

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
Escola de Enfermagem  
Curso de Especialização em Formação Pedagógica para Profissionais de Saúde  
Polo Uberaba

Daniela Coelho Borges

**Capacitação da equipe da UAPSF Jardim das Palmeiras 2 para a Avaliação  
Global do Idoso por meio da Aplicação de Instrumento de Identificação de  
Risco**

Uberaba  
2015

Daniela Coelho Borges

**Capacitação da equipe da UAPSF Jardim das Palmeiras 2 para a Avaliação Global do Idoso por meio da Aplicação de Instrumento de Identificação de Risco**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Especialização em Formação Pedagógica para Profissionais de Saúde – CEFPEPS, DA Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de especialista.

Orientadora: Prof. Dra. Alda Martins Gonçalves

Uberaba

2015

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

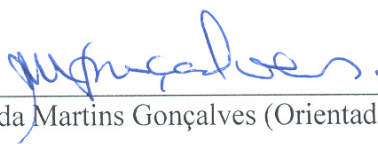
Borges, Daniela Coelho
Capacitação da equipe da UAPSF Jardim das Palmeiras 2 para a Avaliação Global do Idoso por meio da Aplicação de Instrumento de Identificação de Risco [manuscrito] / Daniela Coelho Borges. - 2015.
33 f.
Orientador: Alda Martins Gonçalves.
Monografia apresentada ao curso de Especialização em Formação de Educadores em Saúde - Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, para obtenção do título de Especialista em Formação Pedagógica para Profissionais de Saúde
.
1.Capacitação. 2.Metodologia Problematicadora. 3.Equipe de Saúde da Família. 4.Saúde do Idoso. I.Gonçalves, Alda Martins. II.Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem. III.Título.

Daniela Coelho Borges

**CAPACITAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA UAPSF JARDIM DAS  
PALMEIRAS 2 PARA APLICAÇÃO DE INSTRUMENTO DE  
IDENTIFICAÇÃO DE RISCO**

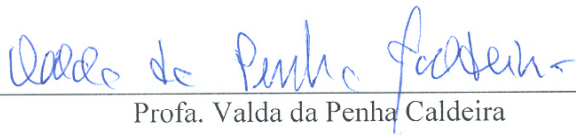
Trabalho apresentado ao Curso de Especialização de Formação Pedagógica para Profissionais de Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do Certificado de Especialista.

BANCA EXAMINADORA:



---

Prof. Dra. Alda Martins Gonçalves (Orientadora)



---

Prof. Valda da Penha Caldeira

Data de aprovação: **26/06/2015**

Dedico este trabalho a Deus, por colocar em meu coração a vontade de ser melhor a cada dia e por permitir a realização de meus sonhos. À minha linda e amada família pelo amor incondicional, em especial aos meus pais, que tanto lutaram durante a vida para garantir aos filhos o acesso à educação e ao crescimento pessoal e profissional. Ao meu companheiro no amor e na vida, Danylo, pela compreensão e paciência nos momentos de ausência para dedicação aos estudos e por ser meu porto seguro.

## **AGRADECIMENTOS**

Às tutoras Mariana, Sharon e Valda por nos conduzirem durante o aprendizado.

À Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Alda Martins Gonçalves, pelas orientações, auxílio, paciência e confiança em meu trabalho.

Às colegas Karicielle, Natasha e Vanessa pelas divertidas viagens até o local das aulas e de volta para nossas casas e também pelo incentivo nos momentos de cansaço.

Aos demais colegas de curso por compartilharem conhecimentos e experiências.

“Porque a tartaruga tem os pés lentos, é esta uma razão para cortar as asas da águia?”

(Edgar Allan Poe)

## RESUMO

A capacitação dos profissionais de saúde quanto ao uso e interpretação correta de instrumento de identificação de risco funcional para a avaliação global de idosos pode contribuir para a condução adequada dos casos desses pacientes. O processo de envelhecimento provoca várias alterações no indivíduo, fato este que pode comprometer a capacidade funcional da pessoa. O conceito de fragilidade está relacionado ao maior comprometimento da saúde e precisa ser avaliado corretamente pelos profissionais para que as intervenções na assistência prestada sejam adequadas. O uso de instrumento identificador de risco permite aos profissionais a tomada de decisões pertinentes em relação aos cuidados oferecidos. O instrumento de classificação de risco escolhido para a capacitação dos profissionais da UAPSF Jardim das Palmeiras 2, em Uberlândia – MG, foi o Prisma 7 (Avaliação Global da Pessoa Idosa na Atenção Básica). Pretende-se que o processo educativo a ser realizado tenha como base a metodologia da problematização. Espera-se com este projeto de intervenção aprimorar a qualidade da assistência prestada nessa unidade de saúde e garantir os princípios de integralidade e equidade do SUS. Prima-se também pela organização dos processos de trabalho.

Descritores: Capacitação; Metodologia Problematizadora; Equipe de Saúde da Família; Saúde do Idoso; Avaliação de Risco Funcional.



## **ABSTRACT**

The training of health professionals for the use and correct interpretation of the functional risk assessment tool into the global elderly assessment can contribute to the proper health care of this population. The aging process causes several changes in the individual that may affect the functional capacity of the person. The concept of fragility is related to the greater detriment of health and needs to be evaluated properly by professionals for suitable interventions in care. The use of risk assessment tool enables professionals to make relevant decisions regarding the care provided. The risk assessment tool chosen for the training of the professionals from Primary Care Health Unit (PCHU) Jardim das Palmeiras 2 in Uberlândia - MG, was Prisma 7 Questionnaire (Frailty Specific Tools) for the global assessment of the elderly in primary care. It is intended that the educational process has to be carried out based on the questioning methodology. It is hoped that this intervention project improves the quality of assistance provided at this health unit and ensure the principles of integrity and equality of Unified Health System from Brazil. It is also intended for the organization of work processes.

