentes que repercutem em toda a trajetória existencial do ser e a fragmentação do cuidado nas Redes de Atenção à Saúde.

O cuidado significa atenção, precaução, cautela, dedicação e responsabilidade. Especificamente, o cuidado ao idoso requer a integração multiprofissional e a articulação das redes de atenção à saúde e rede intersetorial, na perspectiva de garantir um cuidado de acordo com os princípios do SUS.

Diante desse contexto, a análise acerca das ações de saúde para a pessoa idosa no escopo do SUS, das Redes de atenção à Saúde e o cuidado prestado pelos profissionais atuantes na APS devem ser realizados sob múltiplas dimensões, analisando como ocorre o cuidado ao idoso frágil na APS utilizando como subsídio o suporte teórico da Teoria da Complexidade de Edgar Morin.

A Teoria da Complexidade de Edgar Morin fundamenta-se numa visão transdisciplinar, valorização do conhecimento não fragmentado, contesta os mecanismos reducionistas e considera a multidimensionalidade dos fenômenos e todas as influências recebidas (MORIN, 2015).

A complexidade é descrita como um tecido no quais unidades de acontecimentos, ações, interações, retroações, determinações, acasos e inclusive as incertezas, indeterminações e desordens constituem um fenômeno (MORIN, 2015).

Morin considera que há a existência de uma inteligência cega, onde há uma vivência pautada sob o império dos princípios de disjunção, de redução e abstração, constituindo assim o paradigma da simplificação e enfatiza a importância do pensamento complexo. Esse pensamento se opõe ao simplismo e busca englobar a descrição das dimensões dos diversos contextos em que ela é exercida (MORIN, 2015).

O pensamento complexo é dialógico, aberto e admite incertezas, ordena que é importante juntar, contextualizar e ao mesmo tempo distinguir, reconhecer o singular, o individual e o concreto (MORIN, 2010).

O pensamento simplificador baseia-se na disjunção entre o objeto e o meio, havendo um isolamento visando a compreensão do objeto. No entanto, para a compreensão do todo é essencial entender as interações existentes entre objeto e meio ambiente (MORIN, 2010).

Edgar Morin questiona a hiperespecialização e afirma que a mesma produz o fenômeno da fragmentação, a desintegração das realidades, saberes e práticas, fomentados com o avanço tecnológico, levando à redução do complexo ao simples (MORIN, 2000; ARRUDA et al., 2015).

A hiperespecialização na medicina propicia efeitos nocivos, visto que os órgãos são tratados independente um do outro e do próprio corpo, sendo que algumas ações e condutas visando auxiliar um problema impacta negativamente em outra, causando as iatrogenias (MORIN, 2000).

O conhecimento parcelado, compartimentado e reducionista fragmenta os problemas e torna unidimensional questões que são multidimensionais. (MORIN, 2000).

Morin descreve sua teoria pautada em sete princípios como guias para pensar a complexidade.

- O Princípio Sistêmico ou Organizacional que se opõe ao reducionismo, dessa forma liga o conhecimento das partes ao conhecimento do todo.

“É impossível conhecer o todo sem conhecer as partes e conhecer as partes sem conhecer o todo” (MORIN, 2010, p.209).

- O Princípio Hologramático enfatiza que não somente a parte está inserida no todo, mas o todo está inscrito nas partes. Exemplificando, cada célula é uma parte de um organismo global, mas o todo também está na parte incluído no material genético presente em cada célula.
- O Princípio do Círculo Retroativo é embasado na ideia de circularidade, onde os produtos e os efeitos retroagem sobre as próprias causas e as realimentam. Um exemplo é o processo de homeostasia de um organismo, onde há processos reguladores em múltiplas retroações (ou *feedback*).
- O Princípio da Auto-eco-organização: está relacionado a autonomia e dependência e afirma que as organizações têm a capacidade de se organizar, o que seria a auto-organização, no entanto a sua autonomia depende de energia, informação e relação com o mundo exterior e as relações sociais, ambientais e culturais.
- Princípio Dialógico: aponta a importância racional de associar ações contraditórias, ou seja, dialogar com a diversidade de ideias e situações, pois fazem parte do contexto.
- Princípio da Reintrodução do Conhecimento em Todo o Conhecimento: esse princípio conjectura que todo conhecimento é uma reconstrução ou tradução realizada por um cérebro em uma determinada cultura e em um período de tempo específico.

A teoria da complexidade traz em discussão e reflexão a pertinência de, que para conhecer o humano é necessário situá-lo ao universo, sendo essencial substituir um pensamento que isola por um que distingue e une (MORIN, 2015).

Nesse contexto, o cuidado ao idoso frágil deve considerar a complexidade que o tange como ser humano biopsicossocial, sua trajetória de vida e o contexto na qual ele está inserido, além das articulações e ações estabelecidas pelos profissionais da Rede de Atenção à Saúde do SUS.

## **5. PERCURSO METODOLÓGICO**

### **5.1 Tipo de estudo**

Trata-se de estudo descritivo, exploratório e transversal, desenvolvido utilizando a abordagem quantitativa.

A opção pela a abordagem qualitativa está ancorada no fato de ser um meio onde é possível explorar e compreender o universo de significados e as representações da realidade. Essa abordagem é um percurso metodológico que propicia desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos, permitindo a criação de novas abordagens, sendo caracterizado por uma sistematização progressiva do conhecimento pela empiria até a compreensão lógica interna do grupo ou processo estudado (MINAYO, 2010).

Adota-se a premissa de que o estudo descritivo permite descrever, expor as características de determinada população ou fenômeno e inclusive estabelecer relações entre variáveis de determinado fenômeno observado. O estudo exploratório tem como objetivo explicitar e proporcionar melhor entendimento de determinado problema e fenômeno buscando identificar como se manifesta e os fatores a ele relacionados (GIL, 2007).

Assim, a escolha dessa abordagem mostra-se adequada para identificar e explorar o significado do fenômeno a ser estudado e as interações que estabelecem, estimulando o desenvolvimento de novas compreensões sobre a variedade e a profundidade do objeto da pesquisa sendo possível compreender as dimensões simbólicas e concretas que envolvem o cuidado ao idoso frágil.

### **5.2 Cenário de estudo**

O cenário de estudo definido foi o Centro Mais Vida (Centro de Referência em Assistência à Saúde do Idoso) da macrorregional Centro da Região de Saúde do Estado localizado no município de Belo Horizonte, instituição pertencente ao Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC-UFMG) e Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de Belo Horizonte/MG, que compõem a Atenção Primária à Saúde.



Nesse contexto, optou-se por definir como cenário de estudo o Centro Mais Vida (Centro de Referência em Assistência à Saúde do Idoso) por compor o Programa de Atenção à Saúde do Idoso de Minas Gerais (Programa Mais Vida).

Para a definição das Unidades Básicas de Saúde que compuseram o cenário do estudo, foram consideradas as UBS's que encaminharam idosos identificados como frágeis integrantes dos distritos sanitários Centro-sul, Nordeste e Venda Nova do município de Belo Horizonte que integram o território de atuação da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), conforme previsto pelo Centro de Educação em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMS-BH).

O município de Belo Horizonte possui 09 Distritos Sanitários e tem definido certo espaço geográfico, populacional e administrativo. Atualmente, o município dispõe de 142 Unidades Básicas de Saúde, 7 Unidades de Pronto Atendimento (UPA), 4 Unidade de Referência Secundária (URS's) e mais de 40 hospitais conveniados. A distribuição de serviços segundo os distritos é entre 15 a 20 unidades ambulatoriais por Distrito, constituídos de UBS, URS's (Unidades de Referência Secundária, antigo PAM) e Cersam's (Centros de Referência em Saúde Mental), UPA's e unidades da rede hospitalar.

Figura 4: Representação cartográfica da divisão territorial do município de Belo Horizonte de acordo com os seus respectivos distritos sanitários.



Fonte: Prefeitura de Belo Horizonte disponível em <http://portalpbh.pbh.gov.br>.

As UBS's das respectivas regionais mencionadas foram identificadas na primeira etapa do estudo através da análise documental onde foi realizada a análise do perfil dos idosos a partir dos planos de cuidados, identificação e classificação clínico-funcional dos idosos atendidos no Programa Mais Vida de acordo com escores do instrumento IVCF-20 (Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional).

Dessa forma, após identificar as UBS que encaminharam idosos identificados como frágeis na classificação clínico funcional IVCF-20 (ANEXO B) foi realizado sorteio para definir quais seriam os cenários do estudo.

### **5.3 Sujeitos do estudo**

Os sujeitos da pesquisa foram os profissionais de saúde de nível superior das Equipes Estratégia Saúde da Família (ESF) e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) que prestam assistência direta aos idosos nas unidades básicas de saúde (enfermeiros, médicos, assistente social, etc.).

O critério de inclusão promoveu a inserção de profissionais de saúde da ESF e do NASF que atuavam nas UBS's definidas como cenários do estudo em um período igual ou superior a um ano. Esse critério justifica-se pela possibilidade de se contemplarem competências, habilidades, compreensão dos fluxos e encaminhamento necessários na rede que possibilitam contribuições do cuidado multidisciplinar ao idoso que atendam aos pressupostos da rede de atenção à saúde do idoso.

Os critérios de exclusão incluíram profissionais que estavam de férias, licença médica ou licença a maternidade no período da coleta de dados ou recusarem a participar do estudo. A representatividade estatística é desnecessária no estudo qualitativo, sendo um dos motivos pelos quais as amostras nesse referido estudo são menores do que as necessárias nos estudos quantitativos (FONTANELLA et al., 2008).

Ressalta-se que a coleta de dados nos estudos qualitativos poderá ser interrompida quando avaliado que não estão sendo disponibilizados novos elementos da interação entre campo de pesquisa e o investigador para subsidiar a teorização almejada, ou seja, de acordo o critério de saturação das informações (FONTANELLA et al., 2011; MINAYO, 2006).

### **5.4 Coleta de dados**

Como estratégia para viabilizar a apreensão do objeto da pesquisa foram elencados instrumentos, técnicas e procedimentos coerentes com os pressupostos teóricos previamente definidos com o problema e os objetivos do estudo.

A coleta dos dados foi realizada em duas etapas: a primeira etapa constou de análise documental para identificar, caracterizar o perfil dos idosos e a classificação clínico-funcional dos idosos atendidos no Programa Mais Vida,

tendo como referência os distritos sanitários do Município de Belo Horizonte. Posteriormente, foram elencadas as UBS's dos distritos sanitários Centro-Sul, Nordeste e Venda Nova que realizaram encaminhamentos de idosos classificados como frágeis, sendo realizado um sorteio para definir quais UBS's participariam da segunda etapa do estudo.

A segunda etapa da coleta de dados foi realizada através de entrevista individual com os profissionais da ESF e NASF das UBS's dos distritos sanitários mencionados, orientada por roteiro semiestruturado.

#### **5.4.1 Instrumentos de coleta de dados**

Na primeira etapa, onde foi realizada a análise documental, utilizou-se um instrumento (APÊNDICE A) baseado em variáveis sociodemográficas, como sexo, escolaridade, idade do paciente, unidade básica de saúde de origem, diagnósticos e classificação clínico funcional de acordo com o IVCF-20. As informações foram extraídas por meio da análise do plano de cuidados (ANEXO B) que contempla dados referentes à classificação do instrumento IVCF-20 (ANEXO C).

O Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional (IVCF-20) é um instrumento utilizado para a estratificação de risco de vulnerabilidade clínico-funcional e a definição da classificação do idoso quanto ao grau de Vulnerabilidade Clínico Funcional desenvolvido no Brasil a partir do instrumento VES 13 e outros citados na literatura (CARMO, 2014).

Esse instrumento foi escolhido pelos profissionais da equipe do Centro Mais Vida para realizar essa classificação. O questionário é composto por 20 questões que abordam os principais marcadores de fragilidade clínico-funcional e possui uma pontuação total de 40 pontos. No quadro, abaixo segue a representação do ponto do score e classificação quanto ao grau de vulnerabilidade clínico funcional de acordo com IVCF-20:

Quadro 1: Classificação: Grau de Vulnerabilidade Clínico Funcional

Índice Vulnerabilidade Clínico Funcional (IVCF-20)		
<b>Pontos do score</b>	<b>Classificação quanto ao grau de Vulnerabilidade Clínico Funcional</b>	<b>Prioridade para realização de avaliação multidimensional do idoso</b>
<b>0 a 6 pontos</b>	Idoso Robusto apresenta baixo risco de vulnerabilidade clínico funcional	Baixa
<b>7 a 14 pontos</b>	Idoso em risco de fragilização, vulnerabilidade clínico funcional	Média
<b>≥15 pontos</b>	Idoso frágil com alto risco de vulnerabilidade clínico funcional	Alta

Fonte: Índice Vulnerabilidade Clínico Funcional (IVCF-20). Disponível em: <https://www.ivcf-20.com.br/institucional/atributosdoivcf20/5/21>.

As informações constantes no plano de cuidados foram coletadas e inseridas no banco de dados construído a partir do programa Microsoft EXCEL 2010 para análise de frequências simples e análise do perfil e classificação clínico-funcional dos idosos atendidos pelo Centro Mais Vida tendo como referência os distritos sanitários do Município de Belo Horizonte;

Na segunda etapa da coleta de dados foram realizadas entrevistas individuais com os profissionais da ESF e NASF das UBS orientada por roteiro semiestruturado (APÊNDICE B). O roteiro semiestruturado foi elaborado de acordo com os questionamentos, objetivos, e pressupostos orientadores do estudo.

A entrevista foi escolhida por ser uma técnica que proporciona a obtenção de dados subjetivos e objetivos, uma vez que opiniões e valores dos participantes são imprescindíveis para o reconhecimento do objeto deste estudo, de acordo com orientações de Minayo (2002, p. 57).

## 5.5 Inserção do pesquisador no campo

### ▪ ***Primeira etapa - Análise documental***

A análise documental compreende a identificação, verificação e apreciação de documentos propondo produzir ou reelaborar conhecimentos e criar novas formas de compreender o fenômeno (SÁ-SILVA et al. 2009).

O Plano de Cuidado (ANEXO B) contempla a classificação do Índice Vulnerabilidade Clínico Funcional (IVCF-20) (ANEXO C) e é elaborado pela equipe multiprofissional após a avaliação do idoso no Centro Mais Vida. Posteriormente o plano é encaminhado por e-mail para as equipes ESF onde deverão ser implementadas as intervenções sugeridas pela equipe do CMV.

Foram analisados 362 planos de cuidados dos pacientes no período compreendido de janeiro a junho de 2016, sendo possível identificar o perfil dos idosos atendidos, a classificação clínico funcional dos idosos, as unidades básicas de saúde que realizaram encaminhamentos de idosos classificados como frágeis e os respectivos distritos sanitários de Belo Horizonte que as UBS's estão alocadas. Posteriormente, foi realizado um sorteio para definir quais UBS's dos distritos sanitários Centro-sul, Nordeste e Venda Nova participariam da segunda etapa do estudo.

### ▪ ***Segunda etapa - Entrevistas individuais com os profissionais da ESF e NASF das Unidades Básicas de Saúde***

De acordo com Minayo (2002), o trabalho de campo permite a aproximação do pesquisador com a realidade sobre a qual se formulou a pergunta da pesquisa, mas também permite estabelecer uma interação com os atores que conformam a realidade e, assim, constrói um conhecimento empírico importantíssimo na pesquisa social.

A segunda etapa iniciou-se através do contato prévio com os gerentes das regionais de saúde (distritos sanitários) para aceite e pactuação da pesquisa e com os gerentes locais das UBS's definidas previamente de acordo com a identificação da análise documental. Posteriormente foi realizado contato com

os profissionais das equipes ESF e NASF que atuam nas unidades para aceitar a participação do estudo e agendamento das entrevistas individuais.

A inserção em campo teve início com a realização do teste piloto, através de entrevistas individuais com três profissionais para aproximação da realidade e com o intuito de verificar a necessidade de adequação do instrumento para a coleta dos dados. Após o teste piloto foi realizada leitura crítica da transcrição das entrevistas pela pesquisadora possibilitando a verificação das questões abordadas, se foram contemplados os temas centrais e se as perguntas não estavam induzindo as respostas do entrevistado.

Essa análise possibilitou rever e readequar o instrumento de coleta de dados em relação às perguntas e à forma de condução da entrevista. Os dados coletados no teste piloto não foram incluídos na análise deste estudo. Foram incluídos no estudo a análise de 34 entrevistas individuais.

Prosseguimos o contato com os profissionais visando à participação e agendamento da entrevista individual. As entrevistas iniciaram em novembro de 2016 e terminaram em dezembro de 2016, sendo que todas foram realizadas pela própria pesquisadora no local de trabalho dos profissionais. Os áudios foram gravados em aparelho de áudio portátil após o consentimento e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C) pelos participantes, que ficaram de posse de uma via deste termo que contempla informações referentes aos objetivos, finalidades do estudo, compromisso de anonimato e o uso dos dados para a produção técnico-científica.

A coleta de dados foi interrompida quando chegou-se à conclusão de que não estavam sendo disponibilizados novos elementos da interação entre campo de pesquisa e o investigador para subsidiar a teorização almejada (FONTANELLA et al., 2011; MINAYO, 2006).

## **5.6 Análise e discussão dos dados**

Os dados coletados receberam tratamento de acordo com o proposto por Bardin (2009) por meio da análise de conteúdo.

Esse método corresponde a um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens. O intuito da análise de conteúdo é a inferência de

conhecimentos relativos às condições de produção, inferência que recorre a indicadores (quantitativos ou não) e procura conhecer as informações que encontram subjacente as palavras às quais se pesquisa (BARDIN, 2009).

Para a escolha da análise temática, modalidade de análise de conteúdo, foi considerada a necessidade de serem trabalhados os núcleos de sentido que compõem uma mensagem e cuja frequência de aparição ou mesmo presença relacionam-se com o objetivo do estudo.

Bardin propõe a cronologia abaixo como proposta metodológica sendo elas: pré-análise, a exploração do material ou codificação e o tratamento dos resultados, inferência e interpretação (BARDIN, 2009).

Na primeira etapa são realizadas ações preparatórias para a análise, sendo composta pelas etapas da leitura flutuante; escolha dos documentos ou definição do corpus de análise; formulação das hipóteses e objetivos da análise; elaboração dos indicadores que fundamentam a interpretação final; e preparação do material. Na segunda etapa, os dados brutos obtidos através das entrevistas são transformados sistematicamente e agregados em unidades de registro. A última etapa é realizada sob a ótica do referencial teórico da pesquisa, busca responder aos questionamentos e aos objetivos previamente propostos na pesquisa, onde são estabelecidas categorias que consistem na classificação dos elementos (BARDIN, 2009).

A pré-análise tem como objetivo operacionalizar e sistematizar as ideias iniciais para o desenvolvimento das operações sucessivas no plano de análise. Portanto, é feita a leitura flutuante dos dados, análise da representatividade, homogeneidade e pertinência. A pesquisadora nessa fase realizou a transcrição integral com fidelidade das gravações dos discursos de todos os entrevistados. Em seguida, foi realizada a codificação dos nomes dos profissionais da ESF e NASF participantes da pesquisa, sendo substituídos por códigos alfanuméricos e os nomes das unidades de saúde omitidos.

Prosseguiu-se na pré-análise com a leitura flutuante das transcrições das entrevistas com o intuito de identificar os sentidos e significados.

Na fase de exploração do material ou codificação, os dados brutos do material foram preparados e codificados para se alcançar o núcleo de compreensão do texto. Na construção das categorias de análise, utilizou-se a codificação ou categorização que envolve a identificação e o registro de uma ou



mais passagens de textos ou outros itens dos dados como partes do quadro geral que, em algum sentido, exemplificam a mesma ideia teórica e descritiva (GIBBS, 2009, p.60).

As transcrições das entrevistas foram submetidas a uma leitura aprofundada e nesse momento foram realizados os procedimentos de recorte, classificação e agregação das unidades de registro, possibilitando que emergissem as categorias empíricas. Prosseguiu-se com a fase de inferências e interpretações de acordo com o referencial teórico e os objetivos propostos.

Os resultados são apresentados após a análise e foram sintetizados com foco no cuidado ao idoso frágil na APS na perspectiva do Programa Mais Vida. Procurou-se identificar como ocorre o cuidado e a avaliação do idoso frágil na APS, englobando a implementação do plano de cuidados elaborado pela equipe multiprofissional do Centro Mais Vida e os fatores que influenciam o processo de implementação do plano de cuidados, vislumbrando as principais dificuldades e desafios.

Como mencionado, o referencial teórico utilizado para a análise dos registros foi a Teoria da Complexidade de Edgar Morin. Diante da análise emergiram as seguintes categorias e subcategorias:

- O cuidado ao idoso frágil na Atenção Primária à Saúde, sendo as subcategorias as seguintes: A fragmentação do cuidado ao idoso frágil e O cuidado ao idoso frágil: desafios e as perspectivas para a integralidade do cuidado.
- Programa Mais Vida: ferramenta para a linha de cuidado do idoso frágil nas Redes de Atenção à Saúde;
- Plano de Cuidados: o fluxo, as estratégias e os desafios para o processo de implementação;
- A educação permanente na área de geriatria e gerontologia e o matriciamento como apoio no cuidado ao idoso frágil.

## **5.7 Aspectos éticos legais**

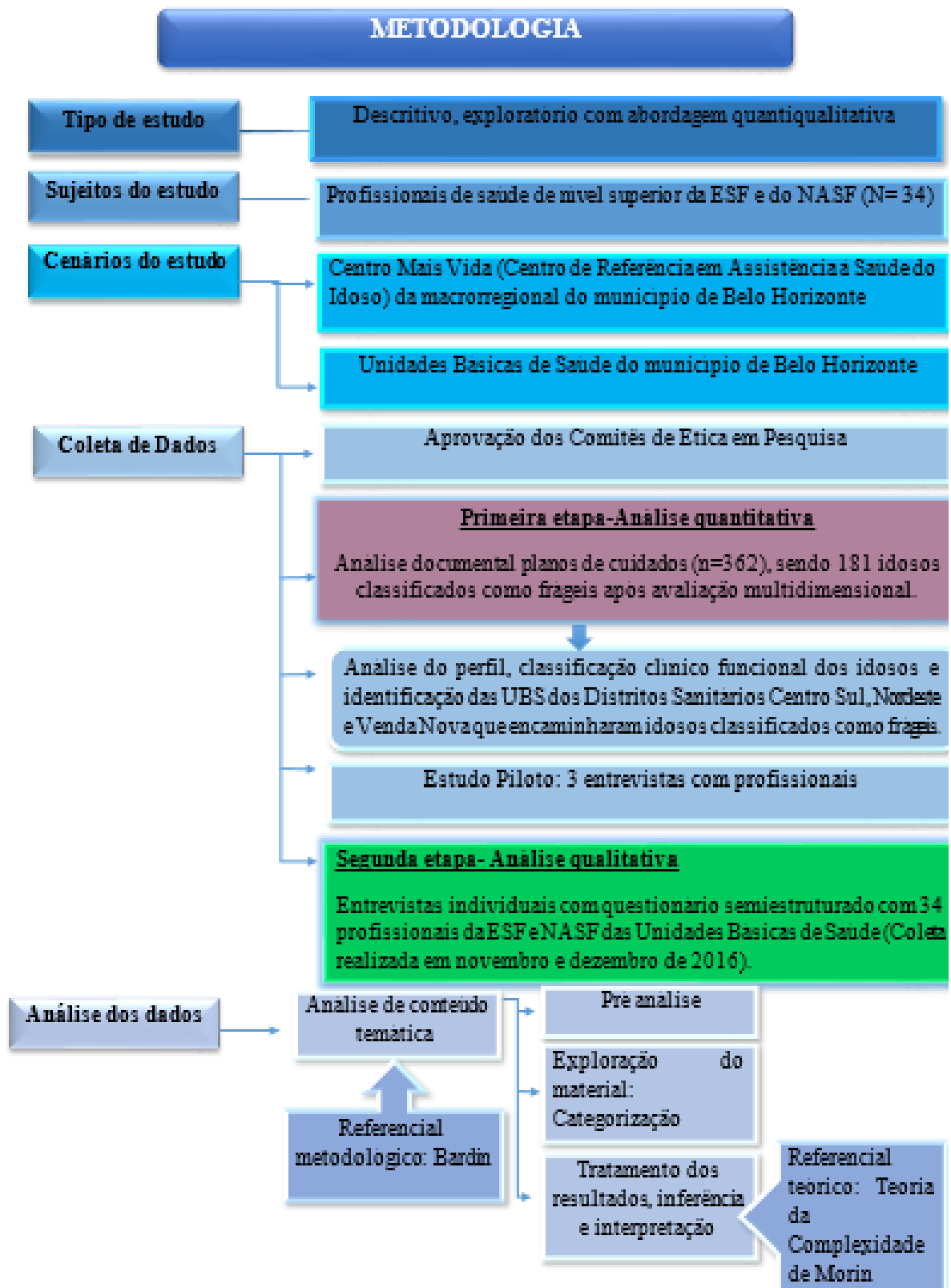
Todas as etapas do presente estudo estão em concordância com a Resolução CNS nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012).

