

## 1. Introdução

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2009), a expansão do Programa Saúde da Família (PSF) consolidou-se como estratégia prioritária para a reorganização da Atenção Básica no Brasil, que tem como um dos seus fundamentos possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade, reafirmando os princípios básicos do SUS: universalização, equidade, descentralização, integralidade e participação da comunidade – mediante o cadastramento e a vinculação dos usuários.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2009), o PSF é definido como uma Estratégia em vez de programa, visto que o termo programa aponta para uma atividade com início, desenvolvimento e finalização. O PSF é uma estratégia de reorganização da atenção primária e não prevê um tempo para finalizar esta reorganização.

No Brasil, a origem do PSF remonta criação do PACS em 1991, como parte do processo de reforma do setor da saúde, desde a Constituição, com intenção de aumentar a acessibilidade ao sistema de saúde e incrementar as ações de prevenção e promoção da saúde. Em 1994 o Ministério da Saúde, lançou o PSF como política nacional de atenção básica, com caráter organizativo e substitutivo, fazendo frente ao modelo tradicional de assistência primária baseada em profissionais médicos especialistas focais. Atualmente, reconhece-se que não é mais um programa e sim uma Estratégia para uma Atenção Primária à Saúde qualificada e resolutiva. (BRASIL, 2009 p.102)

O desenvolvimento da Atenção Básica à Saúde no Brasil e da Estratégia de Saúde da Família é essencial para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) e exige um repensar dos processos e conteúdos utilizados na formação e capacitação de seus profissionais. Entende-se como fundamental para a atividade profissional a permanente construção do conhecimento. Nesse contexto, a UFMG propôs a modalidade educação à distância com o Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família – CEABSF.

O CEABSF é um projeto do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (Nescon) da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais que conta com apoio do Ministério da Saúde, Ministério da Educação e do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social. As atividades do curso foram descentralizadas, tendo como referência os Pólos Municipais de Apoio Presencial à Educação Superior; localizados nas cidades de Araçuaí, Belo Horizonte, Conselheiro Lafaiete, Campos Gerais, Corinto, Formiga, Governador Valadares,

Teófilo Otoni e Uberaba. O profissional pode residir e trabalhar em qualquer município mineiro, visto que na inscrição, o candidato faz a opção para um Pólo, onde são realizadas as atividades presenciais: seminários, encontros, tutoria presencial e avaliações.

O Curso é desenvolvido por meio de uma matriz curricular multimidiática que permite a inclusão de diferentes fontes de informação, inclusive provenientes do próprio campo da ação profissional e oferece acesso gratuito ao material gráfico, caderno de estudos com conteúdos de cada módulo a cursar, CD-ROOM com textos e documentos complementares, vídeos, fotografias, *site* e fontes; e acesso, sob senha, ao ambiente do curso na *internet* – plataforma que possibilita interação entre colegas, tutores e especialistas via fóruns, vídeo ou teleconferências e *chat* — e a postagem de atividades, arquivamento de trabalhos (*portfólio on-line*) e acesso à biblioteca virtual (textos, vídeos, referências, etc).

Em 2006, fiquei sabendo pela Secretaria Municipal da Saúde do processo seletivo do Curso de Especialização em Saúde da Família no Pólo de Teófilo Otoni. Interessada pelo curso fiz inscrição e fui aprovada. Anteriormente já tinha cursado outra Especialização em Saúde Pública com ênfase em Programa Saúde da Família pela Universidade São Camilo; vislumbrei a oportunidade de cursar uma outra especialização e assim aprimorar meus conhecimentos.

Ao longo dos últimos cinco anos, desde minha formação acadêmica, em 2004, atuei na Atenção Básica à Saúde, que enfatizava a Saúde Pública. No momento, encontro-me inserida na Estratégia Saúde da Família (ESF) do Município de Teófilo Otoni – MG, desde agosto de 2005.

O município de Teófilo Otoni, contando com o apoio dos profissionais inseridos no ESF, iniciou um processo de reorganização da atenção à saúde, na tentativa de vencer os desafios decorrentes da transição epidemiológica, das desigualdades sociais e das dificuldades encontradas pelo Estado para garantir serviços de qualidade à população. Tratou da implantação de um conjunto de ações, no âmbito da saúde individual e coletiva, que abrange a promoção e a proteção, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a manutenção da saúde e a melhoria do acesso da população aos serviços de saúde.

O ensino de pós-graduação em Atenção Básica em Saúde da Família ao longo do seu processo, ofertou módulos de estudo que foram importantes para o conhecimento da realidade da saúde-doença da área adscrita, pois conhece-se características da população, bem como desenvolvem-se programas e projetos viáveis frente aos diagnósticos levantados. E isso reflete a melhoria da qualidade do meu trabalho como enfermeira de uma equipe de Saúde da família

pelas ações de vigilância a saúde que realizamos também pelas ações de promoção e prevenção à saúde. Durante o Curso de Especialização, os módulos abordados ajudaram muito na definição do tema que escolhi para o Trabalho de Conclusão de Curso, principalmente aquele, cuja proposta era realizar um Diagnóstico Situacional. Com as atividades propostas no referido módulo, foi possível conhecer as características da nossa área de abrangência, o que nos permitiu direcionar as ações de forma mais eficaz, a partir da análise do perfil da população, como vive, do que normalmente adoece e morre. Sendo assim, tem-se uma visão mais ampla do cenário em que a unidade está inserida.

Este estudo se originou a partir do diagnóstico de que a população idosa frágil necessitava de um cuidado diferenciado na atenção básica; que se desenvolveria a partir de um trabalho inovador e diferenciado do ponto de vista do profissional enfermeiro, que tem como uma de suas principais funções a de educação para a saúde a nível individual e coletivo.

Segundo Waltson *et al.* (2002), a fragilidade é um termo utilizado por profissionais da gerontologia e geriatria para indicar a condição de pessoas idosas que apresentam alto risco para quedas, hospitalização, incapacidade, institucionalização e morte.

Assim que foi proposto um trabalho de conclusão de curso, tive a oportunidade de retratar a Saúde do Idoso que é atendido pela ESF. Tendo em vista a permanência de modelos tradicionais de assistência que não atendem a esta clientela em sua especificidade, torna-se urgente uma mudança de paradigma na atenção à saúde desse segmento populacional. As ações educativas se configuram como parte importante das ações de promoção da saúde do idoso e do envelhecimento saudável.

## 2. Justificativa

O progressivo crescimento da população idosa no Brasil tem causado, principalmente no âmbito sócio-econômico, preocupação aos sistemas de saúde, os quais ainda não estão preparados para atender às diversificadas demandas desse segmento etário. Cuidar do idoso como uma pessoa integral e não apenas como um organismo biológico, protegendo-o e integrando-o dentro do contexto psicossocial, deve ser o maior objetivo dos profissionais da saúde, que devem estar tão preparados para lidar com especificidades do processo de envelhecimento quanto para tratar os distúrbios. Há profunda inter-relação entre a qualidade de vida percebida e a saúde física e mental, o que evidencia a importância da análise da situação de fragilidade do idoso e a relação com seus familiares, conduzindo à prevenção de doenças e a uma maneira ideal de se relacionar com e auxiliar esse idoso frágil.

O envelhecimento demográfico ou populacional é uma das conseqüências da transição demográfica e o processo de envelhecimento do estado de Minas Gerais acompanha esta tendência. A proporção de pessoas idosas vem aumentando significativamente em diversos municípios do Estado, incluindo Teófilo Otoni, do qual faz parte o programa de Estratégia da Família de Matinha. Na área de abrangência dessa equipe, a população de idosa atinge um percentual de 9,77% sobre a população geral de 4.153 habitantes e vem sendo observada uma trajetória ascendente e acelerada do envelhecimento populacional. Com esse aumento, a equipe vem acompanhando e criando estratégias para participar ativamente do cuidado com os idosos em situação de risco e visando uma melhor reorganização do atendimento no cuidado a essa parcela da população, uma vez que a demanda ao serviço de saúde exigida por esse contingente de pessoas é grande.

O envelhecimento saudável, com qualidade de vida e saúde, é um desafio, principalmente quando se refere ao idoso que se encontra em situação de risco ou em extrema fragilidade.

Diante dessas circunstâncias, o presente trabalho justifica-se pelo aumento da população idosa, incluindo a de idosos frágeis no município de Teófilo Otoni; pela caracterização insuficiente do perfil do idoso neste município, e pela falta de estratégias de promoção da saúde do idoso frágil na rede pública municipal. Por esse motivo, aborda a população idosa em situação

de fragilidade vinculada à atenção básica, levando em conta a percepção que esses indivíduos têm da sua própria saúde e de sua qualidade de vida, além das necessidades relacionadas com a promoção da saúde.

### 3. Revisão Bibliográfica

#### 3.1 Envelhecimento e Capacidade Funcional

Busse & Blazer (1999) conceituam o termo envelhecer como as alterações físicas que se desenvolvem na idade adulta, resultando em um declínio na eficiência do funcionamento. O sentimento de controle e a ausência de seqüelas ou incapacidades associadas pode ser o que contribui para os idosos expressarem satisfação em relação à vida. Porém, quando eles deparam com a falta de autonomia e a necessidade de assistência, ou dependência nas atividades da vida diária, a qualidade de vida parece estar em risco.

Conforme Ramos (2003), a capacidade funcional vem sendo vista como um novo paradigma de saúde para o idoso. A presença de uma doença falta de autonomia, fatores culturais, socioeconômicos e estilo de vida podem comprometer a capacidade funcional de um indivíduo, afetando o bem-estar e o processo de envelhecimento saudável.

