

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA

FERNANDA KAROLINE GENEROSO

O USO DE UMA FERRAMENTA PARA AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO DA
FRAGILIDADE EM IDOSOS, SEGUNDO A PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS DA
ATENÇÃO PRIMÁRIA: DESAFIOS E BENEFÍCIOS.

São Carlos / 2020

FERNANDA KAROLINE GENEROSO

O USO DE UMA FERRAMENTA PARA AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO DA
FRAGILIDADE EM IDOSOS, SEGUNDO A PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS DA
ATENÇÃO PRIMÁRIA: DESAFIOS E BENEFÍCIOS.

Dissertação apresentada ao Programa de
Pós-Graduação em Gerontologia da
Universidade Federal de São Carlos, como
parte dos requisitos para a obtenção do
título de Mestre em Gerontologia.

Orientação: Profa. Dra. Marisa Silvana
Zazzetta

São Carlos

2020

Generoso, Fernanda Karoline

O USO DE UMA FERRAMENTA PARA AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO DA FRAGILIDADE EM IDOSOS, SEGUNDO A PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA: DESAFIOS E BENEFÍCIOS. / Fernanda Karoline Generoso. – 2020.
91 f. : 30 cm.

Dissertação (mestrado)-Universidade Federal de São Carlos, campus São Carlos, São Carlos

Orientador: Marisa Silvana Zazzeta

Banca examinadora: Prof. Dr. Wilson Alves Pedro, Prof. Dra Beatriz Aparecida Ozello Gutierrez

Bibliografia

1. Idoso Fragilizado. 2. Avaliação de Tecnologias da Saúde. 3. Atenção Primária à Saúde. I. Orientador. II. Universidade Federal de São Carlos. III. Título.

Ficha catalográfica elaborada pelo Programa de Geração Automática da Secretaria Geral de Informática (SIn).

DADOS FORNECIDOS PELO(A) AUTOR(A)

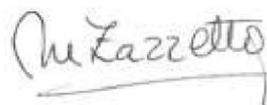
Bibliotecário(a) Responsável: Ronaldo Santos Prado – CRB/8 7325

Aprovado em: 20/03/2020

BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Marisa Silvana Zazzetta
Orientadora



Prof. Dra. Beatriz Aparecida Ozello Gutierrez



Prof. Dr. Wilson Alves Pedro

Dedico este trabalho a minha família que sempre me incentiva a prosseguir, aos participantes dessa pesquisa, a todos minha eterna gratidão.

"Peçam, e será dado; busquem, e encontrarão; batam, e a porta será aberta. Pois todo o que pede recebe; o que busca encontra; e aquele que bate, a porta será aberta".

M 7:7:8.

Agradecimentos

Agradeço a Deus, por mais essa oportunidade de prosseguir com meus estudos. Agradeço minha família de três por sempre estar ao meu lado, me apoiando e me incentivando a não desistir. Agradeço minha orientadora por mais uma vez me auxiliar e por todo conhecimento obtido. Agradeço a Isabela Machado e a Gabriela Mazzo por toda a ajuda nas coletas e pela troca de conhecimento. Agradeço aos participantes dessa pesquisa, sem eles nada

disso seria possível. Agradeço meu pai por sempre olhar por mim. Agradeço a minhas filhas de quatro patas por todo amor que elas me proporcionam, e agradeço todos os professores do PPGGERO, por toda dedicação e empenho com os alunos.

RESUMO

Desde a década de 1960, a população brasileira vivencia um rápido processo de envelhecimento, o idoso frágil é considerado prioridade para políticas públicas de saúde, pois, demanda cuidados, suporte familiar e social. O objetivo do presente estudo foi identificar a relação entre variáveis sociodemográficas, percepção de saúde e a apoio social com a fragilidade em idosos cadastrados em USF e identificar a percepção de membros das equipes de saúde sobre uma ferramenta que avalia a fragilidade. Trata-se de um estudo de método misto, realizado em um município do interior paulista. A população foi composta por sete agentes comunitários de saúde e um profissional de saúde de três Unidades de Saúde da Família e resultados de avaliações dos idosos que compõem o banco de dados da pesquisa maior à qual este estudo se vinculou. O estudo se valeu de procedimentos analíticos para examinar relações entre variáveis referentes a fragilidade e condição de saúde de idosos e realizou coleta de dados mediante entrevistas semiestruturadas, grupos focais e análises documental em registros de prontuários. Todos os procedimentos éticos foram respeitados. Os resultados avaliados por meio da avaliação de fragilidade de Fried indicaram associações entre idade e Fragilidade e correlação negativa entre fragilidade e o suporte social avaliado pelo instrumento MOS. Os achados também demonstram que não são utilizadas avaliações específicas para identificação da fragilidade pelos profissionais de saúde, mas por meio dos relatos foi possível identificar a

eficácia da ferramenta computacional e a importância do uso de tecnologias na atenção primária à saúde.

Palavras Chaves: Idoso Fragilizado, Avaliação de Tecnologias da Saúde, Atenção Primária à Saúde.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: SCREENDUMP LOGIN	23
FIGURA 2: SCREENDUMP CADASTRO DE PACIENTE/AGENTES DE SAÚDE	24
FIGURA 3: SCREENDUMP DA PÁGINA DE HISTÓRICO DO PACIENTE	24
FIGURA 4- MAPA DAS ADMINISTRAÇÕES REGIONAIS DE SAÚDE (ARES) DO MUNICÍPIO DE SÃO CARLOS, SP	26
FIGURA 5: DESENVOLVIMENTO DA ANÁLISE DE CONTEÚDO	32
FIGURA 6: CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS ENCONTRADAS EM GRUPO FOCAL	46
FIGURA 7: DADOS QUANTITATIVOS E QUALITATIVOS DIVIDIDOS EM FASES.	56

LISTA DE TABELAS

TABELA 1- PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DOS IDOSOS PARTICIPANTES DO ESTUDO	33
TABELA 2- PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE PARTICIPANTES DO ESTUDO	36
TABELA 3- PREVALÊNCIA DA FRAGILIDADE MEDIDA POR FRIED, EFE E SUBJETIVA EM IDOSOS CADASTRADOS EM UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE UM BAIRRO EM CONTEXTO DE VULNERABILIDADE SOCIAL	36

TABELA 4- CORRELAÇÃO DO NÍVEL DE FRAGILIDADE AVALIADO SEGUNDO O FENÓTIPO DE FRIED EM RELAÇÃO ÀS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS DE IDOSOS CADASTRADOS EM USF.....	38
TABELA 5: CORRELAÇÃO DO NÍVEL DE FRAGILIDADE AVALIADO SEGUNDO A EFE EM RELAÇÃO ÀS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS DE IDOSOS CADASTRADOS EM USF	39
TABELA 6: COMPARAÇÃO DOS DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E DOS DOMÍNIOS DE SUPORTE SOCIAL AVALIADOS SEGUNDO O MOS EM RELAÇÃO AO NÍVEL DE FRAGILIDADE AVALIADO PELO FENÓTIPO DE FRIED EM IDOSOS CADASTRADOS NA USF	40
TABELA 7: CORRELAÇÃO DO NÍVEL DE FRAGILIDADE AVALIADO SEGUNDO O FENÓTIPO DE FRIED EM RELAÇÃO À VARIÁVEL SUPORTE SOCIAL AVALIADO SEGUNDO MOS	41
TABELA 8: COMPARAÇÃO DOS DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E DOS DOMÍNIOS DE SUPORTE SOCIAL AVALIADOS SEGUNDO O MOS EM RELAÇÃO AO NÍVEL DE FRAGILIDADE AVALIADO PELA EFE EM IDOSOS CADASTRADOS NA USF	42
TABELA 9: CORRELAÇÃO DO NÍVEL DE FRAGILIDADE AVALIADO SEGUNDO A EFE EM RELAÇÃO À VARIÁVEL SUPORTE SOCIAL AVALIADO SEGUNDO MOS	43
TABELA 10: CORRELAÇÃO DO NÍVEL DE FRAGILIDADE AVALIADO SEGUNDO O FENÓTIPO DE FRIED E EFE EM RELAÇÃO À VARIÁVEL A PERCEPÇÃO DE SAÚDE POR MEIO DA AVALIAÇÃO SUBJETIVA DE SAÚDE... ..	44
TABELA 11: MOTIVO DE PROCURA PELOS EQUIPAMENTOS DE SAÚDE ...	54

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS	8
LISTA DE TABELAS	9
1 INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA	11
1.1 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E IDOSO	11
1.2 SÍNDROME DA FRAGILIDADE, VULNERABILIDADE SOCIAL E PERCEPÇÃO DE SAÚDE	11
1.3 INTERSETORIALIDADE, POLÍTICAS PÚBLICAS E EVIDÊNCIAS	17
2 DECLARAÇÃO DE OBJETIVO	21
3 QUESTÕES DE PESQUISA	21
3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO	22
3.2 LOCAL E PERÍODO DO ESTUDO	25
3.3 POPULAÇÃO	26
3.4 PROCEDIMENTOS	26
3.5 ASPECTOS ÉTICOS	29
4 FORMA DE ANÁLISE DOS RESULTADOS	30
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	32
5.1 PERFIL DE FRAGILIDADE DOS IDOSOS CADASTRADOS NAS USF'S E OUTROS FATORES	33
5.2 USABILIDADE DE UMA FERRAMENTA COMPUTACIONAL SEGUNDO OS AGENTES DE SAÚDE	44 5.3
IDENTIFICAÇÃO DA FRAGILIDADE EM IDOSOS	45 5.4
CATEGORIA ENCAMINHAMENTOS E SUPORTE AO IDOSO FRÁGIL	48
5.4.1 PREVENÇÃO DE SAÚDE DO IDOSO FRÁGIL	50

5.5 CATEGORIA FERRAMENTA COMO TOMADA DE DECISÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA.....	50
5.6 CONDUTAS E TOMADA DE DECISÕES DAS EQUIPES DE SAÚDE PARA ATENDIMENTO DO IDOSO	52
6 JUNÇÃO DE PREVALÊNCIAS ENCONTRADAS EM DADOS QUANTITATIVOS E QUALITATIVOS	54
7 DISCUSSÃO COM BASE NO MÉTODO DIALÉTICO CRÍTICO	57
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	61
REFERÊNCIAS	64
APÊNDICES	72
ANEXOS	76

1INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

1.1 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E IDOSO

Analisando a composição atual da população por grupos de idade, destaca-se o aumento da participação percentual de idosos na população, fator que desencadeia a diminuição dos demais grupos etários, particularmente crianças e jovens (BRASIL, 2017). De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2070 estima-se que a proporção da população idosa brasileira (acima de 35,0%) seja superior ao indicador para países desenvolvidos (BRASIL, 2016).

O envelhecimento é um processo contínuo, presumido pela passagem do tempo, que é iniciado ao nascimento e percorre as demais etapas da vida. Nele ocorrem diversas transformações, não apenas do ponto de vista biológico, mas também do ponto de vista cultural, econômico e social (GOMES, 2017). No âmbito da gerontologia este processo estimula discussões sobre vulnerabilidade dos idosos, tanto em termos individuais, como circunstanciais ao considerar as condições sociais e de saúde (MARAÑÓN e PASCUAL, 2017). No sistema de saúde, o público idoso gera grande preocupação em relação aos cuidados, à manutenção da qualidade da assistência e também em relação aos custos.

Sabe-se que a população idosa possui necessidades específicas, assim, demandando que os modelos de atenção sejam centrados no indivíduo, levando em consideração suas necessidades e potencialidades individuais, como também as estratégias familiares e comunitárias de cuidado informal e formal (VERAS *et al*, 2014; MARAÑÓN e PASCUAL, 2017).

1.2 SÍNDROME DA FRAGILIDADE, VULNERABILIDADE SOCIAL E PERCEPÇÃO DE SAÚDE

Devido ao crescimento da população idosa, houve também o aumento no número de doenças crônicas não transmissíveis e incapacidades funcionais, que ocasionam um grande impacto na família, no sistema de saúde e no cotidiano dos idosos, possivelmente gerando maior vulnerabilidade e dependência, e com isso a um quadro de fragilidade (DUARTE *et al*, 2016).

A fragilidade é fundamentada pelo modelo biomédico como uma síndrome de natureza clínica e multifatorial, caracterizada pelo aumento da vulnerabilidade aos estressores, resultando na diminuição das reservas fisiológicas e no desequilíbrio de múltiplos sistemas. Esta definição é embasada por meio de três alterações relacionadas ao envelhecimento, sendo: sarcopenia, desregulação neuroendócrina e disfunção imunológica (VIEIRA et al.2013).

Diversos grupos internacionais pesquisam sobre a fragilidade, em 2012 RodriguezMañas e colaboradores apresentaram um conceito sobre fragilidade, onde os especialistas se reuniram, e concordaram claramente que a mesma é uma síndrome multidimensional, caracterizada por diminuição da reserva e diminuição da resistência para estressores. Apesar dos autores terem entrado em um consenso sobre a definição de fragilidade, ressalta que entre todos biomarcadores laboratoriais sugeridos para sua avaliação, nenhum foi aceito devido à falta de concordância entre os grupos de pesquisa (RODRÍGUEZ-MAÑAS et al. 2012).

Neste mesmo estudo, os especialistas concordaram com a importância de uma definição abrangente de fragilidade, e que a mesma necessariamente deve incluir a avaliação de desempenho físico, velocidade de marcha e mobilidade, estado nutricional, saúde mental e cognição. Embora um consenso tenha sido alcançado sobre esses seis domínios, os caminhos e procedimentos diagnósticos propostos para alcançar uma definição operacional não foram acordados (RODRÍGUEZ-MAÑAS et al. 2012).

Portanto, pode ser considerado frágil o indivíduo que apresenta alterações cognitivas, declínio funcional e mobilidade reduzida, como também redução em suas atividades, retardamento de sua mobilidade, perda de peso, detrimento de força e exaustão (KOLLER; ROCKWOOD, 2013). Fragilidade na óptica de um modelo multifacetado se associa a diversos componentes, que interagem de forma dinâmica e são constituídos de forma simultânea em potenciais pontos de entrada ou saída do ciclo da fragilização (VIEIRA, 2013).

Devido à vasta possibilidade de intervenções para prevenir e ou interromper a progressão da fragilidade e seus efeitos deletérios na funcionalidade e na qualidade de vida dos idosos, sua detecção torna-se essencial, visto que pode ser evitada e tratada. Quando identificada precocemente são realizadas intervenções personalizadas gerando melhores resultados para o paciente (LEKAN et al., 2016).

As intervenções realizadas quanto á síndrome da fragilidade necessariamente devem possuir como objetivo: prevenir, retardar, reverter ou reduzir sua gravidade e prevenir ou reduzir os resultados adversos na saúde daqueles cuja fragilidade não pode ser reversível. Assim, com estratégias eficazes de intervenção provavelmente serão grandes os benefícios para os idosos, suas famílias e para sociedade. Outra forma importante de intervenção é prevenir os estressores biológicos, socioeconômicos e ambientais, a fim de evitar os desfechos clínicos negativos em pacientes idosos, nos quais a fragilidade não é reversível. Além disso, demonstrou-se que a avaliação interdisciplinar geriátrica abrangente e o tratamento melhoram os resultados de saúde em idosos mais frágeis (CHEN, 2014).

Considerando que o processo de envelhecimento é heterogêneo e complexo, em que há a interação de vários sistemas, a fragilidade requer uma avaliação minuciosa e individualizada da situação do idoso (LACAS, ROCKWOOD, 2012). Precisamente os profissionais das áreas geronto-geriátricas e generalistas, devem considerar a necessidade de avaliar a fragilidade em pessoas idosas, conscientizando-os sobre encargos de suas condições relacionadas com a idade e incapacidades, promovendo a prevenção primária, por meio de ações na comunidade em conjunto com as autoridades de saúde e o público alvo (CESARI,2013). Entender como a pessoa idosa pode entrar e sair dinamicamente dos estados de fragilidade é importante para a prevenção e gestão da doença (DENT,2019).

Além da fragilidade física, acredita-se que a mesma possa ser acentuada devido ao rompimento de laços sociais, para alguns autores a ausência do apoio social afeta os sistemas de defesa do organismo de tal maneira que o indivíduo torna-se mais susceptível a doenças. Conforme este conceito, os laços sociais e o apoio estabelecido por idosos teriam influência na manutenção de sua saúde, contribuindo com condutas adaptativas em situação de estresse (AMARAL, et al 2013).

A vulnerabilidade é uma condição também presente no envelhecimento, e pode manifestar-se em diferentes dimensões. Pessoas vulneráveis são aquelas relativa ou absolutamente incapazes de proteger seus próprios interesses, como membros da sociedade em situação de desigualdade na garantia de direitos sociais, pessoas idosas com algum nível de dependência e residentes de instituições de longa permanência; pessoas que recebem benefícios da seguridade ou assistência social; pessoas socioeconomicamente desfavorecidas; desempregadas; pacientes em salas de emergência; alguns grupos étnicos e raciais; os semteto,

os nômades, os refugiados ou imigrantes; os prisioneiros e os membros de comunidades sem conhecimento dos conceitos médicos modernos (MAIA, 2011).