A coleta de dados foi precedida da apresentação do estudo, pela apreciação do projeto de pesquisa pelo Departamento de Enfermagem Básica da Escola de Enfermagem da UFMG, pelo Ambulatório de Seguimento do Hospital Público de Ensino, pelo Departamento de Ensino e Pesquisa do Hospital Público de Ensino, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte e o Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG - Parecer 1.734.369 (ANEXO A).

Todos participantes receberam uma carta de apresentação do projeto e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APÊNDICE C), onde foram informados quanto aos objetivos da pesquisa garantindo-se sigilo dos dados e anonimato. Enfatizou-se a voluntariedade da sua inserção na pesquisa dando-lhe liberdade de retirar o consentimento em qualquer momento da pesquisa caso assim o participante desejasse.

Abaixo segue uma representação do percurso metodológico:

Figura 5: Percurso metodológico



Fonte: elaborado para fins deste estudo, 2017.

## 6. RESULTADOS E DISCUSSÕES

### 6.1 Análise dos planos de cuidados dos idosos atendidos no Centro Mais Vida, conforme Distritos Sanitários de Belo Horizonte

Foram analisados 362 planos de cuidados no período de Janeiro a Junho de 2016, elaborados a partir da avaliação multidimensional do idoso pela equipe multiprofissional do Centro Mais Vida de pacientes que foram encaminhados pelas Unidades Básicas de Saúde dos nove distritos sanitários de município de Belo Horizonte.

O quantitativo de planos de cuidados elaborados e encaminhados pela equipe do CMV para as Unidades Básicas de Saúde à partir da avaliação multidimensional do idoso segue apresentada na tabela 1 abaixo por distrito sanitário.

Tabela 1: Quantitativo de planos de cuidados elaborados pela equipe do Centro Mais Vida de acordo com os distritos sanitários de Belo Horizonte, MG, janeiro a junho de 2016, (n=362).

<b>Distrito Sanitário</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Barreiro	41	11,3%
Centro-sul	12	3,3%
Leste	30	8,3%
Nordeste	71	19,6%
Noroeste	46	12,8%
Norte	48	13,2%
Oeste	43	11,9%
Pampulha	15	4,1%
Venda Nova	56	15,5%
<b>Total</b>	<b>362</b>	<b>100%</b>

Fonte: Dados extraídos dos Planos de cuidados, 2017.

Destaca-se que os distritos Nordeste, Venda Nova, Noroeste e Norte foram os que apresentaram o maior quantitativo de encaminhamentos para o Centro Mais Vida no período estudado.

Em relação à classificação clínico-funcional, conforme dados da tabela 2, os idosos classificados como robustos (estratos 1, 2 e 3) representaram 24,59%

da população estudada, sendo que o maior o objetivo das intervenções realizadas pela equipe multiprofissional está direcionada a manter a independência e autonomia. Os idosos com risco de fragilização (estratos 4 e 5) representaram 23,76% e os idosos frágeis em cinco estratos da classificação clínico funcional (6, 7, 8, 9 e 10) corresponderam 51,65% (n=187).

Tabela 2: Identificação do quantitativo de idosos atendidos no Centro Mais Vida e a classificação clínico-funcional dos idosos, Belo Horizonte, MG, janeiro a junho de 2016, (n=362).

<b>Variável</b>		
<b>Classificação clínico-funcional dos idosos</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Idoso Robusto	89	24,59%
Idoso em risco de fragilização	86	23,76%
Idoso Frágil- alta complexidade	86	23,76%
Idoso Frágil- baixa complexidade	93	25,69%
Idoso Frágil em fase final de vida	8	2,20%
<b>Total</b>	<b>362</b>	<b>100%</b>

Fonte: Dados extraídos dos Planos de cuidados, 2017.

O distrito sanitário do Barreiro encaminhou 11,3% (n=41) do total de idosos avaliados pela equipe multiprofissional do Centro Mais Vida, de acordo com os planos de cuidado avaliados no período estudado. Do total encaminhado por esse distrito, o quantitativo de idosos classificados como frágeis foi de 48,78% (n=20) de acordo com os cinco estratos da classificação clínico funcional do IVCF-20 dos planos de cuidado, sendo que 31,71% (n=13) foram classificados como idosos em risco de fragilização e 2,44% (n=1) em fase final de vida.

O distrito sanitário Centro-Sul encaminhou o menor quantitativo de idosos, ou seja 3,3% (n=12) dos planos de cuidados avaliados. Do total encaminhado por esse distrito, o quantitativo de idosos classificados como frágeis foi de 33,3% (n=4) de acordo com os cinco estratos da classificação clínico funcional do IVCF-20.

O maior número de encaminhamentos no período analisado foi realizado pelo distrito sanitário Nordeste, totalizando 19,6% (n=71). Apresentou um percentual de 43,67% (n=31) de idosos classificados como frágeis de acordo com os cinco estratos da classificação clínico funcional do IVCF-20, além de 32,39% (n=23) em risco de fragilização.

O distrito sanitário Leste foi responsável por encaminhar 8,3% do total de idosos (n=30), sendo identificado um percentual de 50% (n=15) de idosos classificados como frágeis de acordo com os cinco estratos da classificação clínico funcional do IVCF-20 e 40% (n=12) dos idosos avaliados foram classificados como robusto.

O distrito sanitário Noroeste encaminhou 12,8% (n=46) e dentro desse valor, apresentou um percentual de 52,17% (n=24) de idosos classificados como frágeis de acordo com os cinco estratos da classificação clínico funcional do IVCF-20 e 30,43% (n=14) dos idosos avaliados foram classificados como idoso robusto.

O distrito sanitário Norte encaminhou 13,2% (n=48) do total de idosos avaliados pela equipe multiprofissional do Centro Mais Vida, de acordo com os planos de cuidado avaliados no período estudado. Ele apresentou um percentual de 64,59% (n=31) de idosos classificados como frágeis de acordo com os cinco estratos da classificação clínico funcional do IVCF-20.

O distrito sanitário Oeste encaminhou 11,9% (n=43), apresentando um percentual de 39,53% (n=17) de idosos classificados como frágeis e 44,19% (n=19) de idosos robustos.

Constatou-se ainda, que do total encaminhado pelo distrito sanitário Pampulha, 53,33% (n=8) eram classificados como frágeis de acordo com os cinco estratos da classificação clínico funcional do IVCF-20 e foi o segundo distrito com o menor número de encaminhamentos no período 4,1% (n=15).

O distrito sanitário Venda Nova apresentou um percentual de 66,08% (n=37) de idosos classificados como frágeis e foi o segundo distrito sanitário com o maior quantitativo de plano de cuidados 15,5% (n=56) da amostra analisada.

Destaca-se que dois dos distritos onde foram realizadas a segunda etapa do estudo foram aqueles que tiveram o maior número de encaminhamentos e planos de cuidados elaborados, respectivamente o distrito sanitário Nordeste 19,6% (n=71) e Venda Nova 15,5% (n=56) e o distrito Centro-Sul foi a que teve o menor número de plano de cuidados elaborados 3,3% (n=12) da amostra analisada.

A avaliação multidimensional do idoso consiste em um processo de análise que busca obter informações referentes à funcionalidade global, sistemas funcionais e fisiológicos, uso de medicamentos, história pregressa e os todos os fatores contextuais relevantes para o envelhecimento saudável, ou seja, a avaliação sociofamiliar, ambiental e do cuidador (MORAES, 2012).

A classificação clínico-funcional dos idosos frágeis (IVCF-20) conforme os planos de cuidados avaliados de acordo com os distritos sanitários de Belo Horizonte segue representada na tabela abaixo:

Tabela 3: Classificação clínico funcional (IVCF-20) dos idosos frágeis atendidos no Centro Mais Vida de Belo Horizonte, MG, janeiro a junho de 2016 (n=362).

Variável	Distritos sanitários																			
	Classificação clínico-funcional dos idosos	Total (n = 362)	Barreiro		Centro-Sul		Leste		Nordeste		Noroeste		Norte		Oeste		Pampulha		Venda Nova	
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Idoso Robusto	89	8	9%	4	4%	12	13%	17	19%	14	16%	7	8%	19	21%	1	1%	7	8%	
Idoso em risco de fragilização	86	13	15%	4	5%	3	3%	23	27%	8	9%	10	12%	7	8%	6	7%	12	14%	
Idoso Frágil - alta complexidade	86	11	13%	2	2%	8	9%	13	15%	10	12%	15	17%	8	9%	5	6%	14	16%	
Idoso Frágil - baixa complexidade	93	8	9%	2	2%	7	8%	16	17%	11	12%	15	16%	9	10%	3	3%	22	24%	
Idoso Frágil - em fase final de vida	8	1	13%	0	0%	0	0%	2	25%	3	38%	1	13%	0	0%	0	0%	1	13%	
<b>Total</b>	<b>362</b>	<b>41</b>		<b>12</b>		<b>30</b>		<b>71</b>		<b>46</b>		<b>48</b>		<b>43</b>		<b>15</b>		<b>56</b>		

Fonte: Dados extraídos dos Planos de cuidados, 2017.



A análise documental possibilitou identificar a classificação clínico funcional dos idosos atendidos no CMV de acordo com os distritos sanitários do município de Belo Horizonte. Inclusive delimitar as Unidades Básicas de Saúde que encaminharam idosos classificados como frágeis dos distritos que integram o território de atuação da UFMG. A distribuição dos encaminhamentos de acordo com as regionais Centro-Sul, Nordeste e Venda Nova segundo a Classificação Clínica funcional (IVCF-20), segue abaixo:

Tabela 4: Distribuição de encaminhamento de idosos por Unidades Básicas de Saúde dos distritos Centro-Sul, Nordeste e Venda Nova, segundo a Classificação Clínica funcional (IVCF-20) atendidos no Centro Mais Vida de Belo Horizonte, MG, janeiro a junho de 2016.

Distrito sanitário	Centro de Saúde	Idosos Frágeis			Idoso Robusto	Idoso em risco de fragilização	Total de Idosos Encaminhados
		Baixa complexidade	Alta complexidade	Em fase final de vida			
Centro-Sul	Carlos Chagas	1	0	0	1	2	4
	Menino Jesus	0	0	0	0	1	1
	Nossa Senhora de Fátima	1	0	0	0	0	1
	Oswaldo Cruz	0	1	0	0	0	1
	Padre Tarcísio	0	1	0	1	0	2
	Santa Lúcia	0	0	0	1	0	1
	Santa Rita de Cássia	0	0	0	1	1	2
Nordeste	Alcides Lins	2	0	0	2	1	5
	Cachoeirinha	0	0	0	1	1	2
	Cidade Ozanan	2	1	0	1	2	6
	Conjunto Paulo VI	0	0	0	0	1	1
	Efigênia Murta de Figueiredo	1	0	0	0	1	2
	Gentil Gomes	2	6	0	3	2	13
	Goiânia	1	0	0	0	0	1
	Leopoldo Crisóstomo de Castro	2	0	0	1	1	4
	Marcelo Pontel	1	0	1	0	0	2
	Maria Goretti	0	2	0	0	1	3
	Marivanda Baleeiro	2	0	0	0	3	5
	Nazaré	0	1	0	1	0	2
	Olavo Albino	0	1	0	0	0	1
	Padre Fernando de Melo	0	0	0	1	2	3
	Ribeiro de Abreu	0	0	1	0	2	3
	São Marcos	1	1	0	7	4	13
	São Paulo	1	1	0	0	2	4
Vila Maria	1	0	0	0	0	1	
Venda Nova	Andradas	1	0	0	1	2	4
	Céu Azul	0	2	0	1	1	4
	Jardim Alvorada	1	0	0	0	0	1
	Jardim Europa	1	0	0	0	1	2
	Jardim Leblon	0	1	0	0	0	1
	Lagoa	2	1	0	0	0	3
	Mantiqueira	3	0	1	1	0	5
	Minas Caixa	1	0	0	0	0	1
	Nova York	0	0	0	1	0	1
	Piratinga	2	1	0	0	2	5
	Rio Branco	1	1	0	0	0	2
	Santa Mônica	2	4	0	2	2	10
	Santo Antônio	3	0	0	1	2	6
	Serra Verde	1	1	0	0	1	3
	Venda Nova	1	1	0	0	0	2
Visconde do Rio Branco	3	2	0	0	1	6	

Fonte: Dados extraídos dos Planos de cuidados, 2017.

## **6.2 Perfil dos idosos frágeis conforme classificação clínico-funcional (IVCF-20)**

Dos 362 planos de cuidados avaliados 70,44% dos idosos eram do sexo feminino (n=255). Dos 187 idosos identificados como frágeis na classificação clínico-funcional, 71,1% eram do sexo feminino e 28,9% do sexo masculino.

Destaca-se no processo de envelhecimento a feminização da velhice, ou seja, o predomínio de mulheres na população idosa que atualmente constituem a maioria dessa população em todas as regiões do mundo (LEBRÃO, LAURENTI, 2005). No Brasil, as estimativas apontam que as mulheres têm expectativa de vida maior que os homens, em média, de cinco a sete anos. O contingente feminino no país com idade igual ou superior a 60 anos de idade passou de 2,2% em 1940, para 4,7% em 2000 e 6% em 2010 (IBGE, 2010).

As mulheres vivenciam no decorrer da sua trajetória de vida algumas situações adversas e desvantagens relacionadas ao gênero e ao contexto sociocultural. Estão entre essas diferenças o desempenho de atividades domésticas, vida social restrita e salários inferiores em comparação aos dos homens, as consequências da baixa escolaridade entre elas, a baixa renda e pouca independência econômica (DUARTE et al., 2013). Além da valorização da juventude pela sociedade em que vivemos, e inclusive o isolamento social ou a solidão pela viuvez, tais situações as deixam susceptíveis à vulnerabilidades (LIMA; BUENO, 2009).

No entanto, é fundamental destacar que o número de anos vividos não quer dizer que foram vivenciados com qualidade. Embora existam afirmações que muitas vezes o aumento da longevidade está sendo acompanhado por um período prolongado de boa saúde, ainda são incipientes as evidências sugerindo que os idosos nos dias atuais apresentem uma saúde melhor do que os seus pais quando tinham a mesma idade (WHO, 2015).

Os idosos considerados robustos tiveram a média de idade de 72,8 anos e os idosos em risco de fragilização de 73,5 anos, sendo que a menor idade encontrada na amostra foi de 60 anos e a maior de 110 anos. Considerando a classificação clínico-funcional dos idosos com fragilidade, a média da idade foi de 79,35 anos.

O maior percentual de idosos frágeis foi identificado na faixa etária compreendida entre 80 a 84 anos. Há um maior quantitativo de mulheres com idade superior a 85 anos.

Os octogenários são uma parcela populacional que representava 1,53% da população geral em 2010 e há estimativas de que em 2060 os idosos nessa faixa etária irão representar 8,75% da população (IBGE, 2010).

Ressalta-se que um dos indicadores de fragilidade é a faixa etária. Contudo, estudos apontam que a fragilidade é um fenômeno clínico que está associada à idade, mas não se apresenta uniforme no envelhecimento e sua prevalência se intensifica com o avançar da idade em todos os contextos geográficos e socioculturais. No entanto, não é um fenômeno resultante apenas do processo de envelhecimento, visto que há idosos que permanecem robustos (ANDRADE et al., 2012; SANTOS et al., 2013).

Os resultados de um estudo transversal por meio de inquérito populacional realizado na cidade de Manaus, evidenciou que a idade é fator fortemente associado a um maior comprometimento funcional. Os idosos da amostra com 75 anos ou mais tiveram maior chance de ter comprometimento grave do que as outras faixas etárias, sendo que esses dados corroboram com outros estudos (SILVA et al., 2011).

Em relação à escolaridade dos idosos classificados com algum grau de fragilidade, 51,3% da amostra analisada estudou em média de 1 a 4 anos, conforme dados da tabela 5.

Um estudo realizado no Ceará concluiu que os idosos da população estudada apresentaram baixa escolaridade e renda, tais dados apresentados são similares a outros estudos realizados em estados brasileiros, como por exemplo, São Paulo. Na análise e discussão realizada pelos pesquisadores há menção de estudos apontando que no Estado de Santa Catarina os idosos apresentam baixa escolaridade, porém a renda dos idosos reportada é um pouco mais elevada comparada a outros estados (PEREIRA, NOGUEIRA, SILVA, 2015).

O estudo FIBRA apontou que as relações entre pré-fragilidade, fragilidade e variáveis sociodemográficas ocorrem em contextos de pobreza e de baixa escolaridade. Diante desse cenário é essencial pensar quais as políticas e

estruturas são oferecidas a população com o intuito de favorecer o envelhecimento saudável (NERI et al., 2013).

Dados relativos ao estudo longitudinal "Health and Retirement Study" realizado nos Estados Unidos mostraram que mudanças no nível de escolaridade dos idosos, a escolaridade materna e próprias das condições de saúde na infância e da ocupação ao longo da vida, estavam associadas à prevalência de incapacidade (FREEDMAN et al., 2008).

A OMS em seu Relatório Mundial de Envelhecimento pontua que as diversidades e necessidades de saúde dos idosos advêm de eventos que ocorrem ao longo de toda a trajetória de vida e frequentemente são modificáveis. Dessa forma, é importante o enfoque de ciclos de vida para se entender o processo de envelhecimento (WHO, 2015).

As características de faixa etária e escolaridade dos idosos frágeis são apresentadas na tabela abaixo:

Tabela 5: Características de faixa etária e escolaridade de idosos frágeis atendidos no Centro Mais Vida de Belo Horizonte, MG, janeiro a junho de 2016 (n=187)

Variáveis	Mulheres		Homens		Total	
	n =133	%	n =54	%	n =187	%
<b>Faixa etária</b>						
60-64 anos	6	4,5%	3	5,5%	9	4,8%
65- 69 anos	8	6%	9	16,7%	17	9,1%
70 - 74 anos	23	17,3%	5	9,2%	28	15%
75- 79 anos	26	19,6%	10	18,5%	36	19,2%
80-84 anos	30	22,6%	12	22,2%	42	22,5%
85- 89 anos	26	19,5%	11	20,4%	37	19,8%
90-94 anos	8	6%	3	5,6%	11	5,9%
≥ 95 anos	6	4,5%	1	1,9%	7	3,7%
<b>Escolaridade</b>						
Analfabeto	40	30,1%	16	29,6%	56	30%
1 a 4 anos	69	51,9%	27	50%	96	51,3%
5 a 8 anos	18	13,5%	6	11,1%	24	12,8%
≥ 9 anos	6	4,5%	3	5,6%	9	4,8%
Sem informação	0	0%	2	3,7%	2	1,1%

Fonte: Dados extraídos dos Planos de cuidados, 2017.

A capacidade funcional implica a realização de atividades que permitam o indivíduo cuidar de si próprio e há várias formas de se avaliar a capacidade funcional. Nos estudos epidemiológicos frequentemente é considerado a habilidade para realizar atividades básicas da vida diária (ABVDs) e/ou atividades instrumentais da vida diária (AIVDs), além das atividades relacionadas à mobilidade (CALDAS, 2003; LINO et al., 2008).

As atividades são divididas em básicas (tarefas cotidianas diretamente relacionadas à sobrevivência) e as instrumentais que são atividades mais complexas e indicativas para o indivíduo levar uma vida independente na comunidade, que exigem maiores níveis de funções cognitivas, físicas e sociais e são influenciadas por padrões socioculturais e motivacionais (DIAS et al., 2015, LAWTON, BRODY; 1969).

Na avaliação das AVD's, tanto em relação às atividades básicas de vida diárias básicas (ABVD's) quanto nas atividades instrumentais de vida diária (AIVD's) apenas 8% eram totalmente independentes e 6,4% completamente dependentes. A maioria dos idosos apresentou alguma parcela de dependência em umas das ABVDs ou AIVDs, conforme a tabela 6 abaixo:

Tabela 6: Informações referentes à Atividade de vida diária (AVD) dos idosos frágeis atendidos no Centro Mais Vida de Belo Horizonte, MG, janeiro a junho de 2016 (n=187)

Variável	n	%
<b>AVD - Atividade de vida diária</b>		
Dependência completa AIVDs e ABVDs	12	6,4%
Dependência completa AIVDs e independência ABVDs	11	5,9%
Dependência completa AIVDs e semi-dependência ABVDs	42	22,5%
Dependência parcial AIVDs	90	48,1%
Dependência parcial AIVDs e semi-dependência ABVDs	16	8,6%
Independência AIVDs e semi-dependência ABVDs	1	0,5%
Independente para ABVDs e AIVDs	15	8%
<b>Total</b>	<b>187</b>	<b>100%</b>

Fonte: Dados extraídos dos Planos de cuidados, 2017.

O estudo Saúde, bem-estar e envelhecimento (estudo SABE) organizado pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), foi desenvolvido em sete centros urbanos da América Latina e Caribe: Buenos Aires (Argentina), Bridgetown (Barbados), Havana (Cuba), Montevideu (Uruguai), São Paulo (Brasil), Santiago (Chile) e Cidade do México (México). Ele teve como objetivo traçar o perfil das condições de vida e saúde das pessoas idosas, sendo que os resultados apontaram que o desempenho nas AVDs foi um fator protetor para o desenvolvimento de declínio cognitivo, independentemente de condições socioeconômicas, de saúde geral e estilo de vida (DIAS et al., 2015).

Em relação às doenças crônicas como Diabetes Mellitus tipo 2 (DM 2) e Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), identificou-se conforme tabela 7 que 26% dos idosos tinham diagnóstico prévio de DM 2 e 73% de HAS.

Conforme descrito na tabela 7, outras doenças foram identificadas na análise dos planos de cuidado. Entre elas destacam-se o hipotireoidismo (13%), Doença Renal Crônica (DRC) (9%) e glaucoma (8%).

Diante do cenário de mudança no perfil sociodemográfico é esperado um aumento de doenças crônicas, o que contribui para um elevado grau de mortalidade, incapacidade, aumento de dependência, imobilidade, quedas, fraturas e, conseqüentemente, o processo de institucionalização dos idosos (BRASIL, 2006).

Além disso, destaca-se que a Classificação Internacional de Funções, Incapacidade e Saúde (CIF) da OMS vê que a incapacidade está relacionada a interação dinâmica das condições de saúde e os fatores contextuais que podem contribuir para a fragilização do idoso, causando a dependência e interferindo na sua qualidade de vida (WHO, 2001).

A HAS é uma das doenças crônicas que apresenta a maior prevalência nos idosos, sendo um importante fator preditivo da mortalidade e morbidade de doenças cerebrovasculares e cardiovasculares (LEBRÃO, LAURENTI; 2005). A prevalência da hipertensão aumenta com a idade e fatores relacionados a sua magnitude dependem dos atributos biológicos das populações, do estilo de vida, do ambiental físico e psicossocial e do cuidado contínuo nos serviços de saúde (FIRMO, LIMA-COSTA, UCHÔA; 2004)

O projeto realizado na cidade de Bambuí em Minas Gerais, identificou a prevalência de 62% de idosos com hipertensão arterial, verificando-se ainda que

muitos idosos não tinham conhecimento sobre o seu quadro clínico de hipertensão (23%) e uma prevalência expressiva (61%) daqueles que estavam sendo tratados, não apresentavam a hipertensão controlada (FIRMO, LIMA-COSTA, UCHÔA; 2004).

Um estudo realizado no Ceará identificou maior prevalência de HAS entre os idosos com idade mais avançada, seguida por elevadas prevalências de diabetes, osteoporose, ansiedade e demais doenças cardiovasculares (PEREIRA, NOGUEIRA, SILVA; 2015).

A prevalência do diabetes na população contemporânea está relacionada a maior tendência ao sedentarismo, hábitos alimentares inadequados e à própria mudança comportamental da sociedade. Um estudo transversal de base populacional realizado com uma população de idosos não institucionalizada, residentes nos municípios de Campinas e Botucatu, no distrito do Butantã e região sudoeste da Grande São Paulo identificou a prevalência de diabetes mellitus auto-referido em 15,4% da amostra (FRANCISCO et al., 2010).

Importante destacar que o aumento da prevalência de DM 2 e HAS são as principais causas de doença renal crônica (DRC) que atualmente tem entre suas consequências o aumento da demanda por terapia de reposição renal (TRR) em pacientes idosos (FRANCO, FERNANDES; 2013).

No Brasil, o censo de 2011 da Associação Brasileira de Nefrologia revelou que 31,5% dos pacientes com TRR tinham 65 anos ou mais. Esse dado aponta que houve um aumento de 0,8% comparado ao ano anterior. É importante destacar que a complexidade da doença renal crônica avançada é maior em indivíduos idosos e a própria abordagem para o diagnóstico e tratamento de certas condições pode ser diferente para esses indivíduos quando comparados aos pacientes jovens (FRANCO, FERNANDES; 2013).