Em pesquisa desenvolvida por Silva (2003), em que se verificaram as vantagens e desvantagens da velhice, houve uma grande ênfase nos fatores relacionados à saúde, principalmente aqueles associados a limitações e prejuízos no dia-a-dia.

Para Ribeiro (2002), a possibilidade de executar as atividades cotidianas sem necessitar de interferência ou influência de outras pessoas está relacionada com a percepção de qualidade de vida.

Conforme Guedes (2004), um estudo desenvolvido no Brasil estimou que 10% dos idosos necessitam de assistência nas atividades de vida diária, enquanto 40% precisam de ajuda nas atividades instrumentais de vida diária.

No entanto, esses números tendem a apresentar significativa elevação em estudos desenvolvidos com idosos residentes em instituições asilares. Sob essa premissa, Lucena (2002) afirma

Foram investigados 109 idosos neste caso e constataram que 40,36% deles necessitavam de assistência ou eram dependentes nas atividades de vida diárias. Na análise individual de cada atividade, o mais elevado índice de idosos dependentes situou-se na atividade de banho, totalizando 67,89%. Pesquisa similar desenvolvida com 39 idosos institucionalizados constatou, através do índice de Katz, que 51,35% dos idosos foram

considerados independentes e 48,65%, dependentes ou necessitados de assistência nas atividades de vida diária (LUCENA, 2002, p. 164).

Para Pereira (2004), a situação de dificuldade funcional e a necessidade de assistência nas atividades de vida diária e nas atividades instrumentais de vida diária podem representar um fator estressante no processo de envelhecimento. O aparecimento progressivo de doenças e dificuldades funcionais são fatores determinantes da incidência do *estresse* na terceira idade.

Na concepção de Lazarus & Folkman (1984), o *estresse* é resultado da relação entre a pessoa e o ambiente. Os autores introduzem o termo *coping* referindo-se ao conjunto de esforços, cognitivos e comportamentais, utilizado pelos indivíduos com o objetivo de lidar com demandas específicas, protegendo-os de aspectos considerados ameaçadores ao seu bem-estar. *Coping* é um processo dinâmico, que pode estar em constante mudança, de acordo com as reavaliações feitas sobre o evento, e pode ter como consequência resultados melhores ou piores do que a situação inicial.

As estratégias de *coping* são classificadas em dois tipos: focalizada na emoção e focalizada no problema. O primeiro tem como objetivo alterar o estado emocional do indivíduo, buscando reduzir a sensação física desagradável do estado de *estresse*. Já o *coping* focalizado no problema procura alterar a dificuldade existente na relação entre as pessoas e o ambiente, podendo direcionar sua ação interna ou externamente. (FOLKMAN, 1984, p. 205).

Uma importante variável no estudo de *coping*, segundo Vivan (1996), é a depressão, pois, além de interferir na interpretação de uma situação, algumas características depressivas afetam a seleção de estratégias de *coping* e a percepção real de sua eficácia. Um estudo longitudinal desenvolvido por Kraaij *et al.* (2002), envolvendo *coping* e depressão, acompanhou 99 idosos por um período de dois anos e meio. Os resultados apontam as principais estratégias de enfrentamento utilizadas pela amostra. Os idosos que apresentaram mais sintomas depressivos utilizaram em maior quantidade as estratégias de aceitação, ruminação e catastrofização; enquanto os sujeitos com menos sintomas depressivos manifestaram mais a reavaliação positiva. Na avaliação longitudinal, na medida em que os sintomas depressivos eram controlados, as estratégias observadas eram as de aceitação e reavaliação positiva.

Conforme Duarte (2003), grande número de pessoas com 60 anos ou mais é portador de múltiplas doenças coexistentes ou co-morbidades, em sua maioria de natureza crônica, não-transmissível, associadas ou não a limitações de desempenho. Assim, é importante entender o

nível de impedimento que tais doenças causam para o desempenho das atividades cotidianas dos idosos e, ao mesmo tempo, conhecer quais as necessidades assistenciais que elas exigem, para que se possa traçar um planejamento assistencial mais adequado.

Para Ramos *et al.* (1993), a grande maioria dos idosos é portadora de pelo menos uma doença crônica e, mesmo assim, muitos levam uma vida normal, com suas enfermidades controladas. Numa velhice saudável, o essencial é a manutenção da autonomia, ou seja, a capacidade de o idoso determinar e executar suas próprias funções.

No entanto, o descontrole das doenças crônicas implica no aparecimento de seqüelas decorrentes e incapacidades associadas.

Ramos (2003) diz ainda que, desse modo, compromete-se decisivamente a autonomia e a capacidade funcional do idoso. Assim, quanto maior for o período de descontrole dessas doenças, maiores as chances de comprometimento da capacidade funcional de pessoas dessa faixa etária.

Para Fillenbaum *et al.* (2000), a capacidade funcional é, portanto, um novo paradigma de saúde, e de profundo significado para o idoso. O envelhecimento saudável dentro desta nova ótica é resultante da interação multidimensional entre saúde física, saúde mental, independência econômica e na vida diária, bem como integração social e suporte familiar.

O bem-estar na velhice resulta do equilíbrio entre os vários graus de capacidade funcional do idoso, sem significar ausência de problemas nestes graus.



### 3.2. A Velhice no Brasil

A população brasileira de idosos vem aumentando nos últimos anos como consequência de queda da natalidade e aumento da sobrevivência, segundo dados do IBGE (2004).

No ano de 2000, 30% da população estava situada na faixa etária de 0 a 14 anos, enquanto os maiores de 65 anos representavam 5% dos brasileiros. De acordo com Melo & Brito (2004), a estimativa é de que, em 2050, esses dois grupos se igualem, representando, cada um, 18% da população.

Projeções da Organização Mundial de Saúde para 2025, incluem o Brasil entre os dez países do mundo com maior contingente de pessoas idosas (com 60 anos ou mais). No país, a proporção de idosos passou de 6,3% em 1980 para 7,6% em 1996, com estimativa de 14% para 2025 (RODRIGUES, 2008).

O processo de envelhecimento provoca mudanças, tanto demográfica como epidemiológica, que resultam em expressivo crescimento da demanda de serviços de saúde. Em face disso, muitos pesquisadores têm se interessado pelo envelhecimento humano, estimulando uma multiplicidade de estudos e avaliações sobre a velhice.

Teixeira (2004) argumenta que a transição demográfica decorrente do processo de envelhecimento populacional vem acompanhada por mudanças epidemiológicas que ocorreram primeiramente nos países desenvolvidos, e de maneira gradual. No Brasil, essa transição não ocorreu de forma semelhante a dos países industrializados, tampouco dos vizinhos latino-americanos, como Chile, Cuba e Costa Rica. A população brasileira envelheceu rapidamente a partir da década de 60 do século XX, e teve como características a queda das taxas de fecundidade e mortalidade, o aumento da expectativa de vida ao nascer e, principalmente, as mudanças no padrão nosológico. Esta transição passou da predominância de doenças transmissíveis a uma predominância das doenças crônicas não-transmissíveis. (CHAIMOWICZ, 2008).

Conforme Schramm *et al.*, (2004), o perfil de saúde da população brasileira no contexto da transição epidemiológica foi retratado e os autores mostraram que as doenças crônicas não-transmissíveis foram responsáveis por 66,3% da carga de doença no país, enquanto as infecciosas somaram 23,5% e as causas externas, 10,2%.

Para Rodrigues (1997) sabe-se que os agravos das doenças crônicas não-transmissíveis que atingem os idosos implicam tratamento de duração mais longa e recuperação mais lenta e complicada, exigindo às vezes intervenções de alto risco.

A literatura brasileira mostra que o aumento das doenças crônicas não-transmissíveis está intimamente relacionado com o aumento da demanda de idosos no Brasil. Se é verdade que existe maior vulnerabilidade dessa faixa populacional para adoecer, é a interação do homem com seu meio ambiente e a própria organização social que irão determinar "o estado de envelhecimento de cada um" (RODRIGUES, 1997, p. 25).

Esse quadro indica a necessidade da reorganização da atenção à saúde do idoso no país, com o intuito de prevenir as seqüelas limitantes de um desempenho funcional ótimo e, portanto, geradoras de diferenciadas demandas assistenciais.

### 3.3. Idoso Frágil

Segundo Fried (2001), o termo *fragilidade* tem sido usado, com frequência, entre os profissionais da gerontologia e da geriatria para descrever uma síndrome clínica caracterizada por maior susceptibilidade às doenças, às quedas e ao declínio funcional no envelhecimento. Não há, no entanto, concordância sobre o significado científico dessa entidade.

Para Teixeira (2006), a prevalência da fragilidade em uma população de idosos depende dos critérios utilizados nas avaliações. O problema é que não há concordância sobre quais seriam esses parâmetros. Uma meta do conhecimento científico é o distanciamento máximo de ambigüidades referentes aos conceitos. Nesse processo, exige-se o estabelecimento de critérios para as definições de fragilidade em idosos.

Para Fried (1998), a diversidade de definições de fragilidade encontrada na literatura demonstra uma incoerência conceitual que tende a ser um fator de complicação nas estratégias de prevenção e de promoção da saúde dos idosos.

Conforme Espinoza & Walston (2005), o conceito de fragilidade não é novo; porém, é recente a sistematização das informações que possibilitam a indicação de que um idoso está frágil, e conseqüentemente, vulnerável aos efeitos adversos de estresses de menor impacto.