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) posiciona as pessoas idosas frágeis entre os grupos populacionais de maior vulnerabilidade. Além disso, a política sinaliza que os serviços de cuidados domiciliares para as pessoas idosas fragilizadas são ainda escassos, e reconhece a família como a maior provedora de cuidados aos idosos no Brasil (FERNANDES et.al 2012). Compreender a situação familiar das pessoas idosas inseridas em diferentes contextos de vulnerabilidade pode contribuir para o planejamento do cuidado, e também aumentar o incentivo a capacitação de profissionais atuantes nas ESF para o atendimento diferenciado a esse grupo populacional (ALMEIDA SOUZA, 2015).

Autores consideram que a fragilidade e a vulnerabilidade social podem estar relacionadas, pois, mesmo que pareçam distintas, ambas contribuem particularmente e independentemente para a mortalidade (GUTIERREZ et al, 2012). Diante disto, a condição de vulnerabilidade deve considerar a situação das pessoas por meio dos seguintes elementos: a inserção e a estabilidade no mercado de trabalho; a debilidade de suas relações sociais e, por fim, o grau de regularidade e de qualidade de acesso aos serviços públicos (BRASIL, 2017). Com intuito de melhor identificar a população vulnerável, o Estado de São Paulo, por meio da fundação SEADE (2010) criou o Índice Paulista de Vulnerabilidade Social (IPVS). Trata-se de tipologia derivada da combinação entre dimensões socioeconômica e demográfica que classificam as áreas geográficas intramunicipais em seis grupos distintos de vulnerabilidade social, o mesmo é baseado nos dados do censo demográfico (MAIA,2011).

Por meio deste a Vulnerabilidade é dividida nos seguintes grupos:

Grupo 1: Nenhuma vulnerabilidade: engloba os setores censitários em melhor situação socioeconômica (muito alta), com os responsáveis pelo domicílio possuindo os mais elevados níveis de renda e escolaridade. Apesar do estágio das famílias no ciclo de vida não ser um definidor do grupo, seus responsáveis tendem a ser mais velhos, com menor presença de crianças pequenas e de moradores nos domicílios, quando comparados com o conjunto do Estado de São Paulo;

Grupo 2: Vulnerabilidade muito baixa: abrange os setores censitários que se classificam em segundo lugar, no Estado, em termos da dimensão socioeconômica (média ou alta). Nessas áreas concentram-se, em média, as famílias mais velhas;

Grupo 3: Vulnerabilidade baixa: formado pelos setores censitários que se classificam

nos níveis altos ou médios da dimensão socioeconômica e seu perfil demográfico caracteriza-se pela predominância de famílias jovens e adultas; Grupo 4: Vulnerabilidade média: composto pelos setores que apresentam níveis médios na dimensão socioeconômica, estando em quarto lugar na escala em termos de renda e escolaridade do responsável pelo domicílio. Nesses setores concentram-se famílias jovens, isto é, com forte presença de chefes jovens (com menos de 30 anos) e de crianças pequenas;

Grupo 5: Vulnerabilidade alta: engloba os setores censitários que possuem as piores condições na dimensão socioeconômica, estando entre os dois grupos em que os chefes de domicílios apresentam, em média, os níveis mais baixos de renda e escolaridade e, ainda concentra famílias mais velhas e com menor presença de crianças pequenas;

Grupo 6: Vulnerabilidade muito alta: o segundo dos dois piores grupos em termos da dimensão socioeconômica (baixa), com grande concentração de famílias jovens. A combinação entre chefes jovens, com baixos níveis de renda e de escolaridade e a presença significativa de crianças pequenas permitem inferir ser este o grupo de maior vulnerabilidade à pobreza.

Condições sociais podem ser determinantes para essa situação de maior vulnerabilidade. Indivíduos que vivem em contextos de maior vulnerabilidade social, com piores condições financeiras, menor nível de escolaridade, e menos acesso a serviços de saúde e com falta de suporte social, tendem a apresentar uma condição de saúde mais fragilizada. Sendo assim o curso de vida surge como um possível fator determinante da fragilidade em idades mais avançadas (ROBLEDO e FUNES,2012). Na população idosa a fragilidade tornase uma condição altamente prevalente, representando um problema de saúde pública (CESARI, et al, 2016).

Portanto conhecer a vulnerabilidade de grupos populacionais possibilita a mobilização de profissionais e da população civil, por meio de um processo educativo, a fim de gerar transformações sociais, que devem ser um alicerce para as relações intersetoriais e em ações comunicativas entre os sujeitos sociais. Sendo assim, acreditasse na importância de diferentes formas de enfrentamento, em termos não somente assistencial, de tratamento clínico e de reabilitação, mas também na implementação de políticas públicas e da realização de ações preventivas de doenças, bem como promoção de saúde da população de forma integral e resolutiva (MAIA, 2011).

Devido ao crescimento acentuado do percentual de pessoas idosas, é necessário compreender as transformações que ocorrem na sociedade. Há necessidade de acompanhar a evolução do processo de envelhecimento e identificar sinais da perda de funcionalidade e autonomia, o que as torna mais vulneráveis. Em pessoas idosas é necessário Identificar com antecedência possíveis problemas que surgem e elaborar estratégias para prevenir ou amenizar danos, priorizando atenção e recursos visando manter a qualidade de vida desta população (BALBINOT, 2019). Um estudo realizado por Hummell et al. (2016) com a população brasileira, mostra que embora a vulnerabilidade tenha ganhado maior destaque em estudos acadêmicos, o Brasil precisa de mais pesquisas e indicadores para que a temática abordada englobe todo país, pois, vulnerabilidade varia no tempo e no espaço entre os grupos sociais, geralmente devido às diferenças nas características socioeconômicas e demográficas.

A vulnerabilidade das pessoas idosas está marcada por uma multiplicidade de fatores determinantes que influenciam na percepção de saúde negativa pelos idosos, como: nível de instrução, educacional, dificuldade em realizar atividades instrumentais da vida diária, impossibilidade de realizar qualquer atividade habitual por algum motivo de saúde, possuir diagnóstico de doença crônica, condição de saúde bucal ruim, procura acentuada por serviços de saúde, consultas médicas e internamentos (ZANESCO, 2018).

A relação entre a autoavaliação de saúde e aos componentes da fragilidade estão presentes na medida em que a síndrome gera resultados nas alterações físicas e psicológicas que implicam a redução na participação social e na percepção de bem-estar da pessoa idosa. Pouco se sabe ainda a respeito desta relação em grupos mais específicos de idosos em situação de vulnerabilidade (DE OLIVEIRA, 2019).

Percepção de saúde é identificada por meio de uma esfera integral percebida pelo indivíduo sobre seu verdadeiro estado de saúde, tem influencia multidimensional e expressa aspectos objetivos e subjetivos. Em indivíduos idosos a percepção positiva sobre sua condição de saúde torna-se essencial para interação com sua família e sociedade (ZANESCO, 2018).

Desta forma torna-se necessária a formulação de políticas públicas de saúde que sejam voltadas a pessoa idosa, visando respaldar o planejamento de estratégias preventivas e da melhoria dos serviços ofertados, proporcionando uma melhor qualidade de vida e longevidade (ZANESCO, 2018). Visto que a fragilidade em idosos provoca impactos sociais, econômicos, familiares e de saúde, procura-se avalia-la na atenção primária de saúde, especificamente nas

unidades de saúde da família (USF), considerada a porta de entrada para atendimento no SUS (VERAS, et al, 2014).

1.3 INTERSETORIALIDADE, POLÍTICAS PÚBLICAS E EVIDÊNCIAS

O cenário demográfico atual caracterizado pelo grande aumento da proporção de idosos é um desafio no que se diz respeito a políticas públicas sociais e de saúde, que consiste em envelhecer com qualidade de vida e robustez para realizar de forma autônoma atividades da vida diária (AMARAL, 2017). O rastreamento populacional em grande escala de problemas de saúde, sociais e o consequente encaminhamento para serviços especializados, ou seja, intersectorialidade é um fator importante no desenvolvimento de intervenções para a sustentabilidade desses serviços (GRAY et al. 2016).

Para a elaboração de ações intersectoriais implica na troca e na construção coletiva de saberes, linguagens e práticas entre os diversos setores envolvidos na tentativa de orientar questões sanitárias, para que por meio destas torne-se possível produzir soluções inovadoras quanto à melhoria da qualidade de vida (TAVARES, 2016). A Política Nacional de Promoção a Saúde (PNPS) em 2014 propõe a importância do diálogo intersectorial, indicando que esta articulação deve estimular e impulsionar os demais setores a considerar na construção de políticas específicas, os fatores e as condições de vulnerabilidade, os riscos e as potencialidades da saúde que afetam a vida da população, responsabilizando assim, todos os setores e fazendo que a saúde componha as agendas de todas as políticas públicas (BRASIL,2014; TAVARES, 2016).

Um dos dilemas da intersectorialidade é o desafio da produção compartilhada de políticas públicas capazes de viabilizar a mudança na formação dos profissionais da saúde, exige que essas duas áreas operem conjuntamente, apesar de suas diferenças (REZENDE, 2015). Devido a intersectorialidade não possuir um conceito teórico ainda, estudos acerca dos desafios da mesma devem ser estimulados, a fim de conhecer seus limites e potencialidades entre as políticas públicas de assistência social e de saúde e outras, visando a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos, seus familiares e a comunidade em seus territórios como direito e sem contrapartida financeira (RODRIGUES, 2012).

Em uma política pública de atenção à pessoa idosa, é necessária ação de saúde pública abrangente relacionada ao envelhecimento, para OMS é imprescindível e pode ser realizada em todos os cenários, não importa o nível de desenvolvimento socioeconômico (PORTELLA, 2018). Presume-se que uma intervenção precoce em idosos considerados frágeis, é importante para promover a melhoria em sua qualidade de vida, assim, reduzindo os custos de cuidados (MORLEY et al., 2013).

As Políticas Públicas contemplam o conteúdo concreto e o conteúdo simbólico de decisões, processos, construção e da atuação das decisões políticas (SECCHI, 2013). Diversos tipos de políticas e suas distintas fases na tomada de decisões pleiteiam diferentes tipos de evidências, incluindo as evidências de aplicabilidade ou aceitabilidade política de uma intervenção ou conjunto de intervenções (CHAMPAN, 2016).

Uma política pública vigente no Brasil é o Sistema Único de Saúde, que se institucionalizou após um grande debate na sociedade brasileira, incitado pelo movimento sanitário e, posteriormente acolhido na Constituição Federal de 1988. A implantação do Sistema Único de Saúde é considerada uma concepção vitoriosa, sua implantação requereu grande compromisso de gestores, trabalhadores e também dos usuários do SUS (MENDES, 2011).

Mesmo com seus avanços inquestionáveis, o SUS enfrenta grandes desafios e reformas sanitárias continuam sendo necessárias com objetivo principal de valorizar as pessoas que utilizam dos sistemas de atenção à saúde, com intuito da diminuição de iniquidades. Para que ocorram tais mudanças, as mesmas devem advir de grandes movimentos como, por exemplo, o das decisões que são baseadas em opinião, para as decisões baseadas em evidências (MENDES, 2011).

A evidência, no campo da saúde, deve ser interpretada de forma articulada, com noções de “prova” e racionalidade (IOM, 2009). Evidência é muito mais que apenas uma pesquisa que inclui muitas informações contextuais, e deve ser vista como uma forma de elevar o nível do diálogo sobre decisões importantes. Neste sentido é mais adequado falar de políticas “informadas por evidências” do que “baseadas em evidências” (CHAMPAN, 2016). É importante ressaltar que evidências por si próprias não são suficientes para a tomada de decisão, é necessário conciliar muito bem os resultados da investigação científica, ou seja, a melhor

evidência disponível na literatura mundial, e a evidência local, que são consideradas como especialistas na decisão política (CHAMPAN, 2016).

As políticas públicas brasileiras não acompanharam o envelhecimento da população, visto que as mesmas não possuem a capacidade de mudar as condições de vida e saúde desse grupo populacional. O país não vem sendo capaz de acompanhar a rápida inversão da pirâmide etária, assim gerando dificuldade para fazer frente às necessidades de saúde que possam garantir qualidade de vida aos idosos (ALMEIDA SOUZA, 2015).

Deste modo torna-se necessário o investimento em ações de cunho intersetorial, afim, da redução da vulnerabilidade individual e social das famílias. Isto também inclui políticas que visem a melhoria das condições de educação dos jovens e adultos, apoio econômico às famílias, já que, os benefícios que os idosos dispõem estão sendo utilizados para a garantia do sustento de suas famílias mais vulneráveis e não para suprir às necessidades dos mesmos (ALMEIDA SOUZA, 2015).

Em um estudo realizado por Bock e colaboradores, observou-se que a fragilidade está fortemente associada a maiores custos relacionados a saúde. O índice de fragilidade foi associado a custos hospitalares e farmacêuticos, e notou-se que os custos não persistiam quando a fragilidade se mantinha controlada (BOCK et al., 2016). A multiplicidade de fatores que se associam à fragilidade destaca desafios a serem enfrentados pelas políticas públicas e demandam ações intersetoriais, bem como, o uso de tecnologias eficientes que forneçam além dos níveis de fragilidade, oportunidade para o monitoramento e direcionamento dos casos avaliados. Torna-se assim prioritário, minimizar o risco de incapacidade e auxiliar as equipes de saúde nas suas práticas.

Sabe-se que há necessidade de investimentos que sejam direcionados a saúde da pessoa idosa, visando garantir sua assistência visto que a relação dos idosos com os serviços de saúde é intensa e pode refletir iniquidades impactando negativamente na qualidade de vida dessa população dependente de políticas publicas integradas e efetivas (CRUZ, 2020).

Dentro das equipes de saúde, os agentes comunitários são considerados como a ligação das unidades com a comunidade, pois, possuem atribuições como o desenvolvimento de ações para integração da população com a equipe, levando em consideração as características e finalidades do trabalho e do acompanhamento dos indivíduos e grupos sociais (JUNQUEIRA,

2008). A principal atividade de um agente de saúde são as visitas domiciliares realizadas em sua microárea, as mesmas representam o acompanhamento de condições de saúde das famílias. Os ACS são responsáveis por realizar o cadastro de cada membro da família, realizar orientações em diversos aspectos, e levar as informações sobre o funcionamento dos serviços (MOROSINI,2018).

Além do descrito, os agentes ainda possuem outras atribuições, como manter o contato permanente com as famílias além de desenvolver atividades com ações educativas, a fim de realizar a promoção e prevenção das doenças, de acordo com o planejamento da equipe. O cadastramento de todas as pessoas de sua microárea e a atualização dos mesmos, bem como a orientação dos mesmos sobre a utilização dos serviços de saúde disponíveis (JUNQUEIRA, 2008).

Em casos mais severos de fragilidade, espera-se dos serviços de atenção básica e de assistência social a oferta efetiva de suporte ao idoso e seus familiares, sendo vistos como prioridade para políticas públicas de saúde, pois demandam cuidados, suporte familiar e social. Além disso, é ressaltada a necessidade de profissionais da saúde sendo capazes de realizar uma boa avaliação do idoso frágil podem prevenir o desenvolvimento e o agravamento da síndrome (LINCK; CROSSETTI, 2011).

Além da necessidade de políticas públicas e de ações intersetoriais, a multiplicidade de fatores que se associam à fragilidade destacam desafios a serem enfrentados com auxílio de tecnologias que eficientes que forneçam além dos níveis de fragilidade, oportunidade para o monitoramento e direcionamento dos casos avaliados. Sendo assim o presente estudo busca contribuir com aquilo que se tornou prioritário: minimizar o risco de incapacidade e auxiliar as equipes de saúde nas suas práticas.

A Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde que tem como objetivo respeitar as necessidades nacionais e regionais de saúde, visando o aumento da produção de conhecimentos, bens materiais e processuais nas áreas prioritárias para o desenvolvimento das políticas sociais e de saúde da população. Por tanto, justifica-se por meio da mesma, a relevância do presente estudo segundo itens que demonstram a importância do tema abordado, sendo eles:

6.1.1 Estudos sobre o impacto do envelhecimento populacional no sistema de

Saúde; 6.1.4 Identificação, distribuição e vulnerabilidade da população idosa; 6.3.1.2 Avaliação do impacto de modelos de atenção e da utilização dos serviços de saúde: Programa Saúde da Família e de Agentes Comunitário de Saúde.

Os temas tecnologia e inovação tecnológica permeiam os meios de comunicação, as agendas de governos, empresas, agências de fomento a pesquisas e diversas organizações sociais, com forte influência no setor saúde. A eficácia do uso de tecnologias depende da organização de saúde a nível municipal e dos profissionais de áreas interdisciplinares, que busquem produzir além do tratamento, a prevenção de doenças (ENGELA, 2018).

Novas tecnologias surgem constantemente, sabe-se que as mesmas devem ser implementadas na área da saúde com a intenção de gerar indicadores. O presente estudo, tem como relevância, pois, fornece elementos para reflexão sobre a tomada de decisões e a necessidade da formulação de políticas públicas, com o intuito de contribuir com a gestão e práticas em saúde destinadas a idosos frágeis da comunidade.