A OMS menciona que muitos problemas de saúde enfrentados pelos idosos estão são associados às doenças crônicas, sendo que muitas delas podem ser prevenidas ou retardadas por intermédio de práticas saudáveis e estratégias que visem à promoção da saúde. Outros problemas de saúde podem ser controlados de maneira eficaz, principalmente se forem detectados de forma precoce. E mesmo para as pessoas com declínios na capacidade, os ambientes de apoio podem garantir que elas vivam com qualidade de vida e com crescimento pessoal contínuo (WHO, 2015).



A insônia, um dos transtornos do sono, foi citada pelos idosos avaliados, conforme tabela 7 cerca de 28% dos idosos apresentaram tal transtorno. Em relação à depressão, 37% dos idosos tinham esse diagnóstico e faziam tratamento medicamentoso.

Dados do estudo FIBRA apontou que a prevalência de 49,9% de idosos com insônia na população estudada ou relato de um ou mais sintomas de insônia é um dado compatível com o de pesquisas nacionais e internacionais. Além disso, mencionam que transtornos do sono como a insônia, frequência e duração de cochilo diurno estão entre os fatores de risco de quedas em idosos menos estudados quando comparados a histórico de quedas, diminuição do equilíbrio e da força muscular, alteração na marcha, consumo de psicotrópicos, depressão e limitação funcional em atividades de vida diária (PEREIRA, CEOLIM, NERI; 2013). No estudo SABE, verificou-se uma prevalência de 18,1% de sintomas depressivos na população de idosos da amostra (LEBRÃO, LAURENTI; 2005).

A depressão é um problema de saúde pública que afeta milhões de pessoas mundialmente, sendo uma das maiores causas de incapacitação. Os idosos enquadram-se nesse contexto com uma prevalência estimada entre 10% a 20% para algum sintoma depressivo (LIMA et al., 2016).

Estudos internacionais de base populacional têm identificado a tendência de crescimento no uso de antidepressivos, sendo que há algumas explicações para o fenômeno, entre elas, o aumento da prevalência da depressão na população idosa e a identificação e reconhecimento do diagnóstico de transtornos depressivos pelos profissionais de saúde. Os idosos vivenciam eventos na fase final da vida que podem desencadear sintomas depressivos como a presença de doenças crônicas, prejuízo na capacidade funcional, solidão e diminuição da rede de suporte social (FILHO et al., 2014).

Destaca-se que na avaliação multidimensional no que tange os aspectos nutricionais, no instrumento IVCF-20 são analisados o Índice de Massa Corpórea (IMC) e circunferência de panturrilha. Na análise, identificou-se que 71% dos idosos apresentaram eutróficos, sendo 16% com algum grau de obesidade e 5% com hiporexia ou perda de peso não intencional e desnutrição.

Há estimativas que a população idosa brasileira apresenta elevadas prevalências de excesso de peso (58,4%) e obesidade (19,4%) (ASSUMPÇÃO et al., 2014).

A nutrição tem um papel fundamental na saúde do idoso, porém o processo fisiológico do envelhecimento provoca alterações na composição corporal decorrentes do aumento da massa gorda em detrimento da massa magra, sendo que uma parcela significativa dos idosos é acometida por carências nutricionais e/ou desnutrição. Sabe-se que ocorrem alterações na ingestão alimentar dos idosos que são provocadas pela diminuição da capacidade gustativa e olfativa, perda de apetite e inclusive distúrbios de deglutição (INZITARI et al., 2011). Alguns fatores podem resultar em menor ingestão alimentar, entre eles, o isolamento social, a depressão, a viuvez e as incapacidades (SOENEN, CHAPMAN; 2013).

Um estudo multidimensional realizado com a população idosa do município de Porto Alegre, identificou que os idosos consomem menos calorias do que a necessidade diária e há uma importante inadequação no consumo de macronutrientes. Um dado relevante é que a renda familiar e o grau de escolaridade são determinantes para um hábito alimentar saudável e a prática de exercício físico é um fator de proteção (VENTURINI et al., 2015).

Em relação à saúde bucal, as pessoas idosas na maioria dos casos não recebem esse tipo de cuidado ao longo da vida. Em razão disso, sofrem de edentulismo. Há estimativas indicando que cerca de 75% dos idosos brasileiros necessitam de próteses, sendo importante ressaltar que as questões relacionadas à saúde bucal podem acarretar outros problemas de saúde, podendo afetar a qualidade de vida do idoso (IPEA, 2016).

Neste estudo, o quadro de incontinência urinária e fecal foi identificado em alguns planos de cuidado dos idosos avaliados. Conforme descrito na tabela 7, a maioria da população avaliada não apresentou quadro de incontinência urinária ou fecal 64%, sendo que 17% apresentaram incontinência urinária por urgência.

A incontinência urinária é considerada uma das grandes síndromes geriátricas, nas quais estão incluídas a incapacidade cognitiva, a instabilidade postural, a imobilidade, a incapacidade comunicativa, a incontinência esfinteriana, além da insuficiência familiar e a iatrogenia que interferem na autonomia e independência do idoso.

Na literatura, há um consenso citando que a IU contribui para um quadro de depressão, isolamento, alterações nos relacionamentos pessoal, sexual e

social, bem como alterações físicas e econômicas, o que influencia negativamente na qualidade de vida das pessoas (CARVALHO et al., 2014).

Estudos internacionais afirmam que há prevalência de 42% de IU entre mulheres, ocorrendo um aumento para 44% naquelas enquadradas na faixa etária acima de 65 anos (CARVALHO et al., 2014).

Há estimativas de que um terço dos idosos residentes na comunidade e aproximadamente metade dos hospitalizados ou que vivem em ILPI apresentem IU. A literatura tem mencionado associações entre IU e quedas, sendo que as mesmas estão relacionadas à necessidade de cuidados, aumento do tempo de hospitalização e, ainda, a prevalência de ansiedade e depressão (ABREU et al., 2014).

A mobilidade foi avaliada nos idosos, e conforme dados da tabela 7 constatou-se que 65% apresentaram algum grau de instabilidade postural e 24% não apresentaram nenhuma alteração referente à mobilidade.

As alterações relacionadas a mobilidade e a própria instabilidade do idoso são multifatoriais, provenientes de fatores ambientais, alterações fisiológicas decorrentes do processo de envelhecimento e estilo de vida adotado pelo indivíduo. Tais alterações e o uso de alguns medicamentos podem aumentar o risco de quedas, comprometendo de maneira inevitável a qualidade de vida dessa população (FATORI et al., 2015; VAN DER VELDE et al., 2007).

A medida da mobilidade funcional é utilizada para prever o risco de quedas, assim é possível mensurar resultados e propor intervenções que busquem reduzir os riscos. A literatura reporta que grande parte das quedas acontece na própria residência do idoso, seja casa ou instituição, e podem levar a incapacidade funcional, diversas lesões e até mesmo a morte (SOUZA et al., 2013).

Recentemente, o estudo Brazilian Osteoporosis Study (BRAZOS) apontou que 6% da população brasileira com idade superior a 40 anos relata ter recebido o diagnóstico de osteoporose. Nesse contexto, há relato de 15,1% de fraturas de baixo impacto por mulheres e 12,8% dos homens. O cenário aponta para um acompanhamento de estratégias preventivas, como a prática de atividade física regular e programas de manejo de risco destinados à população idosa (CAMPOLINA et al., 2015).

O estudo SABE observou uma prevalência de 29,7% de dor crônica que incomodava os idosos e que estavam associadas a incapacidades nas ABVDs, AIVDs e alteração de mobilidade. Tais informações apontam que a dor interfere em diferentes aspectos da vida, sendo um sinal que precisa ser considerado na atenção ao idoso e no planejamento de ações que visem a sua qualidade de vida (DELLAROZA et al., 2013).

Relevante destacar que durante a análise dos planos de cuidado (n=187), foi identificado que 11% (n=20) dos idosos tiveram histórico de Acidente Vascular Cerebral (AVC) e 7% (n=13) tinham diagnóstico de Doença de Parkinson. Sabe-se que o AVC pode acarretar sequelas relacionadas ao sistema motor, e entre os sintomas da Doença de Parkinson incluem alterações motoras importantes como tremores, bradicinesia, rigidez e alterações na marcha.

Tabela 7: Caracterização de diagnósticos médicos e de comorbidades, transtorno do sono, estado nutricional, incontinência e mobilidade de idosos frágeis atendidos no Centro Mais Vida de Belo Horizonte, MG, janeiro a junho de 2016 (n=187)

Variáveis	Mulheres		Homens		Total	
	n=133	%	n=54	%	n=187	%
<b>Comorbidades</b>						
HAS	99	74%	37	69%	136	73%
DM 2	34	26%	15	28%	49	26%
Doença de Parkinson	10	8%	3	6%	13	7%
DPOC	5	4%	4	7%	9	5%
DRC	9	7%	8	15%	17	9%
Glaucoma	14	11%	1	2%	15	8%
Hipotireoidismo	21	16%	4	7%	25	13%
Hipertireoidismo	1	1%	1	2%	2	1%
Neuropatia	2	2%	3	6%	5	3%
Retinopatia	5	4%	0	0%	5	3%
Depressão	53	40%	17	31%	70	37%
<b>Transtorno do sono</b>						
Insônia	40	30%	12	22%	52	28%
<b>Estado nutricional</b>						
Anorexia	1	1%	0	0%	1	1%
Desnutrição	6	5%	3	6%	9	5%
Eutrófico	97	73%	35	65%	132	71%
Hiporexia e perda de peso não intencional	5	4%	5	9%	10	5%
Obesidade	20	15%	10	19%	30	16%
Sobrepeso	4	3%	1	2%	5	3%
<b>Incontinências</b>						
Incontinência fecal	1	1%	0	0%	1	1%
Incontinência urinária	7	5%	1	2%	8	4%
Incontinência urinária e fecal	4	3%	0	0%	4	2%
Incontinência urinária funcional	3	2%	2	4%	5	3%
Incontinência urinária mista	7	5%	1	2%	8	4%
Incontinência urinária por esforço	4	3%	0	0%	4	2%
Incontinência urinária por urgência	16	12%	15	28%	31	17%
Urgência limitante	1	1%	0	0%	1	1%
Urgência miccional	4	3%	1	2%	5	3%
Sem alterações	86	65%	34	63%	120	64%
<b>Mobilidade</b>						
Imobilidade	8	6%	3	6%	11	6%
Imobilidade parcial	4	3%	2	4%	6	3%
Instabilidade de marcha	4	3%	0	0%	4	2%
Instabilidade postural	61	46%	25	46%	86	46%
Instabilidade postural grave	4	3%	2	4%	6	3%
Instabilidade postural moderada	23	17%	7	13%	30	16%
Sem alterações na mobilidade	29	22%	15	28%	44	24%

Fonte: Dados extraídos dos Planos de cuidados, 2017.

A avaliação multidimensional possibilita identificar a incapacidade cognitiva. Destaca-se que 62% dos idosos frágeis apresentaram alguma alteração cognitiva. Abaixo segue a tabela 8 representando o quantitativo dos idosos que apresentaram alterações no momento da avaliação ou então tinham diagnóstico prévio de síndrome demencial.

Dos idosos classificados como frágeis na avaliação multidimensional, 51% foram encaminhados para a geriatria de referência e serão acompanhados a nível ambulatorial pelo especialista.

Tabela 8: Informações referentes à cognição e encaminhamento para a Geriatria de Referência (GR) dos idosos frágeis atendidos no Centro Mais Vida de Belo Horizonte, MG, janeiro a junho de 2016 (n=187)

Variáveis	Mulheres		Homens		Total	
	n=133		n=54		n=187	
<b>Cognição</b>						
Comprometimento Cognitivo Leve secundário ao distúrbio de humor	5	3,76%	0	0%	5	2,67%
Incapacidade cognitiva	28	21,05%	18	33,33%	46	24,60%
Incapacidade cognitiva - Demência e sofrimento mental	1	0,75%	2	3,70%	3	1,60%
Incapacidade Cognitiva - Doença de Alzheimer (DA)	3	2,26%	1	1,85%	4	2,14%
Incapacidade cognitiva - Demência vascular	1	0,75%	1	1,85%	2	1,07%
Incapacidade Cognitiva - Demência	7	5,26%	3	5,56%	10	5,36%
Incapacidade cognitiva - Demência mista	1	0,75%	1	1,85%	2	1,07%
Incapacidade cognitiva - Demência fronto-temporal e sofrimento mental	1	0,75%	0	0%	1	0,53%
Incapacidade cognitiva - provável pseudodemência ou DA/ Mista	2	1,50%	0	0%	2	1,07%
Incapacidade cognitiva - provável Demência vascular	2	1,50%	3	5,56%	5	2,67%
Incapacidade cognitiva - provável DA	25	18,80%	3	5,56%	28	14,97%
Incapacidade Cognitiva - DA ou Mista	1	0,75%	2	3,70%	3	1,60%
Incapacidade cognitiva - Demência vascular ou Mista	2	1,50%	0	0%	2	1,07%
Incapacidade cognitiva - DA ou Demência vascular	1	0,75%	0	0%	1	0,53%
Incapacidade cognitiva - Demência vascular avançada ou Mista	2	1,50%	0	0%	2	1,07%
	82	61,65%	34	62,96%	116	62,03%
<b>Encaminhamento para Geriatria de Referência (GR)</b>						
Sim	69	52%	27	50%	96	51%
Não	64	48%	27	50%	91	49%
Total	133	100%	54	100%	187	100%

Fonte: Dados extraídos dos Planos de cuidados, 2017.

No processo de envelhecimento normal há um declínio gradual de funções como linguagem, percepção, habilidades motoras e funções executivas. Porém, a perda da memória é a que tem maior destaque, pois compromete as AVDs (BRITO, PAVARINI; 2012).

A incapacidade cognitiva é descrita como um comprometimento das funções encefálicas superiores que é capaz de prejudicar a funcionalidade do idoso, sendo as principais etiologias a demência, depressão, delirium e doenças mentais como, por exemplo, esquizofrenia, oligofrenia e parafrenia (MORAES, 2008).

A demência está entre as doenças crônicas e incapacitantes mais frequentes nos idosos e tem assumido um papel importante. Há projeções que apontam um quantitativo de aproximadamente 35,6 milhões de pessoas no mundo com diagnóstico de demência para o ano de 2025 e que esses valores tendem a triplicar até 2050 (WHO, 2012).

O aumento progressivo das síndromes demenciais, conforme o avançar da idade, traz preocupações. Principalmente pelo fato de não existir a priori medidas de prevenção primária de efetividade comprovada, sendo que essas condições podem interferir na qualidade de vida e diminuir a expectativa de vida sem incapacidade nos idosos (CAMPOLINA et al., 2013).

A demência é uma doença crônica e a sua progressão envolve declínio cognitivo e alterações comportamentais que compromete as atividades de vida diária (WHO, 2008).

A piora do quadro clínico pode acarretar em perda da autonomia e total dependência dessa pessoa idosa. Nesse caso, pressupõe-se que algum membro do núcleo familiar irá assumir as funções de cuidador que pode se tornar uma tarefa desgastante.

Contudo, na atual conjuntura do país, a pessoa idosa e o cuidador que necessitam de apoio e cuidados convivem com a dependência em uma sociedade que não disponibiliza mecanismos adequados de suporte às famílias (PEREIRA, SOARES; 2015).

### 6.3 O perfil socioprofissional dos participantes do estudo

Os participantes do estudo foram entrevistados nas Unidades Básicas de saúde de acordo com os critérios de inclusão, conforme mencionado. Dessa forma, compuseram o estudo trinta e dois profissionais.

Para análise e discussão dos dados, num primeiro momento, traçou-se um perfil socioprofissional dos participantes do estudo. Dentre os profissionais que participaram dessa pesquisa encontramos uma equipe multidisciplinar, composta por 27 mulheres e 7 homens. Quanto à categoria profissional, foram entrevistados assistentes sociais, enfermeiros, médicos, nutricionista, odontólogos e psicólogos. Em relação à faixa etária dos profissionais pesquisados, observou-se que a de maior prevalência de profissionais entre 31 a 40 anos (n=13), seguida pela faixa dos 41 aos 50 anos (n=9) e, posteriormente, por 51 a 60 anos (n=6). Em relação a formação na área de pós-graduação verificou-se que 74% dos profissionais tem especialização concluída ou em andamento, sendo a maioria na área de Saúde Pública (n=6), Programa Saúde da Família (n=5) e medicina em família e comunidade (n=4). Especificamente na área de geriatria ou gerontologia identificou-se dois profissionais com especialização na área. O tempo médio de atuação no SUS foi de 11,4 anos, sendo o menor tempo de 1 ano e o maior de 25 anos.

Tabela 9: Informações sobre o perfil dos profissionais da ESF e NASF participantes do estudo atuantes nas Unidades Básicas de Saúde de Belo Horizonte (n=34)

<b>Categoria Profissional</b>	<b>Sexo Masculino (n)</b>	<b>%</b>	<b>Sexo Feminino (n)</b>	<b>%</b>	<b>Profissionais com Pós-Graduação (n)</b>
<b>Assistente Social</b>	-	-	4	11,76	3
<b>Enfermeiro</b>	3	8,82	9	26,47	9
<b>Médico</b>	2	5,88	11	32,35	10
<b>Nutricionista</b>	-	-	1	2,94	1
<b>Odontólogo</b>	1	2,94	1	2,94	2
<b>Psicólogo</b>	1	2,94	1	2,94	2
<b>Total</b>	<b>7</b>		<b>27</b>		<b>27</b>

Fonte: Dados do estudo, 2017.



Tabela 10: Informações sobre a categoria profissional e formação dos profissionais da ESF e NASF participantes do estudo atuantes nas Unidades Básicas de Saúde de Belo Horizonte (n=34)

<b>Sujeito</b>	<b>Categoria Profissional</b>	<b>Sexo</b>	<b>Pós Graduação</b>
E1	Enfermeira	Feminino	Saúde Pública
E2	Médica	Feminino	-
E3	Enfermeira	Feminino	Saúde Pública
E4	Enfermeiro	Masculino	-
E5	Médica	Feminino	Medicina da família
E6	Enfermeira	Feminino	Programa Saúde da Família (PSF)
E7	Assistente Social	Feminino	Educação em saúde pública
E8	Enfermeira	Feminino	Saúde Pública; PSF
E9	Psicólogo	Masculino	Escolar e educacional
E10	Enfermeiro	Masculino	-
E11	Enfermeiro	Masculino	-
E12	Médica	Feminino	Cardiologista
E13	Odontólogo	Masculino	Gestão Clínica; PSF
E14	Assistente Social	Feminino	Instrumentalidade do serviço social
E15	Nutricionista	Feminino	Nutrição dietética
E16	Enfermeira	Feminino	Residência APS
E17	Médica	Feminino	Geriatria (em andamento)
E18	Médica	Feminino	Geriatria (em andamento)
E19	Enfermeira	Feminino	Saúde coletiva, PSF, Promoção da saúde
E20	Médica	Feminino	Médica da família e comunidade
E21	Odontóloga	Feminino	Biomateriais
E22	Enfermeira	Feminino	PSF; Educação em saúde
E23	Médico	Masculino	Médico da família e comunidade
E24	Médica	Feminino	PSF
E25	Médico	Masculino	Terapia intensiva
E26	Médica	Feminino	-
E27	Assistente Social	Feminino	-
E28	Enfermeira	Feminino	Linha de cuidado
E29	Médica	Feminino	-
E30	Psicóloga	Feminino	Psicanálise
E30	Enfermeira	Feminino	PSF; Educação em saúde
E31	Assistente Social	Feminino	PSF
E32	Enfermeira	Feminino	PSF; Educação em saúde
E33	Médica	Feminino	Pediatra; Gestão da Clínica; PSF
E34	Médica	Feminino	-

E: Entrevistado

Fonte: Dados do estudo, 2017.

#### **6.4 Categorias e subcategorias referente a análise qualitativa das entrevistas individuais realizadas com profissionais da ESF e NASF**

Na análise qualitativa realizada emergiram as seguintes categorias e subcategorias:

- O cuidado ao idoso frágil na Atenção Primária à Saúde, sendo as subcategorias as seguintes: A fragmentação do cuidado ao idoso frágil e o cuidado ao idoso frágil: desafios e as perspectivas para a integralidade do cuidado.
- Programa Mais Vida: ferramenta para a linha de cuidado do idoso frágil nas Redes de Atenção à Saúde;
- Plano de Cuidados: o fluxo, as estratégias e os desafios para o processo de implementação;
- A educação permanente na área de geriatria e gerontologia e o matriciamento como apoio no cuidado ao idoso frágil.

#### **6.5 O cuidado ao idoso frágil na Atenção Primária à Saúde**

O cuidado e a organização da APS para a atenção ao idoso frágil deve ser orientado pelos princípios do SUS, portanto deve-se garantir o vínculo, a continuidade do cuidado nos diversos pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde, a integralidade, a humanização e a participação social (BRASIL, 2006).

O cuidado realizado ao idoso frágil mencionado pelos participantes do estudo tem como orientação o atendimento à demanda espontânea, consultas individuais agendadas, visita domiciliar e realização de grupos de Diabetes Mellitus e Hipertensão.

“A gente faz as consultas de rotina, histórico familiar, se teve alguma queda, o contexto deles a relação deles com a família basicamente isso. Só essas consultas mesmo de rotina.” (E 3)

“A gente faz uma abordagem geral com exame bioquímico e exame físico. Na maioria das vezes a gente vai na casa, a gente procura saber quem que é o cuidador, conversa muito com o cuidador também muitas vezes são filhos né, enfermeiro é muito pouco.” (E12)

“Assim aqui eles procuram muito por questões de queixa, não vem muito para avaliação preventiva e aí a gente às vezes a gente acaba direcionando mais para a queixa, mas a gente acaba direcionando

mais para a queixa mas vai tentando puxar aos poucos porque o tempo aqui é muito corrido e a demanda é muito grande.” (E18)

Os profissionais relataram que a busca pela demanda espontânea está relacionada à falta de acompanhamento e continuidade de cuidado após os diagnósticos.

Os serviços de saúde estão focados em intervenções que privilegiam a assistência voltada as condições agudas, todavia, o cenário demonstra que é primordial que os profissionais e o sistema aprendam a lidar com a ascensão das condições crônicas. Inclusive pelo próprio fato de existir eventos decorrentes de agudizações das condições crônicas, o que requer cuidado e tratamento.

Além disso, a crise no sistema e a fragmentação do cuidado apontam para um manejo inadequado das condições crônicas, visto que é fundamental a atenção contínua, pois as mesmas evoluem de forma insidiosa e silenciosa (MENDES, 2012).

Um questão relevante é a própria organização do processo de trabalho nas unidades relacionados a gestão do sistema, o Ministério da Saúde tem criado políticas e incentivos para o atendimento e o enfoque as patologias, dessa forma nota-se que os serviços para atender os índices avaliados tem focado nas patologias ao invés do ciclo de vida do idoso e suas peculiaridades.

“Normalmente quando eles vêm no acolhimento e está com alguma coisa aguda é porque não está fazendo acompanhamento das patologias de base dele, hipertensão, diabetes, doenças cardíacas, então a gente tenta fazer esse atendimento do agudo que a gente fala, e depois tenta passar por alguma coisa”. (E34)

Evidenciou-se que há uma dificuldade para compreender e distinguir os sintomas dos idosos que apresentam alterações cognitivas daqueles com transtorno mental. Há casos que são direcionados a psicologia e psiquiatria das UBS's, e em relação ao cuidado em saúde mental, quadros de depressão não são acompanhados de forma contínua devido à grande demanda.

“Tudo acaba desembocando primeiro na psiquiatria ou psicologia né, mesmo que seja a questão orgânica acabam achando que está doído e que está precisando de medicação que o remédio vai resolver e às vezes não é isso... Na verdade não existe um plano para atender idoso na saúde mental, saúde mental da PBH atende psicótico, neurótico grave, autista e bipolar entra aí, mas assim idosos propriamente aqueles quadros depressivos mais leves a gente não dá conta de atender. Os idosos que eu atendo são 90% psicóticos, porque hoje eles

estão vivendo mais antigamente eles não chegavam ao 60 e hoje eu tenho paciente psicótico com 82 que eu acompanho". (E9)

Há diagnóstico diferencial para demência e depressão, visto que alguns sintomas depressivos têm semelhança com a DA. Além disso, há a prevalência de depressão em pacientes com doença de Alzheimer variável entre 30 a 50%. Porém, nos casos depressivos não há habitualmente alterações cognitivas como a de linguagem e orientação (GALUCCI, TAMELINI, FORLENZA; 2005; MORAES, 2008).

No âmbito que tange o cuidado em saúde mental, historicamente ocorreram avanços por intermédio de políticas públicas e legislações, entre elas destaca-se a promulgação da Lei Nº 10.216, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

Além da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) instituída pela Portaria do MS nº 3088 de 23 de dezembro de 2011, com republicação em 21 de maio de 2013, para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS, a finalidade da RAPS é a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde (BRASIL, 2001; BRASIL; 2003). Dessa forma, os usuários com sofrimento mental tem o cuidado no território na perspectiva do acompanhamento nos serviços substitutivos da RAPS.