Para Teixeira (2006), as tentativas de definição consensual têm gerado um aumento da produção de conhecimento sobre fragilidade em idosos, particularmente nos Estados Unidos da América, no Canadá, na Holanda, Itália e Suíça. No Brasil, no entanto, em busca nos bancos de dados *Ageline*, *Lilacs*, *Medline*, *Psychinfo* e *Scielo*, realizada para o período de janeiro de 1980 a dezembro de 2007, não foram encontrados artigos científicos que abordem a problemática decorrente das múltiplas definições de fragilidade em idosos. Essa inexistência de publicações sobre o tema no Brasil caracteriza uma lacuna no conhecimento sobre a saúde dos idosos.

Conforme Eliopoulos (2005), o crescimento da população idosa no Brasil e em todo o mundo nos últimos anos, tem levado ao aumento das DCNT's (Doenças Crônicas Não-Transmissíveis), causadoras de dependência e perda da capacidade funcional. Esse estudo desenvolve-se a partir da importância que representa o processo de envelhecimento e a saúde do idoso fragilizado no ambiente domiciliar, no contexto da Estratégia de Saúde da Família.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), embora pouco difundida entre os profissionais e ainda sem uma prática de atenção que contemple as suas necessidades, a

fragilidade aparece por meio da Portaria nº. 2.528/2008 (que aprova a atual Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa). Essa Portaria, entre outras proposições, define o idoso frágil ou em situação de fragilidade como aquele idoso que vive em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI), esteja acamado, que tenha estado recentemente hospitalizado, que apresente doenças causadoras de incapacidade funcional, que se encontre pelo menos com uma incapacidade funcional básica, ou que viva situações de violência doméstica.

Conforme Herzlich (1991), quando o idoso elabora representações acerca da fragilidade, ele poderá compreender esse processo, o que pode contribuir para o seu próprio enfrentamento diante dessa situação vivida no domicílio junto aos familiares.

Apesar das políticas brasileiras enfatizarem a importância do atendimento à pessoa idosa no âmbito do domicílio, os serviços de atenção básica ainda não oferecem uma assistência voltada para as questões do idoso frágil. Por outro lado, considera-se igualmente importante que haja compreensão acerca da fragilidade por parte do próprio idoso que vivencia esse processo e que pode ter suas representações sobre a fragilidade e o ser frágil. (HERZLICH, 1991, p.305).

Segundo Hooi & Bergman (2005), o termo “idoso frágil” foi utilizado oficialmente por membros do *Federal Council on Aging* (FCA) dos Estados Unidos da América (EUA), na década de 1970.

O propósito era descrever o idoso que vivia em condições sócio-econômicas desfavoráveis e apresentava fraqueza física e déficit cognitivo. Em 1978, o FCA estabeleceu dois critérios para a implementação de cuidados aos idosos frágeis: ter idade igual ou superior a 75 anos e necessitar de assistência para a realização de atividades do cotidiano (HOOI & BERGMAN, 2005, p.127).

Segundo Puts *et al.*, (2005), duas das primeiras definições que utilizaram critérios para identificar os idosos frágeis foram escritas em 1991. A primeira, de Winograd *et al.*, (1991), propôs que para ser considerado frágil, o idoso deveria preencher um dentre vários critérios, incluindo doença crônica incapacitante, estado de confusão mental, depressão, quedas, incontinência urinária, desnutrição, úlcera de pressão e problemas sócio-econômicos.

Speechley & Tinetti (1991) indicaram que a fragilidade é observada quando estão presentes no mínimo quatro das seguintes características: idade igual ou superior a 80 anos, depressão, instabilidade no equilíbrio e na marcha, uso de sedativos, redução da força muscular dos ombros e do joelhos, instabilidade nos membros inferiores e déficit da função visual.

Raphael *et al.* (1997), explicam que fragilidade é uma entidade multidimensional. O início e o curso da síndrome são afetados por fatores pessoais de natureza cognitiva, psicológica,

física e espiritual e, ainda, por fatores ambientais, de ordem financeira, interpessoal, legal e institucional.

Strawbridge *et al.* (1998), afirmam que a condição de fragilidade pode resultar da interação entre recursos e perdas de capacidades, que tornam o idoso mais vulnerável aos desafios ambientais. Por essa razão, os critérios utilizados nas definições devem ser múltiplos e incluir dependência funcional, déficit cognitivo, rede de suporte social e dificuldades impostas pelo ambiente.

Com ênfase na perspectiva biológica, Fried *et al.* (2001) propuseram a existência de um fenótipo da fragilidade, com cinco componentes mensuráveis:

1) perda de peso não intencional  $\geq 4,5$  kg ou  $\geq 5\%$  do peso corporal no último ano; 2) exaustão, indicada por auto-relato de fadiga, avaliada por duas questões da Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D); 3) diminuição da força de preensão, medida com dinamômetro na mão dominante e ajustada para gênero e índice de massa corporal (IMC); 4) baixo nível de realização de atividade física, medido pelo dispêndio semanal de energia em kcal (com base no auto-relato das atividades e exercícios físicos praticados) e ajustado segundo o gênero; 5) lentidão, medida pela velocidade da marcha indicada em segundos (distância de 4,6 m) e ajustada para gênero e altura. (FRIED *et al.*, 2001, p. 85).

Morley, Perry & Miller (2002), consideram que a fisiopatologia da fragilidade pode ser agravada por fatores sociais, tais como: renda insuficiente, baixo nível de escolaridade e ausência de apoio social. Já Hogan, Macknight & Bergman (2003) observam que os critérios utilizados nas definições de fragilidade são diversos, variando conforme os objetivos dos estudos para os quais foram propostos. Em trabalho de revisão de literatura, esses autores identificaram 30 critérios, incluindo déficit cognitivo, incontinência urinária, dependência nas atividades básicas e instrumentais de vida diária (AVDs e AIVDs), desnutrição, osteopenia, declínio da capacidade funcional, anemia, idade avançada, institucionalização, pneumonia e auto-relato de saúde precária.

Markle-Reid & Browne (2003), reforçam que o fator social pobreza influencia a saúde dos idosos. Rockwood (2005a, 2005b) salienta a característica multidimensional da entidade, observando que a interrelação dos fatores biomédicos e psicossociais podem determinar a incidência ou não de fragilidade.

O estabelecimento de critérios de fragilidade pode auxiliar no diagnóstico da condição dos fatores predisponentes, permitindo a abordagem adequada desta condição clínica. Os

pacientes em risco ou com formas leves de fragilidade pode-se beneficiar da adoção de medidas preventivas. Para os indivíduos que estão em estágios avançados de fragilidade, o objetivo consiste em adiar ou em última instância, amenizar as conseqüências adversas, resultando em melhores prognósticos para a preservação da capacidade funcional dos idosos.

Segundo Oliveira (2002), a partir dos diagnósticos estabelecidos, pode ser feito um planejamento das metas e intervenções de enfermagem, na tentativa de oferecer uma contribuição ao processo adaptativo do cliente; permitiria-se, com isso, a substituição de respostas ineficazes por respostas adaptativas, visando assim, a uma melhor qualidade de vida e, conseqüentemente, a uma maior longevidade. Em consideração às intervenções de enfermagem podemos relatar que essas foram importantes no alcance das metas, já que permitiu, de maneira geral, a promoção de comportamentos adaptativos, tendo, como conseqüência, a superação de algumas repostas ineficazes.

## **4. Objetivos**

### **4.1 Objetivo Geral**

Elaborar proposta de intervenção voltada para o cuidado da população idosa frágil ou em situação de fragilidade residente na área de abrangência da ESF da Matinha, no município de Teófilo Otoni.

### **4.2 Objetivos Específicos**

- Identificar a população idosa cadastrada pela equipe de saúde da família da Matinha.
- Identificar riscos de fragilidade da população idosa atendida pela ESF da Matinha.
- Caracterizar a população idosa frágil da ESF da Matinha.
- Aplicar método do planejamento estratégico para processar os problemas identificados no diagnóstico situacional.
- Elaborar plano de ação contemplando intervenções voltadas para a melhoria da qualidade de vida da população idosa frágil.
- Identificar ações de cuidado que possam ser implementadas, visando à qualificação do cuidado à população idosa frágil ou em situação de fragilidade situada na área de abrangência da ESF da Matinha.

## 5. Campo de Intervenção

O Município de Teófilo Otoni localiza-se no nordeste de Minas Gerais, na zona do Mucuri. É considerado o centro macrorregional, ocupando uma área de 3.242,818 Km<sup>2</sup>, altitude 334 m, densidade 39,1 hab./km<sup>2</sup>, clima tropical, abrigando uma população em torno de 129.076 habitantes (zona urbana: 102.500 e zona rural: 26.576 habitantes) (IBGE, 2009).

Atualmente, as atividades econômicas de Teófilo Otoni são o cultivo de arroz, feijão, café e milho, a pecuária, o comércio, as indústrias de produtos alimentícios, manufatureiros, fabris de transformação e beneficiamento de produtos agrícolas e da madeira, extração e lapidação de pedras preciosas; contribuindo para a economia, as indústrias de derivados do leite e do comércio varejista (MINAS GERAIS, 2009)

Teófilo Otoni é atualmente uma das 75 microrregiões de saúde no estado de Minas Gerais, sendo esta composta por 16 municípios: Angelândia, Ataléia, Campanário, Franciscópolis, Frei Gaspar, Itambacuri, Ladainha, Malacacheta, Nova Módica, Novo Cruzeiro, Ouro Verde de Minas, Pescador, Poté, São José do Divino, Setubinha e Teófilo Otoni. Sendo esta referência no atendimento de urgência e emergência ambulatorial e hospitalar. É encarregado ainda da prestação de serviços assistenciais de médias e altas complexibilidade, serviço como: cirurgias ambulatoriais, especializadas, patologia hemoterápica, hemodiálise, UTI adulto, UTI neonatal, mamografia, tomografia computadorizada, atendimento em DST/AIDS e atendimento em parto de alto risco.