2 DECLARAÇÃO DE OBJETIVO

O presente estudo de métodos mistos, sequencial transformacional, buscou encontrar respostas para o problema de pesquisa convergindo dados quantitativos (tendências numéricas amplas) e dados qualitativos (concepções detalhadas). O objetivo foi desdobrado em duas fases, a primeira verificou a relação entre variáveis sociodemográficas, percepção de saúde e apoio social com a fragilidade; em pessoas idosas cadastradas em USF de região de alta vulnerabilidade social; a segunda fase buscou explorar a percepção de membros da equipe de saúde, que testaram uma ferramenta computacional para avaliação e monitoramento da fragilidade em idosos, bem como identificar condutas e tomada de decisões das equipes de saúde para atendimento do idoso, com base nos registros de prontuários.

3 QUESTÕES DE PESQUISA

As condições sociodemográficas como sexo, idade, escolaridade, renda familiar assim como a auto avaliação de saúde e o apoio social estão relacionadas com a fragilidade do idoso?

Como se apresenta a percepção sobre a ferramenta computacional que avalia fragilidade, quanto a sua utilidade para a tomada de decisões na atenção primária nos membros da equipe de saúde?

Quais os serviços mais procurados pelos idosos cadastrados nas Unidades participantes do estudo, segundo a orientação das equipes de saúde?

3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

O método misto foi desenvolvido devido à necessidade de reunir dados quantitativos e qualitativos em um único estudo, de modo a alcançar o objetivo proposto. A inclusão de múltiplos métodos de dados e formas de análise possibilitou procedimentos mais explícitos devido a maior complexidade. Tais procedimentos foram também desenvolvidos, em parte, visando atender a necessidade de auxiliar os pesquisadores na criação de projetos compreensíveis por meio de dados e análises mais complexas (CRESWELL, 2007).

A escolha pela técnica de métodos mistos ocorreu devido à mesma possibilitar que o pesquisador se embase em alegações de conhecimentos em elementos pragmáticos, ou seja, orientado para a consequência e centrado no problema de forma pluralista. Esse método emprega estratégias de investigação que envolvem a coleta de dados simultânea ou sequencial para entender os problemas da melhor forma. A coleta de dados também engloba a obtenção de informações numéricas (instrumentos de avaliação) e informações de textos (entrevistas), consequentemente resultando em um banco de dados composto por informações quantitativas e qualitativas (CRESWELL, 2007).

Foram realizados procedimentos observacionais e analíticos para examinar relações entre variáveis referentes às condições de saúde e fragilidade dos idosos, seguidamente realizaram-se análises explicativas das percepções dos participantes.

A presente proposta de pesquisa vinculou-se ao estudo denominado: “Ferramenta de Monitoramento de Níveis de Fragilidade em Idosos Atendidos na Atenção Básica de Saúde:

Avaliação de sua Efetividade e Eficiência”, de responsabilidade da Profa. Dr^a. Marisa Silvana Zazzetta. Tal estudo analisou o uso de tecnologia para avaliação da saúde do idoso que pudesse qualificar dados e evidências, especificamente das condições de fragilidade, para a tomada de decisões das equipes da EFEs. O estudo acima citado foi formatado em duas etapas, a primeira contemplou análise da ferramenta computacional; análise de comparação e confiabilidade; análise de possibilidades de hospedagem; entrevistas com avaliadores e reuniões de consenso e atualização da ferramenta. A segunda fase compreendeu o uso da ferramenta em ambiente real, em que agentes comunitários e equipe de pesquisa avaliaram idosos atendidos nas USF mediante a ferramenta computacional e confrontaram-se resultados apontados pelo software, com a verificação in loco do tipo de fragilidade e domínios associados, por meio de instrumentos consolidados.

A ferramenta utilizada no presente estudo é um programa computacional que visa avaliar e monitorar os níveis da fragilidade em pessoas idosas. Ela propõe que sua utilização seja efetuada por agentes comunitários e profissionais da área da Saúde em geral. Esta ferramenta disponibiliza questionários a serem respondidos por idosos durante entrevista.

Sendo assim, a versão mais atual do protótipo da ferramenta vem sendo utilizada em Tablets e pode ser também utilizada em smartphones, ela possui design projetado de forma usual e acessível. A ferramenta está disponível para que todos possam conhecer o projeto, ao realizar a avaliação a pontuação gerada é verídica.

Figura 1: Screendump login.

Projeto de pesquisa PPSUS/FAPESP: Ferramenta de monitoramento do nível de fragilidade em idosos atendidos na atenção básica de saúde: avaliação de sua efetividade e eficiência

Este site hospeda um sistema para identificação de fragilidade em idosos, a ser utilizado por agentes de saúde no monitoramento dos níveis de fragilidade de idosos de forma a colaborar no cuidado de saúde.

A ferramenta está em fase de desenvolvimento e não deve ser usada fora do contexto do projeto. Os pesquisadores não se responsabilizam pelo uso desta sistema fora do contexto do projeto.

Departamento de Gerontologia - UNICAR
Instituto de Ciências Matemáticas e de Computação - USP

Login:

Senha:

Entrar

Figura 2: *Screendump* cadastro de paciente, agente e unidade de saúde.



Figura 3: *Screendump* da página de histórico do paciente

Pacientes			
Nome	Número SUS	Avaliação Subjetiva	Avaliação Edmonton
		Frágil	Não apresenta fragilidade
		Não Frágil	Não apresenta fragilidade
		Frágil	Fragilidade leve

A ferramenta desenvolvida é funcional, possui uma base de dados que está modelada e consolidada, quando aplicada roda no servidor disponibilizado pelo Instituto de Ciências Matemáticas e Computação - ICMC-USP. Foi desenvolvida para ser responsiva e detectar o dispositivo pelo qual o usuário está realizando o acesso, assim, modificando automaticamente sua interface com o intuito de obter melhor usabilidade e acessibilidade.

No presente estudo, derivado da pesquisa maior, acima citada se utilizou o banco de dados referentes a resultados de avaliações realizadas junto a pessoas idosas e dados coletados junto a membros das equipes de saúde de três USFs, coletados mediante entrevistas e grupos focais. O grupo focal em pesquisa qualitativa visa obter dados por meio de reuniões grupais com os participantes do estudo. Consiste na realização de interação entre os participantes e o pesquisador, objetivando a coleta de dados por meio da discussão com abordagem específica ou diretiva. Tem como finalidade discutir, escutar, conversar e debater sobre o tema proposto

e o que mais possa surgir em seu decorrer. A reunião de grupo focal é conduzida por um facilitador com tópicos pré-estabelecidos anteriormente (PELICIONI, 2001; BIEHL, 2018).

3.2 LOCAL E PERÍODO DO ESTUDO

O estudo foi realizado em três Unidades de Saúde da Família inseridas em bairros classificados como de alta vulnerabilidade social, segundo o Índice Paulista de Vulnerabilidade Social (SEADE, 2010). As Unidades de Saúde da Família foram nomeadas como A, B e C.

No município de São Carlos, a região a região era denominada até 2016 como Administração Regional de Saúde (ARES) “Cidade Aracy” (Figura 4).

O período de coleta de dados compreendeu de outubro de 2018 a outubro de 2019. Especificamente a coleta de dados com os membros das equipes de saúde foi realizada no primeiro semestre de 2019, e o outro no segundo semestre de 2019.

Figura 4. Mapa das Administrações Regionais de Saúde (ARES) do município Carlos, SP.



3.3 POPULAÇÃO

A população alvo do estudo foi composta pelos agentes comunitários de saúde, profissionais de saúde e dados de avaliações realizadas em pessoas idosas cadastradas em Unidades de Saúde.

Em relação às pessoas idosas foi utilizado o banco de dados da pesquisa maior, acima mencionada, que avaliou a fragilidade em 238 idosos cujos critérios de inclusão foram: (a) Idade igual ou superior a 60 anos; (b) Ser cadastrado nas USFs da ARES “Cidade Aracy” assistidas pelo NASF; (c) Apresentar capacidade de compreensão e comunicação verbal. Os critérios de exclusão foram: (a) Doenças ou sequelas que impeçam a realização dos testes (déficits motores graves, auditivos ou afasia); (c) idosos com doenças em estágio terminal.

Em relação aos membros das equipes de saúde de saúde da família, participaram oito agentes de saúde e um enfermeiro. O critério de inclusão foi formar parte do quadro de funcionários da USFs que compõem a antiga regional “Cidade Aracy” e que são assistidas pelo NASF. E os critérios de exclusão foi o de não pertencer ao quadro efetivo de servidores, como exemplo: voluntários, residentes e estagiários.

3.4 PROCEDIMENTOS

Os dados sociodemográficos de saúde e de fragilidade referentes às das pessoas idosas foram obtidos mediante os instrumentos que se detalham a seguir:

Avaliação subjetiva da fragilidade

Foi realizada com base em Nunes, 2011, por questões com respostas dicotômicas (sim ou não) sendo o sim considerado como um componente a ser pontuado para o critério de fragilidade.

Para avaliação do peso corporal ser perguntado: “No último ano, o (a) Sr (a) perdeu mais de 4,5 kg de peso sem fazer nenhuma dieta?”; para verificar o nível de atividade física ser perguntado: “O (a) Sr (a) acha que faz menos atividade física do que há 12 meses atrás?”; para verificar a força de preensão ser questionado “No último ano, o (a) Sr (a) acha que sua força

diminui?"; para avaliar a velocidade da marcha ser questionado "O (a) Sr (a) acha que est caminhando mais devagar do que caminhava h 12 meses atr s?" e para verificar a fadiga relatada serão aplicadas 2 questões do instrumento CES-D Depression Scale (Escala de depressão do Center for Epidemiological Studies), - "O(a) Sr.(a) sentiu que teve que fazer algum esforço para dar conta de suas tarefas do dia a dia?"; "O(a) Sr.(a) sentiu que não conseguiria levar adiante as suas tarefas?". As respostas são em escala Likert (nunca ou raramente = 0, às vezes = 1, frequentemente = 2, sempre = 3). Os idosos que obtiverem escore 2 ou 3 em qualquer uma das duas questões, ou a soma das questões pontuarem 2 ou 3, preenchem o critério de fragilidade para o item de Fadiga auto-referida (FRIED et al, 2001).

Também será avaliada a Fragilidade mediante o fenótipo de fragilidade da Fried: 1) medida do peso corporal: perda de peso não intencional igual ou superior a 4,5 kg ou a 5% do peso corporal no ano anterior; 2) medida da fadiga avaliada por autorrelato evocado por duas questões de uma escala para rastreio de depressão (BATISTONI et al., 2007; RADLOFF, 1977), sendo considerada manifestação de fadiga a afirmação que em três dias ou mais da semana o idoso sentiu que precisou fazer muito esforço para dar conta das tarefas ou que não conseguiu levar avante as suas tarefas habituais; 3) medida da força de prensão manual mensurada por meio de dinamômetro hidráulico portátil na mão dominante, ajustada por sexo e por índice de massa corporal (IMC) (RAUEN, MOREIRA, CALVO & LOBO, 2008); 5) medida da velocidade da marcha indicada pelo tempo médio gasto para percorrer a distância de 4,6 m, com ajustes segundo sexo e altura (GURALNIK et al., 1994; NAKANO, 2007).

Cabe informar que a presença de três ou mais das cinco características do fenótipo significará fragilidade, uma ou duas significará pré-fragilidade e nenhuma característica indicará que o idoso não é frágil.

Escala de Fragilidade de Edmonton - Edmonton Frail Scale

Escala de Fragilidade de Edmonton: Para avaliação da fragilidade dos idosos brasileiros, em 2008, Fabricio-Whebe traduziu, adaptou e validou a Edmonton Frail Scale (EFS), que é uma escala que multidimensional e fundamental em serviços de saúde para identificar precocemente casos de idosos considerados vulneráveis, pré-frágeis e frágeis. Fabrício-Whebe (2008) salienta que o uso da referida escala possibilitará que pesquisadores, profissionais e governantes responsáveis por políticas públicas de saúde identifiquem a fragilidade entre idosos brasileiros, para o desenvolvimento de intervenções e políticas de saúde mais adequadas e específicas para esta população. A EFS avalia nove domínios, que são: cognição, estado geral de saúde,

independência funcional, suporte social, uso de medicamentos, nutrição, humor, continência e desempenho funcional, investigados por 11 itens. Sua pontuação máxima é 17 e representa o nível mais elevado de fragilidade. Os escores para análise da fragilidade são: 0-4, não apresenta fragilidade; 5-6, aparentemente vulnerável; 7-8, fragilidade leve; 9-10, fragilidade moderada; 11 ou mais, fragilidade severa. Apoio social foi avaliado por meio da utilização do instrumento Medical Outcomes Study (MOS). Desenvolvido por Shernourne e Stewart no ano de 1991 e já validado no Brasil, o MOS conta com cinco dimensões, são elas: 1. Apoio material; 2. Apoio afetivo, 3. Apoio emocional, 4. Apoio de informação e 5. Interação social positiva. As notas de corte em cada dimensão de 20 a 100 pontos, exceto na dimensão Apoio Afetivo, que é de 15 pontos. Os resultados indicam que quanto maior a pontuação, maior é o nível de apoio social (ZANINI et al., 2018)

Os dados referentes aos membros das equipes de saúde foram coletados mediante entrevista semi-estruturada e dois grupos focais realizados nas dependências das USFs

Em relação aos membros das Equipes de Saúde da Família foi aplicada uma entrevista semi-estruturada e realizados dois grupos focais, segundo se detalham a seguir:

Entrevista Semi-Estruturada:

O conteúdo das entrevistas abordou dados sociodemográficos e como idade, escolaridade, etnia, gênero, tempo de serviço na saúde, bem como identificação da fragilidade em idosos, estratégias de cuidado continuado e integral e ações da política da atenção básica disponíveis para prevenir fragilidade e fatores de risco.

Grupos focais com membros de equipes de saúde:

Para o conhecimento dos agentes de saúde sobre a ferramenta computacional foram realizados “testes-piloto” para o treinamento inicial no uso da ferramenta, antes de realizar os grupos focais. Os testes-piloto permitiram realizar melhorias na ferramenta para uma maior eficiência de aplicação e para obtenção assertiva de resultados.

A condução dos dois grupos focais ocorreu nas dependências das USFs, com registro gravado das falas dos participantes e, posteriormente foi efetuada a transcrição e análise. Além dos dispositivos de gravação e filmagens foram utilizados papéis, canetas, e um pano onde foram colocados os cartões utilizados para coletar informações dos agentes. Os grupos contaram com relator, facilitador e um responsável pelas gravações audiovisuais.

O primeiro grupo focal foi realizado em uma das USFs, em uma sala de atendimento.

Os temas disparadores do primeiro grupo focal foram: “Avaliação da fragilidade na pessoa idosa” e “benefícios e limitações de ferramentas para avaliação e monitoramento da fragilidade”. Os participantes foram orientados a explorar aspectos positivos e negativos, em ambas temáticas.

O segundo grupo foi realizado com 7 agentes de saúde e um enfermeiro, mediante as seguintes questões disparadoras: quais protocolos e ou condutas de identificação da fragilidade em idosos são utilizadas? Quais estratégias de cuidado continuado e integral e ações da política da atenção básica podem estar disponíveis para prevenir fragilidade e fatores de risco?

Os membros das equipes das USFs realizaram uso da ferramenta de avaliação de fragilidade e em grupo focal, descreveram condutas e práticas relacionadas ao uso de um dispositivo que se propõe como efetivo e eficiente para a identificação do risco de fragilidade em idosos e o monitoramento. Os temas abordados nos grupos foram: avaliação do idoso, indicadores quantitativos e qualitativos de efetividade na avaliação da fragilidade e o uso de equipamentos de saúde.

Análise de documentos:

A partir de registros de prontuários das pessoas idosas cadastradas nas unidades se analisou a frequência de visitas domiciliares, prescrições e indicações de participação em atividades para grupos de idosos e ou de risco e encaminhamentos para outros níveis de atenção à saúde do SUS.

3.5 ASPECTOS ÉTICOS

Todos os preceitos éticos foram respeitados, conforme resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, conforme parecer 2.424.616/2017, consubstanciado pelo Comitê de Ética em Pesquisas em Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos, referente à pesquisa intitulada “Ferramenta de Monitoramento de Níveis de Fragilidade em Idosos Atendidos na Atenção Básica de Saúde: avaliação de sua efetividade e eficiência”, pesquisa maior a qual o presente estudo está vinculado.

4 FORMA DE ANÁLISE DOS RESULTADOS

Para análise quantitativa, os dados coletados foram inicialmente transportados para uma planilha de dados do programa Excel for Windows, e então, para o programa de software *Statistical Package for Social Science* (SPSS), versão 22.0, para as seguintes análises:

- Descritiva: com confecção de tabelas de frequência, medidas de posição (média, mediana, mínima e máxima) e dispersão (desvio- padrão);
- Testes paramétricos e não paramétricos para conhecer a distribuição das variáveis na população.
- Coeficiente de Correlação de Pearson ou Spearman: utilizado para verificar a validade concorrente da ferramenta de monitoramento de níveis de fragilidade correlacionandoa com os demais instrumentos de medida.
- Para averiguar se a amostra deste foi proveniente de uma população com distribuição paramétrica utilizou-se o teste para normalidade de Shapiro-Wilks e dessa forma a análise descritiva foi apresentada sob a forma de média \pm desvio-padrão.
- Teste de Comparação de Média: utilizado para comparação das médias dos instrumentos de medida, entre os grupos de não frágeis, pré frágeis e frágeis. Foi realizada o teste de comparação paramétrico ANOVA One Way.
- O nível de significância adotado para os testes estatísticos foi de 5% ($p \leq 0,05$).