O cuidado em saúde mental deve constituir uma das prioridades diante do envelhecimento populacional. A APS possui um papel fundamental na criação de estratégias de promoção de saúde mental na velhice. Um estudo realizado no Reino Unido menciona que os idosos apresentam mais confiança em expor seu sofrimento mental na APS, visto que são os profissionais que criam vínculos além de ser a porta de entrada no sistema de saúde (MEDEIROS, FOSTER; 2014).

A APS, dentre as suas atribuições, deve participar da construção de um projeto terapêutico singular da pessoa idosa a partir do acolhimento, escuta qualificada e avaliação, incluindo assim diferentes estratégias que possam atender às necessidades desse idoso (BRASIL, 2006).

A atenção à saúde da pessoa idosa na APS deve consistir em um processo de diagnóstico multidimensional, sendo esperado que seja ofertado

uma rede de cuidados e rede de suporte social que inclua os familiares e cuidadores por meio de acompanhamento longitudinal e apoio domiciliar. Com isso, as ações desenvolvidas devem incluir a comunidade, as atividades de grupo e a participação das redes sociais dos usuários (BRASIL, 2006).

### **6.5.1 A fragmentação do cuidado ao idoso frágil**

Os sistemas de saúde contemporâneos vivenciam uma crise devido às incoerências das ações, visto que há o predomínio de condições crônicas e as respostas são pautadas em sistemas fragmentados e com enfoque nas condições agudas ou no processo de agudização das doenças crônicas (MENDES, 2011).

A implantação das Redes de Atenção à Saúde é uma estratégia criada para superar a fragmentação do cuidado. Os elementos constitutivos da RAS são a população, a estrutura operacional e o modelo de atenção à saúde, sendo que a atenção à saúde deve considerar tais elementos e basear seus objetivos, ações e intervenções nas necessidades de saúde da população (MENDES, 2011).

Evidencia-se no momento que se questiona os profissionais sobre a avaliação do idoso frágil o seguinte aspecto: é citada ações coerentes a um modelo de atenção à saúde com enfoque no agudo e voltado a doença, não existindo estratégias específicas para esse ciclo de vida.

“Quando passa aqui pela gente ele passa pelo agudo né. Passa no agudo e aqui no agudo é uma coisa mais rápida né?! Você não tem aquela oh, oh... aquele manejo para fazer ...” E1”

“O cuidado relacionado ao idoso ele inicia similar a dos outros pacientes, a pessoa que tem a queixa ela vem ao acolhimento é agendada a consulta odontológica com o dentista.” (E21)

O cuidado ao idoso deve considerar seu contexto e toda a sua condição de saúde tendo em vista as suas demandas. O Princípio Sistêmico ou Organizacional da teoria da complexidade se opõe ao reducionismo e, dessa forma, liga o conhecimento das partes ao conhecimento do todo. No entanto, a avaliação e o cuidado ao idoso tem sido orientada pelo paradigma da patogênese e o modelo hegemônico biomédico. Os profissionais consideram as

demandas relativas aos sintomas clínicos e aos diagnósticos de doenças crônicas, muitas vezes o biológico impera e toda a complexidade e especificidades daquele indivíduo idoso ficam em segundo plano ou não são considerados.

Além disso, há uma descaracterização do atendimento ao idoso diante o paradigma da funcionalidade e do próprio conceito de envelhecimento ativo que perpassa pela otimização das oportunidades de saúde e a participação do idoso.

“Começa todo o processo aqui, o atendimento, mas é um atendimento normal, não tem aquela especificação para o idoso, mas é mais voltada para o hipertenso.” (E1)

“Só que a gente não tem na agenda o idoso, a gente tem o hipertenso, o diabético, os adultos e eles encaixam dentro desses protocolos.” (E2)

“Eu faço a avaliação e acompanhamento do idoso hipertenso, então eu faço a avaliação e consultas de enfermagem. E quando a gente vê que aquele idoso é frágil a gente marca uma consulta e o médico encaminha para o Centro Mais Vida.” (E32)

O paradigma simplificador domina nossa cultura, sendo que tal paradigma vê o uno, ou o múltiplo, mas tem dificuldades de visualizar que o uno pode ser ao mesmo tempo múltiplo, ocorrendo dessa forma uma disjunção e/ou redução do conhecimento ou fenômenos (MORIN, 2015).

A visão simplificada e linear cria possibilidades de mutilação e ações reducionistas (MORIN, 2015). A avaliação do idoso respondendo simplesmente a demanda aguda sem considerar o processo de senescência ou senilidade, as questões inerentes ao seu contexto socioeconômico, familiar e todo o processo de saúde doença envolvidos impactam na sua capacidade funcional e consequentemente na sua qualidade de vida.

A Organização das Nações Unidas (ONU) realizou em Madri a Assembleia Mundial do Envelhecimento Humano e na ocasião foi proposta uma diretriz que focasse o Envelhecimento Ativo como prioridade para o século XXI (ONU, 2003).

Nesse contexto, a OMS adotou o termo Envelhecimento Ativo que expressa o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, o aumento da expectativa de vida com qualidade, aplicável inclusive a idosos frágeis, fisicamente incapacitados e que requerem cuidados. O termo

ativo faz referência a participação contínua nas questões sociais, econômicas, culturais, espirituais e civis, e não somente à capacidade de estar fisicamente ativo ou de fazer parte da força de trabalho (BRASIL, 2006).

As ações realizadas de forma fragmentada e individualizada rompem com a lógica do Princípio Hologramático da Teoria da Complexidade de Morin. Tal princípio enfatiza que não somente a parte está inserida no todo, mas o todo está inscrito em uma das partes. Sendo assim, o acompanhamento do idoso deve abranger tanto as suas demandas fisiológicas globais e considerar seu contexto de vida.

O estudo evidenciou que os profissionais trabalham de forma isolada mas compreendem a necessidade de uma avaliação multidimensional do idoso de acordo com as suas singularidades, porém emerge como um dificultador o tempo destinado para as consultas.

“Então a consulta do idoso que deveria ter a avaliação neurológica, a avaliação da memória a gente não tem esse tempo aqui, as consultas são marcadas aqui com a variação de 15 minutos de clínica e as de ginecologia com 20 minutos. Então é impossível você fazer todos os testes de memória mesmo porque você tem que explicar o teste, ele tem que ter o tempo de entender, fazer, às vezes refazer então a gente não faz. Infelizmente essa é nossa realidade.” (E33)

“Aqui infelizmente no SUS a gente não tem tempo suficiente para fazer uma avaliação correta né. Porque o idoso não é um paciente que a gente avalia em 20 minutos igual são os atendimentos normais, então assim falta da avaliação global[...], a gente foca muito na queixa do paciente, do idoso e acho que é isso que a gente peca no sistema de saúde, porque às vezes não é só a queixa do paciente que a gente vai ter que olhar, a gente teria que fazer um questionário, umas perguntas porque às vezes ele está com um déficit que para o idoso não é perceptível e às vezes a família às vezes tem contato no final de semana ou trabalha o dia inteiro e também não percebe.” (E17)

O Ministério da Saúde no Caderno de Atenção Básica cita que entre as atribuições das equipes da APS estão o planejamento, programação e realização as ações que envolvem a atenção à saúde da pessoa idosa, além de oferta de atenção e cuidado longitudinal articulado com os demais níveis de atenção (BRASIL, 2006).

Um estudo realizado com profissionais da APS sobre a Rede de Atenção à Saúde para o cuidado ao idoso em Belo Horizonte, identificou que a demanda espontânea é soberana, onde muitas vezes são realizadas ações para o

atendimento ao idoso visando a resolutividade imediata, sendo essa uma forma da equipe garantir, na maioria dos casos, um atendimento pontual (FERNANDES, 2013).

A APS foi constituída para atender cerca de 85% dos problemas mais comuns de saúde, o que se configura como uma clínica ampla. Porém, há uma visão distorcida de vários atores acerca da mesma, o que impacta na maioria das vezes em sua banalização e baixa valorização política, econômica e social. Ressalta-se que é essencial um gerenciamento do processo de trabalho que facilite as ações e o trabalho em equipe, dado que os profissionais das equipes possuem alto grau de autonomia e as equipes operam de modo flexível. Sendo assim, é importante uma comunicação efetiva para gerar coordenação diante da singularidade e complexidade da APS (MENDES, 2012).

### **6.5.2 O cuidado ao idoso frágil: desafios e as perspectivas para a integralidade do cuidado**

O Princípio do Círculo Retroativo é embasado na ideia de circularidade, onde os produtos e os efeitos retroagem sobre as próprias causas e as realimentam (MORIN,2015).

As ações dos profissionais de saúde são circulares, o SUS está em consolidação e as mudanças epidemiológicas e demográficas possibilitam identificar novos desafios e estratégias a serem enfrentados. Diante disso é primordial repensar como as ações estão sendo ofertadas e analisar os resultados, visto que os eles são consequências das ações e estratégias previamente definidas (ARRUDA et al., 2015).

No cotidiano dos profissionais de saúde, evidencia-se o enfoque para a cura das doenças. No entanto, os princípios do SUS e a lógica da APS é atuar com vista à promoção da saúde, prevenção de agravos e doenças, além da recuperação da saúde. Então, nesse cenário os usuários são atendidos no momento da situação aguda e o cuidado é focado na assistência imediata o que rompe com o círculo (ARRUDA et al., 2015).

O tempo de atendimento nas consultas clínicas, a demanda espontânea, a logística e gestão, a escassez de profissionais e a própria falta de uma linha



de cuidado ao idoso são um dos nós críticos mencionados e vivenciados pelos profissionais da APS.

“Eu acho que muitas vezes falta tempo realmente pra gente atender melhor esse idoso. Porque aqui na unidade a gente tem que dividir o meu tempo para atendimento de urgência, pra atendimento ...isso é a reclamação de todo mundo.” (E2)

“Você vê que para visita domiciliar o número de carro diminuiu, aqui na unidade são cinco equipes. O carro vem uma manhã e uma tarde, então a maioria das pessoas fazem visita com o próprio carro e às vezes é difícil. É acho muito difícil você sair unidade para fazer visita domiciliar, principalmente com outros profissionais, porque as vezes o seu tempo na sua agenda para fazer visita não é o mesmo tempo que uma nutricionista, um terapeuta ocupacional, um farmacêutico e uma enfermeira.” (E2)

“Eu acho que precisava de mais atenção, mas a gente não temos pernas para isso. Um psicólogo para seis equipes na área de risco e a gente só fica apagando incêndio para os casos mais graves. Tem muitos casos que a gente avalia que não quer tomar remédio e está deprimido, conflitos familiares e não damos conta de atender e aí às vezes a gente avalia e tem que dispensar.” (E9)

As disparidades sociais e os casos de idosos que sustentam filhos e netos geram impacto em todo o contexto familiar. Além disso, a situação socioeconômica atual do país já tem impactado a assistência na saúde pública.

“E a cada dia que passa a demanda está aumentando, pessoas que tinham convênio perdeu né. Pelo fato de perder o emprego ou pelo fato de diversos problemas, não utilizava o SUS né e passa a utilizar o SUS e com isso está gerando uma demanda maior.” (E6)

“O que eu vejo hoje não só na saúde do idoso, mas na saúde em geral, principalmente na situação que o país vive houve uma busca maior pela saúde pública. Eu já sinto na pele, esse ano já houve um aumento de 10 a 15% da minha demanda de pacientes.” (E20)

O Brasil apresenta desigualdades sociais e idosos que vivem em situação de pobreza. Além disso, é comum os idosos realizarem transferências significativas das pensões públicas e repassarem uma certa parte dos recursos para seus filhos e netos (BANCO MUNDIAL, 2011).

A diversidade observada nos idosos tem uma relação com a herança genética. Porém, a maior parte dela é advinda dos ambientes sociais e físicos nos quais estão inseridos. As influências dos ambientes podem levar as iniquidades em saúde em todo o curso da vida. Tais situações possuem importantes implicações nas políticas públicas, uma vez que as pessoas com

maiores necessidades em saúde podem ser aquelas que dispõem de menor recurso para tratá-las (WHO, 2015).

As situações de negligência e abandono são citadas, mas as próprias equipes avaliam de forma complexa os casos devido a vulnerabilidade das famílias envolvidas. O acompanhamento e as ações são realizadas por meio da rede intersetorial e em parceria com o Centro de Referência à Assistência Social (CRAS) antes de se cogitar a judicialização do caso. No entanto, casos de violência e maus tratos contra idosos são citados como um dificultador por haver um sistema de denúncia incipiente e pouco articulado com a área da saúde.

“Aqui a gente vê muito a negligência, mas não sei se a gente pode dizer que é assim ... Na questão legal a gente poderia dizer que é uma negligência, mas quando a gente vai fazer um acompanhamento dessa família a gente percebe que é um dificultador mesmo. Que é aquela questão é uma família empobrecida, uma família que muitas vezes o filho ou a filha tem uso abusivo de álcool e drogas, então entra uma questão social ela não tem cuidado nem com ela vai conseguir ter cuidado com essa mãe ou vó né?” (E7)

“É um órgão que poderia atuar tanto, mas o disque idoso não faz nada. Todas as reclamações de maus tratos que a gente tinha com o idoso que a gente acionou o disque idoso eu não tive resposta de nenhum... E seria legal que a gente tivesse uma parceria com eles não para punir ninguém não, mas para orientar esse cuidador né.” (E8)

O Estatuto do Idoso, sancionado pela Lei Nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, tem o propósito de assegurar os direitos voltados à pessoa idosa, considera violência qualquer ação ou omissão que cause a morte, dano ou sofrimento físico ou psicológico contra o idoso. Nos casos de violência, há órgãos competentes que irão apurar denúncias e tomar as providências cabíveis, entre eles a delegacia do idoso, Ministério Público, Conselho Municipal do Idoso, Conselho Estadual do Idoso e Conselho Nacional do Idoso. Nesse contexto, o cuidador deve estar atento aos possíveis sinais que indiquem violência, entre eles, lesões, desidratação, má-nutrição, falta de higiene e transtorno afetivos (BRASIL, 2013). Além disso, é importante a articulação da rede intersetorial com a rede visando o cuidado e a proteção da pessoa idosa.

A OMS afirma ser essencial que os sistemas estejam organizados de acordo as necessidades da população para atender os idosos e que os níveis de atenção à saúde promovam cuidados através de equipes interdisciplinares,

ofereça apoio no autocuidado e envolva a família e comunidade nas ações (WHO, 2015).

Um cuidado intensivo e suporte familiar são primordiais para garantir a continuidade das ações previstas no plano de cuidado.

“Olha o que a gente percebe mesmo é a necessidade mesmo de um cuidado mesmo por parte do cuidador e da equipe também. É difícil a gente ter esse cuidado qualificado no meio de uma demanda que precisa muito de ... são demandas assim sanitárias, a gente tem uma área que a gente tem que dar condições de às vezes dignidade para as pessoas e no meio desse monte de gente tem pessoas que demandam cuidado qualificado e o idoso é uma delas.” (E13)

“Nós temos aqui uma população de idosos eu não sei a porcentagem exata, talvez a gerente possa te passar isso com mais detalhe, mas é uma população no bairro, é uma população de idosos considerável em relação à crianças, adultos, jovens e acho que falta aqui algo que a prefeitura poderia implantar aqueles linhas de cuidado para acamado que precisa de alguma ajuda, uma pessoa que vai de manhã e ajuda um pouco a família. Vejo aqui essa grande dificuldade de insuficiência familiar que não tem esse amparo, então esse é um fator que me deixa angustiado também.” (E23)

Nas ações do cuidado ao idoso, evidencia que o Estado se apresenta com responsabilidades reduzidas, apesar de haver um arcabouço legal que assegura apoio ao cuidador, sendo que as maiores atribuições e responsabilidades acerca do cuidado são delegadas à família (CALDAS, 2003; BANCO MUNDIAL, 2011).

O Estatuto do idoso prevê que é dever da família, comunidade e poder público de forma compartilhada garantir a efetivação dos direitos humanos da pessoa idosa (BRASIL, 2003).

A sobrecarga do cuidador é pontuada e a estrutura familiar de um idoso cuidando de outro idoso causa desafios para equipe. Alguns mencionam a institucionalização como uma saída. No entanto, há critérios e insuficiência dessas Instituições de Longa Permanência (ILPI) no município.

O cuidador familiar é um dos grandes pilares nas intervenções de saúde, sendo inquestionável o papel desempenhado no âmbito da família e a importância da assistência prestada. Contudo, o próprio cuidador e a família possuem necessidades relacionadas a questões materiais e emocionais que não estão sendo supridas no cenário atual.

Portanto, é essencial um gerenciamento da atenção do idoso que possibilite a interação entre profissionais, familiares, a comunidade e os serviços de apoio, assim viabilizando estratégias que possam contribuir com a qualidade de vida dos seus cuidadores (CALDAS, 2003).

Atualmente, o município de Belo Horizonte dispõe do Programa Maior Cuidado, especificamente o projeto cuidador de idosos, coordenado pela Secretaria Municipal Adjunta de Assistência Social. O Programa consiste no cuidado domiciliar de rotina de idosos frágeis, classificados como semidependentes ou dependentes que vivenciam situações de vulnerabilidade social, mas há critérios específicos para o seu acesso, estando entre eles a necessidade do idoso residir em uma área de alto risco onde haja Centros de Referência da Assistência Social (CRAS) que possui o programa (IPEA, 2016).

“Em relação ao cuidador que a gente vê que a família fica muito cansada, a gente até tem o cuidador que fica em algumas casas já tem que ficam mais ou menos duas horas de ajuda, mas eu acho que é pouco que às vezes teria que ter mais tempo com esse idoso com essa família. É alguns assim tem o cuidador, mas a gente sabe que o cuidador não cuida tanto assim e a gente não consegue colocar em uma instituição, é bem burocrático né.” (E24)

“Os nossos pacientes aqui têm muitos pacientes idosos e a maior parte são idosos e residem sozinhos. Então o serviço social trabalha na parte da solidão do idoso que às vezes não tem cuidados básicos e a gente está trabalhando em função do abrigo, então é o serviço social que trabalha em função de conseguir esse abrigo que está muito difícil.” (E27)

“Olha igual eu te falei o grande dificultador que a gente tem na nossa área tem muito idoso que mora sozinho ou o familiar é idoso também, esses pacientes que eu vejo que já tem uma demência que já vamos encaminhar para o Mais Vida eu esbarro muito no problema social, familiar. Porque eu tenho idosos que estão desenvolvendo Alzheimer mas o familiar também é muito idoso, então não consegue fazer a consultas, então eu tenho muita perda de atendimento principalmente no paciente que tem uma demência ...” (E28)

“Tem uma especificidade, muitos dos nossos idosos não tem família. Então, é acho que o trabalho fica muito mais difícil... e a gente tenta assim criar uma rede o desafio é criar uma rede às vezes os vizinhos ajudam. Então, tem essa coisa do desafio pensar qual é o aparato fora da unidade, na comunidade quem que a gente pode contar para ajudar esse idoso.” (E30)

As projeções estimam que no Brasil o quantitativo de pessoas sendo cuidadas por não-familiares irá duplicar até 2020 comparado com o ano de 2008, sendo cinco vezes maior em 2040 (BANCO MUNDIAL, 2011).

As ILPIS no cenário nacional atuam de forma e em realidades muito distintas, sendo muitas conveniadas com o poder público ou de caráter filantrópico. Em relação ao perfil dos residentes é comum haver idosos com graves incapacidades físicas e cognitivas. Há estimativas de que cerca de 1% dos idosos residam em ILPIS públicas ou privadas e tem ocorrido um aumento nesse percentual devido ao envelhecimento.

A oferta de cuidadores familiares já apresenta evidências de redução devido a nova configuração das famílias, ou seja, a redução do seu tamanho e a própria participação maior das mulheres no mercado de trabalho. Há um estigma e preconceito quanto à institucionalização e a percepção de que residir em uma ILPI significa ruptura de laços com familiares e amigos (IPEA, 2016).

As visitas domiciliares são essenciais para garantir o acompanhamento do idoso frágil, principalmente aqueles com imobilidade ou acamado. A atenção domiciliar evita a institucionalização e visa à promoção da autonomia, a permanência do idoso na sua residência reforçando o vínculo com a família e a comunidade. O Programa Mais Vida dispõe de uma equipe que realiza visitas domiciliares. No entanto, essa visita é realizada somente no distrito sanitário Nordeste do município onde foi realizado esse estudo.

“O que eu tenho sentido dificuldade e outros colegas também é a questão dos idosos acamados, quadros mais sérios. O que acontece as visitas domiciliares a gente tem pouco disponibilidade e também eu acho que é muita complexidade e precisava de ter mais profissionais, mais equipes, avaliações mais próximas uma da outra e eles acabam recorrendo a UPA que não era ideal.” (E18)

“Bom aqui a gente tem o Mais Vida e o Mais Vida em casa, todos os dois dão um apoio grande no quesito idoso. À partir de 60 anos a gente encaminha, tem uns de 60 que vão para fazer uma avaliação e mais por causa da densitometria, porque é o único lugar que faz densitometria pelo SUS tá.” (E22)

As ações da APS devem ser realizadas pensando no coletivo, sendo que grupos e espaços de inserção social seriam um grande potencial para a

ressocialização, manutenção da autonomia e independência, visando à promoção da saúde e prevenção de agravos e doenças.

“Eu acho que assim, eu acho que teve uma época que o Centro de Saúde fazia mais processos coletivos e acho que não estamos dando conta disso...eu acho que o idoso que é frágil mas que pode frequentar o Centro de Saúde poderia se beneficiar de alguns projetos nesse sentido, tirar daquele ambiente trazer. Mas a gente tem dificuldades de estrutura física, de pessoal também né...Na verdade eu sinto que a tal da promoção e prevenção que às vezes a gente não está conseguindo fazer e em qualquer circunstância a promoção e prevenção podem ser feita mesmo o idoso que já tem uma doença instalada para isso não evoluir ou para ter outras formas de abordagens.” (E15)

Mediante a fragilidade da RAS e complexidade do cuidado ao idoso frágil, as possibilidades e perspectivas sugeridas foram: a criação de uma linha de cuidado para a saúde do idoso, grupos e espaços de lazer, a extensão do Programa Maior Cuidado ou ações direcionadas ao cuidador.

“O que eu vejo que em relação à saúde do idoso a gente precisa ter igual a gente tem na agenda do médico de família para fazer pré natal, na minha agenda eu tenho espaço de saúde do idoso eu não sei se em todas as unidades, todos os médicos tem esse espaço e o tempo realmente é muito curto. Eu acho que a gente precisa ter um tempo específico para atender pacientes idosos, idosos frágeis, a maioria dos idosos frágeis eu tenho muitos pacientes acamados que não tem condições de vir ao centro de saúde, o tempo de visita domiciliar é um tempo curto mais porque a demanda aumentou muito, mas como um todo o acesso, a melhoria de medicamentos, de exames, de orientações, de profissionais de outras profissões (fisioterapeutas, TO) com a questão do NASF melhorou muito né. A saúde do idoso hoje tem outras ferramentas por conta desse trabalho multiprofissional aí que a gente faz.” (E20)

“Acho que o que faltava para a gente ofertar, por exemplo, assim não sei se é hospital dia alguma atividade, algo para o idoso ter sabe?! Porque eles ficam muito sem o que fazer, às vezes a gente faz grupos de Lian Gong, de atividade física acho que só isso não bastava, acho que tinha que ter um grupo onde ele pudesse se reunir para conversar mais.” (E32)

## **6.6 Programa Mais Vida: ferramenta para a linha de cuidado do idoso frágil nas Redes de Atenção à Saúde.**

O Programa Mais Vida integra a Rede de Atenção à Saúde do Idoso e foi instituído pela SES-MG em 2010, tendo como principal objetivo agregar anos à

vida com independência e autonomia, fundamentando-se na constituição de uma rede integrada de atenção à saúde do idoso (MINAS GERAIS, 2010).

A análise das entrevistas permitiu identificar um déficit de conhecimento e falta de clareza de alguns profissionais em relação ao Programa Mais Vida, seus objetivos e os critérios definidos para o encaminhamento do idoso para o Centro Mais Vida. Entre esses profissionais, destacam-se os enfermeiros e odontólogos.

“E nunca foi explicado o que é ... Assim, explicado pra gente, mostrado o que é. Eu sei que tem uma equipe que atende lá nossos idosos que são encaminhados pra lá.” (E1)

“É um programa voltado para as pessoas da terceira idade principalmente para os pacientes que tem mais complicações e que fazem uso de mais medicamentos e que geralmente tem alguma doença é ... tipo Alzheimer. É mais voltado para esses casos.” (E2)

“Ah assim ... do Mais Vida mesmo eu não conheço basicamente nada, só que a gente passa pela Atenção Primária, a gente encaminha para a rede e faz um acompanhamento lá. Não sei muita coisa não...” (E3)

“Muito superficialmente... eu sei que é um lugar que você pode encaminhar os pacientes né ... que tem realmente né uma dificuldade maior de cuidado.” (E4)

“Eu não conheço, conheço de nome, mas não sei do que se trata.” (E13)

O cuidado em saúde requer que os atores envolvidos compreendam e entendam os fluxos, programas e as estratégias direcionadas visando atender as necessidades de saúde.