**Key words:** Training; Questioning Methodology; Family Health Team; Elderly Health; Functional Risk Assessment.

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>10</b>
<b>2. OBJETIVO.....</b>	<b>13</b>
<b>3. REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>14</b>
<b>4. METODOLOGIA.....</b>	<b>22</b>
4.1 Público alvo e parcerias estabelecidas.....	23
4.2 Ações que serão desenvolvidas.....	23
4.3 Conteúdos que serão desenvolvidos na capacitação.....	24
4.4 Recursos Necessários.....	25
4.5 Cronograma de Execução.....	26
4.6 Resultados Esperados.....	26
4.7 Avaliação.....	26
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>28</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>29</b>

## 1. INTRODUÇÃO

O presente projeto de intervenção foi realizado como parte dos requisitos necessários para a conclusão do Curso de Especialização em Formação Pedagógica para Profissionais da Saúde – CEFPEPS, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

A motivação para a escolha do tema abordado foi devido à possibilidade de promover junto aos membros da equipe de Saúde da Família Jardim das Palmeiras 2, em Uberlândia – MG, momentos de práticas educativas para discussão da avaliação global do idoso, visando a promoção da assistência a esses pacientes embasada em fundamentos já existentes sobre a estratificação de risco.

Segundo o Portal Brasil (2015), os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) mostraram pelo censo demográfico de 2010 que todas as regiões do Brasil apresentaram aumento no número de idosos em comparação com o censo anterior, com destaque para as regiões sudeste e sul do país.

De acordo com UNASUS – UERJ (2013a) é de extrema importância reconhecer o envelhecimento populacional para entendimento dos reflexos dessa questão para a sociedade e também para a rede de assistência à saúde, principalmente para a rede pública. Em termos de atendimento no Sistema Único de Saúde (SUS), considera-se como população idosa as pessoas na idade de sessenta anos e mais.

O envelhecimento é um processo que promove alterações funcionais e estruturais no organismo e desencadeia uma série de disfunções e limitações, levando à diminuição da saúde geral e reduzindo a capacidade funcional e a autonomia do idoso (ASSIS et al., 2012). Para Brasil (2006), o envelhecimento da população é consequência de alguns indicadores de saúde, como exemplo o aumento da expectativa de vida, a queda de mortalidade e a queda da natalidade. Devido à percepção do contexto sobre o envelhecimento populacional, é necessário que o profissional de saúde esteja apto a identificar de forma precoce o risco de perda funcional e o grau de fragilidade do idoso, com o intuito de promover o atendimento adequado e humanizado a esse paciente, procurando minimizar, ou ao menos retardar, o aparecimento dos efeitos causados pela senilidade.

Visando o bom funcionamento do SUS, a garantia do cuidado integral e a atenção às necessidades da população, foram criadas as Redes de Atenção à

Saúde (RAS). As RAS são estratégias organizativas, baseadas em serviços e ações que se articulam e se complementam, e dentre seus principais atributos destaca-se a Atenção Básica ou Atenção Primária à Saúde, que foi constituída para ser a principal porta de entrada no sistema público de saúde. Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a Atenção Básica deve atender a certos requisitos, como por exemplo: ser altamente descentralizada, possuir controle social ativo, coordenar o cuidado do paciente por toda a rede de saúde, construir vínculos positivos, promover intervenções clínicas e sanitárias que se fizerem necessárias e ser, de fato, resolutiva, a partir de trabalhos de identificação de risco dos pacientes e conhecimento das necessidades e demandas de toda a população (BRASIL, 2012).

Para Brasil (2006, p. 13),

Na Atenção Básica espera-se oferecer à pessoa idosa e à sua rede de suporte social, incluindo familiares e cuidadores (quando existente), uma atenção humanizada com orientação, acompanhamento e apoio domiciliar, com respeito às culturas locais, às diversidades do envelhecer e à diminuição das barreiras arquitetônicas de forma a facilitar o acesso [...].

A atenção básica constitui-se por várias ações, tanto individuais quanto coletivas, que abrangem a promoção, a prevenção e a proteção à saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde. A ótica de cuidado da Atenção Básica é voltada para a integralidade da assistência de modo a beneficiar a autonomia e a situação de saúde das pessoas. (BRASIL, 2012).

A Unidade de Atenção Primária à Saúde da Família (UAPSF) Jardim das Palmeiras 2 é uma das 54 equipes de Estratégia Saúde da Família do município de Uberlândia e começou suas atividades em setembro de 2003. A equipe de saúde local conta com uma enfermeira, uma médica, seis agentes comunitárias de saúde, duas técnicas de Enfermagem, uma auxiliar de serviços gerais, uma auxiliar administrativa, uma psicóloga e uma assistente social. A população cadastrada na área de abrangência de responsabilidade desta equipe é composta por 1049 famílias, totalizando 3080 pessoas. Dentre os pacientes cadastrados, um total de 319 idosos (em torno de dez por cento da população total da área) são atendidos e acompanhados pela UAPSF Jardim das Palmeiras 2.

A Constituição do Brasil declara que,

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de

doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1998).

Partindo da premissa supracitada e considerando o número elevado de idosos que são acompanhados pela UAPSF Jardim das Palmeiras 2, em Uberlândia – MG, estruturou-se este projeto para capacitar os profissionais da equipe de saúde quanto ao uso e interpretação do Instrumento de Avaliação Global da Pessoa Idosa na Atenção Básica – Prisma 7. Tal instrumento é um questionário com sete itens, os quais são respondidos de forma objetiva (sim ou não), muito simples de ser utilizado, porém de extrema valia para adequação de condutas na assistência aos idosos. “A ferramenta prisma 7 foi desenvolvida em Quebec, no Canadá e é utilizada [...] por profissionais de saúde [...] para avaliar incapacidades em pessoas idosas.” (CALDAS et al., 2013, p. 3499). A utilização de tal instrumento pode beneficiar o trabalho na saúde como um todo, visto que é notório que a estratificação do risco de perda funcional em pessoas idosas por meio de instrumentos validados pode contribuir para a integralidade do cuidado, para a organização do processo de trabalho e melhoria da qualidade da assistência prestada, ocasionando na redução da perda funcional, redução das hospitalizações e na prevenção do óbito precoce de idosos. Justifica-se, portanto, a capacitação dos profissionais para o manuseio correto do instrumento Prisma 7, em virtude do alto número de idosos atendidos nessa unidade - em comparação com o número total da população assistida - fato este que gera grande demanda de atendimentos não programados para idosos (procura por encaixes de consultas) na rotina da equipe, o que com certeza dificulta a organização e execução de ações programadas.