Para a análise qualitativa os materiais coletados nas entrevistas, grupos focais e registros escritos foram transcritos e organizados em arquivos eletrônicos a fim de serem analisado posteriormente, a fim de elucidar as mensagens subjacentes no conjunto de mensagens.

Para a interpretação e discussão foi utilizado o referencial dialético crítico. O método dialético de Marx possui como pressuposto dois momentos, são eles: a investigação (pesquisa) e a exposição (apresentação). Nesse processo buscou-se o pensamento necessariamente livre de opiniões pré-concebidas, dos conceitos externos ao objetivo, e de hipóteses que pairam acima

dele, assim considerando apenas o seu movimento e trazendo a consciência para o trabalho da lógica e do objeto específico (CHAGAS, 2011).

O método dialético tem como base filosófica o marxismo, tendo características comuns como a lógica e a racionalidade, seu pensamento é baseado na filosofia materialista da qual traz uma antiga concepção na evolução de ideias, assim fundamentando seu pensamento na interpretação dialética do mundo (TRIVIÑOS, 2013).

Para melhor apresentação dos dados qualitativos, as categorias epistemológicas escolhidas para apresentação do método dialético crítico serão a historicidade e a totalidade. A categoria historicidade é o conhecimento decorrente de uma prática dada de um determinado contexto sócio-histórico, sendo assim é preciso compreender cada conhecimento a partir da realidade sócio-histórica na qual ele foi construído.

Já a totalidade nos mostra a necessidade de serem analisados fenômenos sociais e suas relações uns com os outros. A totalidade pode ser vista como a soma das partes, mas pela relação entre o que é particular e o que é geral (SIMÕES, 1996).

A análise dos dados qualitativos foi realizada com base na análise de conteúdo de Bardin (2010), em três fases. Na primeira, nomeada pré-análise, realizou-se a sistematização dos documentos e foram identificadas as ideias iniciais que conduziram o desenvolvimento das fases seguintes de análises.. Esta fase também pode ser definida como a fase de organização, onde são identificadas as ideias iniciais que irão conduzir o desenvolvimento do projeto.

A segunda fase denomina-se de exploração do material, nela se administram as decisões tomadas. Nesta fase se realizaram as codificações e enumerações das falas e conteúdos formuladas da fase anterior.

A terceira fase tratou dos resultados obtidos e interpretação, nela ocorreram operações estatísticas simples que permitem a realização do quadro de resultados, diagramas e figuras, possibilitando ressaltar as informações fornecidas pela análise.

Figura 5: Desenvolvimento da análise de conteúdo.



Fonte: Bardin (2010)

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Apresentam-se, a seguir, resultados e discussão dos achados, de modo a responder as perguntas de pesquisa que possibilitaram alcançar o objetivo proposto. Inicia-se com às condições sociodemográficas dos idosos avaliados.

5.1 PERFIL DE FRAGILIDADE DOS IDOSOS CADASTRADOS NAS USF'S E OUTROS FATORES

Tabela 1: Perfil sociodemográfico dos Idosos Participantes do Estudo

Variáveis	Categorias Nº	Nº (%)	Média (dp)	[Min-Max]	Mediana
Sexo	Masculino	99 (41,6)			
	Feminino	139 (58,4)			
Idade			71,99 (7.31)	60-100	71
	60-69	104 (43,7)			
	70-79	100 (42,0)			
	≥ 80	34 (14,3)			
Etnia	Branca	118 (49,6%)			
	Pardo/Mulato/Caboclo	77 (32,4)			
	Negro/Preto	31 (13,0)			
	Amarelo	3 (1,3)			
	Não Sabe	1 (0,4)			
	Não Respondeu	1 (0,4)			
Estado Civil	Com Parceiro	145 (60,9)			
	Sem Parceiro	93 (39,1)			
Escolaridade(anos)			2,65 (2,82)	0-17	2
Renda Familiar			1689,14	1-10000	1800
Mora só	Sim	36 (15,1)			
	Não	202 (84,9)			
Suporte Social	Apoio Material		88,21 (21,22)	0-100	100
	Apoio Afetivo		88,82 (19,82)	0-100	100
	Interação Emocional		83,74 (22,35)	0-100	100
	Apoio de Interação Social		82,21 (23,90)	0-100	100
	Apoio de Informação		81,66 (24,15)	0-100	100
Quantidade de Medicamentos			3,93 (2,51)	0-13	3
Avaliação Subjetiva de Saúde	Moderada e Ruim	29 (12,2)			
	Excelente, Muito boa				

Fonte: Elaboração do Autor 2019

Os dados sociodemográficos obtidos indicam prevalência do gênero feminino, evidenciando a feminização da velhice, dados que corroboram com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, disponibilizado em 2017 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), onde obteve como evidência que a população idosa feminina representa 16,9 milhões (56%), enquanto os homens representam 13,3 milhões (44%) da população brasileira, mostrando que as mulheres vivem em média sete anos a mais que os homens (BRASIL, 2017).

Em relação à idade dos participantes, a faixa etária de maior prevalência foi a de 60 a 69 anos, também corroborando com dados divulgados pelo censo demográfico de 2010 (IBGE, 2013) demonstrando a maior prevalência da população idosa que reside em áreas urbanas e rurais possui de 60 a 64 anos e de 65 a 69 anos, assim também como dados encontrados em um estudo realizado por Lubenow e Silva com idosos atendidos em USFs da Paraíba, a maioria população de idosos entrevistados, possuía idade entre 60 e 69 anos (45,4%) (LUBENOW ; SILVA, 2019). No que diz respeito a etnia a maior porcentagem encontrada foi de idosos brancos 118 (49,6%) seguidos por idosos que declararam ser Pardos, Mulatos ou Caboclos 77 (32,4%).

O presente estudo teve predominância de, mulheres idosas (56,4%), com parceiros (60,9%) e com a média de anos estudados de 2,65 (dp=2,82). Em relação à renda média foi encontrado a de 1689,4 reais e apenas 15,1% dos idosos moram sozinhos

Dados obtidos pelo último Censo realizado no Brasil mostram que 43,2% dos idosos brasileiros possuem renda de até um salário mínimo e 29,0% recebem de um a dois salários (IBGE, 2010). Sabe-se que frequentemente, a pessoa idosa é responsável pelo sustento de seu lar, ou seja, o provedor de todos os membros da família, fator gerado em decorrência de mudanças da sociedade contemporânea e baixos valores de pagamento devido a aposentadoria, são considerados como uma das principais razões desta população buscar reentrada no mercado de trabalho (SPIGOLON,2018).

A desigualdade socioeconômica pode acarretar estresse crônico do decorrer da vida, afetando conseqüentemente a saúde física e a cognição desses idosos (TOMOMITSU, PERRACINI, NERI, 2014). Aumenta, assim, o risco de adoecimento e de agravamento das

doenças pré-existentes, atentando-se ao fato de que alguns deles precisam de medicamentos que por muitas vezes não são ofertados pelo SUS (ANTUNES et al., 2015; SANTOS, CUNHA, 2013; CLARES et al., 2011).

Ao ser avaliado o suporte social, a menor média obtida foi no apoio à informação 81,66 pontos (DP=24,15). O suporte social é apontado por estudiosos como relevante, é um aspecto que deve ser considerado no oferecimento de assistência integral a saúde dos idosos, aumentando sua importância com o passar dos anos (GUEDES et al., 2017; MAIA et al., 2016).

Possuir uma rede social que ofereça suporte emocional, de informação e instrumental é fundamental e favorece a melhoria dos parâmetros de saúde dos idosos, auxiliando até mesmo na redução da depressão (SEHLO; KAMFAR, 2015), prevenindo as incapacidades (JAMES et al., 2011) e reduzindo as chances de institucionalização (RODRIGUES; SILVA, 2013), gerando maior sensação de bem estar PAZIN et al., 2016) e qualidade de vida (FERNANDEZ-MAUORALAS et al., 2012).

Quando o apoio social é considerado insuficiente ou inexistente, a possibilidade de ocorrer um aumento da vulnerabilidade e um agravamento de doenças é aumentado (MAIA et al., 2016). Idosos que possuem maior rede de apoio social são encontrados com maiores níveis de qualidade de vida em comparação aqueles que interagem apenas com seus familiares e com poucos amigos, tornando evidente o efeito positivo das redes de suporte social (FARIA, 2017).

Em relação ao uso de medicamentos a média obtida indicou que os participantes utilizavam em média cerca de 3,93 (dp= 2,51), dados semelhantes com os de um estudo realizado com 761 idosos cadastrados na ESF do município de Porto Alegre/RS, onde a média de medicamentos utilizados por essa população foi de $4,1 \pm 3,1$. O mesmo estudo concluiu que é de grande importância a escolha farmacológica adequada, tornando assim a terapia eficaz, e gerando uma melhor qualidade de vida para a pessoa idosa (DE ANDRADE, 2019).

Quando avaliada de forma subjetiva a saúde dos idosos, 87,8% relataram que consideram a sua saúde como “excelente”, “muito boa” ou “boa”. Dados que corroboram com um estudo realizado Cruz 2019, com idosos atendidos no serviço de saúde pública, onde a maioria considerou sua saúde boa ou regular, sendo que a autopercepção de saúde em idosos é considerada um excelente preditor de morbimortalidade (CRUZ,2019). Segundo Confortin et al (2015) a percepção de saúde é considerada uma medida subjetiva importante, pois tal autorelato pode ser considerado como um forte indicador do estado de saúde em idosos.

Também foram obtidos dados sociodemográficos para identificação perfil dos profissionais de saúde que participaram do grupo focal do presente estudo, são eles:

Tabela 2: Perfil sociodemográfico dos Profissionais de Saúde Participantes do Estudo.

Variáveis	Categorias	Nº	%
Sexo	Masculino	1	12,05
	Feminino	7	87,5
Idade	40-45 anos	6	75,0
	46-50 anos	1	12,05
	51-55 anos	1	12,05
Escolaridade	Ensino médio completo	5	62,5
	Nível Técnico	2	25,0
	Nível Superior	1	12,05

Fonte: elaboração do autor, 2020.

Observa-se a maior participação de Mulheres (87,5%), com idade de 40 á 45 anos (75%), dados semelhantes ao de uma pesquisa realizada por Martins com profissionais de saúdes inseridos na atenção básica, onde a prevalência foi do sexo feminino com a faixa etária acima de 30 anos (MARTINS, 2019).

Em relação a escolaridade a maioria dos participantes possui até o ensino médio completo (62,5%) corroborando com dados de Cabral, onde 60,66% dos participantes havia cursado até o ensino médio mesmo com o grau de escolaridade exigido para exercer essa função seja até ensino fundamental (CABRAL, 2019).

Já no que diz respeito a síndrome da fragilidade foram obtidos os seguintes resultados quando aplicados a medida de fragilidade de Fried, a Escala de Fragilidade de Edmonton e a escala Subjetiva de Nunes:

Tabela 3- Prevalência da fragilidade medida por Fried, EFE e Subjetiva em idosos cadastrados em Unidades de Saúde da Família de um bairro em contexto de vulnerabilidade Social. São Carlos, 2020.

Variáveis	Categorias Nº	Nº (%)
Fenótipo de Fragilidade de Fried	Não Frágil	55 (23,1)
	Pré Frágil	134 (56,3)
	Frágil	49 (20,6)
Escala de Fragilidade de Edmonton	Não Frágil	31 (13)

	Vulnerável	72 (30,3)
	Frag.Leve	76 (31,9)
	Frag.Moderada	51 (21,4)
	Frag.Severa	8 (3,4)
Fragilidade Subjetiva	Não Frágil	116 (48,7)
	Pré Frágil	94 (39,5)
	Frágil	28 (11,8)

Fonte: relatório pesquisa PPSUS, 2019.

Nota-se que a prevalência de idosos frágeis quando avaliado segundo fenótipo de Fried foi de 20,6%, enquanto de acordo com a Escala de Fragilidade de Edmonton 56,7% foram identificados como frágeis. Já na avaliação subjetiva de Nunes 11,8% dos idosos pontuaram para fragilidade.

Pesquisas em âmbito nacional foram realizadas com o objetivo de verificar a prevalência de fragilidade utilizando o fenótipo de Fried apresentaram resultados semelhantes a estes aos encontrados no presente estudo. Entre elas existe uma investigação realizada no município de Lafaiete Coutinho, BA, classificado com baixo índice de desenvolvimento humano, onde foram avaliados 316 idosos com idade igual ou superior a 60 anos, 18,4% desses idosos foram encontrados como não frágeis, 57,8% pré-frágeis e 23,8% frágeis (REIS JUNIOR et al., 2014); Já em um estudo realizado na cidade de Curitiba, com 203 pessoas na faixa etária de 60 anos ou mais, obteve-se como taxa de pré-fragilidade e fragilidade 56,7% e 19,2% respectivamente (LENARDT et al., 2015).

Outro estudo realizado com idosos da comunidade visando verificar a fragilidade segundo a EFE, obteve-se como resultado que 24% dos avaliados estavam aparentemente vulneráveis e 64% estavam frágeis, indicando a prevalência de mulheres e de baixa escolaridade (LEONARDO et al. 2014).

Já em um estudo realizado no interior paulista com 240 idosos os resultados em relação a fragilidade com EFE foram que 39,1% eram frágeis, sendo prevalente as mulheres casadas (FHON et al. 2013).

Justificam-se as diferentes taxas de prevalência de idosos frágeis quando comparadas com o presente estudo devido ao contexto de vulnerabilidade social em que os participantes estavam momento da coleta de dados, já que a fragilidade pode ser diretamente influenciada

por condições de pobreza e por estar associada a contextos de baixo nível socioeconômico (DUARTE; PAUL, 2015).

Sabe-se que fazer o uso contínuo de dois ou mais medicamentos contribui de forma negativa para a saúde e acarreta em maior incidência de desfechos para a fragilidade (ANDREW, 2015). Em um estudo longitudinal realizado na Itália, com 888 idosos de 65 anos ou mais, teve como objetivo averiguar se a fragilidade física gera maior incidência de depressão, os resultados obtidos 33 quando comparado o grupo de idosos frágeis com os de idosos não frágeis, os frágeis apresentaram maior risco de desenvolver sintomas depressivos (COLLARD et al., 2015).

No presente estudo, de acordo com a tabela 2, quando avaliados por meio dos critérios de Fried a prevalência foi de idosos pré-frágeis (56,3%), seguidos de idosos que não pontuaram para fragilidade (23,1%), e por fim os idosos frágeis (20,6%). Já quando utilizada a Escala de Fragilidade de Edmonton a maior porcentagem foi de idosos com fragilidade leve (31,9%), não diferindo da porcentagem de idosos vulneráveis (30,3%), já a quantidade de idosos não frágeis foi o menor (13%). Na escala subjetiva os idosos com maior porcentagem foram os não frágeis (48,7%), seguidos por idosos pré-frágeis (39,5%) e idosos frágeis (11,8%).

Foram realizadas análises de correlação entre os níveis fragilidade avaliada segundo o fenótipo de Fried e a EFE, com os dados sociodemográficos dos idosos participantes da pesquisa. Os dados obtidos quando utilizado Fried foram:

Tabela 4: Correlação do nível de fragilidade avaliado segundo o fenótipo de Fried em relação às variáveis sociodemográficas de idosos cadastrados em USF. São Carlos, SP, 2020.

<u>Fenótipo de Fried</u>	<u>*r</u>	<u>**p-valor</u>
Sexo	0,054	0,410
Idade	0,366	<0,001
Etnia	0,078	0,231
Escolaridade	-0,226	<0,001
Morar só	0,01	0,880
Renda familiar	-0,273	<0,001
Estado Civil	0,105	0,107

Fonte: Elaboração do autor, 2020.

É possível identificar na tabela acima que houve correlação, e significância (p-valor $\leq 0,001$) da fragilidade com a idade. Já os anos de escolaridade e a renda familiar apresentaram correlação negativa, porém com significância (p-valor $\leq 0,001$) em ambos. Dados semelhantes ao de um estudo realizado por Lins (2019), com idosos adscritos às USF onde identificou-se a prevalência de fragilidade em idosos associada com idade e situação previdenciária(LINS,2019).

Em outro estudo com idosos avaliados por meio do Fenótipo de Fried demonstrou dados semelhantes ao presente estudo, pois 45,4% da população avaliada possuía de um a quatro anos de estudo, além disso, o estudo apontou que a prevalência de fragilidade aumenta com o avanço da idade (LEME,2019).

Quando analisados os dados obtidos por meio da EFE, foram obtidos os seguintes resultados:

Tabela 5: Correlação do nível de fragilidade avaliado segundo a EFE em relação às variáveis sociodemográficas de idosos cadastrados em USF. São Carlos, SP, 2020.

<u>EFE</u>	<u>*r</u>	
		<u>**p-valor</u>
Sexo	0,330	<0,001
Idade	0,253	<0,001
Etnia	0,009	0,886
Escolaridade	-0,209	0,001
Morar só	0,016	0,808
Renda familiar	-0,201	0,2
Estado Civil	0,125	0,055

Fonte: Elaboração do autor, 2020

Nota-se que houve correlação e significância de fragilidade com sexo e idade. Correlação entre estado civil e correlação negativa para renda familiar e anos de escolaridade.