As RAS e os programas que as integram terão articulações e irão se reestruturar de acordo com as especificidades regionais. O conhecimento acerca das Políticas Públicas de Saúde e tais programas podem ser compreendidos de modos distintos dependendo das experiências vivenciadas na formação acadêmica, as experiências da prática profissional, a concepção acerca do cuidado e da própria construção de vínculo e interação entre o profissional e o usuário do SUS.

Os desafios propostos pelas diretrizes da ESF, pelos saberes que mediam a relação da equipe, comunidade e adequação às especificidades de cada território, requer mudanças no modelo, incluindo investimentos nos processos permanentes de formação e qualificação dos profissionais (D'ÁVILA et al., 2014).

Evidencia-se no contexto dos processos de educação permanente das equipes da APS, a realização de atividades de curta duração, baseadas em intervenções isoladas e pontuais, utilizando como estratégia a ênfase na transmissão de conhecimentos centrada no professor e dissociada de intervenções educacionais (MENDES, 2012).

Na atualidade, as demandas dos idosos estão ganhando maior visibilidade nos serviços de saúde, inclusive pela evidência irrefutável do processo das transições demográfica e epidemiológica. Porém, os profissionais não se preparam para ofertar um cuidado a essa parcela populacional (FERNANDES, 2013).

Alguns profissionais descreveram o PMV como referência na atenção à saúde do idoso e enfatizaram que realizam os encaminhamentos para a avaliação multidimensional, principalmente em casos de suspeita de demência.

“É um programa que funciona na UFMG, parece que é uma equipe multidisciplinar que atende o idoso que a gente encaminha, quando a gente atende um idoso tem suspeita de alguma demência ou um idoso mais frágil com mais de 80 anos ou que tem várias patologias né e que a gente tem alguma dúvida com suspeita de demência a gente encaminha pra lá.” (E8)

“Eu acho um programa muito bom, uma proposta muito boa. Porque tem aquela avaliação mais global do paciente, não fica só direcionada para essas queixas, às vezes eles dão muitas dicas tem plano de cuidado a gente pode direcionar através dali coisas que a gente não estava nem pensando às vezes né... principalmente problemas de memória casos depressivos que ficam muito subdiagnosticados eu acho que tem ajudado muito nisso nesse lado neurológico, de assim diferenciar depressão de demência.” (E18)

“É um Programa importante para dar um até auxílio para a gente porque a gente tem muito paciente idoso. Tem paciente que a gente vê, não só idoso frágil né, mas aqueles idosos que estão começando a ter alteração do cognitivo, da memória a gente encaminha pra eles né ou de visita domiciliar ou de atendimento ambulatorio.” (E17)

Enfatiza-se que um dos critérios para encaminhamento é o idoso ser considerado frágil, conforme Linha Guia de Atenção à Saúde do Idoso da SES-MG, estando entre as características: polipatologias; polifarmácia; imobilidade parcial ou total; incontinência urinária ou fecal; instabilidade postural (quedas de repetição); dependência nas ABVDs; incapacidade cognitiva incluindo o declínio cognitivo; síndrome demencial e depressão (MINAS GERAIS, 2010). No entanto,



encontrou-se na análise dos planos de cuidados dos idosos atendidos pelo programa que alguns idosos não tinham tais critérios e foram encaminhados pelos profissionais da APS para o programa.

Os profissionais relatam que os encaminhamentos realizados são na maioria solicitados pelo profissional médico pautados na avaliação clínica de consultas individuais. Há menção sobre reuniões de matriciamento onde são feitas discussões de alguns casos visando o encaminhamento e discussões ampliadas dos casos.

“Às vezes a gente até sugere casos de pacientes mais idosos e que está precisando de um cuidado mais abrangente, a gente sempre pede a equipe, sugere a equipe e pra os médicos encaminharem. A gente tem um matriciamento que é uma reunião mensal com todos os médicos da equipe e ACS, então nessas discussões às vezes a gente solicita que alguns casos sejam encaminhados pra lá, principalmente casos que estão mais para demência e não transtorno mental.” (E9)

“Olha quando passa pela gente porque geralmente é a marcação de consulta. Daí ele vai na consulta e passa pelo médico e vai direto pelo médico, então eu mesmo nunca encaminhei nenhum paciente. Então marca a consulta e ele já passa pelo médico.” (E1)

“Aí quando chega esses encaminhamentos eu conduzo para o médico da equipe, mas é falar como funciona corretamente o programa eu não sei, quem mais acompanha os pacientes no Programa Mais Vida é o médico, mas só que acaba que ele não faz assim é ... um trabalho com a equipe para atender esse paciente, na verdade ele é que conduz o caso. Eu só agendo a consulta quando vem até a mim.” (E10)

A APS tem como lógica o cuidado e a atenção por intermédio da equipe multiprofissional. Entre as atribuições comuns a todos os profissionais da equipe descrita na Política Nacional de Atenção Básica destacam-se: garantir a atenção à saúde buscando a integralidade por meio da realização de ações de promoção, prevenção de agravos, proteção e recuperação da saúde; participar do acolhimento dos usuários através de escuta qualificada de acordo com as suas necessidades de saúde, procedendo à primeira avaliação e identificação das necessidades de intervenções de cuidado, responsabilizando-se pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo (BRASIL, 2012).

Diante esse contexto, torna-se essencial uma reflexão sobre o papel dos profissionais da equipe em relação à avaliação, encaminhamentos e

resolutividade dos casos. Especificamente quanto ao profissional enfermeiro, nota-se a falta de protagonismo nos encaminhamentos, avaliação e implementação do plano de cuidados.

Dentre as atribuições da enfermagem estão a de realizar a consulta de enfermagem, procedimentos e atividades em grupo, sendo que na consulta de enfermagem, que compreende uma série de ações realizadas em sequência ordenada, é possível identificar problemas de saúde, realizar diagnóstico de enfermagem e prescrições de enfermagem com o objetivo de ofertar ações de promoção, proteção, recuperação ou reabilitação do paciente.

A centralização dos encaminhamentos e implementação do plano de cuidados pelo profissional médico perpassa pelas relações de trabalho construídas em equipe. Identificou-se que há profissionais que se empoderam dos seus papéis e constroem relações de trabalho pautadas na lógica de equipe multiprofissional.

De acordo com as afirmações coletadas no estudo, o PMV é utilizado tanto na perspectiva da avaliação multidimensional quanto para acessar com maior facilidade exames, principalmente a densitometria óssea, possibilitando maior segurança nos diagnósticos e condutas terapêuticas. Além disso, são mencionados como potencialidades do CMV a realização da avaliação multidimensional, a elaboração do plano de cuidados, o acesso aos exames e a própria logística de atendimento relacionada a uma avaliação única, tendo em vista que os exames são realizados no mesmo local.

“O interessante que eu vejo quando as meninas falam aqui é que os exames são todos realizados no mesmo local o que é um grande dificultador que a gente tem na saúde básica, principalmente em Belo Horizonte é isso, de como levar esse idoso frágil para fazer exames. Porque cada exame é estipulado para um local, a gente trabalha em uma área de alto risco aqui e no mais o que pesa aqui são essas idas várias idas aos exames e médicos por causa dessa questão financeira né.” (E7)

“[...] Às vezes vamos supor pensando nessa questão principalmente de um idoso frágil, o acesso a uma densitometria óssea. A gente pega um idoso há muito tempo muitas vezes tomando às vezes o cálcio ou vitamina D e quando você interroga nunca fez uma densitometria óssea. Às vezes a gente tem idoso que chega aqui com esse histórico de fatura patológica e aí a mesma coisa, não tem densitometria óssea tem essas características, a descrição da queda leva a gente pensar, e por causa desse acesso e o Mais Vida ajuda nessa questão porque

a gente relata esse acontecido, aí uma densitometria já é logo agilizada, logo já é feita.” (E26)

“É uma ferramenta de extrema importância para a continuidade do tratamento do idoso, para agregar no tratamento dele para dar assim uma ajuda mesmo naquilo que não compete ao médico da família, aquilo que foge um pouquinho da nossa especialidade.” (E20)

“É um programa que se destina ao cuidado ao idoso, principalmente o idoso frágil e tem sido pra gente aqui um apoio importante, por algumas questões técnicas e também por algumas questões práticas para fins de conseguir alguns exames que a gente não tem acesso a rede SUS-BH e através do Mais Vida e a gente consegue esse acesso.” (E25)

Os medicamentos, exames e equipamentos referidos pelas diretrizes clínicas devem estar disponíveis na APS. No entanto, isso não significa que todos os equipamentos estejam disponíveis ou que vários exames sejam realizados nas UBS. Porém, de acordo com os princípios do SUS os usuários deveriam ter esse acesso de forma fácil e segura (MENDES, 2012).

Um estudo que teve como objetivo analisar o acesso de usuários de uma Unidade Básica de Referência aos serviços de saúde de um município da região Metropolitana de Belo Horizonte, compreende que o acesso aos serviços de saúde é multidimensional, entre eles, o financiamento, a cobertura, as barreiras geográficas, a ausência de alinhamento sobre a estrutura e fluxos de funcionamento do sistema de saúde, sendo que os mesmos estão relacionados com as condições de saúde e vida da população (VIEGAS, CARMO, LUZ, 2015).

Há menção que o CMV, após a avaliação multidimensional, orienta intervenções por intermédio do plano de cuidados que irão agregar na qualidade de vida do idoso frágil.

“O usuário solicitando ou a gente enxergando um usuário que vai melhorar a qualidade de vida dessa demanda a gente faz o encaminhamento através de uma ficha seguindo alguns critérios, ou seja, o usuário acima de 80 anos tem a entrada no Mais Vida para garantir a qualidade de vida ao idoso, tem idoso com fragilidades. O idoso acima de 80 anos pode ser visto com alta fragilidade ou uma pessoa com 60 a 80 anos com alguns critérios, normalmente são cinco, pessoas que está fazendo uso de mais 5 medicamentos, que tem diagnóstico de cinco doenças crônicas diferentes (diabetes, hipertensão, hipotireoidismo, hipercolesterolemia, depressão).” (E11)

“No Centro Mais Vida eles fazem uma abordagem mais completa do que eu consigo fazer aqui. Avaliam se tem necessidade de fisioterapia, as medicações, porque às vezes eu comecei a acompanhar esse idoso que ele se tornou frágil depois com uma doença hipertensiva crônica,

por exemplo, e certas medicações eu consigo controlar a hipertensão arterial crônica dele mas o Centro Mais Vida consegue abordar certas coisas que eu não consigo fazer avaliação aqui.[...]Exemplo, acamado que precisa de gastrostomia por exemplo, no meu ver clínico eu quero prolongar a vida desse paciente, então vamos fazer a gastrostomia, o idoso estando debilitado ou não pra mim a nutrição é importante. Às vezes o Centro Mais Vida opta por não fazer a gastrostomia porque ele prefere a qualidade de vida e eu prefiro o prolongamento, então eu tenho esse apoio do Centro Mais Vida nessas questões que talvez eu não consiga resolver aqui sozinha. Aí eu consigo analisar é mesmo tem a qualidade de vida.” (E12)

Refletindo acerca de que o objetivo do Programa Mais Vida é agregar anos à vida com independência e autonomia ao idoso, é essencial ponderar que o cuidar em saúde deve constituir-se em ações que contemple a construção de projetos terapêuticos ao longo do tempo. Exercer tarefas de cuidados pautadas não somente em ações tecnológicas e práticas de saúde, mas que coexista uma interação entre o sujeito e o profissional, visando o alcance de um bem-estar ou alívio de um sofrimento (AYRES, 2009).

O projeto terapêutico é um plano que deve ser construído de forma compartilhada com a participação do usuário e ser composto por um conjunto de intervenções que segue a intencionalidade de cuidado integral. O essencial não é somente tratar as doenças, mas desenvolver ações que visem ao cuidado integral, a partir de uma análise do profissional, que contemple as múltiplas dimensões do sujeito (BRASIL, 2013).

### **6.7 Plano de Cuidados: o percurso, as estratégias e os desafios para o processo de implementação**

Os profissionais implementam o plano de cuidados de acordo com as intervenções sugeridas, sendo que são realizados encaminhamentos para as equipes do NASF, contato e diálogo com a família. No entanto, diante dos contextos e as realidades de cada caso, há adaptações e implementação parcial das intervenções sugeridas.

“A gente faz e chega um papel pra gente, um papel daquele paciente que foi e tá lá ... Encaminhar para fisioterapia, um cuidado de enfermagem aí a gente encaminha. Se é para fisioterapia a gente já encaminha para o NASF, faz o encaminhamento e pede o ACS para comunicar lá na família que esse paciente está sendo encaminhado e visita domiciliar e lá a gente faz o processo, o atendimento.” (E1)

“O plano de cuidado na verdade a gente segue o plano de cuidado com algumas adaptações porque nem tudo que eles colocam tem como a gente fazer. Mas o Mais Vida para nós é um norteador a gente segue o que eles estão falando com algumas adaptações, por exemplo, visita domiciliar, aqui é área de risco há duas semanas atrás a gente não podia fazer visita porque estava tendo problema na área, então tudo que a gente ia fazer naquela semana foi cancelado. A gente não consegue dar prosseguimento igual ou o que seria correto entendeu?!” (E8)

“Algumas vezes dá certo o que eles pedem para gente fazer, a gente às vezes analisa também e faz mas nem sempre a medicação que é prescrita lá os pacientes daqui podem usar. Então nem sempre o que é falado lá pra gente fazer dá para fazer.” (E24)

O Princípio da Reintrodução do Conhecimento em Todo o Conhecimento conjectura que “todo conhecimento é uma reconstrução ou tradução realizada por um cérebro em uma determinada cultura e em um período de tempo específico” (MORIN, 2015). Através desse princípio, conclui-se que o conhecimento pode ser compreendido de modos distintos, dependendo das situações e pessoas envolvidas (ARRUDA et al., 2015).

A equipe do NASF menciona o fluxo de encaminhamento dos pacientes para avaliação e a importância das ações serem definidas com a equipe e/ou um profissional que irá contribuir com a efetividade das ações.

[...] o NASF atende por matriciamento. Então só vem pra gente o que é avaliado e encaminhado... A gente também se acha que vale a pena que precisa de uma avaliação de geriatria, a gente discute com a equipe e pede para fazer o encaminhamento.” (E15)

“Então se for um paciente frágil a gente vai fazer uma visita domiciliar e aí você vai fazer individual ou em conjunto com outro profissional. No meu caso por exemplo, eu faço muita visita com a fono, porque se é uma disfagia importante ela tem que avaliar para eu ver a consistência se vai usar um espessante mas tudo em cima desse encaminhamento. Normalmente a equipe tem que conhecer o paciente primeiro para o NASF então entrar, às vezes acontece disso se inverter da gente ir antes, mas depois desse encaminhamento que a gente passa a fazer a intervenção.” (E15)

O cuidado ao idoso frágil requer um olhar minucioso, rompendo a lógica reducionista mencionada por Morin. Assim esse cuidado inclui a identificação das fragilidades que tangem todos os seus aspectos de vida, visando traçar estratégias e oferta de cuidado que possibilitará uma melhoria na qualidade de

vida e autonomia. A realidade vivenciada pelos profissionais da APS abrange as questões socioeconômicas e tais questões irão definir a conduta do caso.

“[...] assim alguns pontos que eu acho que são complicados, é porque muitas vezes eles tiram algumas medicações e colocam outras como a mitrazapina, a sertralina que não tem na unidade básica e isso gera um custo para o paciente muito grande e a gente fica assim muito amarrado de não trocar né. Se eu mandei para o especialista e ele fez a troca eu mantenho a troca, eu vejo que isso às vezes onera o doente sabe?! Às vezes eles não vão tomar, às vezes é uma família empobrecida e isso a gente não tem uma forma de resolver.” (E33)

O Brasil tem realizado transferências públicas por intermédio de programas sociais na tentativa de reduzir a desigualdade e a pobreza entre os idosos. No entanto, alguns avanços foram alcançados com o acentuado aumento nos gastos do sistema de seguridade social, sendo que tal cenário aponta para a necessidade de mudanças do sistema atual (BANCO MUNDIAL, 2011).

Há uma ponderação quanto às intervenções indicadas no plano de cuidado. Os profissionais avaliam o histórico do idoso para definir quais ações serão implementadas.

“[...] eu avalio junto com a minha ficha ou com atendimentos anteriores aos mesmos o que é necessário ou não. Chamo o familiar para conversar sobre o laudo e depois marco uma visita, tive que tirar tal medicamento, tive que colocar tal estou encaminhando para a fisioterapia devido a lombalgia crônica que sente vamos supor porque é acamado.” (E12)

A longitudinalidade proposta pela APS possibilita maior familiaridade dos profissionais com o paciente, melhor identificação de problemas de saúde, realizações de exames preventivos com maior frequência e a satisfação do usuário (HAGGERTY et al., 2008).

Em certas situações, nota-se que a implementação do plano de cuidados e as intervenções são conduzidas pelo médico da equipe. A condução por esse profissional e a falta de discussão com a equipe impacta em um único olhar para o caso. Nesse contexto, evidencia-se o paradigma médico centrado e simplificador onde acredita-se que o saber exclusivo da ciência médica irá responder as necessidades dos idosos.

“Igual eu estou falando não existe, não tem uma avaliação desse cuidado do Centro Mais Vida. Não existe um trabalho feito enfermeiro,

médico, às vezes dentista, ginecologista não existe esse trabalho. Esse é repassado para o médico e o médico dá condução ao caso. Pelo menos na minha equipe é assim ...” (E10)

“[...] a gente recebe o plano de cuidado, muitas vezes a gente vê lá o que foi orientado a fazer e tenta colocar em prática, mas geralmente é mais o médico que lê e que vê o que tem que fazer, às vezes é mudar um medicamento é encaminhar para algum profissional do NASF e às vezes ele acostuma ter esse retorno para o paciente.” (E16)

A lógica do cuidado integral e em equipe inclui a participação de todos os profissionais e os olhares das diversas áreas. O conhecimento técnico e, inclusive o contexto socioeconômico e cultural do idoso, irão impactar nas definições e condutas clínicas implementadas, Portanto, para construir um projeto terapêutico singular é primordial a participação da equipe e do usuário, visando a sua integração e uma comunicação efetiva entre os profissionais da equipe da APS.

Os profissionais reportam alguns dificultadores que impactam no processo de implementação do plano de cuidados. Afirmam que deveria haver maior articulação e integração dos profissionais da APS e do CMV, além de um retorno acerca do atendimento, visto que há casos de demora do encaminhamento do plano de cuidados para as equipes da APS.

“Eu acho que não tem aquela integração mesmo, a unidade com o Mais Vida... Às vezes a gente esquece de perguntar e não sabe se ele voltou. Você entendeu?! Mas a gente pergunta: você vai voltar lá? Quando que vai? O que você vai fazer? E depois se ele vai ficar lá, a gente perde esse fio, não tem mais uma comunicação entendeu?!” (E1)

“Eu acho que falta um retorno como se fosse uma contrarreferência vamos dizer assim. Eu mandei e eles me mandam mesmo que o plano de cuidados não esteja pronto, porque às vezes o plano de cuidados é demorado ele não vai sair de imediato e às vezes esse paciente está chegando e eu não estou sabendo o que está acontecendo com ele lá.” (E14)

“Às vezes a gente tem muito paciente que é muito demorado a resposta do plano. O plano às vezes vem cobrar a densitometria óssea, ou seja, depois de um longo período ainda vem com essas pendências, pedir o paciente para pegar o laudo da tomografia, se isso fazer aquilo.” (E23)

Estudos canadenses demonstraram que a presença de uma rede especializada articulada às equipes da APS, possibilitam a troca de opiniões,

contribui para a coordenação e o cuidado (HAGGERTY et al., 2008; RUSSELL et al., 2010).

Diante desse contexto, o matriciamento é uma nova lógica de organização do trabalho em saúde, uma construção compartilhada e de prática de cooperação entre equipes de ESF e suas referências de apoio setoriais e intersetoriais. Esse suporte possibilita ampliar o campo de atuação e qualificar suas ações, além de potencializar o trabalho com os cuidados primários em saúde na perspectiva de uma clínica ampliada (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Nesse arranjo organizacional a equipe de referência do idoso seria a ESF e/ou o NASF da APS, que irá manter uma relação longitudinal no tempo com esse idoso. O funcionamento integrado da equipe de referência pressupõe que os casos clínicos sejam discutidos, sendo o apoiador matricial os profissionais do CMV que possuem conhecimento distinto, e que também podem agregar recursos que irão contribuir com intervenções que aumentem a capacidade resolutiva de alguns problemas vivenciados pela equipe no cuidado ao idoso frágil.

A logística de entrega dos resultados de exames e a própria comunicação entre os serviços com o idoso, além do acesso ao plano de cuidados são apontados como uma fragilidade do PMV, conforme relatos:

“A única dificuldade que às vezes tem é que o paciente vem com o plano de cuidado e os exames. Aí fica faltando a densitometria, aí elas falam que eles falaram que vão mandar por e-mail para vocês aqui. Aí eu falo não, a densitometria o senhor tem que ir lá e pegar o resultado. Não, mas eles não falaram isso não...alguns tem essa dificuldade. Não o senhor tem que voltar e pegar o resultado.” (E5)

“A gente tem um pouco, eu falo assim a minha realidade e a da médica, a gente um pouco de dificuldade é em relação ao exame. Parece que o exame não vem, parece não, o exame não vem por e-mail. Então o exame o paciente tem que ir lá buscar, então tem uma falta de comunicação que às vezes eu marco peço para ir buscar ou eu esqueço e o paciente vem sem o exame né.” (E19)

“[...] nem sempre chega rápido esse plano de cuidado, porque as às vezes barra em alguma coisa ou na hora de imprimir porque vai para o e-mail do Centro de Saúde, aí às vezes não imprime ou entrega, mas aí a gente já entrega e coloca dentro do prontuário.” (E16)

“A única crítica que eu tenho ao Programa Mais Vida é que o plano de cuidado demora muito...” (E22)



As evidências internacionais indicam que, para um modelo efetivo e de qualidade de cuidados, são necessários sistemas de informações clínicos que possuam base em prontuários clínicos. Além disso, a introdução de tecnologias de informação, incluindo prontuários eletrônicos, viabilizaria a implantação da gestão da clínica nas organizações de saúde, reduziria os custos pela eliminação de retrabalhos e de redundâncias no sistema (MENDES, 2012).

O processo de implementação do plano de cuidado requer ações que tangem os profissionais e a família do idoso. As questões familiares são abordadas como um dificultador para a efetivação das ações e intervenções sugeridas no plano. Atualmente, existem idosos que moram sozinhos ou idoso que cuida de idoso. Além disso, o autocuidado fica comprometido nos casos de analfabetismo e incapacidade cognitiva devido a um quadro demencial.

“Faço visita, reunião com familiares, aí eu envolvo todo mundo não fica só comigo esse trabalho de envolvimento familiar eu envolvo a equipe e tudo...Aí quando o Plano de Cuidado não está aqui às vezes eu encaminho e-mail pra lá pedindo para me enviar pra mim vê assim se esse idoso está com incapacidade cognitiva porque isso faz muita diferença para o meu trabalho sabe?! Saber se esse idoso ele é independente nas AVD's ou não, se ele é lúcido ou não, porque isso vai definir o aparato familiar.” (E14)

“A gente marca consulta o retorno desse idoso para a gente colocar em prática aquilo que foi orientado, a questão das medicações a gente pede o idoso para vir acompanhado de algum familiar que ajuda no cuidado.” (E34)

“Na verdade a grande dificuldade nossa é essa às vezes a gente encaminha para o Centro Mais Vida mas não tem quem cuide do idoso. Vem as recomendações, mas a gente tem dificuldade para executar porque não tem quem cuide.” (E31)

“Então se você pensar é nessa questão, a questão mesmo do autocuidado, a compreensão da adesão do tratamento é bem dificultador. A gente tem um índice de analfabetismo do idoso, se a gente não tem um olhar qualificado para essa questão... o médico nos chama e fala assim: mas que o fulano já cansei de passar um remédio e ele não toma direito. Aí a gente vai fazer uma visita domiciliar com uma escuta mais qualificada, você consegue perceber que esse idoso não sabe ler. Então como ele vai ter uma adesão ao tratamento, e dizer disso é muito constrangedor.” (E7)

“A gente discute isso em equipe e vê essa questão com a família, a implementação desse plano de cuidado vai muito além assim de nós, é aquela questão social. Você vê se o idoso tem uma estrutura assim na casa dele que permite, seria interessante assim a já vir a ação da terapeuta ocupacional, mas não temos aqui com o NASF, antes a

gente utilizava muito esse profissional. Mas esse plano de cuidado quando vem já nos orienta bastante para a gente já ter pelo menos um direcionamento do que vai melhorar no cuidado dele, na medida do possível, nosso aqui né nós fazemos o possível e na medida das possibilidades do paciente nas questões sociais deles e familiar né.” (E11)

Ao elencar os desafios para as política de saúde é importante destacar a complexidade de alcançar um equilíbrio entre o apoio ao autocuidado, apoio informal e cuidado formal. Inclusive é fundamental diante da realidade atual, que a pessoa idosa seja percebida como um cidadão ativo, sendo que a atuação dos profissionais devem ser pautadas em uma abordagem que reconheça o idoso e a importância das relações entre familiares e intergerações (BRASIL, 2006).