O município tem buscado adotar um modelo de atenção à saúde, com a finalidade de melhorar a qualidade dos serviços já prestados a toda a população, bem como a implantação de novos serviços, que atendam às necessidades de toda a microrregião, observando os princípios da equidade, integralidade e universalidade (BRASIL,1990) permitindo uma prestação de assistência contínua a essa população.

No município, existe atualmente doze Unidades de Saúde da família, sendo sete instaladas na zona urbana e cinco na zona rural. Essas unidades desempenham um papel de fundamental importância, porque é através dessas equipes de saúde que o município busca reorganizar seu sistema de saúde, garantindo que a população tenha acesso a esses serviços,



buscando a promoção da saúde, assistência básica e a prevenção para as pessoas assistidas, evitando o agravamento de problemas ou evitando seu surgimento.

O Bairro Matinha é uma comunidade de cerca de 5.700 habitantes aproximadamente, localizada na zona norte do município de Teófilo Otoni.

A população da Matinha possui uma renda familiar de aproximadamente, um salário mínimo, com um elevado número de desempregados e aposentado. Não possui Sistema Público Educacional (escolas), conta apenas com uma escola para menores de 6 anos. Cerca de 98% da população é beneficiada pelo sistema de água tratada. Quanto ao sistema de esgoto, cerca de 80% das residências estão ligadas à rede pública, porém, encontramos ainda fossas e esgoto a céu aberto na área de abrangência da ESF. A coleta de lixo abrange 99,0% das residências e a Vigilância Sanitária é atuante nesta área de abrangência segundo a Secretaria Municipal de Saúde.

A ESF da Matinha foi implantada há cerca de oito anos (abril/2001) e situa-se na Rua Cinquenta e Quatro nº 215, no bairro de mesmo nome. Está localizada em uma área cedida pela Associação de Bairro, onde se encontra uma escola infantil e um salão para realização de reuniões, missas e festas. É uma sede conservada, porém, inadequada para o ESF, devido à sua estrutura física. Sua construção é de alvenaria, em boas condições, telha colonial, piso de cerâmica, todas as salas possuem janelas de basculantes e conta com energia elétrica. O destino de fezes e urina é feito pelo sistema de esgoto (rede pública) e o abastecimento de água tratada também é realizado pela rede pública. A estrutura física possui um consultório de enfermagem, um consultório médico, recepção, uma sala de pré-consulta/farmácia, uma sala de reunião/almoxarifado, um banheiro, uma copa. A manutenção e limpeza da unidade são realizadas pela associação comunitária, sempre que necessário. A Unidade, atualmente, não está bem equipada, e não conta com os recursos adequados para o trabalho da equipe. O espaço físico pequeno da unidade dificulta o fluxo dos pacientes e atendimento dos funcionários.

## 6. Método

A pesquisa foi realizada com indivíduos de ambos os sexos, na faixa etária a partir de 60 anos, que são assistidos pela ESF da Matinha, no Município de Teófilo Otoni-MG. A ESF Matinha possui em sua área de abrangência, 406 idosos cadastrados de acordo com dados de setembro de 2009 do Sistema de Informação de Atenção Básica.

A caracterização dessa população de idosos se deu de forma exploratória transversal, sob uma abordagem quantitativa. Os dados foram coletados por inquérito domiciliar para a identificação das pessoas idosas em situação de fragilidade ou em risco de fragilização da população. Foram coletadas informações sócio-demográficas e clínicas dos pacientes, utilizando-se de formulário específico do Ministério da Saúde, Ficha de Cadastro e Identificação de Risco da Pessoa Idosa fornecida pela Secretaria de Estado da Saúde do Governo do Estado de Minas Gerais para identificação dos idosos frágeis (*ANEXO 1*). O questionário foi preenchido durante entrevista individual pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS) de oito micro-áreas, no período de 02 a 30 de abril de 2009. Houve necessidade de ajuda dos familiares para que alguns idosos respondessem ao questionário. Obteve-se um total de 406 dados arquivado na ESF.

Depois de realizado e discutido o diagnóstico situacional da área de abrangência da ESF, foi elaborado um plano de Ação para criar intervenção voltada para a população idosa frágil ou em situação de fragilidade atendida pela estratégia saúde da família.

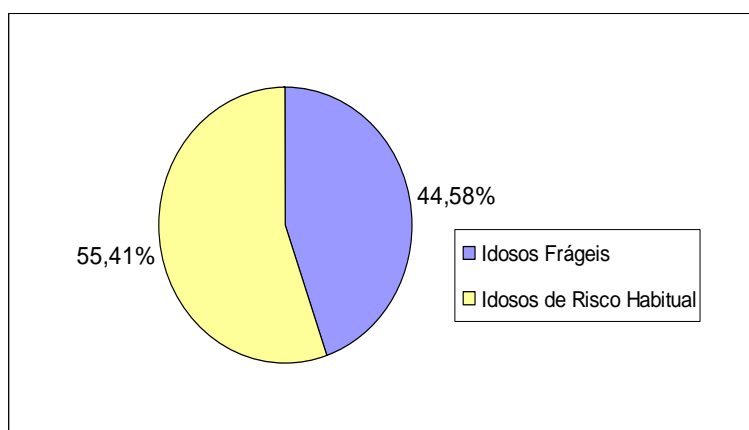
Segundo Cardoso *et al* (2008), os passos no processo de construção do plano de ação são: diagnóstico situacional; definição do problema; priorização do problema; descrição do problema selecionado; explicação do problema; seleção dos nós críticos; desenhos da operação; identificação dos recursos críticos; análise de viabilidade do plano; elaboração do plano operativo; gestão do plano; monitoramento e avaliação das ações de saúde.

## 7. Resultados

### 7.1 Diagnóstico e Caracterização do problema

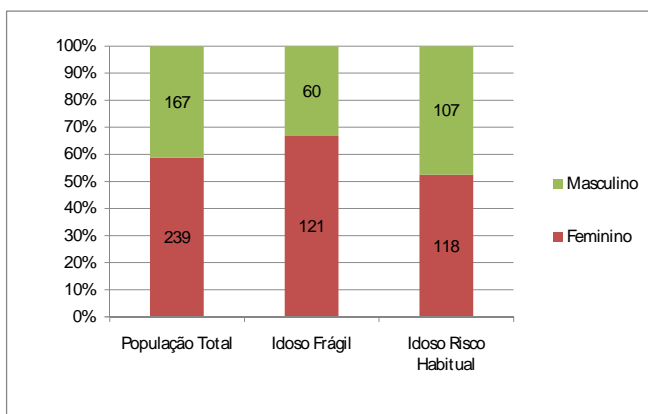
Na área de abrangência desta equipe, a população de idosos atinge um percentual de 9,8% (n=406) sobre a população geral de 4.153 habitantes e vem sendo observada uma trajetória ascendente e acelerada do envelhecimento populacional.

A figura 1 apresenta a classificação quanto à fragilidade dos idosos avaliados pela ESF. A entrevista foi realizada por 406 idosos, sendo que foi identificado 44,58% (n=181) idosos frágeis e 55,41% (n=225) idosos risco habitual.



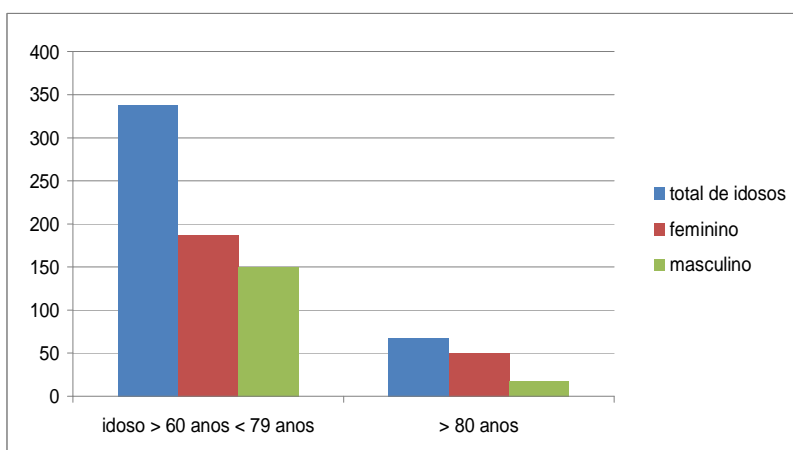
**Figura 1 – Classificação quanto à fragilidade dos idosos**

A figura 2 apresenta classificação por sexo, quanto à fragilidade dos idosos e risco habitual adscrita na ESF da Matinha. Dos 406 idosos, foram identificados 181 idosos frágeis (44,58%) sendo que 66,85% (n=121) eram femininos e 33,15% (n=60) eram masculinos. Foram identificados 225 idosos de risco habitual (55,41%) sendo que 52,44% (n=118) eram femininos e 47,56% (n=107) eram masculinos. Sendo observada uma menor proporção de homens neste grupo.



**Figura 2 – Classificação por sexo**

A figura 3 apresenta classificação dos idosos por faixa etária. Dentre os 338 idosos na faixa entre 60 e 79 anos, 55,63% (n=188) eram femininos e 44,37% (n=150) eram masculinos. Dos 68 idosos maiores que 80 anos foram identificados 73,53% (n=50) do sexo feminino e 26,47% (n=18) eram masculinos.