Dados encontrados no estudo de Berlezi (2019), realizado com idosos residentes do estado do Rio Grande do Sul com objetivo de analisar o fenótipo de fragilidade desta população também, foi evidenciada a associação entre sexo e idade com fragilidade, bem como, com as condições socioeconômicas como a escolaridade e renda. Geralmente as pessoas que possuem baixo nível de escolaridade são mais propensas a realizar práticas de saúde inadequadas,

advinda da menor capacidade de assimilar ou entender as informações que fornecida (AMARAL,2013)

Políticas públicas visando a promoção de saúde física e mental da pessoa idosa, bem como a criação de ambientes favoráveis para o incremento da renda por meio de reinserção no mercado de trabalho ou na adequação de políticas assistenciais podem gerar benefícios na redução de vulnerabilidade do idoso (AMANCIO, 2019).

Também foram analisados os dados sóciodemográficos e os domínios de suporte social comparados com os níveis de fragilidade proposto por Fried, foram obtidos os seguintes resultados:

Tabela 6: Comparação dos dados sociodemográficos e dos domínios de suporte social avaliados segundo o MOS em relação ao nível de fragilidade avaliado pelo fenótipo de Fried em idosos cadastrados na USF. São Carlos, SP, 2020.

Nível de Fragilidade	Domínios	DP	Mínimo	Máximo	Média	P-valor
Não Frágil	Idade	5,19	61	81	71,8	<0,001
	Escolaridade	3,69	0	17	2,29	0,001
	Renda	1330,5	98	8000	1595,9	0,001
	Apoio Material	16,4	25	100	87,3	0,477
	Apoio Afetivo	11,9	27	100	87,8	0,003
	Apoio Emocional	18,0	20	100	82,7	0,022
	Apoio de interação social	17,1	20	100	81,6	0,002
	Apoio Informação	19,2	30	100	81,7	0,004
	Total	15,5	38	114	85,4	0,014
Pré Frágil	Idade	6,67	60	95	75,7	
	Escolaridade	2,38	0	11	2,2	
	Renda	1434,3	1	10000	1293,6	
	Apoio Material	22,8	0	100	87,2	
	Apoio Afetivo	20,9	0	100	83,2	
	Apoio Emocional	23,6	0	100	78,7	
	Apoio de interação social	24,5	0	100	74,4	
	Apoio Informação	24,0	0	100	73,2	
	Total	22,3	0	115	80,5	

	Idade	9,22	63	100	71,9
	Escolaridade	2,42	0	8	2,65
	Renda	1239,2	98	4954	1698,9
Frágil	Apoio Material	21,3	10	100	88,2
	Apoio Afetivo	21,5	20	100	88,8
	Apoio Emocional	24,1	25	100	83,7
	Apoio de interação social	26,1	20	100	82,2
	Apoio Informação	27,0	5	100	81,6
	Total	22,6	27,07	115	86,0

Fonte: Elaboração do autor, 2020.

Comparando os resultados dos dados sociodemográficos, é possível identificar na acima que houve significância estatística em idade (p-valor= 0), escolaridade (p-valor=001) e renda (pvalor=001). Já em relação ao suporte social, os domínios que apresentaram significância foram, apoio afetivo (p= valor 003), apoio de interação social (p-valor=002) e apoio de informação (p-valor= 004).

Tabela 7: Correlação do nível de fragilidade avaliado segundo o Fenótipo de Fried em relação à variável Suporte social Avaliado segundo MOS. São Carlos, SP, 2020.

Fenótipo de Fried		
Domínios	*r	**p-valor
Apoio Material	-,03	0,650
Apoio Afetivo	,192	0,003
Apoio Emocional	-,156	0,016
Apoio de Interação Social	-,182	0,005
Apoio de Informação	-,183	0,005
TOTAL	-,155	0,017

Fonte: Elaboração do autor, 2020.

Já por meio da análise de correlação, foi possível identificar que houve correlação negativa entre fragilidade de Fried e suporte social total e os domínios de apoio. Entretanto o

suporte social total apresentou significância estatística, assim, como os domínios apoio afetivo, interação social e informação.

Em um estudo realizado por Souza, os idosos avaliados também demonstraram depender mais de suporte social, fato que pode ser justificado pois, as redes de suporte social tendem a diminuir conforme o sujeito envelhece (SOUZA,2017). Segundo Amaral (2013) o apoio estabelecido auxiliaria positivamente a manutenção de saúde dos idosos, facilitando as condutas adaptativas entre tensão e estresse.

Também foram comparados os dados sociodemográficos, de suporte social com os níveis de fragilidade da Escala de Edmonton, foram obtidos os seguintes resultados:

Tabela 8: Comparação dos dados sociodemográficos e dos domínios de suporte social avaliados segundo o MOS em relação ao nível de fragilidade avaliado pela EFE em idosos cadastrados na USF. São Carlos, SP, 2020.

Nível de Fragilidade	Domínios	DP	Mínimo	Máximo	Média	P-valor
	Idade	4,24	66	72	74	0,675
	Escolaridade	9,19	4	17	1,67	<0,001
	Renda	4242,6	2000	8000	2284,5	0,002
Não Frágil	Apoio Material	24,7	65	100	95,8	0,630
	Apoio Afetivo	19,0	73	100	100	0,373
	Apoio Emocional	14,1	80	100	100	0,193
	Apoio de interação social	3,53	75	80	95	0,402
	Apoio Informação	3,53	75	80	97,5	0,261

	Total	12,7	77	95	97,5	0,416
	Idade	4,73	69	81	71,9	
	Escolaridade	1,96	0	4	2,61	
	Renda	15886,5	99	4000	1652,5	
Vulnerável	Apoio Material	6,64	85	100	88,07	
	Apoio Afetivo	0	100	100	88,5	
	Apoio Emocional	0	100	100	83,2	
	Apoio de interação social	7,74	80	100	81,9	
	Apoio Informação	4,18	90	100	81,2	
	Total	5,35	89	105	85,7	
	Idade	7,38	60	100	71,9	
Frágil	Escolaridade	2,69	0	11	2,65	
	Renda	1349,9	1	10000	1698,1	
	Apoio Material	21,4	0	100	88,2	
	Apoio Afetivo	20,0	0	100	88,2	
	Apoio Emocional	23,0	0	100	83,7	
	Apoio de interação social	24,2	0	100	82,2	
	Apoio Informação	24,4	0	100	81,6	
	Total	21,6	0	115	86,0	

Fonte: Elaboração do autor, 2020.

Já quando comparados os dados de avaliados os idosos por meio da EFE e os suporte social, houve significância em escolaridade (p-valor=0) e renda (p-valor= 002). Em relação aos domínios de suporte social, não houve significância em nenhum domínio.

Os resultados de correlação quando utilizada a escala de fragilidade de Edmonton foram:

Tabela 9: Correlação do nível de fragilidade avaliado segundo a EFE em relação à variável Suporte social Avaliado segundo MOS. São Carlos, SP, 2020.

Fragilidade EFE	*r	**p-valor
Domínios		
Apoio Material	-,098	0,131
Apoio Afetivo	-,164	0,011
Apoio Emocional	-,142	0,029
Apoio de Interação Social	-,103	0,113
Apoio de Informação	-,151	0,020
TOTAL	-,147	0,024

Fonte: Elaboração do autor, 2020.

Por meio da observação da tabela apresentada, nota-se que não houve correlação estatística e significância em qualquer domínio do MOS em relação a fragilidade avaliada pela EFE.

O apoio é dado de diversas maneiras, como apoio emocional a relação dos idosos com família e amigos, o apoio informativo que auxilia as relações sociais com a família e outros prestadores de cuidado, e os vínculos externos que representam o convívio social do idoso e também sua participação em grupos (ANDREW, 2015). Mesmo que não tenha sido encontrada correlação da fragilidade medida por Edmonton com os domínios de suporte social, sabe-se que os idosos que estão em condição de vulnerabilidade social tem predisposição a complicações, que caso não sejam atendidas rapidamente acabaram levando a fragilidade (DINIZ, 2018).

Além de analisados os dados de suporte social, foram obtidos resultados sobre a percepção de saúde dos idosos avaliados utilizando a Avaliação Subjetiva de Saúde, também utilizando dados de correlação com o Fenótipo de Fried e a Escala de Edmonton, são eles:

Tabela 10: Correlação do nível de fragilidade avaliado segundo o Fenótipo de Fried e EFE em relação à variável a Percepção de saúde por meio da avaliação Subjetiva de Saúde. São Carlos, SP, 2020.

Fenótipo de Fried	*r	**p-valor	Fragilidade EFE	*r	**p-valor
Avaliação Subjetiva de Saúde	07	,281	Avaliação Subjetiva de Saúde	104	0,109

Fonte: Elaboração do autor, 2020.

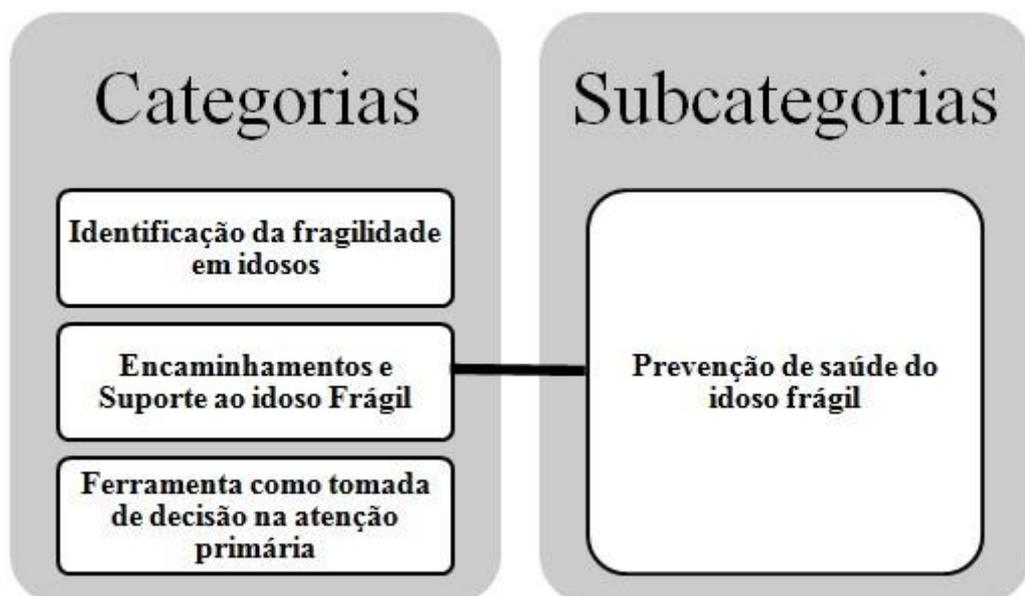
Foi possível observar que não houve correlação e nem significância de percepção de saúde com fragilidade em ambas as escalas. Cabe resaltar que a autoavaliação de seu estado de saúde é considerada válida quando apresentadas outras medidas mais complexas sobre a condição de saúde, visto seu caráter subjetivo (SILVA, 2014).

5.2 USABILIDADE DE UMA FERRAMENTA COMPUTACIONAL SEGUNDO OS AGENTES DE SAÚDE

No primeiro grupo focal utilizaram-se perguntas para motivar a discussão dos agentes de saúde participantes, foram as seguintes:

1-Sobre o treinamento e capacitação anterior ao uso da ferramenta, 2- Avaliação da ferramenta durante a visita domiciliar e 3- Benefícios e limitações da ferramenta na prática, considerando *o que se faz atualmente, o que poderia se feito e o que não é possível de fazer*. Já o segundo grupo focal possibilitou obter dados sobre o percurso do idoso após a identificação de fragilidade na linha de cuidado das unidades, e sobre encaminhamento dos mesmos. Após a fase de pré-análise do conteúdo dos dois grupos, foi realizado a fase de codificação onde foram elencadas as seguintes categorias e subcategorias:

Figura 6: Categorias e Subcategorias encontradas em grupo focal.



Fonte: elaboração do autor, 2019.

5.3 IDENTIFICAÇÃO DA FRAGILIDADE EM IDOSOS

Essa categoria aborda relatos dos profissionais de saúde sobre a forma em que eles utilizam para identificar a fragilidade em idosos, ou seja, se que há alguma avaliação ou uma medida específica no processo de identificação, para posteriormente ser realizado o plano de cuidado de acordo com a demanda de cada idoso. Quando levantada esta questão notou-se pela fala dos participantes que, em sua maioria, não são utilizadas avaliações para identificar a fragilidade. Seguem exemplos:

“O meu a partir da capacitação da caderneta do idoso que tinham as perguntas específicas, eu aprendi a fazer essa identificação, por exemplo, da queda, do paciente com 3 quedas no ano ou acima de 80 ou toma mais de tantos remédios. (P4)”

“Ali tem muita informação boa mesmo (caderneta).(P3)”

A caderneta do idoso é um instrumento que funciona como ferramenta utilizada na qualificação da atenção, e da identificação das demandas da saúde dos idosos, por meio dela é possível obter informações sobre bem-estar e estado de saúde possibilitando intervenções até mesmo precoces, evitando desfechos negativos (SCHMIDT,2019). A utilização da caderneta do idoso por profissionais de saúde, como mostram os relatos dos participantes é de grande importância, visto que a mesma auxilia no acompanhamento longitudinal da saúde da pessoa idosa, sua utilização pelos ACSs, em conjunto com a ferramenta proposta pode ser determinante para identificação precoce da síndrome de fragilidade.

Um estudo de âmbito nacional obteve como resultado que segundo os relatos de profissionais da saúde, os idosos após o recebimento da caderneta de idoso aderiram ao uso da mesma e demonstraram-se satisfeitos, pois, sempre que frequentam algum serviço de saúde a levam como se fosse um documento, assim seguindo as orientações realizadas pelos enfermeiros do território sobre a importância de sempre apresentar a caderneta (SCHMIDT,2019).

Embora seja destacada a importância do uso de algum instrumento de avaliação foi também ressaltada a necessidade de obter dados qualitativos, a partir da observação e convivência com a pessoa idosa, como pode-ser observar nas seguintes falas:

“Mas eu na verdade diferente do (p4) eu acho que a convivência no dia a dia com a pessoa também é visível né. (P5)”

“Eu acho que pela visita, a gente vai conhecendo ele mais tempo e percebe que vai perdendo autonomia em algumas coisas, e vê que esta mudando e vai percebendo isso. (P1)”

Por meio do relato do P5 identifica-se a estreita relação dos agentes de saúde com a população, visto que os mesmos são protagonistas na efetivação da Estratégia Saúde da Família (ESF), as ações desses profissionais são baseadas por meio de contato direto com a realidade social da população atendida (NASCIMENTO, 2017). Em um estudo realizado com agentes comunitários em uma rede de atenção ao idoso, também analisada por meio da realização de um grupo focal, obteve a visão dos profissionais, que relataram que construção de relações de confiança e afeto com o idoso permitia a realização de ações mais efetivas nas práticas terapêuticas (COELHO,2019).

Devido ao forte vínculo dos agentes com a comunidade, por vezes, os mesmos acreditam não haver necessidade de uma forma de avaliação mais objetiva para identificação de doenças, fato esse que pode ser exemplificado na fala acima exposta, acarretando possivelmente na identificação tardia da fragilidade em idosos.

Alguns membros da equipe também destacaram limitações no cotidiano do trabalho para a qualificação e treinamento no uso de instrumentos de rastreio e avaliação da saúde do idoso.

“ Do idoso? É a que mais tem, o armário esta cheio, só a equipe nova não foi capacitada para preencher então as auxiliares ... ta vindo idoso e não estão fazendo a nova carteirinha, idosos novos.(P4)”

Ressalta-se a importância da caderneta da pessoa idosa , como uma ferramenta de cuidado, e na gestão da assistência continuada, para o rastreio de condições agravantes, pertence ao profissional habilitado o fortalecimento de seu uso em prática, e também, sua utilização para diagnóstico das necessidades da população, e do planejamento das ações da reabilitação, prevenção e promoção necessárias (SCHMIDT, 2019). Sendo assim, é necessário a capacitação de toda a equipe para o preenchimento da caderneta de todos os idosos inseridos na atenção primária.

Foi possível identificar também por meios dos relatos em grupo focal que a ferramenta apresenta no presente estudo, auxiliaria os profissionais de saúde a identificar a fragilidade na pessoa idosa, e seus níveis:

“Não(.) eu achei legal, por que (.) ferramenta trás pra gente um resultado na hora(.) né(.) você já vai perguntar ali, já vai saber se ela está bem(.)”(P1).

“Porque às vezes a gente chega lá na hora(.) e a gente fica sem saber o que perguntar(.) e acaba esquecendo de alguma coisa(.) então estando ali tudo certinho a gente já pergunta(.) fica tudo salvo(.)”(P1).

Nota-se que a visão sobre a utilidade da ferramenta é positiva, e que auxiliaria no dia a dia desses profissionais, ademais o plano de ação a saúde dos idosos e envelhecimento ativo e saudável, que foi organizado pela organização pan-americana da saúde (OPAS, 2009), estabeleceu como compromisso do governo com a saúde da população idosa a formação prioritária de profissionais que trabalhem com tecnologias próprias para a atenção ao envelhecimento (BRASIL,2014). Sendo assim, é de grande importância a inserção de uma ferramenta que avalie a fragilidade em idosos na atenção primária de saúde, auxiliando também os profissionais atuantes desta área no rastreio objetivo da síndrome e com maior agilidade, já que os mesmos convivem com a sobrecarga de serviço.