## **2. OBJETIVO**

Capacitar os profissionais da equipe de saúde da UAPSF Jardim das Palmeiras 2 quanto ao uso e interpretação do Instrumento Prisma 7, para a avaliação global da pessoa idosa na Atenção Básica.

### 3. REVISÃO DE LITERATURA

A Constituição Brasileira promulgada em outubro de 1988 propôs a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que incorpora princípios e diretrizes que apontam para o compromisso do Estado em se responsabilizar por promover as condições necessárias para a saúde dos cidadãos (CHIESA et al., 2002).

O Ministério da Saúde, no intuito de implementar efetivamente o SUS, criou em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF) – atualmente chamado de Estratégia Saúde da Família (ESF) – que tem como principal objetivo contribuir para a reorientação do modelo assistencial, valorizando princípios de territorialização, formação de vínculo com a população, garantia da integralidade na atenção, trabalho em equipe com enfoque interdisciplinar, ênfase na promoção da saúde com fortalecimento das ações intersetoriais e estímulo à participação da sociedade.

A Atenção Básica é o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A Saúde da Família trabalha com práticas interdisciplinares desenvolvidas por equipes que se responsabilizam pela saúde da população a ela adscrita e na perspectiva de uma atenção integral humanizada, considerando a realidade local e valorizando as diferentes necessidades dos grupos populacionais. (BRASIL, 2006, p. 10).

O trabalho interdisciplinar preconizado pela ESF pressupõe, além das ligações tradicionais, a possibilidade de um profissional se reconstruir na prática do outro, transformando ambas práticas na intervenção do contexto em que estão inseridas. Assim, para lidar com a dinâmica da vida social das famílias assistidas e da própria comunidade, a valorização dos diversos saberes e práticas contribui para uma abordagem mais integral e resolutiva (BRASIL, 2001). Para isso, é importante que os profissionais das equipes de saúde tenham espaços garantidos de educação permanente, ou seja, momentos dedicados a discussões de casos, ajustes de conduta e principalmente, de troca de conhecimentos.

A educação permanente deve ser constitutiva, portanto, da qualificação das práticas de cuidado, gestão e participação popular. O redirecionamento do modelo de atenção impõe claramente a necessidade de transformação permanente do funcionamento dos serviços e do processo de trabalho das equipes, exigindo de seus atores (trabalhadores, gestores e usuários) maior capacidade de análise, intervenção e autonomia para o estabelecimento de práticas transformadoras, a gestão das mudanças e o estreitamento dos elos

entre concepção e execução do trabalho. Nesse sentido, a educação permanente, além da sua evidente dimensão pedagógica, deve ser encarada também como uma importante “estratégia de gestão”, com grande potencial provocador de mudanças no cotidiano dos serviços, em sua micropolítica, bastante próximo dos efeitos concretos das práticas de saúde na vida dos usuários, e como um processo que se dá “no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho”. (BRASIL, 2012, p. 38 - 39).

A Política Nacional de Humanização (PNH) - lançada em 2003 pelo Ministério da Saúde - propõe a consolidação das diretrizes e princípios do SUS, “[...] incentivando a valorização de todos os atores e sujeitos que participam na produção da saúde.” (BRASIL, 2006, p. 14).

Ainda de acordo com Brasil (2006), a educação permanente nos serviços de saúde é a forma pela qual ocorrerá a consolidação e o aprimoramento da Atenção Básica e também a forma como esta se tornará a reorientadora do modelo de saúde no país.

A educação permanente precisa ser um processo pedagógico de aquisição e de atualização de habilidades e conhecimentos, e também de tomada de consciência da realidade (desafios e problemas) do processo de trabalho. É necessário realizar práticas que incluam múltiplos fatores, como conhecimentos, valores, relações de poder, planejamento e organização do trabalho etc., e que considerem elementos que façam sentido para os atores envolvidos, para que a aprendizagem seja significativa (BRASIL, 2012). Além disso, outro importante fator é

[...] o planejamento/programação educativa ascendente, em que, a partir da análise coletiva dos processos de trabalho, identificam-se os nós críticos (de natureza diversa) a serem enfrentados na atenção e/ou na gestão, possibilitando a construção de estratégias contextualizadas que promovam o diálogo entre as políticas gerais e a singularidade dos lugares e das pessoas, estimulando experiências inovadoras na gestão do cuidado e dos serviços de saúde. (BRASIL, 2012, p. 39).

De acordo com Stroschein e Zocche (2012), a Política Nacional de Educação Permanente (PNEPS) procura promover mudanças nas práticas pedagógicas e também o aprimoramento profissional. Para os mesmos autores, a educação permanente deve utilizar a metodologia problematizadora e contar com a participação de profissionais de diversas áreas de atuação, além de possibilitar discussões reflexivas sobre os assuntos abordados (com ênfase em situações problemáticas da realidade na qual se trabalha), tudo isso visando a articulação de soluções estratégicas pelo coletivo. É necessário que as equipes de saúde façam o



levantamento dos nós críticos da locorregião em que trabalham e programem-se para práticas de educação continuada, visando sempre contribuir para a manutenção dos princípios e diretrizes do SUS.

Para a faixa populacional de idosos ter ou estar com saúde não se restringe apenas a presença ou ausência de alguma doença ou de algum agravo. Considera-se também o grau de autonomia e de independência da pessoa. Portanto, a avaliação do paciente idoso precisa ser multidimensional e pode ocorrer por meio de vários instrumentos, ferramentas e tecnologias, que são alternativas para esse tipo de abordagem. Por essa razão e com a finalidade de obter boas condutas aos casos atendidos, equipes de saúde que prestam cuidados a idosos precisam estar familiarizadas com o uso dessas alternativas (MINAS GERAIS, 2006).