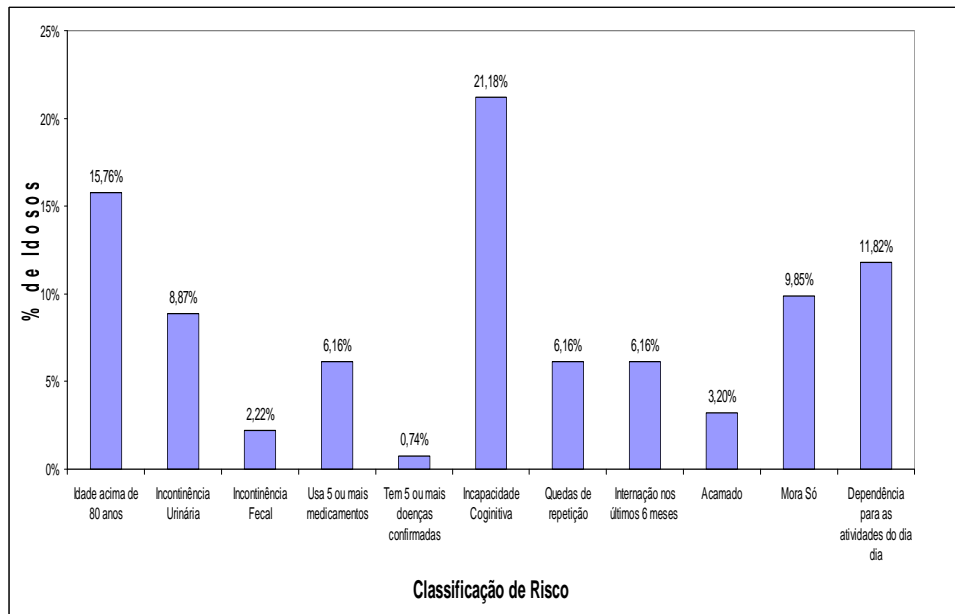


**Figura 3 – Classificação dos idosos por faixa etária**

As figuras 4 e 5 apresentam o consolidado da ficha de cadastro do idoso, estratificado por sexo, após aplicação do questionário pela ESF do município de Teófilo Otoni-MG. Em relação aos fatores relacionados com fragilidade, foram encontradas, na população total de idosos, as seguintes proporções: idade acima de 80 anos (16,75%); incontinência urinária (9,35%); incontinência fecal (2,22%); uso de cinco ou mais medicamentos por dia (6,16%); presença de cinco ou mais doenças confirmadas (0,74%); incapacidade cognitiva (21,19%); quedas de repetição (6,16%); internação nos últimos seis meses (6,16%); restrição ao leito (3,20%); morar sozinho (9,85%); e dependência para as atividades do dia a dia (11,82%) dos idosos. Nenhum idoso encontrava-se institucionalizado.

|  <b>Prefeitura Municipal de Teófilo Otoni</b><br><b>Secretaria Municipal de Saúde</b><br><b>Coordenação de Atenção Básica</b> |                                |  |             |              |
|---|--------------------------------|--|-------------|--------------|
| <b>CONSOLIDADO DA FICHA DE CADASTRO DO IDOSO</b>  |                                |  |             |              |
| <b>MUNICÍPIO</b>  | <b>UNIDADE DE SAÚDE</b>        | <b>MÊS/ANO</b>                           |             |              |
| Teófilo Otoni   | PSF Matinha                    | 09/2009                                  |             |              |
| <b>TOTAL DE IDOSOS CADASTRADOS</b>  | <b>TOTAL DE IDOSOS FRÁGEIS</b> | <b>TOTAL DE IDOSOS DE RISCO HABITUAL</b> |             |              |
| 406   | 181                            | 225                                      |             |              |
| <b>CLASSIFICAÇÃO DE RISCO</b>   |                                | <b>MASC.</b>                             | <b>FEM.</b> | <b>TOTAL</b> |
| IDADE ACIMA DE 80 ANOS  |                                | 18                                       | 50          | 68           |
| INCONTINÊNCIA URINÁRIA  |                                | 10                                       | 28          | 38           |
| INCONTINÊNCIA FECAL   |                                | 01                                       | 08          | 09           |
| USA CINCO OU MAIS MEDICAMENTOS/DIA  |                                | 06                                       | 19          | 25           |
| TEM CINCO OU MAIS DOENÇAS CONFIRMADAS   |                                | 00                                       | 03          | 03           |
| INCAPACIDADE COGNITIVA  |                                | 31                                       | 55          | 86           |
| QUEDAS DE REPETIÇÃO   |                                | 06                                       | 19          | 25           |
| INTERNACÃO NOS ÚLTIMOS SEIS MESES   |                                | 07                                       | 18          | 25           |
| ACAMADO   |                                | 03                                       | 10          | 13           |
| MORA SÓ   |                                | 12                                       | 28          | 40           |
| INSTITUCIONALIZADO  |                                | 0  | 0           | 0            |
| DEPENDÊNCIA PARA AS ATIVIDADES DO DIA A DIA   |                                | 17                                       | 31          | 48           |
| _____<br>RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO  |                                | _____/_____/_____<br>DATA                |             |              |

**Figura 4 – Consolidada da ficha de cadastro do idoso**



**Figura 5 – Fatores relacionados quanto a fragilidades.**

## 8. Plano de Ação

O desafio representado pela implantação do SUS exige cada vez mais a utilização de ferramentas e tecnologias que facilitem a identificação dos principais problemas de saúde de nossas comunidades e a definição de intervenções eficientes e eficazes. Uma dessas ferramentas é sem dúvida o Planejamento.

A estratégia do Programa Saúde da Família prioriza as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua. O atendimento é prestado na unidade básica de saúde ou no domicílio, pelos profissionais (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde) que compõem as equipes de Saúde da Família. Assim, esses profissionais e a população acompanhada criam vínculos de co-responsabilidade, o que facilita a identificação e o atendimento aos problemas de saúde da comunidade.

O Diagnóstico Situacional nos faz conhecer as características da área de abrangência e permite à Estratégia de Saúde da Família direcionar de forma mais eficaz as suas ações, pois é somente conhecendo o perfil da população, como ela vive, do que adoce e morre é que se tem uma visão mais ampla do cenário em que a unidade insere. Serve tanto para a definição das ações a serem implementadas, a fim de enfrentar os problemas identificados, quanto para avaliar a eficiência e a eficácia dessas ações.

Posteriormente à realização do diagnóstico situacional da ESF da Matinha, foram identificados os principais problemas de saúde desta área adscrita e informações foram produzidas a fim de permitir conhecer as causas e as consequências do problema.

A próxima etapa envolveu a elaboração de intervenções que a equipe deveria fazer para enfrentar estes problemas.

O problema priorizado pela equipe foi o alto índice de idosos frágeis e sua descrição, nos quais é representada na figura 6.

**Figura 6 – Caracterização e explicação do problema**

**Problema priorizado**



**ALTO ÍNDICE DE IDOSO FRÁGIL**



Síndrome biológica de diminuição da capacidade de reserva homeostática do organismo e da resistência aos estressores, que resultam em declínios cumulativos em múltiplos sistemas fisiológicos, causando vulnerabilidade e desfechos clínicos adversos.



- Aquele que sofre declínio funcional em consequência da combinação de efeitos da doença e idade
- É extremamente vulnerável a uma piora na capacidade funcional
- Apresenta várias demandas em relação à saúde



**São considerados situações de risco – idosos frágeis (PIMENTA *et al.* (2006)).**

- Idosos com  $\geq 80$  anos ou
- Idosos com  $\geq 60$  anos apresentando:
  - Polipatologias ( $\geq 5$  diagnósticos)
  - Polifarmácia ( $\geq 5$  drogas/dia)
  - Imobilidade parcial ou total
  - Incontinência urinária ou fecal
  - Instabilidade postural (quedas de repetição)
  - Incapacidade cognitiva (declínio cognitivo, síndrome demencial, depressão, delirium)
  - Idosos com história de internações frequentes e/ou pós alta hospitalar
  - Idosos dependentes nas atividades básicas de vida diária básica (ABVDs)
  - Insuficiência familiar: Idosos em situação de vulnerabilidade social, tanto nas famílias, como institucionalizados (ILPI).



**Consequências**

Alterações  
- Fisiológicas  
- Anatômicas





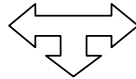
**Causando ou agravando desfechos adversos da Fragilidade**

- Alto risco para a mortalidade
- Incapacitação
- Co-morbidade
- Fraqueza
- Inatividade
- Perda de peso
- Institucionalização
- Queda
- Lesões
- Doenças agudas
- Declínio da cuidade visual
- Dependência
- Hospitalizações
- Morte



**Comprometendo**

**QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO**



**Fatores**

| <b>DETERMINANTES</b> | <b>CONDICIONANTES</b>       |
|----------------------|-----------------------------|
| - cultura            | -estilo de vida             |
| - educação           | -educação em saúde          |
| - poder aquisitivo   | - sedentarismo              |
| - Econômico          | - deficiências nutricionais |
| - meio ambiente      | - condições financeiras     |
| - social             | - condição socioeconômica   |
| - Psicossociais      | - condição social de vida   |
| - fisiológica        | -mudança de atitude         |
|                      | -bem estar                  |
|                      | - hábito alimentar          |
|                      | -hábitos sociais            |
|                      | - desigualdade social       |

## 9. Proposta de Intervenção voltada para a População Idosa Frágil

Por meio de uma análise cuidadosa das causas do alto índice de idosos frágeis, é possível definir com mais clareza onde atuar ou sobre quais causas podemos interferir. Para isso, é necessário fazer uma análise capaz de identificar, entre as várias causas, aquelas consideradas como a mais importante na origem do problema, as que precisam ser enfrentadas. E para esta análise, utilizamos os “Nós Críticos”, que são um tipo de causa de um problema que, quando atacada, é capaz de impactar o problema principal e efetivamente transformá-lo.