5.4 CATEGORIA ENCAMINHAMENTOS E SUPORTE AO IDOSO FRÁGIL

Esta categoria traz dados sobre a rede de suporte oferecida ao idoso após a identificação de fragilidade, ou seja, a tomada de decisão que a equipe de saúde tem frente ao idoso frágil, e o que a rede de saúde e assistência social tem como atividades para atender essa população, como se observa na fala a seguir:

“Normalmente eu discuto com o NASF, que tem fisioterapeuta, assistente social, e a gente tava na esperança de um geriatra no Hospital Escola que infelizmente a vagas dele pra esse ano já acabou. Então era o que eu tinha discutido com o [nome do médico] sobre alguns idosos meus já verificando essa fragilidade e entrando naquele perfil alguns tinha pedido, uns foram encaminhados e já estão agendados, e outros estão na lista de espera. (P4)”.

“As vezes a gente tem apoio do NASF e ai eles vão discutindo, ajudando também em algumas coisas, em alguns atendimentos as vezes com a Terapeuta Ocupacional ela vai ajudando desta forma.(P1)”

Em um estudo realizado com agentes de saúde, por meio de grupo focal, foi identificado segundo a opinião dos profissionais, idosos frágeis estavam ainda mais sujeitos a encontrar dificuldades para o acesso a encaminhamento e médicos especialistas, visto que necessitam da presença de um acompanhante e por vezes da liberação do serviço de transporte ao paciente, por isso, a falta do paciente idoso aos procedimentos agendados também foi apontada como problema (COELHO, 2019). Tais achados corroboram com a presente pesquisa, onde os participantes relataram como problema a falta de transporte social para idosos, e que devido à distância do local de consulta, ou a falta de transporte os idosos por vezes acabam perdendo sua vaga, e deixando de realizar exames de grande importância. A escolha pelo serviço de referência deveria considerar as necessidades dos usuários, como por exemplo as limitações funcionais, cognitivas e financeiras, que dificultam o seu deslocamento (LUBENOW, 2019). Dificuldades de transporte na continuidade do atendimento em outros equipamentos da linha de cuidado também emergiram nas falas dos participantes, como se destaca abaixo.

“A questão de distância é um fator que limita a ida até Hospital Escola?” (pesquisador).

“Limita bastante. (P4)”

“Limita bem, a família tem que chamar o transporte social se não tiver como pagar uma uber né, pra ir levar e trazer depois. (P5)”

“O suporte social esta deixando muito a desejar (P5).”

“Tem gente perdendo consulta (P4).”

“Por exemplo, se tem um paciente em situação de risco que vai para o CREAS, ninguém quer encaminhar, que todo mundo acha que é pra ser punitivo e na verdade não é, pra ser protetivo, ai é “ai não vou encaminhar porque vou ficar mal com a família” “ai, não vou fazer isso porque não resolve” e ai a gente as vezes deixa lá guardadinho né, então, mas (P4)”

Este fator por sua vez acaba limitando o trabalho da equipe de saúde, visto que precisa do apoio da rede para a investigação diagnóstica de doenças e para a atuação posterior no auxílio ao cuidado do paciente e na prevenção de agravos.

A falta de apoio de estruturas dos níveis de atenção acaba gerando sobrecarga dos agentes de saúde Os obstáculos identificados no cuidado do idoso frágil, além de permeados

pelo desconhecimento, foram exacerbados pela falta de apoio das estruturas dos níveis de atenção. A tentativa da APS em absorver todo o cuidado do idoso frágil resultou em problema, principalmente no cuidado de idosos frágeis, é necessário reconhecer os limites do papel dos ACS, e preconiza-se que os idosos com algum nível de fragilidade seja apoiado por serviços especializados em geriatria (COELHO,2019).

Como estratégia para dar continuidade ao atendimento na linha de cuidado as equipes procuram o suporte familiar, como relata um participante.

“Ah, acho que a gente tenta também o apoio da família né, que é meio difícil também, às vezes a gente acaba que segurando no colo os velinhos ai, porque (P3).”

É possível identificar na fala acima, por vezes a família não se encarrega de auxiliar o idoso a cuidar de sua saúde, seguindo as orientações e fazendo acompanhamento em consultas. Sabe-se que a falta de suporte social caracterizada pela carência de apoio familiar, renda da população local e baixa escolaridade prejudicam por vezes diversas etapas da assistência (COELHO,2019).

5.4.1 Prevenção de Saúde do Idoso Frágil

Essa subcategoria traz falas dos participantes sobre a prevenção da fragilidade realizada em sua determinada unidade, ou seja, quais as medidas são tomadas para que o idoso não entre no ciclo da fragilidade.

“Saúde bucal que é do câncer bucal, a caminhada é pra qualquer um mas tem bastante pessoa acima da idade, mas pra questão da socialização também. As consultas né médicas, enfermeira, dentista, teoricamente a visita domiciliar o a gente de saúde tem que ser um pouco mais aproximada né, acho que é isso, e observando que a tendência (P4).”

Sabe-se que atividades educativas em saúde orientam no desenvolvimento e na disseminação de conhecimentos de práticas de saúde visando a prevenção de doenças e a promoção a saúde, o intuito das mesmas é abranger toda população focando o contexto de sua vida cotidiana. Torna-se de grande importância a realização de atividades voltadas para educação em saúde, já que os idosos são atores fundamentais na promoção do seu autocuidado (FREIRE, 2017).

Sabe-se que os ACSs são de grande importância, pois, devido a maior proximidade com a população conseguem sua maior aderência na promoção do autocuidado individual. Além

disso, especialistas ainda identificam a necessidade de defesa e fortalecimento da atenção primária de saúde diante da sociedade e da comunidade científica, e conjunto com a divulgação de experiências inovadoras (TASCA, 2020).

5.5 CATEGORIA FERRAMENTA COMO TOMADA DE DECISÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Esta categoria foi criada com o intuito de demonstrar a visão dos participantes de pesquisa sobre o protótipo de ferramenta, e qual seria a importância de sua implantação na rede de atenção primária de saúde. Ou seja, se a mesma teria utilidade no dia a dia de trabalho, e na tomada de decisão após a identificação dos idosos com fragilidade.

“Deveriam já puxar os dados do cartão SUS(.) por que nessa de você ficar procurando todos os dados você acaba fazendo três serviços né(.) cadastrar o tablete, cadastro interno e mais o cadastro no ESUS, você faz três vezes a mesma coisa.” (P2).

O relato acima demonstra a opinião de um dos participantes, onde o mesmo acredita que a ferramenta seria mais resolutiva se integrada com outro sistema já existente no SUS onde toda a família já encontra-se cadastrada, facilitando assim o seu serviço na hora do preenchimento das informações. Mesmo com esta tensão encontrada a possibilidade de mudanças e melhorias que posteriormente podem ser aplicadas na ferramenta, visando uma maior usabilidade e utilização pelos mesmos.

Nota-se que a incorporação tecnológica dos sistemas de informação na saúde aproxima o profissionais na produção de informações, e no registro de dados, podendo levar a melhorias nas práticas dos mesmos, e também gerando ganhos quanto a eficiência e a qualidade pela ampliação de acesso, equidade, integralidade e humanização dos serviços em saúde (GAVA, 2016).

Outro fator importante levantado pelos agentes é a possibilidade de aplicação de outras formas de avaliar, como por exemplo, a inserção de novas escalas voltadas não apenas para idoso, e sim para toda sua família, agregando uma oportunidade de uma avaliação mais completa do lar que o idoso reside.

Ainda foi levantada a possibilidade de estender a todos os membros da equipe (enfermeiros, médicos, etc) a função de aplicar tais avaliações, com intuito de não sobrecarga dos agentes de saúde e possibilitando o conhecimento da ferramenta por todos os profissionais

que tem contato com os idosos e seus familiares frequentadores de unidades de saúde da família. Sabe-se que o ACS acaba assumindo um papel considerado educativo em seu contato com a população, acarretando assim uma visão de agente social de referência na orientação das atitudes que visam a promoção e a prevenção á saúde, e em sua sobrecarga (NASCIMENTO, 2017)

Ainda quando levantada a percepção dos profissionais de saúde sobre a utilidade da ferramenta em seu dia a dia, surgiram os seguintes relatos:

“Importante (P4).”

“Ela é muito boa (P3).”

“Direciona (P4).”

“Sim, você já vai direto no foco (P3).”

“E a partir dela você faz uma escala de coelho né, pra saber aonde você vai fazer mais visita, quem precisa mais da sua atenção né, que as vezes a gente Repete né (P4).”

“Precisava de um cada um (P3).”

A produção de tecnologias é considerada como essencial para que ocorram inovações na área da saúde, auxiliando a organização do serviço e a prática profissional. Sabe-se que qualificar os profissionais com uso de tecnologias gera o fortalecimento da visão sobre a importância da mesma, visto que tecnologia é um recurso indispensável para uma melhor qualidade de vida da população. Ademais, a produção e utilização de tecnologias gera uma visão reflexiva, voltada para princípios éticos na tomada de decisão do profissional (THOFEHRN, 2014; RIBEIRO, 2019).

Como cita a lei Nº 8.080, que dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, há uma grande necessidade do desenvolvimento científico e tecnológico no Sistema Único de Saúde:

Art.6º, inciso X - o incremento, em sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico;

Portanto, justifica-se a implementação do protótipo de ferramenta na atenção primária de saúde, pois a mesma auxiliaria a identificação da fragilidade, na tomada de decisão no que diz respeito a síndrome, na promoção do uso de tecnologia na atenção primária e aumento o conhecimento científico no SUS. Mas para que a atenção primária de saúde tenha capacidade de inovar e aprimorar sua capacidade de resolução aos problemas de saúde atuais é necessário um maior investimento na formação de profissionais, na incorporação de novas tecnologias, incluindo as de informação e comunicação, e também na criação de condições de trabalho adequadas para equipes multiprofissionais (TASCA, 2020).

5.6 CONDUZAS E TOMADA DE DECISÕES DAS EQUIPES DE SAÚDE PARA ATENDIMENTO DO IDOSO

A partir da análise documental de prontuários dos participantes encontrados como frágeis obtiveram-se dados sobre quais são os serviços mais procurados pelos idosos cadastrados nas unidades de saúde participantes do estudo.

Nas três unidades estudadas o serviço mais procurado foram as consultas médicas sendo 55 na equipe A, 38 na equipe B e 54 na equipe C, como é possível identificar na tabela 11, abaixo. O número de visitas domiciliares realizadas pelos agentes de saúde é o segundo mais recorrente entre as equipes, sendo 78 (equipe A) 12 (equipe B) 50 (equipe C), resultados semelhantes aos de uma pesquisa realizada no Rio Grande do Sul com agentes comunitários, que consideraram as visitas domiciliares como uma das atividades prioritárias em seu trabalho, e sinalizaram a importância da promoção de saúde voltada para conscientização dos sujeitos envolvidos, e não apenas olhando para os problemas já existentes (MACHADO, 2015).

Outro dado relevante é o número de idosos que participam de programas de prevenção, 7 (unidade A), 12 (unidade B) e 0 (unidade C), mostrando que há baixa adesão da população nas três unidades, o que pode ocorrer devido a falta de informação sobre importância da prevenção em saúde ou até mesmo desconhecimento sobre a existência dos mesmos. Diversos estudos demonstram que o acesso aos serviços do SUS ocorre devido a população possuir condições desfavoráveis quanto a pobreza, educação e até mesmo desinformação (OLIVEIRA, 2016).

Já quando observado o número de consultas com especialistas na média e alta complexidade 7 (equipe A), 8 (equipe B) e 12 (equipe C), nota-se o baixo número de encaminhamentos realizados, dados que se assemelham a uma pesquisa realizada em Piraí, com profissionais de saúde das ESFs onde profissionais apontam que idosos frágeis são mais sujeitos ao se deparar com dificuldade para o acesso, visto que os mesmos devido a sua condição precisam de acompanhante e também da liberação do serviço de transporte, muitas vezes gerando falta as consultas (COELHO, 2019).

Visto que a atenção primária de saúde é a porta de entrada para o SUS, um modo para melhoria da informação em unidades básicas de saúde, seria a utilização de mais tecnologias, assim otimizando e modernizando o atendimento, além disso, a falta de reconhecimento dos profissionais de saúde da Atenção Primária, foi apontada por um estudo realizado no Brasil. A qualificação desses profissionais ter que ser vista como prioridades do governo, assim gerando uma melhor qualidade nos serviços e aumento sua credibilidade com a população (LUBENOW, 2019).

Ainda torna-se necessário repensar a organização do trabalho da USF, que incorpore demandas sobre especificidades do trabalho de seus profissionais. Visando que a organização do trabalho das equipes da USF deve ser revista com o objetivo de permitir que seus trabalhadores tenham maior espaço de diálogo e que o mesmo seja fortalecido com os demais integrantes da equipe. Quando o trabalho em equipe ocorre de forma mais alinhada, e possui integração entre seus membros reflete de forma positiva no trabalho do ACS (ALONSO, 2018).

Tabela 11: Motivo de Procura pelos Equipamentos de Saúde

	Equipe A	Equipe B	Equipe C	TOTAL
Número de consultas	55	38	54	147
Visita domiciliar	78	12	50	140
Renovação do receituário médico	24	51	17	92
Retirada de medicamentos	24	13	3	40
Aferir PA e ou dextro	18	16	2	36
Exame de rotina	5	6	12	23
Participação em programas de prevenção Odontologia	7	12	0	19
Atenção Primária	8	4	3	15
Acolhimento na unidade	1	4	9	14
Orientação sobre alimentação e atividade física	7	5	0	12

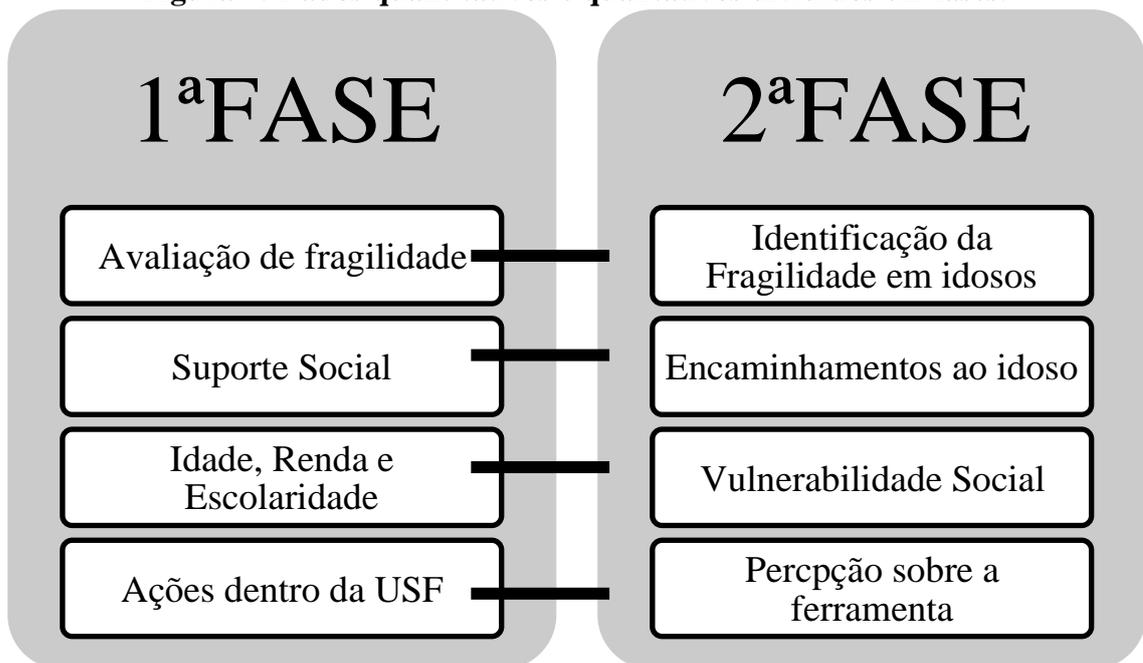
	Atendimento com a enfermagem	5	6	1	12
	Troca de medicamentos	0	3	0	3
	Relato de quedas	2	0	0	2
Atenção Secundária e Terciária	Consultas com especialista	7	8	12	27
	Pronto atendimento	4	4	4	12
	Hospitalização	1	1	1	3
	Cirurgias	0	1	1	2

Fonte: Elaboração do autor, 2020.

6 JUNÇÃO DE PREVALÊNCIAS ENCONTRADAS EM DADOS QUANTITATIVOS E QUALITATIVOS

O presente estudo foi construído em sua primeira fase por meio da obtenção de dados quantitativos, e a segunda com dados qualitativos. Por tratar-se de um método misto a junção de dados vem a ser apresentada para um maior esclarecimento dos dados obtidos.

Figura 7: Dados quantitativos e qualitativos divididos em fases.