O grande desafio na atenção da pessoa idosa é fazer com que esses pacientes, embora com a possibilidade de apresentarem progressivas limitações, possam viver suas vidas com a máxima qualidade (BRASIL, 2006).

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), de 19 de outubro de 2006, “[...] define que a atenção à saúde dessa população terá como porta de entrada a Atenção Básica/Saúde da Família [...]” e a rede de serviços especializados de média e alta complexidade será utilizada como referência (BRASIL, 2006, p.12).

No Caderno de Atenção Básica do Idoso, do Ministério da Saúde, são explicitadas ações comuns a todos os profissionais que atuam na Atenção Básica e que precisam ser desenvolvidas para garantir a boa assistência ao idoso. Dentre essas ações, destacam-se as seguintes: identificar e acompanhar idosos frágeis ou em processo de fragilização e desenvolver ações educativas relativas à saúde da pessoa idosa, de acordo com o planejamento da equipe (BRASIL, 2006).

Dois principais mecanismos são responsáveis pelo aparecimento da condição de fragilidade em idosos: “[...] as mudanças relacionadas à senescência e a presença de comorbidades” (BRASIL, 2006, p. 52).

“A identificação do risco na população idosa pode ser detectada através da avaliação da presença de um perfil de fragilização, que também reduz progressivamente a capacidade funcional, levando à maior demanda por serviços de saúde [...]” (MINAS GERAIS, 2006, p. 25).

O envelhecimento da população apresentado nos últimos anos tem gerado discussões sobre o atendimento às necessidades e às particularidades da população idosa usuária de sistemas de saúde (WAGNER et al., 2006 e BIELAZKA-

DUVERNAY, 2011 apud CALDAS et al., 2013). De acordo com Góis e Veras (2012 apud CALDAS et al., 2013) a qualidade da assistência prestada a esse público e o controle dos gastos envolvidos nesse tipo de cuidado são fatores que acarretam preocupação e evidenciam o impacto que o envelhecimento da população exerce sobre o sistema de saúde.

Conforme Kalache (2008, apud ASSIS et al., 2014, p. 154) o processo de envelhecimento pode ser percebido como o desencadeador de várias alterações no organismo do indivíduo, e estas podem gerar “[...] limitações visuais, auditivas, motoras e intelectuais, além de um conjunto de doenças crônicas”. Além disso, segundo os mesmos autores, todos esses aspectos podem levar à diminuição do quadro geral de saúde e “[...] à redução da capacidade funcional, desencadeando a dependência nas atividades cotidianas” (ASSIS et al., 2014, p. 154).

Para Millán-Calenti et al. (2010) e Guerra et al. (2009 apud ASSIS et al., 2014, p. 160), “O avanço da idade é considerado um dos mais importantes fatores de risco para a deterioração da capacidade funcional dos idosos, devido ao aumento das alterações fisiológicas [...] e da prevalência das doenças crônicas”.

Pavarini et al. (2005 apud SUDRÉ et al., 2012, p. 948) relata que o processo de senescência, em si, não indica que a pessoa seja doente ou tenha incapacidades, pois existem muitos idosos “[...] que, mesmo sendo portadores de alguma doença, preservam tanto sua autonomia como sua independência”.

A literatura especializada informa que com o aumento da idade diminui o número de pessoas independentes e autônomas, visto que “[...] o declínio funcional aumenta cerca de duas vezes a cada dez anos vividos” (SUDRÉ et al., 2012, p. 951).

Conforme Beauvoir (1990), Bee (1997), Bortolanza et al. (2005) e confirmado por Zimerman (2000, apud BIASUS et al., 2011, p.322),

Vivenciar a velhice é conviver com modificações corporais como: o aparecimento de rugas, os cabelos brancos, a diminuição da elasticidade da pele, a perda dos dentes, as modificações no esqueleto que por sua vez implicam problemas musculares e encurtamento postural, os problemas de circulação, a desaceleração do metabolismo e dos impulsos nervosos que alteram os sentidos do idoso; enfim, as modificações físicas e fisiológicas do envelhecimento.

Para Pel-Littel et al. (2003) e Walston et al. (2006, apud CALDAS et al., 2013, p. 3496) “A fragilidade tem sido apontada como um indicador de risco para a morte ou para a perda da funcionalidade em idosos, sendo utilizado como orientador no gerenciamento de saúde”. Malta et al. (2004, apud CALDAS et al., 2013, p. 3496) diz que o termo “[...] fragilidade indica um estado de instabilidade, com risco de perda funcional, resultante de eventos por vezes previsíveis”.

Conforme Sudré et al. (2012, p. 948),

[...] para uma parte dos idosos, um ou mais fatores físicos, ambientais, socioeconômicos, genéticos e de estilo de vida podem acarretar alterações que acabam fragilizando-os e prejudicando as funções do corpo, suas atividades e participação na sociedade. Seu comprometimento pode ter implicações significativas para a qualidade de vida da pessoa idosa e de sua família, uma vez que ocasiona dependência de outras pessoas ou de equipamentos, trazendo também consequências à comunidade e ao sistema de saúde.

“A fragilidade, como síndrome clínica, deve ser vista como conjunto de manifestações [...] altamente preditivas de eventos adversos variados, como hospitalização, doenças agudas, quedas, fraturas e mortalidade elevada” (LOURENÇO et al., 2005, p. 314). Ainda segundo os autores citados, “A rede de atenção básica deve ser capaz de identificar idosos fragilizados, isto é, aqueles com maior risco de desenvolver incapacidade funcional” (p. 314).

A fragilidade é considerada uma síndrome do envelhecimento por alguns profissionais de saúde e esse fato pode levar a “[...] intervenções tardias, com potencial mínimo de reversão das consequências adversas da síndrome [...]”, causando a diminuição da qualidade de vida dos pacientes. Portanto, faz-se necessário “[...] o estabelecimento de critérios que identifiquem as pessoas idosas que se encontram em uma condição subclínica da síndrome [...]” e que são “[...] passíveis de intervenções preventivas [...]”, no intuito de evitar ou diminuir complicações advindas da fragilidade (BRASIL, 2006, p. 50).