A ESF da Matinha identificou como “Nós Críticos” do Alto Índice de Idosos Frágeis os seguintes itens: Hábitos e estilo de vida inadequado; nível de informação inferior; má estrutura do serviço de saúde e processo de trabalho da ESF inadequado para enfrentamento do idoso frágil.

A descrição das possíveis ações de intervenção é apresentada de forma esquemática na *figura 7*.

**Figura 7 – Representação esquemática das estratégias de intervenção voltadas à população idosa frágil.**

### ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO

#### Tratamento

- Tratar as causas e fatores associados
- Tratar a dor
- Estimular capacidade funcional
- Estimular autonomia
- Exercícios de resistência e equilíbrio
- Suporte nutricional e social
- Melhorar a capacidade funcional
- Conscientizar das suas limitações

#### Estruturação do serviço de saúde

- Uso do protocolo
- Uso da linha guia (da SES-MG)
- Assistência farmacêutica
- Referência e contra-referência
- Apoio da saúde bucal
- Capacitação do profissional
- Implantar atenção integral



### Levando a

- Melhores condições de vida e saúde
- Melhoria da saúde da população idosa
- Prevenção de doenças
- Promoção da saúde
- Promoção do envelhecimento ativo e saudável
- Estímulo ao autocuidado
- Identificação dos fatores de risco de doenças e agravos precocemente.
- Manutenção da capacidade funcional
- Assistência às necessidades de saúde do idoso
- Reabilitação da capacidade funcional comprometida
- Capacitação de recursos humanos especializados
- Apoio ao desenvolvimento de cuidados informais



### Equipe

- Deve ser capaz de diagnosticar, avaliar, ouvir, compreender, dialogar, orientar e resolver os problemas do paciente idoso.
- Deve desenvolver ações efetivas para o cuidado do idoso, permitindo uma avaliação e educação de todos os membros da família em cada uma das fases do ciclo de vida e o meio no qual está inserido.

### Promoção à Saúde

↑  
Aumento

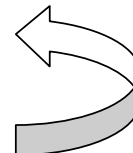
- Alimentação balanceada
- Prática regular de exercícios físicos
- Convivência social estimulante
- Atividade ocupacional prazerosa
- Mecanismos de atenuação do estresse



### Mudança de Hábitos

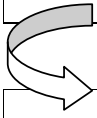
↓  
Diminuição

- Tabagismo
- Alcoolismo
- Automedicação
- Sedentarismo



**Saúde x Qualidade de Vida**

Reorganização das políticas públicas de saúde no Brasil tendo como uma das diretrizes básicas a ...



**Assistência às Necessidades de Saúde da Pessoa Idosa**

As tabelas 1, 2 e 3 apresentam o desenho das operações, a análise de viabilidade do plano e o plano operativo, respectivamente.

**Tabela 1 – Desenho das Operações relacionadas à proposta de intervenção junto à população idosa frágil da Equipe da Matinha em Teófilo Otoni, Minas Gerais.**

| <b>Nó crítico</b>                    | <b>Operação/ projeto</b>   | <b>Resultados esperado</b>  | <b>Produtos esperados</b>  | <b>Recursos necessários</b>  |
|--------------------------------------|--|---|--|--|
| Hábitos e estilo de vida inadequados | <b>Viver com Saúde</b><br><br>Modificar hábito e estilo de vida na terceira idade                  | Estimular o autocuidado e a capacidade para desempenhar suas atividades rotineiras, habilidade física e autonomia para a vida diária na faixa etária de 60 anos ou mais | -Programa de atividade física na ESF com apoio do Educador físico do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).<br><br>-Campanha educativa na ESF abordando a importância de atividade física na terceira idade                                | Político → mobilizar comunidade, idosos e equipe do NASF.<br><br>Financeiro → aquisição de recursos áudio-visuais, folhetos educativos, materiais necessários para as atividades físicas.<br><br>Cognitivo → informação sobre o tema e estratégia de comunicação.<br><br>Organizacional → organizar as atividades físicas. |
| Baixo nível de informação            | <b>Saber +</b><br><br>Aumentar o nível de informação da população sobre hábitos saudáveis de vida. | - População mais informada acerca de hábitos saudáveis de vida.   | - Avaliação do nível de informação da população sobre hábito de vida saudável.<br><br>-Campanhas educativas na comunidade acerca de hábitos saudáveis.<br><br>- Capacitação dos ACS e de cuidadores para promoverem hábitos saudáveis de vida. | Organizacional → organizar as campanhas educativas.<br><br>Cognitiva → informação sobre o tema e estratégia de comunicação e pedagógica<br><br>Político → articulação intersetorial, parceria com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).   |

|   |   |   |  |   |
|---|---|---|--|---|
| Falta de estrutura dos serviços de saúde                                  | <p><b>Cuidar melhor</b></p> <p>Melhorar a estrutura do serviço para o atendimento dos Idosos Frágil</p>                                 | Atenção qualificada ao paciente idoso.  | <p>- Oferta aumentada de consultas, exames, medicamentos à população idosa.</p> <p>- Acolhimento diferenciado para a população idosa frágil.</p> <p>-Capacitação dos profissionais acerca do cuidado diferenciado com esta população idosa frágil.</p> | <p>Político → decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço</p> <p>Financeiro → aumento da oferta de exames, consultas e medicamentos para a população idosa frágil.</p>  |
| Processo de trabalho da ESF inadequado para enfrentamento do idoso frágil | <p><b>Linha de cuidado</b></p> <p>- Melhorar a forma de atendimento dos idosos</p> <p>- Implantar linha de cuidado ao idoso frágil.</p> | - Idoso frágil sendo atendidos de acordo com o recomendado pela linha de cuidado. | <p>- Linha de cuidado para a saúde do idoso frágil implantada.</p> <p>- Protocolos e linha Guia implantados:</p> <p>- ESF capacitadas em relação à linha de cuidado ao idoso.</p>  | <p>Político → articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais;</p> <p>Financeiro → capacitação dos profissionais</p> <p>Cognitivo → elaboração do projeto da linha de cuidado e de protocolos.</p> <p>Organizacional → adequação do fluxo do serviço</p> |

ACS: Agente Comunitário de Saúde;  
ESF: Estratégia de Saúde da Família;  
NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

**Tabela 2 – Análise de viabilidade do plano referente à proposta de intervenção junto à população idosa frágil da Equipe da Manhã em Teófilo Otoni, Minas Gerais.(2009)**

| Operação/<br>Projeto   | Recursos Críticos   | Controle dos Recursos Críticos                                   |           | Operações Estratégicas                                  |
|--|---|--|-----------|---|
|  |   | Ator que controla  | Motivação |   |
| <p><b>Viver com Saúde</b></p> <p>Modificar hábito e estilo de vida na terceira idade .</p>         | <p>Político → mobilizar comunidade e idosos</p> <p>Financeiro → aquisição de recursos áudio-visuais, folhetos educativos, etc.</p> <p>Cognitivo → informação sobre o tema e estratégia de comunicação.</p> <p>Organizacional → organizar as atividades físicas.</p> | <p>- ESF</p> <p>-Secretaria Municipal de Saúde</p> <p>- NASF</p> | Favorável | <p>Apresentar projeto</p> <p>Estruturação das Redes</p> |
| <p><b>Saber +</b></p> <p>Aumentar o nível de informação da população sobre a promoção a saúde.</p> | <p>Organizacional → para organizar as campanhas</p> <p>Cognitiva → informação sobre o tema e estratégia de comunicação e pedagógica</p> <p>Político → articulação intersetorial, parceria com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).</p>                      | <p>-Secretaria Municipal de Saúde</p> <p>- ESF</p> <p>-NASF</p>  | Favorável |   |
| <p><b>Cuidar</b></p>   | <p>Político → decisão de aumentar os</p>  | <p>-Prefeitura Municipal de Saúde</p>                            |           |   |

|  |   |   |                  |   |
|--|---|---|------------------|---|
| <p><b>melhor</b></p> <p>Melhorar a estrutura do serviço para o atendimento do Idoso Frágil</p>                       | <p>recursos para estruturar o serviço Financeiro → aumento da oferta de exames, consultas e medicamentos.</p>   | <p>-Secretaria Municipal de Saúde<br/>- Fundo Nacional de Saúde</p> | <p>Favorável</p> |   |
| <p><b>Linha de cuidado</b></p> <p>- Melhorar a forma de atendimento do idoso</p> <p>- Implantar linha de cuidado</p> | <p>Político → articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais;</p> <p>Financeiro → capacitação dos profissionais</p> <p>Cognitivo → elaboração do projeto da linha de cuidado e de protocolos.</p> <p>Organizacional → adequação do fluxo do serviço</p> | <p>-Secretaria Municipal de Saúde<br/>-ESF</p>                      | <p>Favorável</p> | <p>- Apresentar o projeto de estruturação da rede</p> |