Na primeira fase do estudo foram encontrados 76,9% idosos pré frágeis ou frágeis quando utilizado fenótipo de Fried, e quando utilizado a EFE 56,7 idosos foram encontrados com algum nível de fragilidade. Já em relação aos dados qualitativos da fragilidade como mostra a categoria “identificação da fragilidade em idosos” foi possível identificar que a medida usada para tal identificação é a caderneta do idoso, além disso, alguns profissionais da saúde relataram utilizar apenas de sua percepção diária para identificar possíveis morbidades e até mesmo a síndrome na população idosa.

Ainda quanto à fragilidade, foi obtido pelo presente estudo a correlação da mesma com a variável idade, corroborando com o ultimo consenso de fragilidade que estabelece que a síndrome representa um estado de vulnerabilidade fisiológica relacionada á idade, advinda pela diminuição da reserva homeostática e pela redução da capacidade do organismo de enfrentar um número variado de desfechos negativos de saúde, como internações hospitalares, quedas e perda funcional com aumento de probabilidade de morte (LOURENÇO, 2018).

Outro fator levantado no presente estudo foi o suporte social oferecido pela rede para os idosos avaliados, os resultados de correlação demonstraram que existe que fragilidade por meio de fenótipo de fried possui correlação negativa com o suporte social, em todos os apoios. Ou seja, quanto maior o nível de fragilidade maior é a falta de suporte que o idoso possui, seja esse apoio material, afetivo, emocional, de interação social ou apoio de informação. Foi possível observar que os dados quantitativos entram em concordância com os dados qualitativos, que na categoria “Encaminhamentos e suporte ao idoso fr gil” relatos apontaram a falta de suporte da rede em relação a suprir as demandas dos idosos quando procurados outros níveis de atenção para realização de exames, consultas com especialista, e até mesmo a atenção social.

A população idosa avaliada no presente estudo reside região de alta vulnerabilidade social, 72% desses idosos foram identificados como vulneráveis para a fragilidade, pela EFE. Sabe-se que idosos inseridos em contextos de vulnerabilidade possuem baixo poder aquisitivo e baixo nível de escolaridade. Por ser um fenômeno que afeta diversas famílias, a vulnerabilidade pode restringir esses indivíduos de inúmeras formas, ela inclui as condições de vida, como baixa renda, diminuição do acesso a serviços de saúde, à educação e ao trabalho, menor qualidade e segurança de moradia entre outras oportunidades de uma vida digna (AMENDOLA ,2015).

Os resultados de correlação já apresentados, apontam correlação negativa entre fragilidade medida pela EFE com renda familiar e anos de escolaridade. Os dados quantitativos

apresentados na categoria “Encaminhamentos e suporte ao idoso frágil” que a família por vezes precisa dispor de sua renda para realização de serviços que deveriam ser gratuitos como é previsto por lei, dificultando o acesso da população bem como sua reabilitação. Autores ainda relatam que o maior risco para a instalação da síndrome da fragilidade pode ser influenciado pela presença de outros fatores como as condições econômicas desfavoráveis, a baixa escolaridade e a pobreza (CESARI, et al, 2016).

Também foram levantados dados de prontuários sobre a utilização das unidades de saúde pelos idosos, e a conduta dos profissionais de saúde diante das demandas. Observou-se que há uma baixa adesão e encaminhamento para a participação em programas de prevenção, apenas 19 idosos divididos nas três unidades foram encaminhados para alguma atividade com intuito de promoção de saúde e redução de agravos, a literatura mostra que a promoção à saúde do idoso pode auxiliar diretamente na regressão ou inexistência da síndrome de fragilidade (TASCA,2020).

Corroborando com os dados qualitativos discutidos na categoria “Ferramenta como tomada de decisão na atenção primária”, onde foi possível identificar por meio dos relatos dos participantes, que a ferramenta para avaliação ajudaria não apenas na identificação da síndrome,mas também para posteriormente decidir a conduta a ser tomada de acordo com os resultados obtidos para cada idoso avaliado. Como aponta Lorenzetti, assim como a ciência, a tecnologia é um importante instrumento para a saúde, tratamento de doenças, como também para a construção de uma vida digna para todos (LORENZETTI, 2012).

7 DISCUSSÃO COM BASE NO MÉTODO DIALÉTICO CRÍTICO

A presente dissertação, teve como objetivo obter dados sobre a fragilidade em pessoas idosas cadastradas em USFs em contexto de alta vulnerabilidade social, bem como explorar a percepção de membros das equipes de saúde sobre uma ferramenta que avalia a fragilidade em idosos. Por meio deste estudo ainda foi possível identificar a conduta dos profissionais de saúde antes e após a identificação da síndrome, e os recursos que os mesmos possuem para a resolução das demandas da população idosa aqui representada.

Enquanto pesquisa qualitativa, orientada pelo método dialético crítico e, apropriando-se de um conjunto de instrumental teórico-metodológico, foram obtidas categorias e subcategorias que permitiram iluminar as interconexões da realidade, assim gerando a possibilidade de melhor compreensão do fenômeno em sua totalidade em um contexto histórico e contraditório.

Por meio do embasamento bibliográfico e também dos dados obtidos da realidade local foram identificados aspectos que interferem na identificação precoce da fragilidade em idosos pelos profissionais de saúde inseridos na atenção primária de saúde, bem como a falta de suporte que a rede de encaminhamentos oferece quanto a reabilitação do idoso frágil, temas que serão explanados em seguida.

Torna-se evidente na luz da historicidade que as políticas públicas de saúde ainda não atendem toda a população idosa em situação de vulnerabilidade social, visto que por vezes os mesmos não possuem condições adequadas para a realização de seus exames e ou tratamento necessário, por vezes devido a falta de transporte garantido por lei, fator apontado como falha no sistema por profissionais que convivem diariamente com esses idosos. Além do mais uma das diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006) preconiza o estímulo às Ações Intersetoriais, que visem a Integralidade da Atenção, pressupondo o reconhecimento de parceiros e de órgãos governamentais e não governamentais, e que trabalham com a população idosa.

A luz da totalidade identifica-se a família, que acaba sendo sobrecarregada e por ser incumbida de realizar o papel que cabe às políticas públicas exercer como é preconizado em suas diretrizes. Analisando em sua totalidade este é um fato que acaba gerando uma lógica privatista, visto que os idosos acabam dispendo de seus bens já que não recebem o que é assegurado por direito pelo Sistema único de Saúde, que tem como um de seus princípios a equidade, ou seja, tem foco na diminuição de desigualdades

Gera-se uma das contradições encontradas, formada por polos opostos que entram em tensão: “demanda da população” e “políticas públicas existentes”. Inevitavelmente, tais fatores acabam levando para ideia de exclusão social, ainda mais devido a população de pesquisa ser composta por idosos inseridos em região de alta vulnerabilidade social, lembrando que também compete aos gestores públicos conhecer a fragilidade vulnerável de idosos, com o intuito de direcionar aos respectivos procedimentos preventivos aos envolvidos (GALVAN, 2019). Desta forma, a abrangência pública gratuita á saúde, indicada pelo principio universalidade do SUS,

é questionada visto que a demanda vem sendo sanadas em sua maioria por meio de parcerias publico-privadas.

A maioria dos profissionais participantes da pesquisa não utiliza nenhum instrumento para identificação de fragilidade, exceto os que usam a caderneta da pessoa idosa com este intuito. Contudo relatos apontaram há necessidade de treinamento dos profissionais para utilização da caderna da pessoa idosa, visto que alguns deles não foram adequadamente instruídos sobre sua utilização, levando novamente para falta de identificação de problemas de saúde desta população. A luz da historicidade, e entrando em contradição com uma das diretrizes da Política Nacional da Pessoa Idosa, que levanta a necessidade da formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa (BRASIL,2006).

Mesmo com as tensões encontradas entre as demandas não supridas pelas políticas públicas, notas-se que as unidades de saúde avaliadas ainda possuem uma grande procura pelos usuários, como mostra a (tabela 8) aqui apresentada, um dos maiores motivos de ida as unidades é para a realização de consultas, seguidas de um grande número da realização de visitas domiciliares realizadas por agentes de saúde, entrando em concordância com o Art.3º da Lei nº 13.595, de 2018, atribui ao agente comunitário de saúde a realização de atividades de prevenção de doenças e a promoção da saúde, por meio da Educação Popular em Saúde, mediante a ações domiciliares ou comunitárias, sejam individuais ou coletivas, ainda aponta que os ACS devem possuir auxilio do gestor municipal, distrital, estadual ou federal.

Devido as suas atribuições o ACS é o membro da equipe de saúde, no contexto da estratégia de Saúde da Família, que possui mais contato com a população, a luz da totalidade é possível identificar que o mesmo encontra-se por vezes sobrecarregado devido ao número de atendimentos e funções que seu cargo exerce, relatos acima apresentados demonstraram essa sobrecarga, ainda levando a possibilidade da ferramenta proposta ser utilizada não apenas por agentes de saúde, e sim por todos profissionais que possuem contato direto com a população idosa, fato que pode gerar uma maior adesão para utilização da ferramenta.

Esta maior adesão pode ser identificada também em um estudo realizado por Dent et.,al (2019) que recomenda por meio de seus resultados que na triagem para adultos com 65 anos ou mais deve ser realizada avaliação de fragilidade por meio da utilização de um instrumento que identifique a síndrome de forma simples e seja validado, além de ser adequado às necessidades

específicas do ambiente e contexto aonde a pessoa está inserida, diversos profissionais de saúde podem realizar a triagem da fragilidade, como geriatras, enfermeiros, médicos especialistas, e profissionais de saúde aliados. Ainda é importante que estes profissionais de saúde recebam o treinamento apropriado sobre como identificar a fragilidade (DENT, 2019).

Contudo foi possível identificar como necessidade a efetivação da linha de cuidado para o idoso que trabalha como o percurso assistencial dentro da rede, que deve ser articulada, e referenciada, atendendo as necessidades do usuário. A linha de cuidado só pode ser alcançada com o auxílio de suporte específico, e com o uso qualificado da rede de média ou alta complexidade. Ainda no que diz respeito às questões de acesso a saúde da população idosa e a políticas públicas, nota-se por meio dos dados obtidos a necessidade da inserção de tecnologias que auxiliem os profissionais de saúde na identificação de doenças de sua população. Como por exemplo, a ferramenta proposta no presente estudo, que visa identificar a fragilidade de forma mais rápida, e com instrumentos validados.

Ademais observou-se com base no método dialético a presença de uma relevante contradição narrada nas falas que compuseram as categorias que emergentes do estudo. Esta contradição se estabelece na prática cotidiana de pessoas que fazem parte de equipes de saúde, sua composição é formada por binômio em tensão por um lado “presença de tecnologia” e por outro a “falta de condições de uso da tecnologia”.

Mesmo com as tensões encontradas no grupo focal, foram levantadas sugestões de melhorias viáveis por meio da percepção dos profissionais de saúde, e ainda identificou-se por meio destas que a mesma viria auxiliar no processo de identificação de fragilidade de forma mais rápida e precisa. Questão que responde a um dos objetivos da Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde, que visa subsidiar as instâncias decisórias quanto à incorporação e monitoramento da utilização de tecnologias no sistema de saúde, além de orientar os profissionais de saúde e usuários em relação à segurança e aos benefícios (BRASIL, 2010).

A antítese na contradição, esta conformada pela “Falta de condições de uso da tecnologia”, no presente estudo representada pelas categorias e subcategorias resultantes das análises dos dados. Elas explicam a falta de recursos para a identificação da fragilidade e as dificuldades de efetivar encaminhamentos e usufruir de apoio social efetivo para a pessoa idosa frágil. Mendez aponta para a necessidade de superar as dificuldades estruturais que se encontram na Estratégia de Saúde da Família (ESF). Ele aponta a necessidade de oportunizar o acesso à tecnologia na atenção primária de saúde: “(...)se oferta um conjunto restrito de

tecnologias simples e de baixo custo, sem possibilidades de acesso a tecnologias de maior densidade.” (p g.9).

Os resultados do presente estudo validam o protótipo de ferramenta na atenção primária de saúde. Os participantes expressam que a ferramenta auxiliaria na identificação da fragilidade e na tomada de decisão e em programas de prevenção a síndrome. A avaliação da fragilidade na atenção primária da saúde é recomendada em consensos e reuniões científicas de excelência. (CESARI; DENT,2019).

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo evidenciou, que há prevalência de mulheres idosas(58,4%), a população avaliada em sua maioria possuía de 60-69 anos de idade (43,7%), os idosos entrevistados se autodeclararam da cor branca (49,6%) e relataram possuir parceiro (60,9%), sendo assim não residem só (84,9%). Quando questionados sobre sua saúde a maioria relatou que a mesma esta excelente, muito boa ou boa (87,8%). Por meio da aplicação da avaliação segundo os critérios de Fried a porcentagem de idosos com pré-fragilidade foi a mais encontrada (56,3%), semelhante aos encontrados por meio da EFE, onde o maior número de idosos encontrava-se com fragilidade leve, diferente dos resultados obtidos pela Avaliação Subjetiva de Saúde já que os resultados demonstram que a maior parte dos avaliados encontravam-se não frágeis (48,7%).

Os dados sociodemográficos quando correlacionados com Fried apontaram valores de correlação para idade. Escolaridade e renda mesmo apresentando correlação negativa, demonstraram significância assim como idade. Já quando avaliados por meio da EFE apresentou-se correlação em estado civil, e semelhante aos dados de Fried houve correlação negativa em renda familiar e anos de escolaridade.

Ainda por meio das análises de correlação, fragilidade segundo fenótipo de Fried e apoio social segundo o MOS apresentaram correlação negativa, porém o MOS total e seus níveis de apoio afetivo, de interação social e de informação demonstraram significância. Já quando correlacionada a fragilidade medida pela EFE com suporte social não apresentou correlação estatística e nem significância.

Em relação a percepção de saúde e sua correlação com fragilidade, não houve correlação com nenhuma das duas avaliações de fragilidade. Além dos dados de correlação, ainda foram obtidos de comparação.

Foi possível identificar que os serviços mais procurados pela população idosa quando buscam as USFS foram as consultas médicas, e que os agentes de saúde realizam com frequência as visitas domiciliares para acompanhamento do estado de saúde da população.

Os dados obtidos quanto os resultados sobre os domínios de suporte social e Fried, apresentaram significância em apoio afetivo, apoio de interação social e apoio de informação, diferente da fragilidade medida pela EFE onde os dados não indicaram significância estatística.

No que diz respeito aos dados qualitativos, por meio dos relatos dos membros das equipes participantes foi possível identificar que os idosos encontrados na atenção primária de saúde não passam por avaliações contínuas, que tem como intuito a identificação de morbidades. Foram avaliadas três unidades de saúde diferentes em uma mesma região de alta vulnerabilidade social, e em cada uma eram tomadas medidas distintas para a identificação do idoso frágil, em sua maioria voltadas para a percepção do cotidiano, ou seja, mudanças na atitude e na aparência dos idosos, e não por meio de avaliações que apresentam resultados precisos, como a ferramenta em questão proporciona.

O uso da caderneta de saúde do idoso apareceu com maior frequência, como uma forma de análise das condições de saúde do idoso, alinhada com a percepção da equipe, mas após esta identificação os relatos demonstraram a grande dificuldade de aderência da rede no que se trata de atendimento, encaminhamentos e auxílio transporte para a realização de consultas dos usuários, mostrando que a família acaba exercendo a função das políticas públicas.

É importante resaltar que a utilização de categorias de método como a totalidade e historicidade para a pesquisa científica são fundamentais, pois as mesmas possibilitam conectar as análises obtidas afim de obtermos os resultados finais mais robustos da investigação do objeto (SCHERER, 2016).

O presente estudo identificou como limitações a falta de participação multidisciplinar nos grupos focais, que em sua maioria foi composto por agentes de saúde, tendo apenas uma enfermeira gestora de uma das unidades participantes. Ouvir outros membros de equipe auxiliaria a obter mais informações sobre a utilização de avaliações que identifiquem a fragilidade em idosos, participação dos idosos em grupos comunitários e funcionamento da intersetorialidade dentro das unidades. Além da falta de estudos realizados na área de tecnologia aplicadas na atenção primária de saúde envolvendo avaliação de idoso frágil, limitando a discussão.