A partir da realização de uma análise crítica de várias experiências que utilizaram instrumentos de identificação de risco de perda funcional em idosos foi possível detectar que a principal justificativa para se usar esses instrumentos é melhorar a assistência à saúde prestada a esses pacientes (CALDAS et al., 2013).

Segundo McCusker et al. (2001) e confirmado por Stuck et al. (2007, apud CALDAS et al., 2013, p. 3496),

O uso de ferramentas para rastreio de fragilidade e perda da capacidade funcional é utilizado em diversos serviços e sistemas de saúde, com o objetivo de identificar precocemente os idosos frágeis e direcionar a atuação geriátrica, prevenindo internações repetidas, aumentando a qualidade de vida e em alguns casos evitando a morte precoce.

Lourenço et al. (2005) propõem um tipo de atendimento ambulatorial aos idosos, que se modifica em profundidade e em abrangência das ações de acordo com a estratificação de risco desses pacientes. Esses autores defendem o uso de instrumentos de avaliação para a identificação de risco (a partir deste ponto, normatiza-se o uso sinônimo dos termos “estratificação”, “identificação” e “classificação de risco”).

Como parte da crise global do sistema de saúde, a assistência ao idoso apresenta um importante estrangulamento, que é a demanda altamente reprimida por atendimentos ambulatoriais especializados, criando uma dificuldade crescente na correta identificação de idosos com risco de adoecer e morrer precocemente. Acresce-se a esse fato o pequeno número de profissionais de saúde habilitados a tratar de idosos, o que tem contribuído decisivamente para as dificuldades na abordagem adequada desse paciente. (LOURENÇO et al., 2005, p. 312).

Ainda segundo Lourenço et al. (2005) é preciso que seja formulado um novo paradigma de atendimento para a população idosa, que possa abranger “as diferentes condições de saúde desse segmento etário”, e que considere a “heterogeneidade da situação de saúde dos indivíduos idosos”, ou seja, entre os próprios pacientes idosos existe uma diversidade de condições que demandam tipos diferenciados de assistência.

A utilização de instrumentos padronizados de identificação de risco funcional pode ajudar na construção de um novo modelo de atendimento aos idosos, permitir a resolução de grande parte dos problemas dessa população na atenção primária e encaminhar aos especialistas, quem de fato precisar da atenção secundária. Desse modo, evita-se ou diminui-se o aparecimento precoce de fatores que levam à dependência, à perda de autonomia e à morte, como também, diminuem-se os gastos com internações evitáveis e encaminhamentos desnecessários (LOURENÇO et al., 2005).

De acordo com a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais,

A avaliação do idoso tem por objetivo básico melhorar a qualidade de vida e não apenas acrescentar anos a sua vida [...] A atenção à pessoa idosa deve se basear na melhoria da qualidade da assistência e no aumento de sua resolutividade com envolvimento de todos os profissionais da rede [...] A identificação do risco na população idosa pode ser detectada através da avaliação da presença de um perfil de fragilização, que também reduz progressivamente, a capacidade funcional levando à maior demanda por serviços de saúde, em todos os níveis. (Minas Gerais, 2006, p. 25).

As avaliações funcionais buscam verificar, de modo sistematizado, o estado de saúde do idoso e facilitam “[...] o desenvolvimento de um planejamento assistencial mais adequado” (BRASIL, 2006, p. 10). São, portanto, instrumentos essenciais para o estabelecimento de diagnósticos, prognósticos e de julgamentos clínicos adequados e quando associados a outros parâmetros clínicos, podem determinar a eficiência e a efetividade das intervenções realizadas (BRASIL, 2006).

É necessário que os profissionais de saúde estejam capacitados a usar ferramentas simples e objetivas que abordem os principais pontos da funcionalidade de um idoso (UNASUS – UERJ, 2013b).

O Caderno de Atenção Básica do Idoso informa que

A avaliação da pessoa idosa nos serviços de Atenção Básica tem por objetivo a avaliação global com ênfase na funcionalidade. A presença de declínio funcional pode sugerir a presença de doenças ou alterações ainda não diagnosticadas. É por meio dessa avaliação que se pode fazer um balanço entre as perdas e os recursos disponíveis para sua compensação. Vários são os instrumentos existentes que colaboram com a avaliação ampla do idoso. A Avaliação Global da Pessoa Idosa direciona a atenção para o/a idoso/a, com problemas complexos, de forma mais ampla, dando ênfase ao seu estado funcional e à sua qualidade de vida. É desenvolvida por uma equipe multiprofissional e tem por objetivo quantificar as capacidades e os problemas de saúde, psicossociais e funcionais do idoso de forma a estabelecer um planejamento terapêutico a longo prazo e o gerenciamento dos recursos necessários. (Brasil, 2006, p. 30).

A estratificação de risco de pacientes idosos facilita o atendimento a esses pacientes na Atenção Primária, “assim como o encaminhamento para os demais pontos de atenção” (MINAS GERAIS, 2006, p. 26).

O Instrumento Prisma 7 constitui-se de perguntas simples e diretas que devem ser feitas ao idoso, com o objetivo de realizar uma triagem sobre quais pacientes necessitarão de outras avaliações mais estruturadas. A identificação de risco no idoso a partir do uso do instrumento Prisma 7 pode ajudar o profissional de saúde a realizar, de uma maneira mais precisa e atenciosa, a condução de cada caso.