No entanto, é necessário criar alternativas aos cuidados domiciliares para incluir essa parcela populacional e enfrentar as demandas de cuidados de longo prazo daqueles idosos que não tem famílias ou não poderão ser sustentados por seus familiares. Nesse cenário, surge como uma das estratégias viáveis o fortalecimento da capacidade das equipes da ESF que irá demandar inúmeros esforços (BANCO MUNDIAL, 2011).

Diante da demanda e dos fluxos, é pontuada a realização das consultas pelos especialistas, porém há dificuldade em manter a continuidade do cuidado proposto.

“A questão é assim, depende, o que eu vejo é que às vezes a gente não consegue fazer a coisa continuada. Então assim eu tenho muitos pacientes, aí tem vários pacientes com sonda, porque a gente é generalista também... Temos pacientes com dieta artesanal que eu tenho que estar orientando, então teoricamente deveria haver uma periodicidade e às vezes isso não é feito dessa forma por causa da demanda que é muita. Mas sempre que pede uma avaliação nunca que deixa de acontecer entendeu?!” (E15)

A criação das equipe do NASF para a consolidação da APS no Brasil, ampliou as ofertas de saúde e cuidado ao usuário. No entanto, ainda é incipiente o quantitativo de profissionais e a integração com a rede de serviços. Tal realidade impacta na resolutividade, na abrangência das ações e na continuidade do cuidado visando a integralidade.

Os profissionais percebem resultados positivos e efetivos após a implementação do plano de cuidados.

“Acho que com isso o que faz com aquele idoso: melhora a qualidade de vida dele. Nós temos pacientes que a família percebeu... vou

exemplificar, uma idosa... Essa idosa acentuou a senilidade, o sintoma de senilidade imediatamente eu fiz o encaminhamento, ela foi pra lá e foi realizado o diagnóstico. Realmente ela ficou lá, entrou com a medicação o mais rápido possível. Essa idosa está tendo uma qualidade de vida perfeita!” (E6)

As ações articuladas entre as equipes da APS e equipes do CMV através da implementação do plano de cuidado deve propiciar um cuidado integral e ações que sejam singulares, resolutivas e que atendam as reais necessidades do idoso frente à sua realidade e possibilite anos com qualidade de vida.

A organização do sistema de saúde sob a forma de Rede e as ações que tirem de foco o paradigma simplificador são estratégias essenciais para consolidar os princípios do SUS e o cuidado ao idoso frágil que demanda necessidades diferenciadas de acordo com sua história de vida.

### **6.8 A educação permanente na área de geriatria e gerontologia e a supervisão clínica como apoio no cuidado ao idoso frágil**

A educação permanente é essencial nas ações de saúde, nota-se uma carência na formação dos profissionais, capacitação e educação permanente na área da saúde do idoso o que gera dificuldades na implementação dos planos.

“[...] eu acho que poucos médicos de família tem uma capacitação geriátrica, assim tem um entendimento, segundo assim pode haver uma discordância o médico geriatra achar que ele tem uma indicação e o médico de família que está acompanhando o idoso mais vezes, e ele vê o idoso uma vez só, e aí não só no antidepressivo estou falando de outras condutas médicas entendeu.” (E20)

As questões que tangem a educação perpassam pelos próprios cursos de graduação, pois o paradigma flexneriano nas escolas tem o foco na especialização. O cenário de fragmentação da saúde e voltado para as condições agudas tem uma relação com os currículos de graduação, que em sua maioria, apresenta muitas disciplinas desconexas e focalizadas em unidades de prática de atenção às condições agudas e às agudizações de condições crônicas, centrados no ambiente hospitalar e centros ambulatoriais de especialidades médicas. O cenário da pós-graduação vivencia a mesma realidade, ou seja, a educação continuada é fragmentada e há baixa oferta de residências, de mestrados e de doutorados em saúde da família e comunidade (MENDES, 2012).

O sistema de saúde e as universidades precisam se adaptar de acordo com os perfis demográficos e epidemiológicos da população idosa brasileira (BANCO MUNDIAL, 2011).

A Resolução SES Nº 2.603, de 7 de dezembro de 2010 que dispõe sobre o Programa Mais Vida – Rede de Atenção à Saúde do Idoso de Minas Gerais e dá outras providências, descreve no seu Capítulo III, Art.10 que os CMVs irão estimular e promover a capacitação dos profissionais da APS para viabilizar a atenção global e formar suporte técnico visando o cuidado qualificado a essa população. Em seu parágrafo único, cita que os profissionais da APS serão capacitados, também, por meio do Programa de Educação Permanente (MINAS GERAIS, 2010).

A própria PNSPI preconiza que seja realizada a adequação de currículos e metodologias na formação de profissionais na área da saúde visando ao atendimento a suas diretrizes e o incentivo à criação de Centros Colaboradores de Geriatria e Gerontologia nas instituições de ensino superior que possam atuar de forma integrada com o SUS (CARVALHO; HENNINGTON, 2015).

A educação permanente, no contexto de redirecionamento do modelo deve ser vislumbrada como uma importante estratégia de gestão com potencial de gerar mudanças no cotidiano dos serviços. Um pressuposto importante da educação permanente é o planejamento de ações educativas a partir da análise coletiva dos processos de trabalho, identificando os nós críticos a serem enfrentados na atenção e/ou na gestão, possibilitando a construção de estratégias que promovam o diálogo entre as políticas e a singularidade das pessoas considerado seu contexto de vida. (BRASIL, 2012).

Ademais, é de suma importância que a educação permanente seja uma estratégia prioritária e pactuada nas diversas esferas de gestão.

A efetivação da RAS e do cuidado integral ao idoso frágil perpassa por articulação dos serviços e definições de fluxos.

A criação de espaços coletivos onde ocorrem discussões, reuniões ampliadas com profissionais da APS e CMV, propiciaria um diálogo capaz de superar dificultadores e desordem devido à complexidade das ações e serviços, como por exemplo, o processo de gestão e logística dos planos de cuidados, a compreensão ampliada das intervenções propostas nos planos de cuidado que inclusive poderia ser acompanhada através de supervisão clínica e

matriciamento efetivo. Existem especificidades inerentes de cada UBS, a sua população adscrita, as vulnerabilidades vivenciadas e as singularidades do idoso que devem ser consideradas na implementação do plano de cuidados, sendo que as discussões ampliadas seriam efetivas na construção dos casos.

“Então assim, às vezes eu sinto essa falta de um lugar para discutir essas discordâncias, às vezes outro ponto negativo é que acontece é que esse plano de cuidado se perde.” (E20)

“Tem uma dificuldade que eu acho que é de implantar às vezes algumas umas medidas que o Mais Vida, às vezes ele traça o paciente, mas a gente que está aqui na atenção básica conhece mais o paciente e as particularidades do paciente. Então às vezes eu vejo que veio uma coisa... é muito teórica e você vê que não dá para adaptar ali para o paciente ou por questões de intercorrências que o paciente já teve, questões financeiras às vezes uma medicação. E eu acho que falta essa ... a grande dificuldade é um feedback de um matriciamento, falta de um matriciamento, porque você recebe tudo um plano de cuidados, mas é papel né?! Palavras no papel né, e isso às vezes palavras no papel às vezes é difícil você transformar palavras em ações né ...” (E23)

“O que a gente percebe assim às vezes e a pergunta que a gente faz até durante a reunião é: Qual a função? Eles vão detectar e depois que detectou eles vão fazer o que com isso? Eles sugerem um plano de trabalho mas é uma coisa meio distante assim, a gente às vezes não consegue pegar um quadro de demência no início para poder tratar dele.” (E30)

De acordo com o Princípio Dialógico, há uma importância racional de associar ações contraditórias, ou seja, dialogar com a diversidade de ideias e situações, pois fazem parte do contexto (MORIN, 2015).

Esse princípio possibilita analisar como os dispositivos da RAS lidam com as incertezas, burocracia e organização da RAS. Os profissionais da APS e do CMV, como estratégia na gestão do cuidado e na implementação do plano de cuidados, precisam construir mecanismos efetivos de diálogo visando enfrentar os dificultadores que tangem os aspectos relacionados a educação e burocracia.

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O cuidado realizado ao idoso frágil mencionado pelos participantes do estudo perpassa pela demanda espontânea, consultas individuais agendadas, realização de grupos e visita domiciliar. Evidencia-se que o paradigma do tratamento agudo na APS é dominante, sendo que as ações desenvolvidas são coerentes com um modelo de atenção à saúde com enfoque no agudo e voltado a doença, não havendo estratégias específicas para esse ciclo de vida.

Todavia, o cenário demonstra que é primordial que os profissionais e o sistema aprendam a lidar com a ascensão das condições crônicas, o manejo adequado e o cuidado contínuo dessas pessoas diante as suas necessidades de saúde considerando o seu contexto socioeconômico e cultural.

Evidencia-se um reducionismo nas ações de saúde, orientado pelo paradigma da patogênese e o modelo hegemônico biomédico, ocorrendo a fragmentação do cuidado e das ações.

Nesse contexto, o Programa Mais Vida é considerado por alguns profissionais como uma ferramenta para a linha de cuidado do idoso frágil nas Redes de Atenção à Saúde. Porém, nota-se um déficit de conhecimento e falta de clareza dos profissionais em relação ao Programa, os seus objetivos e os critérios definidos para o encaminhamento do idoso para o Centro Mais Vida. O cuidado em saúde requer que os atores envolvidos compreendam e entendam os fluxos, programas e as estratégias direcionadas visando atender as necessidades de saúde da pessoa idosa.

O plano de cuidados é implementado de acordo com as intervenções sugeridas, mas em alguns contextos ocorrem adaptações e ponderações, conforme a realidade vivenciada por cada idoso, sendo considerados pelos profissionais da APS o histórico de saúde e o contexto socioeconômico do idoso. Dessa forma são realizados encaminhamentos para as equipes do NASF, contato e diálogo com a família.

Entre os dificultadores que impactam no processo de implementação do plano de cuidados é citada a falta de articulação e integração dos profissionais da APS e do CMV, além de ausência de informações acerca do atendimento, a logística de entrega dos resultados de exames, o acesso ao plano de cuidados e a própria comunicação entre os serviços com o idoso.

Existem também as questões que tangem as famílias, visto que o suporte familiar é primordial para garantir a continuidade das ações previstas no plano. Há dificuldades na implementação do plano nos casos onde há a ausência de cuidador, nos casos de idosos que moram sozinhos ou idoso que cuida de idoso. O autocuidado fica comprometido nos casos de analfabetismo e incapacidade cognitiva devido a um quadro demencial.

Nota-se uma carência de educação permanente e capacitação na área de geriatria e gerontologia o que impacta no cuidado ofertado. Contudo, é previsto por intermédio da Resolução que dispõe sobre o Programa Mais Vida que os CMVs irão estimular e promover a capacitação dos profissionais da APS para viabilizar a atenção global e formar suporte técnico visando o cuidado qualificado a essa população.

Entre os desafios para a integralidade do cuidado ao idoso, destacam-se: os casos de violência, entre eles, a negligência e abandono, além de um sistema de denúncia incipiente e pouco articulado com a área da saúde; tempo das consultas; a escassez de profissionais e a própria falta de uma linha de cuidado ao idoso.

Evidencia-se que diversidades e necessidades de saúde dos idosos advêm de eventos que ocorrem ao longo de toda a trajetória de vida e frequentemente são modificáveis. Dessa forma, é importante o enfoque de ciclos de vida para se entender o processo de envelhecimento e ações estratégicas que contemplem o cuidado na perspectiva do envelhecimento ativo.

A lógica reducionista que identifica somente as necessidades do idoso nos aspectos da saúde impossibilita a construção de um cuidado ampliado que vislumbre um Projeto Terapêutico Singular considerando a articulação das políticas públicas de saúde com as políticas intersetoriais, a autonomia, a independência e o protagonismo do idoso, sobretudo no contexto socioeconômico e cultural no qual o mesmo está inserido.

O cuidado ao idoso é longitudinal e os problemas de saúde enfrentados estão associados às doenças crônicas, sendo que muitas delas podem ser prevenidas ou retardadas por intermédio de práticas saudáveis e estratégias de saúde que visem à promoção da saúde.

Além disso, é fundamental repensar o cuidado ofertado as pessoas com declínios na capacidade funcional, os ambientes de apoio as famílias e cuidadores que irão propiciar um cuidado integral.

Mediante as carências dos cursos de graduação e pós graduação, as políticas públicas e os serviços especializados podem criar estratégias específicas visando um suporte teórico, a criação de espaços coletivos onde ocorram discussões, reuniões ampliadas que propiciariam um diálogo capaz de superar dificultadores e desordem devido à complexidade das ações e serviços.

Diante dos dificultadores mencionados, destaca-se que é primordial pensar na construção de uma linha de cuidado para a saúde do idoso, criação de grupos e espaços de lazer que possibilitem vislumbrar ações de promoção da saúde e prevenção de doenças pautadas no envelhecimento ativo. Em relação as famílias é importante a criação de estratégias de apoio por meio de visitas domiciliares sistematizadas e ações direcionadas ao cuidador.

No que tange as equipes, a instituição de reuniões de matriciamento entre as equipes da APS e CMV possibilitaria a articulação, integração das equipes e discussão ampliada dos casos. Outro aspecto essencial é a definição de uma estratégia de acompanhamento e monitoramento efetivo do idoso avaliado no CMV, sendo uma estratégia viável a definição de profissionais do CMV como apoio técnico de supervisão clínica para as equipes das UBS's.

A nível de gestão é fundamental destacar a importância de introduzir tecnologias de informação que incluam prontuários eletrônicos interligados, o que viabilizaria a implantação da gestão da clínica. Além disso, é necessária a implementação de programas de capacitação e educação permanente, conforme já previsto nas políticas públicas de saúde.

Embora o envelhecimento da população brasileira tenha se tornado uma realidade incontestável, vivenciamos um cenário com dificultadores na implementação das políticas públicas, visto que a saúde do idoso ainda não é uma questão prioritária. No entanto, as Redes de Atenção à Saúde e os diversos serviços da rede deveriam se organizar no sentido de construir linhas de cuidado efetivas para os idosos por intermédio da adequação da estrutura dos pontos de atenção da rede com a lógica do acolhimento, encaminhamento implicado, matriciamento, monitoramento, corresponsabilização dos diversos níveis de atenção, acompanhamento das ações e intervenções planejadas, além de ações



que vislumbrem a formação de cuidadores e apoio às famílias, inclusive por intermédio da rede intersetorial.

Diante das evidências mencionadas, acreditamos que essa pesquisa possa servir de subsídio aos gestores de saúde no planejamento e avaliação de políticas públicas já existentes na área da saúde do idoso, inclusive nas práticas dos profissionais das Redes de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa.

Uma atenção especial deve ser dada em relação às potencialidades das políticas públicas existentes, além de uma análise criteriosa acerca dos possíveis impasses na sua efetivação visando o cuidado, que irá propiciar a autonomia e independência dos idosos em prol de um envelhecimento ativo e com qualidade de vida.

## 8. REFERÊNCIAS

ANDRADE et al. Análise do conceito fragilidade em idosos. **Texto Contexto Enferm.** v.21, n.4, p. 748-56, 2012. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n4/04.pdf>. Acesso 05 jul. 2016.

AYRES, J.R.C.M. **Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde.** Rio de Janeiro: CEPESC- IMS/UERJ. Abrasco, 2009.

ARRUDA, C et al. Redes de atenção à saúde sob a luz da teoria da complexidade. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem.** v.19, n.1, 2015. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141481452015000100169](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141481452015000100169). Acesso 30 nov. 2015.

ASSUMPÇÃO et al. Qualidade da dieta e fatores associados entre idosos: estudo de base populacional em Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública.** v.30, n.8, 2014. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102311X2014000801680&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2014000801680&lng=pt&tlng=pt) Acesso 05 jul. 2017.

BANCO MUNDIAL. **Envelhecendo em um país mais velho.** The World Bank. Washington, DC. Washington, 2011.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo.** 4. ed. revista e atualizada. Edições 70, Lisboa, 2009.

BERGMAN, H. et al. Developpement d'un cadre de travail pour comprendre et étudier la fragilité. **Gérontol soc.** v.109, n.1, p.15-29, 2004.

BOFF L. **Saber cuidar: ética do humano - compaixão pela terra.** 14 ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2008.

BRASIL. **Lei n. 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília; 1994. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm). Acesso 28 jan. 2015.

BRASIL. **Lei n. 8.842**, de 04 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências [Internet]. Brasília; 1994. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8842.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8842.htm). Acesso 28 jan. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica, n. 19.** Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Cadernos de Atenção Básica**, n. 34. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno\\_32.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_32.pdf). Acesso 30 jan. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Diário Oficial da União, Brasília, 13 jun. 2013. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html). Acesso 30 jan. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088**, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2011. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html). Acesso 01 jan. 2017.

BRASIL. **Lei no 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, 2001. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/l10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm). Acesso 01 jan. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 2.488**, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União 24 out 2011; Seção 1. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html). Acesso 30 jan. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso 30 jan. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS nº 702** de 12 de abril de 2002. Dispõe sobre a criação de mecanismos para a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso. Brasília, 2002. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/sileg/integras/239984.pdf>. Acesso 27 jan. 2015.

BRASIL. Ministério de Saúde. **Portaria nº 2528/GM**, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa [Internet]. Brasília; 2006. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528\\_19\\_10\\_2006.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html). Acesso 21 jan. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília: 2006. Disponível em: <http://www.saude.mppr.mp.br/arquivos/File/volume1.pdf>. Acesso 28 jan. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS Nº 4.279**, de 30 de Dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279\\_30\\_12\\_2010.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html). Acesso 28 jan. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS Nº 2.488**, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html). Acesso 28 jan. 2015.

BRITO, T.R.P; PAVARIN, S.C.L. Relação entre apoio social e capacidade funcional de idosos com alterações cognitivas. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v.20, n.4,2012. Disponível em: <http://www.redalyc.org/html/2814/281423331007/>. Acesso 04 abr. 2016.

CALDAS, C.P. et al. Rastreamento do risco de perda funcional: uma estratégia fundamental para a organização da Rede de Atenção ao Idoso. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 18, n.12, p.3495-3506, 2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232013001200006&script=sci\\_abstract](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232013001200006&script=sci_abstract). Acesso 20 abr. 2015.

CAMPOLINA et al. A transição de saúde e as mudanças na expectativa de vida saudável da população idosa: possíveis impactos da prevenção de doenças crônicas. **Cad. Saúde Pública**. v.29, n.6, 2013. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2013000600018&script=sci\\_artt\\_ext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2013000600018&script=sci_artt_ext). Acesso 20 nov. 2015.

CAMPOS, G.W.S; DOMITTI, A.C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**. v. 23, n.2, p.399-407, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n2/16.pdf>. Acesso 10 out. 2016.

CARMO, J. A. **Proposta de um índice de vulnerabilidade clínico-funcional para a atenção básica: um estudo comparativo com a avaliação multidimensional do idoso**. Dissertação de mestrado do Programa de Pós Graduação em Promoção de Saúde e Prevenção de Violência da UFMG. Orientador: Prof. Edgar Nunes de Moraes. Belo Horizonte, 2014.

CARVALHO, C.R.A; HENNINGTON, E.A. A abordagem do envelhecimento na formação universitária dos profissionais de saúde: uma revisão integrativa. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** v.18, n.2, p.417-431, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v18n2/1809-9823-rbgg-18-02-00417.pdf>. Acesso 15 jun. 2017.

CHAIMOWICZ, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. **Revista de Saúde Pública.** 31, n. 2, p. 184-200, 1997. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89101997000200014&script=sci\\_abstract&lng=pt.pdf](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89101997000200014&script=sci_abstract&lng=pt.pdf). Acesso 20 fev. 2016.

CIOSAK, S.I. et al. Senescência e senilidade: novo paradigma na atenção básica de saúde. **Rev Esc Enferm USP.** v.45,p.1763-8, 2011. Disponível em <http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/40902>. Acesso 10 mai. 2015.

COLLIERE, M.F. **Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem.** 1ed. Lisboa: Lidel, 1999.

CUNHA, G.T. **A construção da clínica ampliada na Atenção Básica.** São Paulo: Hucitec, 2005.

D'ÁVILA et al. Adesão ao Programa de Educação Permanente para médicos de família de um Estado da Região Sudeste do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva.** v. 19, n.2, p. 401-416, 2014. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S14138123201400020401&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S14138123201400020401&lng=pt&nrm=iso). Acesso 07 jun. 2017.

DELLAROZA et al. Dor crônica em idosos residentes em São Paulo, Brasil: prevalência, características e associação com capacidade funcional e mobilidade (Estudo SABE). **Cad. Saúde Pública.** v. 29, n.2,p.325-334, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n2/19.pdf>. Acesso 07 jun. 2017.

DIAS et al. Atividades avançadas de vida diária e incidência de declínio cognitivo em idosos: Estudo SABE. **Cad. Saúde Pública.** v. 31, n.8, p.1623-1635, 2015. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2015000801623&script=sci\\_abstract&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2015000801623&script=sci_abstract&lng=pt). Acesso 07 jun. 2017.

DUARTE et al. Prevalência e fatores sociodemográficos associados à fragilidade em mulheres idosas. **Rev Bras Enferm.** v.66, n.6,p. 901-6, 2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003471672013000600014](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672013000600014). Acesso 07 out. 2016.

FATORI et al. Dupla tarefa e mobilidade funcional de idosos ativos. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** v.18 n.1, p.29-37, 2015. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/4038/403839881004.pdf>. Acesso 07 jun. 2017.

FERNANDES, M.T.O. **A rede de atenção para o cuidado à pessoa idosa na atenção primária: um modelo teórico**. Tese de doutorado do Programa de Pós Graduação da Escola de Enfermagem da UFMG. Orientador: Prof.<sup>a</sup> Sônia Maria Soares. Belo Horizonte, 2013.

FERNANDES, M.T.O; SOARES, S.M. O desenvolvimento de políticas públicas de atenção ao idoso no Brasil. **Rev. esc. enferm. USP**. v.46, n.6, 2012. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_pdf&pid=S008062342012000600029&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S008062342012000600029&lng=en&nrm=iso&tlng=pt). Acesso 20 mar. 2015.

FILHO et al. Tendências no uso de antidepressivos entre idosos mais velhos: Projeto Bambuí. **Rev Saúde Pública**.v.48, n.6, p.857-865, 2014. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n6/pt\\_0034-8910-rsp-48-6-0857.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n6/pt_0034-8910-rsp-48-6-0857.pdf). Acesso 03 jun. 2017.

FIRMO, J.O.A; LIMA-COSTA, M.F; UCHÔA, E. Projeto Bambuí: maneiras de pensar e agir de idosos hipertensos. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20(4):1029-1040, jul-ago, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/csp/v20n4/18.pdf>. Acesso 10 jul. 2017.

FONTANELLA, et al. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**. v. 24, n.1, p. 7-27, 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n1/02.pdf>. Acesso 10 mar. 2016.

FONTANELLA, et al. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Cad. Saúde Pública**. v.27, n.2, p. 388-394, 2011. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_pdf&pid=S0102311X2011000200020&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0102311X2011000200020&lng=en&nrm=iso&tlng=pt). Acesso 10 mar. 2016.

FHON et al. Prevalência de quedas de idosos em situação de fragilidade. **Rev. Saúde Pública**. v.47, n.2, p.266-73, 2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003489102013000200266&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003489102013000200266&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso 21 abr. 2015.

FRANCISCO et al. Diabetes auto-referido em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle. **Cad. Saúde Pública**. v.26, n.1, p.175-184, 2010. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102311X2010000100018](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2010000100018). Acesso 2 jun. 2017.

FRANCO, M.R.G., FERNANDES, N.M.S. Diálise no paciente idoso: um desafio do século XXI – revisão narrativa. **J Bras Nefrol**. v.35, n.2, p.132-141, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbn/v35n2/v35n2a09.pdf>. Acesso 2 jun. 2017.

FRIED, L. P. et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. **J Gerontol A Biol Sci MedSci**. v.56, n.3,p.146-54, 2001. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11253156>. Acesso 21 abr. 2015.

FRIED, L. P. et al. Untangling the concepts of disability, frailty and comorbidity: Implications for improved targeting and care. **J Gerontol A Biol Sci Med Sci**. v. 59, n. 3, p. 255-63, 2004. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15031310>. Acesso 21 abr. 2015.

GASTÃO, W.S.C; DOMITTI, A.C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**. V.23 , n.2, p.399-407, 2007. Acesso 20 jun. 2017.