ESF: Estratégia de Saúde da Família

NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família



**Tabela 3 – Elaboração do plano operativo referente à proposta de intervenção junto à população idosa frágil da Equipe da Manhã em Teófilo Otoni, Minas Gerais.**

| <b>Operação Projeto</b>  | <b>Resultados esperados</b>   | <b>Produtos esperados</b>   | <b>Operações estratégicas</b>                               | <b>Responsável</b>     | <b>Prazo</b>   |
|--|---|---|---|------------------------|--|
| <p><b>Viver com Saúde</b></p> <p>Modificar hábito e estilo de vida.</p>                            | <p>Estimular o autocuidado e a capacidade para desempenhar suas atividades rotineiras, habilidade física e autonomia para a vida diária na faixa etária de 60 anos ou mais.</p> | <p>-Programa de atividade física na ESF com apoio do Educador físico do NASF.</p> <p>-Campanha educativa na ESF abordando a importância da atividade física na terceira idade</p> | <p>- Apresentar projeto</p> <p>- Estruturação das Redes</p> | <p>ESF</p> <p>NASF</p> | <p>Início com 3 meses</p> <p>Apresentar o projeto em 4 meses</p> |
| <p><b>Saber +</b></p> <p>Aumentar o nível de informação da população sobre a promoção a saúde.</p> | <p>- População mais informada</p>   | <p>- Avaliação do nível de informação da população sobre habito de vida saudável.</p> <p>-Campanhas educativas na comunidade</p> <p>- Capacitação dos ACS e de cuidadores</p>     |   | <p>ESF</p> <p>NASF</p> | <p>Início com 4 meses.</p>                                       |

Excluído: -

Excluído: -

|  |  |   |   |                       |   |
|--|--|---|---|-----------------------|---|
| <p><b>Cuidar melhor</b></p> <p>Melhorar a estrutura do serviço para o atendimento do Idoso Frágil</p>                  | <p>- Oferta aumentada de consultas, exames, medicamento.</p> <p>-Acolhimento</p> | <p>-Capacitação dos profissionais.</p>  |   | <p>ESF</p> <p>SMS</p> | <p>- 4 meses para apresentar o projeto e 8 meses para aprovação e liberação dos</p> |
| <p><b>Linha de cuidado</b></p> <p>- Melhorar a forma de atendimento dos idosos</p> <p>- Implantar linha de cuidado</p> | <p>- Cobertura de 100% dos idosos fráglil</p>                                    | <p>- Linha de cuidado para a saúde do idoso</p> <p>- Protocolos e linha Guia implantados</p> <p>- ESF capacitadas</p> | <p>- Apresentar o projeto de estruturação da rede</p> | <p>ESF</p> <p>SMS</p> | <p>Apresentar o projeto em 8 meses</p>  |

ESF: Estratégia de Saúde da Família

NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família

SMS: Secretaria Municipal de Saúde

## 10 – Conclusão

O perfil epidemiológico do Brasil e de Minas Gerais vem mostrando que há um rápido envelhecimento da população. Paralela a essa transição demográfica, ocorre uma transformação no perfil das doenças, o que configura um desafio para as políticas públicas, pois gera outros tipos de demandas para o Sistema Único de Saúde (SUS), e exige a implantação de novos modelos e métodos. Considerando isso, o presente trabalho foi uma proposta de intervenção voltada para esta parcela da populacional.

A utilização de novos instrumentos, ferramentas e tecnologias surgem como uma nova perspectiva para essa abordagem. Daí a necessidade de melhorar a qualidade da prestação de serviços ofertada pelo sistema público, repensar o modo como as ações são ofertadas e o papel de cada profissional dentro do novo contexto, organizar fluxos e diretrizes e renovar o papel da assistência em atenção ao idoso na condição de um processo de assistência integrado.

Considerando o Estatuto do Idoso, no que se refere ao atendimento preferencial dessa faixa populacional, a ESF tem que reorganizar o seu processo de trabalho desenvolvido e valorizar o atendimento acolhedor e resolutivo, tendo como base critérios de risco de fragilidade. Assim, poderá atender às especificidades dessa faixa etária sem desrespeitar os direitos de outros grupos populacionais.

Desse modo, foi proposto algumas intervenções como:

- estimular o autocuidado e a capacidade para desempenhar suas atividades rotineiras,
- habilidade física e autonomia para a vida diária;
- fortalecer a participação social; identificar os fatores de risco de doenças e agravos precocemente;
- envolver a família e a comunidade no processo do cuidado;
- melhorar a qualidade de vida da população idosa;
- implementar a assistência especializada, por equipe multidisciplinar de saúde à população idosa frágil;
- melhorar a qualidade de vida da pessoa idosa, buscando oferecer um padrão de excelência nas ações de saúde, de modo que a população tenha longevidade, com independência e autonomia;

- promover do envelhecimento ativo e saudável;
- implantar atenção integral, integrada à saúde da pessoa idosa;
- estimular às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção;
- providenciar recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa;
- e estimular a participação e fortalecimento do controle social.

Com isto articular um sistema integrado, que assegure os princípios doutrinários do SUS de equidade, universalidade e integralidade que incluem a descentralização da assistência, a organização da rede e a capacitação dos profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) para a atenção à Saúde do Idoso; disponibilizar exames de média e alta complexidade, conforme as necessidades individuais de cada paciente idoso e, por fim, estimular o uso da cartilha ou caderneta do idoso na atenção básica, conforme o Plano de Cuidados, levando a uma maior qualidade de assistência no atendimento ao idoso e desenvolvimento contínuo de novos instrumentos.

A incidência de idosos frágeis e suas necessidades nos trouxeram a oportunidade de adquirir e construir conhecimento através desse estudo. Além da possibilidade de propor soluções e intervenção. À luz dos AUTORES estudados, por meio de pesquisa bibliográfica, foi possível apreender e crescer em conhecimento científico e acadêmico, alcançando, assim, a proposta de ajudar a conscientização da necessidade do cuidado com o idoso frágil e suas peculiaridades.

Tendo em vista o contexto do envelhecimento e alta proporção de fragilidade da população idosa, a estruturação de um programa de estímulo aos hábitos saudáveis de vida e a garantia de uma assistência de qualidade prestada pela Estratégia Saúde da Família a pessoas idosas frágeis atendidas pelo Município de Teófilo Otoni e, em especial, a ESF da Matinha são de suma importância.

A Estratégia de Saúde da Família deverá ser capaz de desenvolver ações efetivas para o cuidado do idoso, particularmente os idosos frágeis, permitindo uma avaliação e educação de todos os membros da família em cada uma das fases do ciclo de vida e o meio no qual está inserido. Poderá assim proporcionar uma melhoria na qualidade de vida desse grupo populacional e contribuir para o cumprimento do exercício de cidadania dos idosos.

Compete aos profissionais que trabalham na Estratégia de Saúde da Família, ofertarem uma melhor assistência a esse grupo, visando uma atenção básica competente,

humanizada e resolutive, criando proposta de intervenção, desenvolvendo alternativas de ação e de incentivo à participação do idoso na sociedade, e assim, retardar os efeitos negativos da velhice.

A reorganização das políticas públicas de saúde no Brasil tem como uma das diretrizes básicas a assistência às necessidades de saúde da pessoa idosa. Alertamos que isso só é possível com a oferta de cuidados individualizados, a identificação das necessidades humanas básicas afetadas nos indivíduos, a fim de propor intervenções profissionais adequadas à sua qualidade de vida, prevenindo-se assim o adoecimento crônico e, consequentes gastos públicos com a pessoa idosa.

## Referências

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Programa de Saúde da Família. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id\\_area=149](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=149). Acesso em: 25 de outubro de 2009.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Programa de Saúde da Família. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id\\_area=149](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=149). Acesso em: 25 de outubro de 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Portaria nº. 2.528 de 19 de outubro de 2006. **Lex: Diário Oficial da União**. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2528%20aprova%20a%20politica%20nacional%20de%20saude%20da%20pessoa%20idosa.pdf>. Acesso em: 20 de novembro de 2009.

BUSSE, E. W.; BLAZER, D. **Psiquiatria geriátrica**. 2ª. Ed., Porto Alegre: Editoras Artes Médicas. 1999.

CARDOSO, F.C. *et al* Modulo 3: Planejamento e avaliação das ações de saúde Belo Horizonte: Editora UFMG; NESCON/UFMG, 2008.

CHAIMOWICZ; F. Módulo saúde do idoso. Belo Horizonte: Editora UFMG; NESCON/UFMG, 2008.

DUARTE, Y. A. O., organizadoras. **SABE-Saúde, Bem-estar e Envelhecimento - O Projeto SABE no Município de São Paulo: uma abordagem inicial**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, p. 185-200, 2003.

ELIOPOULOS, C. **Enfermagem gerontologia**. 5ª. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

ESPINOZA, S.; WALSTON, J. Frailty in older adults: insights and interventions. **Cleveland Clinic Journal of Medicine**, v.72, n.12, p.1105-12. 2005.

FILLENBAUM, G. G. et al. Comorbidity of five chronic health conditions in elderly community residents: determinants and impact on mortality. **Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences**, v.55, n.2, p. M84-9, 2000.

FRIED, L. P.; WALSTON, J. Frailty and failure to thrive. em: HAZZARD W. et al. **Principles of Geriatric Medicine and Gerontology**, 4th ed., New York: McGraw Hill, p.1387-1402, 1998.

FRIED, L. P. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. **The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences**. v.56, p.M146-M157, 2001.

FOLKMAN, S. Personal control and stress and coping processes: a theoretical analysis. **Journal of Personality and Social Psychology**, v.46, p.839-52, 1984.

GUEDES, J. M. Análise da capacidade funcional da população geriátrica institucionalizada na cidade de Passo Fundo-RS. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, v.1, p.10-21, 2004.

HERZLICH, C. A problemática da representação social e sua utilidade no campo da doença. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v.15, p.57-70, 1991.