De acordo com UNASUS – UERJ (2013b), a partir da aplicação deste instrumento é possível estratificar o risco do idoso em três categorias distintas:

-idoso robusto: paciente que é capaz de administrar sua vida de maneira autônoma, independente de apresentar ou não alguma doença crônica. Pode ser acompanhado de forma preventiva;

-idoso em risco de fragilização: paciente que também é capaz de administrar sua vida de forma autônoma, porém já apresentando algumas limitações funcionais (apresenta estado dinâmico entre senescência e senilidade). É um idoso que precisa de avaliações mais específicas e de ser acompanhado com mais frequência, no intuito de prevenir complicações em seu estado de saúde;

-idoso frágil: paciente que apresenta perda progressiva da autonomia e altas probabilidades de adoecimento e hospitalizações. Necessita de avaliações específicas e acompanhamento sistemático.

#### 4. METODOLOGIA

Este trabalho caracteriza-se como um projeto de capacitação de uma equipe de Saúde da Família com o intuito de aprimorar a assistência prestada aos idosos acompanhados pela unidade de saúde.

A educação permanente parte do pressuposto de que a verdadeira aprendizagem deve perpassar pela prática diária dos profissionais, pois somente assim seus resultados serão significativos e irão refletir sobre a realidade local, sobre o modelo de saúde empregado e sobre os nós-críticos vivenciados (STROSCHEIN; ZOCHE, 2012).

“O ato educativo objetiva a instrumentalização para a construção de uma visão crítica, capaz de transformar o contexto vivido” (UFMG - CEFPEPS, 2014, p.26).

Ainda de acordo com UFMG - CEFPEPS (2014, p.27),

Na Educação Profissional a ação pedagógica é desenvolvida pelos sujeitos inseridos ou não em serviços, com diferentes conhecimentos e que muitas vezes não dominam todos os conteúdos necessários à profissão, mas que também não apresentam estranheza à temática. Muitos desses aprendentes já tiveram a oportunidade de adquirir, empiricamente e de forma fragmentada, conteúdos da educação profissional em saúde pelo fato de já terem ou estarem prestando serviço na rede de atenção a saúde.

Optou-se por trabalhar com os profissionais um instrumento simples de ser compreendido e utilizado, e também, isento de termos técnicos. Essa opção explica-se pelo fato de que os sujeitos que farão parte desse ato educativo são de categorias profissionais diferentes, além de possuírem escolaridades distintas (alguns profissionais inclusive não conhecem conceitos, princípios e especificidades da área da saúde).

A opção pedagógica que norteia o processo educativo influencia as relações sociais entre os sujeitos envolvidos e a metodologia da problematização é a mais propícia para o desenvolvimento de práticas pedagógicas que possibilitam a construção de novos modelos de pensar e agir (UFMG - CEFPEPS, 2014).

[...] na educação permanente e sua prática pedagógica os conteúdos advêm das demandas a serem abordadas, oriundas de uma proposta de trabalho ou de uma situação problema emergencial que estabelecem a seleção do conteúdo, que podemos ou não chamar de curricular se sistematizados, ou simplesmente conteúdos para se cumprir o seu papel de organizar a ação educativa. (UFMG - CEFPEPS, 2014, p.35).

A metodologia da problematização considera e valoriza todo o conhecimento adquirido na vivência profissional e no contexto sociocultural no qual o indivíduo está inserido. Também entende a realidade como o ponto de partida para a construção e reconstrução de conhecimentos e habilidades e para a escolha das ações a serem realizadas. A partir dessa metodologia, pode-se propor soluções para os problemas do cotidiano e transformar/humanizar a atuação profissional e os serviços prestados (UFMG - CEFPEPS, 2014).

O ato pedagógico é transformador quando os sujeitos envolvidos o exercem de forma dialógica, reflexiva e com o compromisso no processo da construção do conhecimento. Considerando as experiências de vida e a carga de conhecimento de cada indivíduo, todos ensinam e aprendem (ALVES, 2005 apud LINHARES et al., 2014).

#### 4. 1 Público alvo e parcerias estabelecidas

Este projeto tem a intenção de capacitar os profissionais da UAPSF Jardim das Palmeiras 2, no município de Uberlândia, para identificação de risco dos idosos atendidos nessa unidade de saúde. De forma indireta, pretende-se também promover a melhoria da qualidade de vida desses idosos, a partir de um atendimento mais criterioso, que favoreça a manutenção da qualidade de vida e a autonomia desses pacientes, diminuindo, ou ao menos adiando, o aparecimento de condições de risco. A escolha por esse público alvo foi em decorrência do contato diário com os profissionais que compõem essa equipe e por vivenciar junto com esses profissionais a alta demanda e os problemas relacionados ao atendimento de idosos na UAPSF Jardim das Palmeiras 2, que compõem cerca de dez por cento da população cadastrada na localidade.

#### 4.2 Ações que serão desenvolvidas

Apresentação do Projeto de Intervenção para a equipe multidisciplinar da UAPSF Jardim das Palmeiras 2 durante o horário de reunião semanal que acontece toda quinta-feira às 15h, para:

- explicar o objetivo do projeto e buscar a sensibilização dos profissionais da equipe para a importância de participar do momento educativo;



- realizar uma roda de conversa, utilizando a estratégia da problematização, para discussão e aprofundamento sobre como tem sido o atendimento dos idosos na unidade de saúde;
- promover a reflexão junto com a equipe sobre políticas de saúde (princípios e diretrizes do SUS – integralidade e equidade, Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa – PNSPI) e levantar problemas quanto a resolutividade dos casos de idosos acompanhados;
- refletir sobre a importância em utilizar instrumentos de avaliação para os idosos;
- apresentar o Instrumento de Avaliação Prisma 7 e orientar quanto ao uso e interpretação. Esclarecer aos profissionais que, mesmo se tratando de uma estratégia muito simples (pois o instrumento que será utilizado é muito fácil de ser manuseado e interpretado, além de ser pequeno e, portanto, rápido para avaliar o idoso), é também um método eficaz para uma primeira avaliação dos pacientes idosos e por isso, um “divisor de águas” no acompanhamento e demais condutas para com esses pacientes;
- enfatizar a importância de referenciar os pacientes que precisam de assistência em outros pontos de atenção e de realizar avaliações complementares para aqueles que delas necessitam;
- reforçar o entendimento do princípio da equidade (assistir os que têm necessidades diferentes de forma diferente, isto é, oferecer mais atenção para os pacientes mais frágeis, com o intuito de alcançar a igualdade em saúde para todos os cidadãos);
- articular com a equipe a organização dos processos e fluxos de trabalho (elaborar estratégias para ofertar mais atendimentos programados para aqueles que precisam de mais atenção, controlar os faltosos e realizar busca ativa dos mesmos).