GALLUCCI, J.N; TAMELINI, M.G; FORLENZA, O.V. Diagnóstico diferencial das demências. **Rev. psiquiatr. clín.** V.32, n.3 ,2005. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010160832005000300004](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010160832005000300004). Acesso 25 jul. 2015.

GIACOMIN et al. Projeto Bambuí: um estudo de base populacional da prevalência e dos fatores associados à necessidade de cuidador entre idosos. **Cad. Saúde Pública**. v. 21, n.1, p.80-91, 2005. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0427.pdf> Acesso 20 mai. 2017.

GIBBS, G. **Análise de dados qualitativos**. Porto Alegre: Artmed, 2009. p.135-156.

Gil, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas,2007.

HAGGERTY et al. Practice features associated with patient reported accessibility, continuity, and coordination of primary health care. **Ann Fam Med**. v.6, n.2, p.116-123, 2008. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18332403>. Acesso 10 jun. 2017.

HOGAN, D.B; MACKNIGHT, C; BERGMAN H. Models, definitions, and criteria of frailty. **Aging Clinical and Experimental Research**. v. 1,n. 3,p.1–29, 2003.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Censo 2010**. Disponível em [www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br). Acesso 15 dez. 2016.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA – IPEA. **Cuidados com idosos foram discutidos em seminário**, 2010. Disponível em: [www.ipea.gov.br](http://www.ipea.gov.br). Acesso 15 fev. 2016.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA – IPEA. **Política nacional do idoso: velhas e novas questões**. Organizadores: Alexandre de Oliveira Alcântara, Ana Amélia Camarano e Karla Cristina Giacomini. Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: [http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com\\_content&view=article&id=28693](http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=28693). Acesso 20 jun. 2017.

INZITARI et al. Nutrition in the age-related disablement process. **J Nutr Health Aging.** v.15, p.599-604, 2011. Disponível em: [https://checkout.springer.com/checkout/cart?1&wt\\_mc=ThirdParty.SpringerLink.3.EPR653.AbstractPage\\_Article-new](https://checkout.springer.com/checkout/cart?1&wt_mc=ThirdParty.SpringerLink.3.EPR653.AbstractPage_Article-new). Acesso 10 jul. 2017.

LAWTON, M.P; BRODY, E.M. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. **The Gerontologist.** v.9, n. 3p 179–186, 1969. Disponível em [https://academic.oup.com/gerontologist/article-abstract/9/3\\_Part\\_1/179/552574/Assessment-of-Older-People-Self-Maintaining-and?redirectedFrom=PDF](https://academic.oup.com/gerontologist/article-abstract/9/3_Part_1/179/552574/Assessment-of-Older-People-Self-Maintaining-and?redirectedFrom=PDF). Acesso 05 jul. 2017.

LEBRÃO, M.L; LAURENTI, R. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no Município de São Paulo. **Rev Bras Epidemiol.** v.8, n.2, p. 127-41, 2005. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v8n2/05.pdf>. Acesso 25 mai. 2017.

LIMA-COSTA et al. 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.** v.19, n.3,p.735-743, 2003.

LIMA-COSTA et al. Comportamentos em saúde entre idosos hipertensos, Brasil, 2006. **Rev Saúde Pública.** v.43(Supl. 2), p.18-26, 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43s2/ao793.pdf>. Acesso 10 mai. 2017.

LIMA, L.C. V; BUENO, C.M.L.B. Envelhecimento e gênero: A vulnerabilidade de idosas no Brasil. **Revista Saúde e Pesquisa.** v. 2, n. 2, p. 273-280, 2009. Disponível em <http://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/1173>. Acesso 07 jun. 2017.

LIMA et al Depressão em idosos: uma revisão sistemática da literatura. **R Epidemiol Control Infec.** v. 6, n.2, p.97-103, 2016. Disponível em <https://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/view/6427>. Acesso 07 jun. 2017.

LIMA-COSTA, M.F; FACCHINI L.A, MATOS, D.L, MACINKO, J. Mudanças em dez anos das desigualdades sociais em saúde dos idosos brasileiros (1998-2008). **Rev. Saúde Pública.** v. 46 (Supl. 1), p.100-107, 2012. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003489102012000700014](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102012000700014). Acesso 07 jul. 2017.

LINO et al. Adaptação transcultural da Escala de Independência em Atividades da Vida Diária (Escala de Katz). **Cad. Saúde Pública.** v. 24, n.1, p.103-112, 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n1/09.pdf>. Acesso 07 jun. 2017.



MACEDO, C; GAZZOLA, J.M; NAJAS, M. Síndrome da fragilidade no idoso: importância da fisioterapia. **Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde**. v.33, n. 3, p. 177-84,2008. Disponível em <http://files.bvs.br/upload/S/1983-2451/2008/v33n3/a177-184.pdf>. Acesso 07 jun. 2017.

MALACHIAS, I.; LELES, F. A. G.; PINTO, M. A. S. **Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2010. Disponível em [http://www.saude.mg.gov.br/images/noticias\\_e\\_eventos/000\\_2016/Livro%20Plano%20Diretor%20de%20Regionalizacao%20-%20PDR-SUS-MG.pdf](http://www.saude.mg.gov.br/images/noticias_e_eventos/000_2016/Livro%20Plano%20Diretor%20de%20Regionalizacao%20-%20PDR-SUS-MG.pdf). Acesso 27 set. 2016.

MEDEIROS, B; FOSTER, J. A doença mental no idoso: representações sociais de estudantes de medicina no Reino Unido. **Rev Esc Enferm**. v.48 (Esp2), p.138-145, 2014. Disponível em [http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48nspe2/pt\\_0080-6234-reeusp-48-nspe2-00132.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48nspe2/pt_0080-6234-reeusp-48-nspe2-00132.pdf). Acesso 04 jul. 2017.

MENDES, E, M. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. 2011. Disponível em <http://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/redesAtencao.pdf>. Acesso 05 abr. 2015.

MENDES, E, M. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. Disponível em <http://www.saude.go.gov.br/public/media/1IUN5gHxOAAGWd/18446212121840542550.pdf>. Acesso 05 abr. 2015.

MELZER, D.; PARAHYBA, M.I. Socio-demographic correlates of mobility disability in older Brazilians: results of the national survey. **Age and Ageing**. v.33,p.1-7, 2004.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Resolução SES Nº 2.603**, de 7 de dezembro de 2010. Dispõe sobre o Programa Mais Vida – Rede de Atenção à Saúde do Idoso de Minas Gerais, e dá outras providências. Belo Horizonte; 2010 [citado em 2015 jan. 28]. Disponível em [http://www.saude.mg.gov.br/index.php?option=com\\_gmg&controller=document&id=13246-resolucao-ses-n-2-603-de-7-de-dezembro-de-2010](http://www.saude.mg.gov.br/index.php?option=com_gmg&controller=document&id=13246-resolucao-ses-n-2-603-de-7-de-dezembro-de-2010). Acesso 20 mar. 2015.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Linha guia atenção à saúde do idoso**. Belo Horizonte; 2006. Disponível em <http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/LinhaGuiaSaudeIdoso.pdf>. Acesso 20 mar. 2015.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010. 407p.

MORAES, E. N. **Princípios básicos de geriatria e gerontologia**. Belo Horizonte: Coopmed, 2008, 700p.

MORAES, E. N. **Atenção à saúde do idoso: aspectos conceituais**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. Disponível em <http://apsredes.org/pdf/Saude-do-Idoso-WEB1.pdf>. Acesso 7 jun. 2015.

MORIN, E. LE MOIGNE, J. **A inteligência da Complexidade**. São Paulo: Peirópolis, 2000.

MORIN, E. **Introdução ao pensamento complexo**. 5 ed. Porto Alegre: Sulina, 2015.

NERI et al. Metodologia e perfil sociodemográfico, cognitivo e de fragilidade de idosos comunitários de sete cidades brasileiras: Estudo FIBRA. **Cad. Saúde Pública**. v. 29, n.4, p.778-792, 2013. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2013000400015&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2013000400015&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso 7 jun. 2015.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS-ONU. **Plano de ação internacional contra o envelhecimento**. Tradução de Arlene Santos. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2003. 49 p.

PARAHYBA, M.I; SIMOES, C. C.S. A prevalência de incapacidade funcional em idosos no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**. v.11, n.4, p. 967-974, 2006, Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232006000400018&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232006000400018&script=sci_abstract&tlng=pt) Acesso 7 jun. 2017.

PEREIRA, A.A; CEOLIM, M.F; NERI, A. Association between insomnia symptoms, daytime napping, and falls in community-dwelling elderly. **Cad. Saúde Pública**. v.29, n.3, p.535-546,2013. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2013000300011&script=sci\\_abstract](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2013000300011&script=sci_abstract). Acesso 7 jun. 2017.

PEREIRA, D.S; NOGUEIRA, J.A.D; SILVA, C.A.B Qualidade de vida e situação de saúde de idosos: um estudo de base populacional no Sertão Central do Ceará. **Rev Bras Geriatr Gerontol**.v.18, n.4, p. 893-908, 2015. Disponível em [http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v18n4/pt\\_1809-9823-rbgg-18-04-00893.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v18n4/pt_1809-9823-rbgg-18-04-00893.pdf) Acesso 20 jun. 2017.

PEREIRA, L.S.M. SOARES, S.M. Fatores que influenciam a qualidade de vida do cuidador familiar do idoso com demência. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.20,n.12,p.3839-3851, 2015. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232015001203839&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232015001203839&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso 7 jun. 2017.

ROLFSON, D.B. et al. Validity and reliability of the Edmonton Frail Scale. **Age Ageing**. v.35, p.526-9, 2006. Acesso 7 mar 2016.

ROCKWOOD, K; MIDDLETON L. Physical activity and the maintenance of cognitive function. **Alzheimers Dement.** V. 3, n. 2, p. 38-44. 2007. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19595973>. Acesso 10 jul. 2017.

RUSSELL et al. Getting it all done. Organizational factors linked with comprehensive primary care. *Fam Pract.*v. 27, p.535-41, 2010.

SANTOS et al. Sono, fragilidade e cognição: estudo multicêntrico com idosos brasileiros **Rev Bras Enferm**, v. 66, n.3, p. 351-7,2013. Disponível em: <http://www.redalyc.org/html/2670/267028667008/>. Acesso 10 jul. 2017.

SÁ SILVA et al. Avaliação de fragilidade, funcionalidade e medo de cair em idosos atendidos em um serviço ambulatorial de Geriatria e Gerontologia. **Fisioter Pesq.** v. 16, n. 2, p. 120-5,2009. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-29502009000200005](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-29502009000200005). Acesso 7 mar. 2016.

SILVA et al. Fatores associados à perda funcional em idosos residentes no município de Maceió, Alagoas. **Rev. Saúde Pública.** v.45, n.6 2011. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003489102011000600016](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102011000600016). Acesso 05 jul. 2017.

SOENEN, S; CHAPMAN, I.M. Body weight, anorexia, and undernutrition in older people. **J Am Med Dir Assoc.**v.14, p.642-8, 2013.

SOUZA et al. Mobilidade funcional em idosos institucionalizados e não institucionalizados. **Rev Bras Geriatr Gerontol.** v.16, n.2, p.285-293,2013. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-98232013000200008&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-98232013000200008&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso 05 jul. 2017.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002. Disponível em [http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_primaria\\_p1.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf). Acesso 05 mar. 2016.

UNITED NATIONS. **Department of Economic and Social Affairs, Population Division World Population Prospects: The 2012 Revision, Highlights and Advance Tables.** New York, 2013.

VAN DER VELDE et al. Risk of falls after withdrawal of fall-risk-increasing drugs: a prospective cohort study. **J Clin Pharmacol.**v.63, n. 2, p. 232-7, 2007. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2125.2006.02736.x/full>. Acesso 20 jul. 2017.

VENTURINI et al. Consumo de nutrientes em idosos residentes em Porto Alegre (RS), Brasil: um estudo de base populacional. **Ciência & Saúde Coletiva.** v. 20, n. 12, p. 3701-3711, 2015. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232015001203701&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232015001203701&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso 15 jun. 2017.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev Saúde Pública**. v. 43, n. 3, p. 548-54, 2009. Disponível em <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v43n3/224.pdf>. Acesso 10 abr. 2015.

VIEGAS, A.P.B; CARMO, R.F; LUZ, Z.M.P. Fatores que influenciam o acesso aos serviços de saúde na visão de profissionais e usuários de uma unidade básica de referência. **Saúde Soc. São Paulo**. v. 24, n. 1, p. 100-112, 2015. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n1/0104-1290-sausoc-24-1-0100.pdf>. Acesso 10 abr. 2015.

WOODS, F.N. et al. Frailty: emergence and consequences in women aged 65 and older in the Women's Health Initiative Observational Study. **J Am Geriatric Soc**. v.53, p. 1321-30, 2005. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16078957>. Acesso 10 out. 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **International Classification of functioning, disability and health: ICF**. World Health Organization, 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The global burden of disease**. Genebra: 2008. Disponível em [http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/2004\\_report\\_update/en/](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/2004_report_update/en/). Acesso 10 out. 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde**. Genebra: 2015. Disponível em <http://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>. Acesso 07 jul. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Dementia: a public health priority**. Geneva: 2012. Disponível em [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75263/1/9789241564458\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75263/1/9789241564458_eng.pdf?ua=1). Acesso 10 out. 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Alzheimer's disease: Some facts and figures**. Geneva: 2011. Disponível em: [http://www.searo.who.int/en/Section1174/Section1199/Section1567/Section1823\\_806](http://www.searo.who.int/en/Section1174/Section1199/Section1567/Section1823_806). Acesso 10 mar. 2015.



**APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA: PROFISSIONAIS DE SAÚDE  
DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS**

<b>ENTREVISTA</b>	
Data da entrevista: ____/____/____	
Horário de início: _____	Horário de término: _____
<b>DADOS DE IDENTIFICAÇÃO</b>	
Nome completo: _____ _____	
Sexo: _____	Idade: _____
Estado civil: _____	Telefone para contato: _____
Cargo:	Formação profissional: _____ _____
Pós- graduação: (____) sim (____) não	Especialidade: _____ _____
Unidade de saúde: _____	Distrito: _____ _____
Tempo de serviço: _____	

**Questões norteadoras da entrevista:**

Pergunta 1: Você conhece o Programa Mais Vida? Poderia falar um pouco sobre o mesmo?

Pergunta 2: Como o (a) senhor (a) analisa os serviços oferecidos pelo Programa Mais Vida?

Pergunta 3: Descreva no plano assistencial/ atendimentos como é realizada a avaliação do idoso?

Pergunta 4: Como está acontecendo o cuidado do idoso frágil atendido?

Pergunta 5: Como ocorre o processo de implementação do plano de cuidados encaminhado pela equipe do Centro Mais Vida? Cite as características desse processo.

Pergunta 6: Há alguma questão ou pontuação em relação ao cuidado idoso frágil no qual você gostaria de mencionar?

## APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

O (A) senhor (a), profissional de saúde, está sendo convidado (a) a participar, voluntariamente, como colaborador (a) na pesquisa intitulada “**Cuidado ao idoso frágil na Atenção Primária à Saúde: contexto do Programa Mais Vida**”, desenvolvido pelo Núcleo de Estudos e Pesquisas em Cuidado e Desenvolvimento Humano (NEPCDH) da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, sob a coordenação da Professora Sônia Maria Soares.

Antes de obter seu consentimento, é importante que todas as informações a seguir sejam lidas com atenção e que todas as suas dúvidas sejam esclarecidas. Desde já agradecemos sua disponibilidade

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG sob processo número

### Objetivo da pesquisa

Analisar a implementação do cuidado ao idoso frágil a partir do plano de cuidados elaborado pelo Centro de Referência em Assistência à Saúde do Idoso e contrareferenciado através de matriciamento para as Equipes Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

### Participação no trabalho

A participação é voluntária, isenta de despesas e nenhum participante receberá remuneração por seu envolvimento na pesquisa. O indivíduo poderá recusar-se em participar do estudo a qualquer momento sem quaisquer prejuízos.

### Procedimentos

O senhor (a) precisará responder algumas perguntas que serão realizadas pela pesquisadora. Solicitaremos permissão para gravar a entrevista. A entrevista é absolutamente voluntária e será realizada para cada participante, individualmente, e em local reservado. Se houver alguma questão que o (a) entrevistado(a) não queira responder, passar-se-á para a questão seguinte. A entrevista poderá ser interrompida a qualquer momento caso o (a) entrevistado (a) assim decidir.

Os dados obtidos serão analisados segundo a análise de conteúdo, com embasamento teórico da Rede de Atenção à Saúde do Idoso. O (A) Sr(a) poderá ter acesso à gravação e a transcrição, se assim o desejar. Todos esses procedimentos não envolverá nenhum custo.

Belo Horizonte, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_\_

Nome completo do participante \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Documento em duas vias, uma para ser entregue a pessoa (ou responsável) que vai participar da pesquisa.

Contato para mais informações relacionadas ao trabalho

Caso o senhor(a) precise esclarecer qualquer dúvida sobre a pesquisa, por favor, entre em contato com:

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Sônia Maria Soares  
Coordenadora do NEPCDH/EEUFMG  
smssoares.bhz@terra.com.br  
(31) 3409-4592

---

Lírica Salluz Mattos Pereira  
Mestranda/EEUFMG  
liricamattos@hotmail.com  
(31) 3916-8927

**COEP - Comitê de Ética em Pesquisa/UFMG**  
Av. Presidente Antônio Carlos, n. 6627  
Unidade Administrativa II, 2º andar, sala 2005  
Campus Pampulha. Belo Horizonte, MG, Brasil.  
CEP: 31.270-901. Email: coep@prpq.ufmg.br  
Telefone: (31) 3409-4592

**CEP - Comitê de Ética em Pesquisa/SMSA**  
Rua Frederico Bracher Júnior, n. 103, 3º andar.  
Bairro Padre Eustáquio, Belo Horizonte, MG,  
Brasil.  
CEP: 30.720-000. Email: coep@pbh.gov.br  
Telefone: (31) 3277-5309

### **Confidencialidade**

Todas as informações coletadas serão mantidas em sigilo e o(a) informante não será identificado(a) como participante da pesquisa, garantindo o anonimato, pois o (a) senhor (a) não será identificado (a) pelo nome, durante todo o processo de construção e divulgação do trabalho. A utilização dos resultados do estudo serão divulgados por meio de publicação de artigos científicos, dissertação de Mestrado, apresentação em Congressos, Seminários, e outros eventos científicos específicos sobre a temática a ser estudada, na Secretaria Municipal de Saúde/BH e na Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Os dados de identificação neste termo de consentimento serão usados apenas para fins de acompanhamento, caso seja necessário contato a posteriori. Também, para casos onde haja dúvidas de ambas as partes, ou quando julgar necessário agendar um novo encontro para finalização da entrevista devido a interrupção por motivos diversos.

### **Riscos e desconfortos**

O único risco e desconforto que poderá acontecer será o constrangimento do senhor (a) durante a entrevista. Você tem todo o direito de não participar da entrevista e isso será acatado imediatamente pelos pesquisadores. Caso manifeste-se cansado (a) ou incapaz de participar do responder a entrevista será interrompida imediatamente e será agendado um novo encontro para sua finalização, caso seja de seu interesse.

O (A) senhor (a) poderá fazer todas as perguntas que julgar necessárias para o esclarecimento de suas dúvidas acerca dos riscos, benefícios, procedimentos e outros. Terá a liberdade de retirar o seu consentimento e deixar de participar desse estudo se assim o desejar, sem penalização alguma. E o material já coletado na entrevista, observações realizadas serão destruídos evitando a quebra de confidencialidade dos dados.

Ressaltamos que a coleta de dados será realizada no horário de seu trabalho, e, portanto, não deverá onerar o participante da mesma.

Ainda, ressaltamos que, caso eventualmente ocorra, garantiremos a reparação dos danos causados na execução da pesquisa e o reembolso no caso de gastos em decorrência de sua participação na pesquisa.

Belo Horizonte, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201 \_\_\_\_\_

Nome completo do participante \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Documento em duas vias, uma para ser entregue a pessoa que vai participar da pesquisa.

Contato para mais informações relacionadas ao trabalho

Caso o senhor(a) precise esclarecer qualquer dúvida sobre a pesquisa, por favor, entre em contato com:

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Sônia Maria Soares  
Coordenadora do NEPCDH/EEUFMG  
smssoares.bhz@terra.com.br  
(31) 3409-4592

---

Lírica Salluz Mattos Pereira  
Mestranda/EEUFMG  
liricamattos@hotmail.com  
(31) 3916-8927

**COEP - Comitê de Ética em Pesquisa/UFMG**  
Av. Presidente Antônio Carlos, n. 6627  
Unidade Administrativa II, 2º andar, sala 2005  
Campus Pampulha. Belo Horizonte, MG, Brasil.  
CEP: 31.270-901. Email: coep@prpq.ufmg.br  
Telefone: (31) 3409-4592

**CEP - Comitê de Ética em Pesquisa/SMSA**  
Rua Frederico Bracher Júnior, n. 103, 3º andar.  
Bairro Padre Eustáquio, Belo Horizonte, MG,  
Brasil.  
CEP: 30.720-000. Email: coep@pbh.gov.br  
Telefone: (31) 3277-5309

**Nota: esclarecemos que o contato com o COEP deve ser consultado apenas para esclarecer dúvidas ética**



## 10. ANEXOS

### ANEXO A – Parecer COEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
MINAS GERAIS



#### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

##### DADOS DA EMENDA

**Título da Pesquisa:** CUIDADO AO IDOSO FRÁGIL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: CONTEXTO DO PROGRAMA MAIS VIDA

**Pesquisador:** Sônia Maria Soares

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 55755318.3.0000.5149

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Minas Gerais

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

##### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.734.369

##### Apresentação do Projeto:

Estudo descritivo, exploratório, desenvolvido utilizando a abordagem qualitativa. O cenário de estudo será o Centro de Referência em Assistência à Saúde do Idoso (Centro Mais Vida), instituição pertencente ao Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HCUFG) e Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de Belo Horizonte- MG, que compõem a Atenção Primária à Saúde.

No projeto relatou que este estudo integra as pesquisas desenvolvidas pelo Núcleo de Estudos e Pesquisas em Cuidado e Desenvolvimento Humano (NEPCDH) da Escola de Enfermagem da UFMG. O comprometimento da autonomia e da independência do idoso pode ser associada ao surgimento de incapacidade funcional, dependência em atividades da vida diária (AVD's) e, mais recentemente, a fragilidade. Apesar de tais condições não serem sinônimos, a fragilidade está associada ao maior risco de ocorrência de desfechos clínicos adversos, como declínio funcional, quedas, hospitalização, institucionalização e morte. Estudos apontam que a dependência para o desempenho das AVD's tende a

**Endereço:** Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad S/C 2005  
**Bairro:** Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901  
**UF:** MG **Município:** BELO HORIZONTE

**Telefone:** (31)3409-4592

**E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

Continuação do Parecer: 1.734.369

aumentar cerca de 5% na faixa etária de 60 anos e para cerca de 50% entre os indivíduos com 90 ou mais anos. A transição epidemiológica provocou alterações no quadro de morbimortalidade populacional, nota-se uma mudança no processo saúde-doença com predomínio de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) que acarretam importantes repercussões e impacto para o sistema de saúde. As DCNT podem afetar a funcionalidade das pessoas

idosas e estudos apontam que a dependência para o desempenho das AVD's tende a aumentar cerca de 5% na faixa etária de 60 anos para cerca de 50% entre os indivíduos com 90 ou mais anos. Entre as DCNT, destacam-se

as demências que são as doenças crônicas e incapacitantes mais frequentes nos idosos, sendo responsável por mais de 12% dos anos vividos com incapacidade que envolve declínio cognitivo e alterações comportamentais comprometendo as AVD's. A Secretaria do Estado de Saúde de Minas Gerais, através da resolução SES Nº 2.803 de 7 de dezembro de 2010, instituiu a Rede de Atenção à Saúde do Idoso e o Programa Mais Vida com a proposta de organizar e implantar as Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso do Ministério da Saúde, criada através da Portaria nº 702 de 2002. Destaca-se nessa rede o Programa Mais Vida que é um projeto estruturador e prioritário do Estado na área da saúde, tem como propósito ofertar padrão de excelência em atenção à saúde do idoso com o objetivo de agregar anos à vida com independência e autonomia. Esse programa contempla ações que abrangem a atenção secundária através do Centro de Referência em Assistência à Saúde do Idoso (Centro Mais Vida), no município de Belo Horizonte o Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC-UFMG) assumiu a implementação do Programa. Além disso, o programa contempla ações da Atenção Primária à

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad Sl 2005  
Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901  
UF: MG Município: BELO HORIZONTE  
Telefone: (31)3409-4592 E-mail: coep@prpq.ufmg.br

Continuação do Parecer: 1.734.369

Saúde (APS).

sendo que cada nível de atenção possui competências definidas a fim de ofertar assistência integral ao idoso considerado frágil de acordo com um plano de cuidados elaborado pelo Centro Mais Vida. O plano de cuidados elaborado após a avaliação multidimensional do idoso é feito pela equipe multiprofissional do Centro Mais Vida, contempla um conjunto de orientações de cuidado e prescrições que tem a finalidade de estabelecer a forma adequada ao acompanhamento desse idoso. Esse plano de cuidados é encaminhado para a Equipe de Saúde da Família (ESF) responsável da APS do território de origem da pessoa idosa que irá viabilizar a sua implementação e acompanhamento com a articulação e apoio matricial dos profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e os familiares desses usuários. Destaca-se que aproximadamente 75% das pessoas idosas vivem de forma independente, ou seja, não necessitam de auxílio para realizar suas atividades de vida diárias. Entretanto, aproximadamente 20% a 25% de idosos já desenvolveram algum grau de dependência, portanto precisam de um atendimento diferenciado na área da saúde e em outros setores.