HOOI, W.; BERGMAN, H. A Review on Models and Perspectives on Frailty in Older Persons. **Geriatric Medicine Unit SGH**, v. 14, n. 2, 2005.

HOGAN, D.; MACKNIGHT, C.; BERGMAN, H. Models, definitions, and criteria of frailty. **Ageing Clinical and Experimental Research**, v. 15, n. 3(sup.), p. 2-29, 2003.

**IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Projeção da população do Brasil. Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2009/POP2009\\_DOU.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2009/POP2009_DOU.pdf). Acesso em: 3 de novembro de 2004.

**IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Estimativas de População. Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2009/POP2009\\_DOU.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2009/POP2009_DOU.pdf). Acesso em: 3 de novembro de 2009.

KRAAIJ, V.; PRUYMBOOM, E.; GARNEFSKI, N. Cognitive coping and depressive symptoms in the elderly: a longitudinal study. **Ageing & Mental Health**, v.6, p.275-81, 2002.

LAZARUS, R.; FOLKMAN, S. **Stress, appraisal and coping**. New York: Springer Publishing Company, 1984.

LUCENA, N. M. Análise da capacidade funcional em uma população geriátrica institucionalizada em João Pessoa. **Fisioterapia Brasil**, v.3, p.164-9, 2002.

MELO, I. BRITO M. 181.586.030 brasileiros. **Zero Hora**. 31 de agosto de 2004.

MARKLE-REID, M, Browne, G. Conceptualizations of frailty in relation to older adults. **Journal of Advanced Nursing**. v.44, n.1, p.58-68, 2003.

**Minas Gerais**. Assembléia Legislativa do Estado de Minas Gerais. Municípios mineiros. Disponível em: <http://www.almg.gov.br/index.asp?grupo=estado&diretorio=munmg&arquivo=municipios&municipio=68606>. Acesso em 20 de novembro de 2009.

MORLEY, J.; PERRY, H.; MILLER, D. Something about frailty. **The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences**, v. 57, n. 11, p. M698-M704, 2002.

OLIVEIRA T.C, ARAÚJO TL, MELO E.M, ALMEIDA DT. **Avaliação do processo adaptativo de um idoso portador de hipertensão arterial.** Rev. Latino-am Enfermagem 2002 julho-agosto; 10(4):530-6.

PEREIRA, A. Envelhecimento, estresse e sociedade: uma visão psiconeuroendocrinológica. **Ciências & Cognição**, v.1, p. 34-53, 2004.

PIMENTA, F. A. B. *et al.* **Atenção à Saúde do Idoso.** Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. 1ª edição, Belo Horizonte - MG, 2006.

PUTS, M.T. *et al.* Endocrine and inflammatory markers as predictors of frailty. **Clínica Endocrinólogo**, v. 63, p. 403-11, 2005.

RAMOS, L. R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso. **Caderno Saúde Pública**, São Paulo, v.19, n.3, p.793- 8, 2003.

RAMOS, L. R. et al. Perfil do idoso em área metropolitana na região sudeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. **Revista de Saúde Pública**, v.27, n.2, p.87-94, 1993.

RAPHAEL, D. et al. Measuring the quality of life of older persons: a model with implications for community and public health nursing. **International Journal of Nursing Studies**, v. 34, n. 3, p. 231-239, 1997.

RIBEIRO R. Capacidade funcional e qualidade de vida de idosos. **Estudos Interdisciplinar de Envelhecimento**, v.4, p.85-96, 2002.

ROCKWOOD, K. Frailty and its definition: a worthy challenge. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 53, n. 6, p. 1069, 2005a.

ROCKWOOD, K. What would make a definition of frailty successful? **Age and Ageing**, v. 34, n. 432-434, 2005b.

RODRIGUES, R. A. P. **Mulheres em mudança no processo de vida e envelhecer** [tese ]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 1997.

RODRIGUES, R. A. P. et al. Morbidade e sua interferência na capacidade funcional de idosos. **Acta Paul Enferm**, v.21, n.4, p.643-8, 2008.

SCHRAMM, J. M. A., et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.9, n.4, p. 897-908, 2004.

SILVA, J. C. **Velhos ou idosos? A Terceira Idade.** v.14, p.94-111, 2003.

SPEECHLEY, M.; TINETTI, M. Falls and injuries in frail and vigorous community elderly persons. **Journal of the American Geriatric Society**, v. 39, n.1, p. 46-52, 1991.



STRAWBRIDGE, W. et al. Antecedents of frailty over three decades in an older cohort. **Journals of Gerontology Series B**. v.53B, p.S9–S16, 1998.

TEIXEIRA, C. F. **Transição epidemiológica, modelo de atenção à saúde e previdência social no Brasil: problematizando tendências e opções políticas**. Ciências e Saúde Coletiva, v. 9, n.4, p. 841-3, 2004.


TEIXEIRA, I. N. **Definições de fragilidade em idosos: uma abordagem multiprofissional** [dissertação]. Campinas: Faculdade de Educação da UNICAMP, 2006. 198p.

VIVAN, A. S. et al. **Estratégias de enfrentamento, dificuldades funcionais e fatores associados em idosos institucionalizados**. Caderno Saúde Pública vol.25 no.2 Rio de Janeiro Fevereiro, 2009.

WINOGRAD, C. et al. **Percepções dos profissionais de saúde sobre os critérios para indicar fragilidade no idoso** Arq. Ciênc. Saúde Unipar, Umuarama, v. 12, n. 2, p. 127-132, maio/ago. 2008.

## Anexo

## ANEXO 1 – Ficha de cadastro e identificação de risco da pessoa idosa aplicada no PSF

|  |          |   |                                   |               |              |
|--|----------|---|-----------------------------------|---------------|--------------|
|   |          |   |                                   |               |              |
| <b>CADASTRO DO IDOSO</b><br><b>FICHA DE CADASTRO E IDENTIFICAÇÃO DE RISCO DA PESSOA IDOSA</b><br><b>SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE - MG</b><br><b>COORDENADORIA DE ATENÇÃO AO IDOSO</b> |          |   |                                   |               |              |
| FICHA  |          | SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE<br>SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO |                                   |               | ANO          |
| MUNICÍPIO  | SEGMENTO | UNIDADE   | ÁREA                              | MICROÁREA     | NOME DO ACS: |
| <b>IDENTIFICAÇÃO DO IDOSO</b>  |          |   |                                   |               |              |
| NOME:  |          |   |                                   |               |              |
| Nº CARTÃO SUS:   |          |   | DOCUMENTO DE IDENTIDADE:          |               |              |
| DATA NASC.: ____/____/____   |          |   | SEXO: ( ) MASCULINO ( ) FEMININO  |               |              |
| ESCOLARIDADE:  |          |   |                                   |               |              |
| ENDEREÇO:  |          |   |                                   |               |              |
| <b>CLASSIFICAÇÃO DE RISCO</b>  |          |   |                                   |               |              |
| A resposta afirmativa à questão nº1 ou a qualquer item da questão nº2 o idoso é considerado frágil   |          |   |                                   |               |              |
| 1. ACIMA DE 80 ANOS ( ) sim ( ) não  |          |   |                                   |               |              |
| 2. 60 ANOS OU MAIS ( ) sim ( ) não   |          |   |                                   |               |              |
| Tem urina solta (incontinência urinária)? ( ) sim ( ) não  |          |   |                                   |               |              |
| Não é capaz de controlar as fezes (incontinência fecal)? ( ) sim ( ) não   |          |   |                                   |               |              |
| Usa mais de 5 medicamentos continuamente? ( ) sim ( ) não  |          |   |                                   |               |              |
| Tem mais de 5 doenças confirmadas? ( ) sim ( ) não   |          |   |                                   |               |              |
| Tem esquecimento progressivo que impede atividades normais? ( ) sim ( ) não  |          |   |                                   |               |              |
| Teve queda nos últimos 6 meses? ( ) sim ( ) não  |          |   |                                   |               |              |
| Foi internado nos últimos 6 meses ( ) sim ( ) não  |          |   |                                   |               |              |
| Está acamado? ( ) sim ( ) não  |          |   |                                   |               |              |
| Mora só? ( ) sim ( ) não   |          |   |                                   |               |              |
| Mora em asilo (institucionalizado)? ( ) sim ( ) não  |          |   |                                   |               |              |
| Tem dependência para as atividades do dia a dia? ( ) sim ( ) não   |          |   |                                   |               |              |
| <b>É CONSIDERADO FRÁGIL? ( ) SIM ( ) NÃO</b>   |          |   |                                   |               |              |
| Incapacidade/comprometimento em quantos itens?   |          |   |                                   |               |              |
| <b>OUTRAS DOENÇAS</b>  |          |   |                                   |               |              |
| Alcoolismo ( )   |          | Acidente Vascular Cerebral ( )                                    |                                   | Diabetes ( )  |              |
| Doença de Parkinson ( )  |          | Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica ( )                            |                                   | Fraturas ( )  |              |
| Hipertensão Arterial ( )   |          | Osteoporose ( )   |                                   | Pneumonia ( ) |              |
| Doença de Alzheimer ( )  |          |   |                                   |               |              |
| Faz uso de prótese dentária removível ( )  |          |   | Foi ao dentista no último ano ( ) |               |              |
| Faz uso de medicamentos ( ) Citar.   |          |   |                                   |               |              |
| É alérgico Citar.  |          |   |                                   |               |              |
| Cartão vacinal em dia ( ) sim ( ) não  |          |   |                                   |               |              |
| Outras doenças confirmadas / Citar:  |          |   |                                   |               |              |