#### 4.3 Conteúdos que serão desenvolvidos na capacitação

Os conteúdos a serem desenvolvidos abordarão os seguintes temas:

- Importância da estratificação de risco para o acompanhamento de idosos na Atenção Básica;
- O que é o Instrumento de Avaliação Global da Pessoa Idosa na Atenção Básica – Prisma 7;

- Estratégias a serem realizadas após a estratificação de risco dos pacientes (agendamento de consultas programadas, realização de avaliações complementares, busca ativa de faltosos).

Pretende-se que os profissionais da equipe sejam participantes ativos da capacitação e atuantes na implementação da avaliação dos idosos, pois é de extrema importância o envolvimento e a responsabilização de todos, para o real comprometimento com a ação a ser executada.

Apresenta-se aqui o Instrumento de Avaliação Global da Pessoa Idosa na Atenção Básica – Prisma 7, constituído por sete perguntas objetivas (respondidas com sim ou não):

	PERGUNTA	SIM	NÃO
1	Você tem mais de 85 anos?		
2	Sexo masculino?		
3	Em geral, você tem algum problema de saúde que limite suas atividades?		
4	Você precisa de ajuda no seu dia a dia?		
5	Em geral, você tem algum problema de saúde que o faz ficar em casa?		
6	Em caso de necessidade, você conta com ajuda de alguém próximo a você?		
7	Você usa regularmente andador, bengala ou cadeira de rodas?		

As perguntas direcionam o avaliador a estratificar o idoso como:

- Idoso robusto: menos de três respostas “sim”;
- Idoso em risco de fragilização: três respostas “sim”;
- Idoso frágil: mais de três respostas “sim”.

As duas primeiras questões (“Você tem mais de 85 anos?” e “Sexo masculino?”) são duas condições que, quando presentes, indicam maior propensão ao risco frágil, conforme explicitado à página 19 deste trabalho.

#### 4.4 Recursos Necessários

Serão utilizados um notebook e um aparelho de data show para apresentação do projeto para a equipe e para os outros colaboradores, além de

canetas e papel A4 para treinamento dos profissionais quanto ao uso do instrumento Prisma 7. O notebook será o de uso pessoal da autora do projeto e o aparelho de data show será emprestado pela Coordenação da Atenção Primária do município. Os demais materiais já fazem parte da rotina de consumo da unidade, estando, portanto, disponíveis para o uso quando necessário.

#### 4.5 Cronograma de execução

Atividade	Início	Término
Apresentação do Projeto de Intervenção para a equipe multidisciplinar da UAPSF Jardim das Palmeiras 2 e capacitação do uso do instrumento de identificação de risco de idosos	Agosto/2015	Agosto/2015
Agendamento das avaliações dos idosos cadastrados na área de abrangência da UAPSF Jardim das Palmeiras 2, para a estratificação de risco dos mesmos	Setembro/2015	Setembro/2015
Realização da avaliação e da identificação de risco de cada idoso cadastrado na área de abrangência da UAPSF Jardim das Palmeiras 2 e definição da necessidade ou não de outras avaliações e implementação das consultas programadas para acompanhamento desses pacientes	Outubro/2015	Dezembro/2015

#### 4.6 Resultados esperados

Pretende-se com este projeto realizar a capacitação da equipe de profissionais da UAPSF Jardim das Palmeiras 2 quanto ao manuseio e interpretação correta do instrumento Prisma 7, para melhoria da assistência prestada nesta unidade (em consonância com o preconizado pelo SUS) e em benefício dos idosos, principalmente aqueles que apresentam risco de perda funcional.

#### 4.7 Avaliação

A avaliação dos resultados obtidos com a implementação deste projeto será feita com a equipe de profissionais da UAPSF Jardim das Palmeiras 2, após a

identificação de risco dos idosos cadastrados na área de abrangência. Será avaliada a compreensão dos profissionais a respeito da estratégia implantada e a satisfação individual de cada um em ter participado de um projeto que pode ser o início da mudança no padrão de atendimento e condução da assistência prestada à população idosa.

Outro ponto a ser avaliado é a possibilidade de o profissional ter interesse em participar da construção de um novo projeto de intervenção que defina planos de assistência e cuidados específicos para cada categoria de idosos classificados segundo a identificação de risco do instrumento de Avaliação Global da Pessoa Idosa na Atenção Básica – Prisma 7. A avaliação será feita em reunião dialogada com equipe, quando serão discutidos os aspectos acima citados, com registro em ata.

## **5. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Com a implementação deste projeto de intervenção espera-se contribuir positivamente na atuação dos profissionais da UAPSF Jardim das Palmeiras 2, Uberlândia – MG, para que a partir da capacitação sobre o uso de instrumento de avaliação de risco de idosos, os resultados obtidos com a assistência prestada beneficiem tanto a esses pacientes e suas famílias, como também à equipe de saúde responsável pelo cuidado. Também é esperado que, a partir da experiência de elaboração e implementação de um projeto de intervenção, a Equipe de Saúde da Família Jardim das Palmeiras 2 crie e execute outros projetos, com objetivos de contribuir para a prática pedagógica e a educação permanente no local de trabalho, melhorar a qualidade de vida da comunidade, organizar os processos de trabalho locais e contribuir para o aprimoramento profissional dos membros da equipe de saúde.

## REFERÊNCIAS

ASSIS, Valnei Gomes et al. Prevalência e fatores associados à capacidade funcional de idosos na Estratégia Saúde da Família em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Rev. Bras. Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbqg/v17n1/1809-9823-rbqg-17-01-00153.pdf>. Acesso em 10 nov. 2014.