A metodologia descrita no projeto é descrita em duas fases: a) Fase Documental: Os documentos analisados serão os instrumentos IVCF-20 que são aplicados pelos profissionais do Centro Mais Vida às pessoas idosas atendidas e os planos de cuidados elaborados pela equipe após a avaliação multidimensional do idoso, sendo que esse plano de cuidados é implementado pelos profissionais da ESF e NASF. Serão avaliados os planos de cuidados e IVCF-20 dos idosos referenciados pelas UBS dos distritos sanitários Centro-sul, Nordeste e Venda-Nova. b) Fase campo: será realizado teste-piloto através de contato

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad Sl 2005  
Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901  
UF: MG Município: BELO HORIZONTE  
Telefone: (31)3409-4592 E-mail: coep@prpq.ufmg.br

Continuação do Parecer: 1.734.369

prévio com os profissionais que atuam no cenário para participarem do estudo. Serão realizadas as entrevistas com os profissionais através de um roteiro de entrevista semiestruturado para aproximação da realidade, validação e adequação do instrumento de coleta de dados. Após o teste-piloto será realizada leitura crítica da transcrição das entrevistas pela pesquisadora possibilitando a verificação das questões abordadas, se foram contemplados os temas centrais e se as perguntas não estavam induzindo as respostas do entrevistado. Essa análise possibilitará rever e readequar o instrumento de coleta de dados em relação às perguntas e à forma de condução da entrevista. Os dados coletados no teste-piloto não serão incluídos na análise deste estudo. Será prosseguido o contato com os profissionais visando a participação e agendamento da entrevista individual. As entrevistas serão gravadas após a anuência dos participantes no TCLE que informará os objetivos, as finalidades do estudo, o compromisso de anonimato e o uso dos dados para a produção técnico-científica. A coleta de dados será interrompida quando avaliado que não estiver sendo disponibilizados novos elementos da interação entre campo de pesquisa e o investigador para subsidiar a teorização almejada. Serão entrevistados individualmente 25 profissionais da ESF e NASF que estejam atuando no Sistema Único de Saúde em um período igual ou superior a um ano, pela possibilidade de se contemplarem competências, habilidades, compreensão dos fluxos e encaminhamento necessários na rede que possibilitam contribuições do cuidado multidisciplinar ao idoso que atendem aos pressupostos da rede de atenção à saúde do idoso.

**Objetivo da Pesquisa:**

Foram definidos no projeto:

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad S/C 2005  
Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901  
UF: MG Município: BELO HORIZONTE  
Telefone: (31)3409-4592 E-mail: coep@prpq.ufmg.br

Continuação do Parecer: 1.734.369

**Objetivo Primário:** Analisar a implementação do cuidado ao idoso frágil a partir do plano de cuidados elaborado pelo Centro de Referência em Assistência à Saúde do Idoso e contrareferenciado para as Equipes Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

**Objetivo Secundário:** Identificar os processos facilitadores e dificultadores na implementação do plano de cuidados ao idoso frágil pelos profissionais de saúde após avaliação no Centro Mais Vida; Identificar o grau de fragilidade dos idosos atendidos no Programa Mais Vida de acordo com escores do instrumento IVCF-20 (Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional).

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

No projeto foram descritos:

**Riscos:** O risco e desconforto que poderá acontecer será o constrangimento do profissional participante durante a entrevista. No entanto, o participante terá o direito de não participar da entrevista e isso será acatado imediatamente pelos pesquisadores. Inclusive caso manifeste-se cansado ou incapaz de participar do responder a entrevista será interrompida imediatamente e será agendado um novo encontro para sua finalização, caso seja de seu interesse.

**Benefícios:** Os dados obtidos serão de relevância para o conhecimento relacionado ao cuidado à pessoa idosa frágil na rede pública de atenção à saúde praticado no conjunto da assistência prestada pelos profissionais da equipe multiprofissional da Atenção Primária à Saúde, assim como contribuirá para a análise e acompanhamento da implementação do plano de cuidados e a política pública de atenção à saúde da pessoa idosa do Estado de Minas Gerais. O cuidado integral ao idoso é de suma importância para propiciar qualidade de vida e agregar anos de vida com autonomia e independência.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Justificativa da Emenda:

Encaminhamento do projeto para apreciação do COEP da Secretaria Municipal de Saúde de Belo

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad Sl 2005  
Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901  
UF: MG Município: BELO HORIZONTE  
Telefone: (31)3409-4592 E-mail: coep@prpq.ufmg.br

Continuação do Parecer: 1.734.369

Horizonte.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

- Folha de rosto preenchida, assinada pela Diretora da Escola de Enfermagem da UFMG em 03/05/16.
- Termo de compromisso para apreciação do projeto pela Escola de Enfermagem da UFMG em 18/04/16.
- Projeto completo com o roteiro semiestruturado da entrevista.
- Autorização do Instituto Jenny de Andrade Faria para realização do estudo em 20/04/16.
- Carta de anuência da Gerência do Centro de Educação em Saúde (CES) em 08/04/16, mediante aprovação do CEP-SMSA.
- Declaração de recebimento do projeto no GEP/HC-UFMG, em 25/04/16.
- Parecer aprovado pela Câmara Departamental de Enfermagem Básica da EE/UFMG, em 28/11/15.
- Cronograma e orçamento.
- TCLE apresentado como carta convite, assegurando a voluntariedade, o anonimato, e a desistência a qualquer momento do projeto, sem qualquer prejuízo. Informou o correio eletrônico dos pesquisadores responsáveis para dúvidas e os contatos do COEP/UFMG e CEP/SMSA. Campo de assinaturas presentes. Descreveu o projeto, assegurando que não haverá despesa, nem remuneração e apontou os benefícios. Na descrição riscos: "O único risco e desconforto que poderá acontecer será o constrangimento do senhor (a) durante a entrevista. Você tem todo o direito de não participar da entrevista e isso será acatado imediatamente pelos pesquisadores. Caso manifeste-se cansado (a) ou incapaz de participar do responder a entrevista será interrompida imediatamente e será agendado um novo encontro para sua finalização, caso seja de seu interesse".

**Recomendações:**

Nenhuma

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Somos favoráveis pela aprovação da emenda ao projeto de pesquisa sob responsabilidade da

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad Sl 2005  
Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901  
UF: MG Município: BELO HORIZONTE  
Telefone: (31)3409-4592 E-mail: coep@prpq.ufmg.br



Continuação do Parecer: 1.734.369

pesquisadora Sônia Maria Soares, intitulado: CUIDADO AO IDOSO FRÁGIL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: CONTEXTO DO PROGRAMA MAIS VIDA, na qual informa que a Instituição Secretaria Municipal de Belo Horizonte foi incluída como co-participante .

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Tendo em vista a legislação vigente (Resolução CNS 466/12), o COEP-UFMG recomenda aos Pesquisadores: comunicar toda e qualquer alteração do projeto e do termo de consentimento via emenda na Plataforma Brasil, informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa (via documental encaminhada em papel), apresentar na forma de notificação relatórios parciais do andamento do mesmo a cada 06 (seis) meses e ao término da pesquisa encaminhar a este Comitê um sumário dos resultados do projeto (relatório final).

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_793680_E1.pdf	14/09/2018 11:08:37		Aceito
Outros	557553163aprovacao.pdf	23/05/2018 11:15:01	Telma Campos Medeiros Lorentz	Aceito
Outros	parecer.pdf	03/05/2018 19:27:53	Sônia Maria Soares	Aceito
Outros	Declaracao.pdf	03/05/2018 19:25:52	Sônia Maria Soares	Aceito
Outros	CMV.pdf	03/05/2018 19:20:45	Sônia Maria Soares	Aceito
Outros	SMS.pdf	03/05/2018 19:19:35	Sônia Maria Soares	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo.pdf	03/05/2018 19:18:15	Sônia Maria Soares	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.pdf	03/05/2018 19:17:57	Sônia Maria Soares	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termo1.pdf	03/05/2018 19:17:37	Sônia Maria Soares	Aceito
Folha de Rosto	folha.pdf	03/05/2018 19:15:04	Sônia Maria Soares	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	01/05/2018 20:44:25	Sônia Maria Soares	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	01/05/2018 20:41:45	Sônia Maria Soares	Aceito

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad Sl 2005  
 Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901  
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE  
 Telefone: (31)3409-4592 E-mail: coep@prpq.ufmg.br

Continuação do Parecer: 1.734.369

Outros	55755316parecer.pdf	19/09/2016 15:29:42	Vivian Resende	Aceito
Outros	55755316aprovacao.pdf	19/09/2016 15:29:54	Vivian Resende	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

BELO HORIZONTE, 16 de Setembro de 2016

---


**Assinado por:**  
**Vivian Resende**  
**(Coordenador)**

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad Sl 2005  
Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901  
UF: MG Município: BELO HORIZONTE  
Telefone: (31)3409-4592 E-mail: coep@prpq.ufmg.br




## ANEXO B – Plano de Cuidados

1



Universidade Federal de Minas Gerais  
Hospital das Clínicas da UFMG  
Núcleo de Geriatria e Gerontologia da UFMG  
Instituto Jenny de Andrade Faria de Atenção à Saúde do Idoso

**CENTRO MAIS VIDA MACROREGIÃO CENTRO I - BELO HORIZONTE**

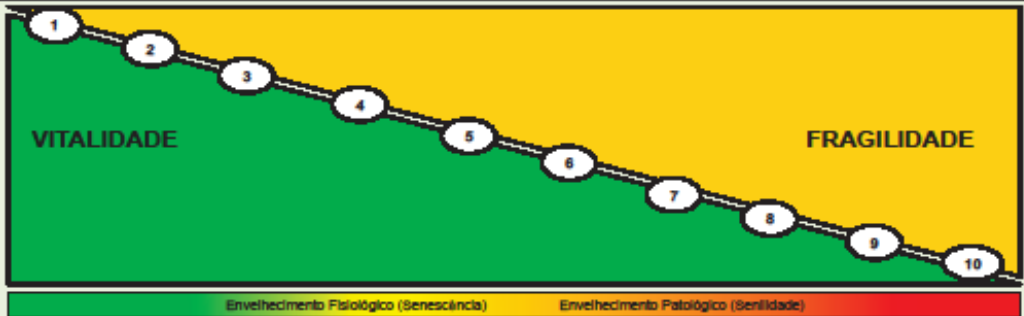


**GOVERNO DE MINAS**  
**PREFEITURA DE BELO HORIZONTE**

### PLANO DE CUIDADOS INDIVIDUALIZADO DO IDOSO

Nome: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Prontuário do HC/UFMG: \_\_\_\_\_  
 Nome da mãe: \_\_\_\_\_  
 Idade: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_\_  
 Escolaridade: \_\_\_\_\_ Cuidador/Informante: \_\_\_\_\_  
 Endereço: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_  
 Centro de Saúde/Regional: \_\_\_\_\_ Médico solicitante: \_\_\_\_\_  
 Data da consulta: \_\_\_\_\_

#### DIAGNÓSTICO FUNCIONAL GLOBAL



<b>AUSÊNCIA DE DECLÍNIO FUNCIONAL</b>	<b>DECLÍNIO FUNCIONAL IMINENTE</b>			<b>DECLÍNIO FUNCIONAL ESTABELECIDO</b>				
	Sarcopenia	Comorbidade Múltipla	CCL	<b>AVD INSTRUMENTAL</b>		<b>AVD BÁSICA</b>		
				Dependência Parcial	Dependência Completa	Semi-Dependência	Dependência Incompleta	Dependência Completa

CLASSIFICAÇÃO CLÍNICO FUNCIONAL			
<b>IDOSO ROBUSTO</b>	<b>IDOSO EM RISCO DE FRAGILIZAÇÃO</b>	<b>IDOSO FRÁGIL</b>	
		Baixa Complexidade	Alta Complexidade
			Fase Final de Vida

DETERMINANTES DO DECLÍNIO FUNCIONAL ESTABELECIDO												
<b>COGNIÇÃO</b>			<b>HUMOR/ COMPORTAMENTO</b>			<b>MOBILIDADE</b>			<b>COMUNICAÇÃO</b>			
L	M	G	L	M	G	Alcance, preensão, pinça	Postura, marcha, transferência	Capacidade aeróbica/ muscular	Continência esfincteriana	Visão	Audição	Fala, voz, motricidade orofacial
						Leve	Moderado	Grave			Leve/Moderado	Grave

ESTIMATIVAS DE RISCO			
Função renal estimada (eTFG)	CKD-EPI: _____ ml/min		
	MDRD: _____ ml/min		
	Cockcroft-Gault: _____ ml/min		
IMC	_____ kg/m <sup>2</sup>		
Circunferência da panturrilha	_____ cm		
Risco de Doença Cardiovascular Aterosclerótica em 10 anos	ACC/AHA (2013)	Risco de Doença Arterial Coronariana (Framingham)	Risco de AVC (Framingham)
FRAX (Fracture Risk Assessment) <small>FRAX Brasil: www.abef.ac.br/FRAX</small>	Fratura maior* (%) / 10 anos		Fratura de quadril (%) / 10 anos

ACC: American College of Cardiology; AHA: American Heart Association
\*Fratura Maior: vertebra, antebraço, braço e ombro

**DIAGNÓSTICO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE**

1. Condições Crônicas de Saúde Inspecíficas + Doenças + Fatores de Risco + Sintomas Inespecíficos + Passado Médico
2. Condições Agudas de Saúde
3. Saúde Bucal
4. Nutrição
5. Sono
6. Crenças, preocupações, medos e expectativas do paciente sobre sua saúde
7. Lazer
8. Suporte Familiar
9. Suporte Social
10. Segurança Ambiental

**SUGESTÃO DE INTERVENÇÕES****AÇÕES CURATIVAS E/OU PALIATIVAS****Metas terapêuticas:**

- **Prioridade 1** Intervenções capazes de reduzir o declínio funcional + Intervenções capazes de confortar o paciente ou família
  
- **Prioridade 2** Intervenções curativas ou capazes de modificar a história natural das doenças, reduzindo o risco de declínio funcional
  
- **Prioridade 3** Intervenções preventivas e direcionadas a fatores de risco

**Justificativas para as mudanças:**

**Tratamento farmacológico proposto:**

Medicamento / Nome comercial	Horário de administração e Intervalo	Via de uso	Dose / Quantidade	Orientações

**Tratamento Não-Farmacológico Proposto + Auto-Cuidado Apoiado****INTERVENÇÕES REABILITADORAS**

O paciente apresenta potencial de reabilitação nas seguintes áreas:

( )Reabilitação Cognitivo-Comportamental ( )Reabilitação Física ( )Reabilitação Socio-Familiar ( )Adaptação Ambiental

A reabilitação deverá ser feita por:

( )Fisioterapia ( )Terapia ocupacional ( )Fonoaudiologia ( )Psicologia ( )Enfermagem ( )Serviço social ( )Odontologia ( )Farmácia ( )Nutrição

Justificativa:

**AÇÕES PREVENTIVAS/PROMOCIONAIS**

ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS		SIM	NÃO	Observações
<b>DOENÇA CARDIOVASCULAR</b>	Há indicação de anti-agregante plaquetário?			
	Há indicação de estatina?			
	Ultrassom abdominal para diagnóstico de aneurisma de aorta abdominal?			
<b>IMUNIZAÇÃO</b>	Anti-Influenza			
	Anti-Pneumocócica			
	Dupla Tipo Adulto			
	Anti-Amarelão			
	Anti-Zoster			
<b>RASTREAMENTO DE CÂNCER</b>	Colon-retal			
	PSOF (3 amostras independentes)			
	Colonoscopia			
	Outros:			
	Mama (mamografia)			
	Colo de útero (Papanicolaou)			
	Próstata (PSA)			
<b>OSTEOPOROSE / FRATURA DE FRAGILIDADE</b>	Há indicação para solicitação de densitometria óssea?			
	Há indicação de suplementação de vitamina D <sub>3</sub> ?			
	Há indicação de suplementação de cálcio ?			
	Há indicação para tratamento farmacológico da osteoporose?			
<b>ACONSELHAMENTO (Mudança de estilo de vida)</b>	Aconselhamento para ATIVIDADE FÍSICA			
	Aconselhamento para prevenção de QUEDAS			
	Aconselhamento para prevenção ou tratamento do TABAGISMO			
	Aconselhamento para prevenção ou tratamento do ALCOLISMO			
	Aconselhamento nutricional para OBESIDADE/DISLIPIDEMIA			

**IMPLEMENTAÇÃO DO PLANO DE CUIDADOS**

O paciente deverá ser encaminhado para Geriatria e Referência? ( )Sim ( )Não	
<b>BAIXA PRIORIDADE</b>	<b>IDOSO ROBUSTO</b>
<b>MÉDIA PRIORIDADE</b>	<b>IDOSO EM RISCO DE FRAGILIZAÇÃO</b>
	<b>IDOSO FRÁGIL DE BAIXA COMPLEXIDADE</b>
	<b>IDOSO FRÁGIL EM FASE FINAL DE VIDA</b>
<b>ALTA PRIORIDADE</b>	<b>IDOSO FRÁGIL DE ALTA COMPLEXIDADE</b>
	Marcação imediata na GR do HC-UFGM
	Marcação na GR, via regulação

O paciente deverá ser encaminhado para outras ESPECIALIDADES MÉDICAS?	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
Especificar:		

**A implementação do Plano de Cuidados deverá ser feita em:**

**SUS:** ( )Centro de Saúde (Atenção Primária) ( )NASF ( )Saúde Bucal ( )Atenção Domiciliar ( )Centro de Reabilitação  
( )Pronto Atendimento ( )Hospital-Dia ( )Hospice ( )Hospital ( )CTI Outras:

**SUAS:** ( )CRAS (Centro de Referência de Assistência Social) ( )CREAS (Centro de Referência Especializados de Assistência Social)  
( )Grupo de Convivência ( )Centro Dia ( )Serviço Regional de Atenção Básica a Família ( )Casa-Lar  
( )República de Idosos ( )Programa Cuidador de Idosos ( )Instituição de Longa Permanência para Idosos ( )Outras:

**EQUIPE MAIS VIDA RESPONSÁVEL PELO MATRICIAMENTO DO CASO**

Médico:

Enfermeiro:

Contato:

Horário de atendimento no Centro Mais Vida				
2ª feira	3ª feira	4ª feira	5ª feira	6ª feira

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFGM

INSTITUTO JENNY DE ANDRADE FARIA: Alameda Álvaro Celso, 117 – Santa Efigênia

Fone: 3222-2227 / 3409-9038

E-mail: [centromaisvida@uol.com.br](mailto:centromaisvida@uol.com.br)Site: [www.hc.ufmg.br/geriatria](http://www.hc.ufmg.br/geriatria)

## ANEXO C – IVCF-20

<b>ÍNDICE DE VULNERABILIDADE CLÍNICO-FUNCIONAL-20</b>		
<i>www.ivcf-20.com.br</i>		
<i>Responda às perguntas abaixo com a ajuda de familiares ou acompanhantes. Marque a opção mais apropriada para a sua condição de saúde atual. Todas as respostas devem ser confirmadas por alguém que conviva com você. Nos idosos incapazes de responder, utilizar as respostas do cuidador.</i>		<b>Pontuação</b>
<b>IDADE</b>	<b>1. Qual é a sua idade?</b>	<input type="checkbox"/> 60 a 74 anos <sup>D</sup> <input type="checkbox"/> 75 a 84 anos <sup>I</sup> <input type="checkbox"/> ≥ 85 anos <sup>2</sup>
<b>AUTO-PERCEPÇÃO DA SAÚDE</b>	<b>2. Em geral, comparando com outras pessoas de sua idade, você diria que sua saúde é:</b>	<input type="checkbox"/> Excelente, muito boa ou boa <sup>D</sup> <input type="checkbox"/> Regular ou ruim <sup>I</sup>
<b>ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA</b>	AVD Instrumental	<b>3. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de fazer compras?</b> <i>( ) Sim<sup>4</sup> ( ) Não ou não faz compras por outros motivos que não a saúde</i>
	Respostas positiva valem 4 pontos cada. Todavia, a pontuação máxima do item é de 4 pontos, mesmo que o idoso tenha respondido sim para todas as questões 3, 4 e 5.	<b>4. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de controlar seu dinheiro, gastos ou pagar as contas de sua casa?</b> <i>( ) Sim<sup>4</sup> ( ) Não ou não controla o dinheiro por outros motivos que não a saúde</i>
	AVD Básica	<b>5. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de realizar pequenos trabalhos domésticos, como lavar louça, arrumar a casa ou fazer limpeza leve?</b> <i>( ) Sim<sup>4</sup> ( ) Não ou não faz mais pequenos trabalhos domésticos por outros motivos que não a saúde</i>
	<b>6. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de tomar banho sozinho?</b> <i>( ) Sim<sup>6</sup> ( ) Não</i>	Máximo 4 pts
<b>COGNIÇÃO</b>	<b>7. Algum familiar ou amigo falou que você está ficando esquecido?</b> <i>( ) Sim<sup>1</sup> ( ) Não</i>	
	<b>8. Este esquecimento está piorando nos últimos meses?</b> <i>( ) Sim<sup>1</sup> ( ) Não</i>	
	<b>9. Este esquecimento está impedindo a realização de alguma atividade do cotidiano?</b> <i>( ) Sim<sup>2</sup> ( ) Não</i>	
<b>HUMOR</b>	<b>10. No último mês, você ficou com desânimo, tristeza ou desesperança?</b> <i>( ) Sim<sup>2</sup> ( ) Não</i>	
	<b>11. No último mês, você perdeu o interesse ou prazer em atividades anteriormente prazerosas?</b> <i>( ) Sim<sup>2</sup> ( ) Não</i>	
<b>MOBILIDADE</b>	Alcance, preensão e pinça	<b>12. Você é incapaz de elevar os braços acima do nível do ombro?</b> <i>( ) Sim<sup>1</sup> ( ) Não</i>
		<b>13. Você é incapaz de manusear ou segurar pequenos objetos?</b> <i>( ) Sim<sup>1</sup> ( ) Não</i>
	Capacidade aeróbica e /ou muscular	<b>14. Você tem alguma das quatro condições abaixo relacionadas?</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Perda de peso não intencional de 4,5 kg ou 5% do peso corporal no último ano <b>ou</b> 6 kg nos últimos 6 meses <b>ou</b> 3 kg no último mês ( ) ;</li> <li>• Índice de Massa Corporal (IMC) menor que 22 kg/m<sup>2</sup> ( ) ;</li> <li>• Circunferência da panturrilha a &lt; 31 cm ( ) ;</li> <li>• Tempo gasto no teste de velocidade da marcha (4m) &gt; 5 segundos ( ) .</li> </ul> <i>( ) Sim<sup>2</sup> ( ) Não</i>
	Marcha	<b>15. Você tem dificuldade para caminhar capaz de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano?</b> <i>( ) Sim<sup>2</sup> ( ) Não</i>
	<b>16. Você teve duas ou mais quedas no último ano?</b> <i>( ) Sim<sup>2</sup> ( ) Não</i>	Máximo 2 pts
	Continência esfincteriana	<b>17. Você perde urina ou fezes, sem querer, em algum momento?</b> <i>( ) Sim<sup>2</sup> ( ) Não</i>
<b>COMUNICAÇÃO</b>	Visão	<b>18. Você tem problemas de visão capazes de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? É permitido o uso de óculos ou lentes de contato.</b> <i>( ) Sim<sup>2</sup> ( ) Não</i>
	Audição	<b>19. Você tem problemas de audição capazes de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? É permitido o uso de aparelhos de audição.</b> <i>( ) Sim<sup>2</sup> ( ) Não</i>
<b>COMORBIDADES MÚLTIPLAS</b>	Polipatologia	<b>20. Você tem alguma das três condições abaixo relacionadas?</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cinco ou mais doenças crônicas ( ) ;</li> <li>• Uso regular de cinco ou mais medicamentos diferentes, todo dia ( ) ;</li> <li>• Internação recente, nos últimos 6 meses ( ) .</li> </ul> <i>( ) Sim<sup>4</sup> ( ) Não</i>
	Polifarmácia	
	Internação recente (<6 meses)	
		Máximo 4 pts
<b>PONTUAÇÃO FINAL (40 pontos)</b>		