ALVES, V. S. Um Modelo de Educação em Saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface Comun Saúde Educ.** v. 9. n. 16, 2005.

BEAUVOIR. S. **A Velhice**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.

BEE, H. **O Ciclo Vital**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

BIASUS, F. et al. Representações sociais do envelhecimento e da sexualidade para pessoas com mais de 50 anos. **Temas em Psicologia**, Florianópolis, v. 19, n.1, 2011. Disponível em: < [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1413-389X2011000100025&script=sci\\_arttext](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1413-389X2011000100025&script=sci_arttext)>. Acesso em: 10 nov. 2014.

BIELASZKA-DUVERNAY, C. The Grace model: in home assessments lead to better care for dual eligibles. **Health Aff (Millwood)**, v. 30, n. 3, 2011.

BORTOLANZA, M. L. et al. Um Olhar Psicopedagógico Sobre a Velhice. **Revista de Psicopedagogia**. v. 22, n. 68. 2005.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia Prático do Programa Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 128 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica: Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

CALDAS, Célia Pereira et al. Rastreamento do risco de perda funcional: uma estratégia fundamental para a organização da Rede de Atenção ao Idoso. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 12, dez. 2013. Disponível em: < <http://www.scielo.org/pdf/csc/v18n12/a06v18n12.pdf> >. Acesso em: 12 nov. 2014.

CHIESA, A. M.; FRANCOLLI, E. A.; SOUSA, M. F. De Enfermagem, Academia e Saúde da Família. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, Brasília, DF, n. 4, p. 52-59, 2002.

GÓIS, A. L. B.; VERAS, R. P. Informações Sobre a Morbidade Hospitalar em Idosos nas Internações do Sistema Único de Saúde do Brasil. **Cien Saud Colet.** v. 15, n. 6, 2010.

GUERRA, R. O. et al. Funcionalidade e envelhecimento. In: PERRACINI, M. R.; FLÓ, C. M. **Funcionalidade e Envelhecimento**. Rio de Janeiro: Guanabara, 2009.

KALACHE, A. O Mundo Envelhece: é imperativo criar um pacto de solidariedade social. **Ciênc Saúde Coletiva.** v. 13, n. 4, 2008.

LINHARES, F. M. P.; PONTES, C. M.; OSÓRIO, M. M. Construtos Teóricos de Paulo Freire Nortendo as Estratégias de Promoção à Amamentação. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.** v. 14, n. 4: 433-439. out. / dez., 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v14n4/1519-3829-rbsmi-14-04-0433.pdf>>. Acesso em: 02 jun. 2015.

LOURENÇO, R.A. et al. Assistência ambulatorial geriátrica: hierarquização da demanda. **Rev. Saúde Pública**, v. 39, n. 2, 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102005000200025](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000200025)>. Acesso em: 10 nov. 2014.

MALTA, D. C. MERHY, E. E. O Percurso da Linha do Cuidado sob a Perspectiva das Doenças Crônicas Não Transmissíveis. **Interface.** v. 14, n.34, 2010.

MCCUSKER, J. et al. Rapid Emergency Department Intervention for Older People Reduces Risk of Functional Decline: results of a multicenter randomized trial. **J Am Geriatr.** v. 49, n. 10. 2001.

MILLÁN-CALENTI, J. C. et al. Prevalence of Functional Disability in Activities of Daily Living (ADL), Instrumental Activities of Daily Living (IADL) and Associated Factors, as Predictors of Morbidity and Mortality. **Arch of Gerontol Geriatr.** v. 50, n. 3, 2010.

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

PAVARINI, S.C. et al. The Art of Caring for the Elderly: gerontology as a profession? **Texto e Contexto Enferm.** v.14, n. 3, 2005.

PEL-LITTEL, R. E. et al. Frailty: defining and measuring of a concept. **J.Nutr. Health Aging.** v. 13, n. 4, 2009.

PORTAL BRASIL. Ciência e Tecnologia. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/ciencia-e-tecnologia/2011/04/populacao-idosa-no-brasil-cresce-e-diminui-numero-de-jovens-revela-censo>. Acesso em 25 mai. 2015.

STROSCHEIN, K. A.; ZOCHE, D. A. A. Educação Permanente nos Serviços de Saúde: um estudo sobre as experiências realizadas no Brasil. **Trab. Educ. Saúde**, v. 9, n. 3, p. 505 – 519, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tes/v9n3/v9n3a09.pdf>>. Acesso em 22 mai. 2015.

STUCK, A. E. et al. The PRO-AGE Study: an international randomised controlled study of health risk appraisal for older persons based in general practice. **BMC Med Res Methodol.** v. 7, n. 2, 2007.

SUDRÉ, Mayara Rocha Siqueira et al. Prevalência de dependência em idosos e fatores de risco associados. **Acta Paul Enfermagem**, v. 25, n. 6, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n6/v25n6a19.pdf>>. Acesso em 01 dez. 2014.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS (UFMG). Curso de Especialização em Formação Pedagógica para Profissionais de Saúde (CEFPEPS). **Módulo 8: Imergindo na prática pedagógica crítica.** Belo Horizonte, 2014.

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS (UNASUS) – UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO (UERJ). Curso de Especialização em Saúde da Pessoa Idosa. **Módulo 1, Unidade 2:** Introdução a saúde do idoso. Rio de Janeiro, 2013a.

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS (UNASUS) – UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO (UERJ). Curso de Especialização em Saúde da Pessoa Idosa. **Módulo 4, Unidade 1:** Avaliação global da pessoa idosa na atenção básica. Rio de Janeiro, 2013b.

WAGNER, J. T. et al. Predicting the Risk of Hospital Admission in Older Persons – validation of a brief self-administered questionnaire in three european countries. **J Am Geriatr Soc**, v. 54, n. 8, 2006.

WALTON, J. et al. Research Agenda for Frailty in Older Adults: toward a better understanding of physiology and ethiology – summary from the American Geriatrics Society/National Institute on Aging Research Conference on Frailty in Older Adults. **Health Aff (Millwood)**. v. 54, n. 6, 2006.

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