Por meio do presente estudo, ainda identifica-se a necessidade de inserir o profissional gerontólogo na rede de atenção, visto que o mesmo possui visão mais ampla sobre as necessidades do envelhecimento, da implementação de políticas públicas em âmbito social e de saúde que visem promover não apenas o cuidado do idoso, mas também que tenha olhar voltado para a promoção da saúde, com o intuito de diminuir o quadro de fragilidade e outras morbidades que acometem essa população e integrando a equipe multiprofissional para melhores resultados nas demandas do envelhecimento.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, R. S. et al. Vulnerabilidade de famílias de idosos assistidos pela Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 68, n. 2, 2015.
- ALONSO.C.M.C, BÉGUIN P.D, DUARTE F.J.C.M. Trabalho dos agentes comunitários de saúde na Estratégia Saúde da Família: metassíntese. **Revista Saúde Pública** v.52, n.14, 2018.
- AMANCIO, T.G.; OLIVEIRA, M.L. C. de; AMANCIO, V. S. Fatores que interferem na condição de vulnerabilidade do idoso. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro , v. 22, n. 2, e180159, 2019 .
- AMARAL, S. I. S. **Fragilidade fenotípica em idosos num Conselho do Distrito de Bragança**. 2017. Tese de Doutorado.
- AMARAL, F. L. J. S. et al. Apoio social e síndrome da fragilidade em idosos residentes na comunidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, p. 1835-1846, 2013.
- ANDREW, M.K. et al. Frailty and Social Vulnerability. **Frailty in Aging**, v. 41, 2015.
- ANTUNES, JF..S et al.. Avaliação da fragilidade de idosos internados em serviço de emergência de um hospital universitário. **Cogitare Enferm**. 2015;20(2):266-73.
- BALBINOT, G.; USCOCOVICH, K. J. S.O. Risco de vulnerabilidade dos idosos de uma unidade de saúde da família no oeste paranaense. **Revista de Saúde Pública do Paraná**, v. 2, n. 2, p. 13-19, 2019.
- BERLEZI, E. M., et al. Estudo do fenótipo de fragilidade em idosos residentes na comunidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 4201-4210, 2019.
- BIEHL, C., PRESTES, V. A., & GRISCI, C. L. I. (2018). Grupo focal: uma contribuição à área de Gestão de Pessoas e Relações de Trabalho. **CIAIQ** 2018.
- BRASIL. Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde. 2010. Acesso em 12 de jan 2020.
- BRASIL. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em <<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1990/lei-8080-19-setembro-1990-365093publicacaooriginal-1-pl.html>> Acesso em 19 set.2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Organização Pan-Americana do Brasil. **Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no sus: proposta de modelo de atenção integral**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_cuidado_pessoa_idosa_sus.pdf> Acesso em:18 set. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. **Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)**. Brasília: MS; 2014.

. Ministério do Desenvolvimento Social (MDS). Secretaria Nacional de Assistência Social. Departamento de Proteção Social Básica. **Concepção de Convivência e Fortalecimento de Vínculos**. Brasília: MDS; 2017.

. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Censo demográfico da população 2010**. 2013.

. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Síntese de Indicadores Sociais: Uma Análise das Condições de Vida da População Brasileira**. 2016.

. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Síntese de Indicadores Sociais: Uma Análise das Condições de Vida da População Brasileira**. 2017.

. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)**. Número de idosos cresce 18% em 5 anos e ultrapassa 30 milhões em 2017.

BOCK, J. O. et al. Associations of frailty with health care costs – results of the ESTHER cohort study. *BMC Health Services Research*, Londres, v. 16, n. 128, p. 1-11, 2016.

CESARI, M. et al. The frailty phenotype and the frailty index: different instruments for different purposes. *Age and ageing*, v. 43, n. 1, p. 10-12, 2013.

CABRAL, J. F.; GLERIANO, Josué Souza; DO NASCIMENTO, Jakelline Débora Martins. PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E FORMAÇÃO PROFISSIONAL DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE. *Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde*, v. 8, n. 2, p. 193-209, 2019.

CHAGAS, E. F. O método dialético de Marx: investigação e exposição crítica do objeto. *Revista de Filosofia. Belo Horizonte*, 38(120), 55-70, 2011.

CHAPMAN.E. Políticas de Saúde Informadas Por Evidencias. *Boletim do Instituto de Saúde*, v.17(n 1), 2016.

CLARES, J.W.B et al. Perfil de idosos cadastrados numa unidade básica de saúde da família de Fortaleza-CE. *Rev RENE*, v12, 2011.

CHEN, X.; MAO, G.; LENG, S. X. Frailty syndrome: an overview. *Clinical interventions in aging*, v. 9, p. 433, 2014.

CRUZ, P. K. R., et al. Dificuldades do acesso aos serviços de saúde entre idosos não institucionalizados: prevalência e fatores associados. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 23, n. 6, 2020.

CRUZ, R.R.da; BELTRAME, V; DALLACOSTA, F.M. Envelhecimento e vulnerabilidade: análise de 1.062 idosos. *Rev. bras. geriatr. gerontol.*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, e180212, 2019.

COELHO, L. P, MOTTA, L. B. D. C, PEREIRA.C. Rede de atenção ao idoso: fatores facilitadores e barreiras para implementação. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 28, p. e280404, 2019.

COLLARD, R.M. et al. Frailty as a Predictor of the Incidence and Course of Depressed

Mood. **Journal of the American Medical Directors Association**. v. 16, n. 6, p. 509-514, 2015.

CONFORTIN, S.C. et al. Autopercepção positiva de saúde em idosos: estudo populacional no Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 5, p. 1049-1060, 2015.

DAL PIZZOL T.S et al. Uso de medicamentos entre idosos residentes em áreas urbanas e rurais de município no Sul do Brasil: um estudo de base populacional. **Cad Saúde Pública**. V.28(1):104-14, 2012.

DE ANDRADE, C. P., et al. Perfil do uso de medicamentos por idosos da Estratégia Saúde da Família de Porto Alegre. **Saúde (Santa Maria)**, v. 45, n. 2, p. 13, 2019.

DENT, E. et al. Physical Frailty: ICFSR International Clinical Practice Guidelines for Identification and Management. **The journal of nutrition, health & aging**, v. 23, n. 9, p. 771-787, 2019.

DE OLIVEIRA, D., et al. Autoavaliação de saúde e as associações com a síndrome da fragilidade em idosos atendidos em serviço de Geriatria. **UstaSalud**, v. 18, 2019.

DE OLIVEIRA FERNANDES, M. T.; SOARES, S. M. O desenvolvimento de políticas públicas de atenção ao idoso no Brasil. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 6, 2012.

DINIZ, Maria Angélica Andreotti et al. Fatores associados à fragilidade em idosos jovens e com idade acima de 75 anos que vivem na comunidade. 2018.

DUARTE, M.; PAUL, C. Prevalence of phenotypic frailty during the aging process in a Portuguese community. **Rev. bras. geriatr. gerontol.** v. 18, n. 4, p. 871-880, 2015.

DUARTE, M.C.S. et al. Prevalência e fatores sociodemográficos associados à fragilidade em mulheres idosas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. 6, 2013.

DUARTE, M.C.S. et al. Fragilidade, morbidade referida e capacidade funcional em mulheres idosas [Frailty, illness and functional capacity in older women]. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 24, n. 2, 2016.

ENGELA, M.H.T Et.Al. Use of health technology in primary health care in approach to hypertension/uso das tecnologias em saúde na atenção básica às pessoas em condições de hipertensão arterial sistêmica. *Revista de pesquisa: cuidado é fundamental online*, n. 1, p. 75-84, 2018.

FARIA, C.S.O., et al. Qualidade de vida e Rede de suporte social: estudo comparativo entre idosos institucionalizados e não institucionalizados. Tese de Doutorado, 2017.

FERNANDES, H. C; L et al. Avaliação da fragilidade de idosos atendidos em uma unidade da estratégia saúde da família. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 22, n. 2, 2013.

FERNANDEZ-MAYOR ALAS, G. et al. Design, measures and sample characteristics of the CadeViMa-Spain survey on quality of life in community-dwelling older adults. **Int. Psychogeriatr.**, v. 24, n. 3, p. 425-438, 2012.

- FIBRA. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, p. 1631-1643, 2013.
- FUNDAÇÃO SEADE. **Distribuição da população, segundo grupos do IPVS**. São Paulo, 2010.
- FHON, J.R.S et al. Prevalência de quedas de idosos em situação de fragilidade. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 2, p. 266-273, 2013.
- FREIRE, M. T. J. et al. GRUPOS DE IDOSOS COMO ESTRATÉGIA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA. **Essentia-Revista de Cultura, Ciência e Tecnologia da UVA**, v. 19, n. 1, 2018.
- GALVAN, F.; ZANATTA, A. L.; DE LOURDES, Maria. A proteção dos direitos sociais e garantias constitucionais na fragilidade de idosos em vulnerabilidade social. **TraHsTrayectorias Humanas Trascontinentales**, n. 5, 2019.
- GARBER C.E. et al. American College of Sports Medicine position stand. Quantity and quality of exercise for developing and maintaining cardiorespiratory, musculoskeletal, and neuromotor fitness in apparently healthy adults: guidance for prescribing exercise. **Med Sci Sports Exerc.** v43, pag1334-1359, 2011.
- GAVA, Marília et al. Incorporação da tecnologia da informação na Atenção Básica do SUS no Nordeste do Brasil: expectativas e experiências. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 891-902, 2016.
- GRAY, W.K. et al. Frailty Screening in Low-and Middle-Income Countries: A Systematic Review. **The American Geriatrics Society**, v.64, n.4, 2016.
- GOMES, J.B. Representações sociais sobre suporte familiar: memória de idosos residentes em instituição de longa permanência. 2017.
- GUEDES, M.B.O.G.; LIMA, K.C.; CALDAS, C.P.; VERAS, R.P. Apoio social e o cuidado integral à saúde do idoso. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v27 [4]: pag1185-1204, 2017.
- GUTIERREZ, M. R. L.; A. J.A. F. How to include the social factor for determining frailty. **J Frailty Aging**, v. 1, n. 1, 2012.
- HONÓRIO MO, SANTOS SM. Incontinência urinária e envelhecimento: impacto no cotidiano e na qualidade de vida. **Rev. bras. enferm.** vol.62 no.1 Brasília Jan./Feb. 2009.
- HUMMELL, B.M.; CUTTER, S.L.; EMRICH, C.T. Social vulnerability to natural hazards in Brazil. **International Journal of Disaster Risk Science**, v. 7, n. 2, p. 111-122, 2016.
- IBGE. **População residente, por sexo e grupos de idade, segundo as Grandes Regiões e as Unidades da Federação - 2010**. População: Sinopse do Censo Demográfico de 2010. Acesso em: 22/10/2013. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/tab_elas_pdf/Brasil_tab_112.pdf
- . Síntese de indicadores sociais. **Uma análise das condições de vida da população brasileira 2010**. Rio de Janeiro; 2010.

IBGE divulga as estimativas populacionais. Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agenciadenoticias/releases/9497-ibge-divulga-as-estimativas-populacionais-dos-municipios-em2016>>. Acesso em: 21 Dez 2018.

JAMES, Bryan D. et al. Relation of late-life social activity with incident disability among community-dwelling older adults. **Journals of Gerontology Series A: Biomedical Sciences and Medical Sciences**, v. 66, n. 4, p. 467-473, 2011.

JUNQUEIRA, S. R. Competências profissionais na estratégia Saúde da Família e o trabalho em equipe. **Módulo Político Gestor**. 2008.

KOLLER, K.; ROCKWOOD, K. Frailty in older adults: implications for end-of-life care. **Cleveland Clinic journal of medicine**, v. 80, n. 3, p. 168-174, 2013.

LACAS, A. ROCKWOOD, K. Frailty in primary care: a review of its conceptualization and implications for practice. **BMC medicine**, v. 10, n. 1, p. 4, 2012.

LEME, Daniel Eduardo da Cunha et al. Estudo do impacto da fragilidade, multimorbidade e incapacidade funcional na sobrevivência de idosos ambulatoriais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 137-146, 2019.

LENARDT, M.H et al. Relação entre fragilidade física e características sociodemográficas e clínicas de idosos. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 585-592, 2015.

LEONARDO, K. C. et al. Avaliação do estado cognitivo e fragilidade em idosos mais velhos, residentes no domicílio. **Cienc Cuid Saude**, v. 13, n. 1, p. 120-7, 2014.

LEKAN, D. A. et al. Frailty assessment in hospitalized older adults using the electronic health record. **Biological research for nursing**, v. 19, n. 2, p. 213-228, 2017.

LINS, M. M., et al. Risco de fragilidade em idosos comunitários assistidos na atenção básica de saúde e fatores associados. **Saúde em Debate**, v. 43, p. 520-529, 2019.

LOURENÇO, R.A. Fragilidade em Idosos Brasileiros-Fibra-RJ: metodologia de pesquisas estudos de fragilidade, distúrbios cognitivos e sarcopenia. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**, v. 14, n. 4, 2015.

LOURENÇO, R. A.; et al. Fragilidade: Consenso Brasileiro. *Geriatr Gerontol Aging*, n. 12, v. 2, p. 121-35, 2018.

LUBENOW, J. A. M.; SILVA, A. O. O que os idosos pensam sobre o atendimento nos serviços de saúde. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, pag 22, v.2, 2019

MACHADO, L. M., MATTOS, K. M., COLOMÉ, J. S., FREITAS, N. Q., & SANGOI, T. P. Estratégia Saúde da Família: a percepção do agente comunitário de saúde quanto a sua atuação. **Ciência, Cuidado e Saúde**, 14(2), 1098-1105, 2015.

MAIA, F. O.M. **Vulnerabilidade e envelhecimento: panorama dos idosos residentes no município de São Paulo-Estudo SABE**. 2011. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

MAIA, Carlos Manuel Leitão et al. Redes de apoio social e de suporte social e envelhecimento ativo. **International Journal of Developmental and Educational Psychology (Revista INFAD de Psicología)**, v. 1, n. 1, p. 293-306, 2016.

MARTINS, Ana Paula Lopes et al. PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO, FORMAÇÃO E QUALIFICAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE QUE ATUAM NA ATENÇÃO BÁSICA DO MUNICÍPIO DE ARARANGUÁ/SC. 2019.

MELLO, A. M.; ENGSTROM, E. M.; ALVES, L. C. Fatores sociodemográficos e de saúde associados à fragilidade em idosos: uma revisão sistemática de literatura. **Cad. Saúde Pública**.v. 30, n. 6, p. 1143-1168, 2014.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Organização Pan-Americana da Saúde**, 2011.

MORLEY, J. E. et al. Frailty consensus: a call to action. **Journal of the American Medical Directors Association**, v. 14, n. 6, p. 392-397, 2013.

MOROSINI, M. V., & FONSECA, A. F. Os agentes comunitários na Atenção Primária à Saúde no Brasil: inventário de conquistas e desafios. **Saúde em Debate**. v.42, p. 261-274, 2018.

DO NASCIMENTO, V.F. et al. Percepção de agentes comunitários de saúde sobre visita domiciliária após aperfeiçoamento em saúde da família. **Revista de APS**, v. 20, n. 3, 2017.

NERI, A. L. et al. Methodology and social, demographic, cognitive, and frailty profiles of community-dwelling elderly from seven Brazilian cities: the FIBRA Study. **Cad. Saúde Pública**. v. 29, n. 4, p. 778-792, 2013.

OLVEIRA, M. R.; VERAS, R. P.; CORDEIRO, H. A. A importância da porta de entrada no sistema: o modelo integral de cuidado para o idoso. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 28, p. e280411, 2019.

MARTINS, A. M. E. B. L. Equidade no uso de serviços odontológicos provenientes do SUS entre idosos: estudo de base populacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 11, p. 35093523, 2016.

PAZIN, Joris et al. Atividade física no lazer, deslocamento, apoio social e percepção do ambiente urbano em homens e mulheres de Florianópolis/SC. **Revista Brasileira de Educação Física e Esporte**, v. 30, n. 3, p. 743-755, 2016.

PELICIONI, M. C. F. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, 35(2), 115-121, 2001.

PEREIRA RA, SANTOS EB, FHON JRS, MARQUES S, RODRIGUES RAP. Sobrecarga dos cuidadores de idosos com acidente vascular cerebral. **Rev. Esc. Enferm. USP**. 2013;47(1):185-92.

PORTELLA, M.; LIMA, A. P. Quedas em idosos: reflexões sobre as políticas públicas para o envelhecimento saudável. **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR**, v. 22, n. 2, 2018.

REIS JÚNIOR, W.M. et al. Pre-frailty and frailty of elderly residents in a municipality with a low Human Development Index. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 4, p. 654- 661, 2014.

REZENDE, M; BAPTISTA, T.W.F.; A.F., Antenor. O legado da construção do sistema de proteção social brasileiro para a intersetorialidade. **Trab. educ. saúde**, p. 301-322, 2015.

RIBEIRO, G. C., DE CARVALHO SANTOS, F. E., FRANCALINO, T. R., & MENDES, I. C. Utilização de tecnologias de promoção da saúde pelos enfermeiros na atenção primária. **Encontro de Extensão, Docência e Iniciação Científica** v.5(1), 2019.

ROCKWOOD, K. et al. Frailty in elderly people: an evolving concept. **CMAJ: Canadian Medical Association Journal**, v. 150, n. 4, p. 489, 1994.

RODRIGUES, N. O.; NERI, A.L. Social, individual and programmatic vulnerability among the elderly in the community: data from the FIBRA Study conducted in Campinas, São Paulo, Brazil. **Ciência & saúde coletiva**, v. 17, n. 8, p. 2129-2139, 2012.

RODRIGUES, A.G; DA SILVA, A.A. A rede social e os tipos de apoio recebidos por idosos institucionalizados. **Revista brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 16, n. 1, p. 159-170, 2013.

RODRÍGUEZ -MAÑAS, L. et al. Searching for an operational definition of frailty: a Delphi method based consensus statement. The frailty operative definition-consensus conference project. **Journals of Gerontology Series A: Biomedical Sciences and Medical Sciences**, v. 68, n. 1, p. 62-67, 2012.

SANTOS GS, CUNHA ICKO. Perfil sociodemográfico de cuidadores familiares de idosos residentes em uma área de abrangência da Estratégia Saúde da Família no município de São Paulo. **Saúde Coletiva**. 2013;10(59):47-53.

SECCHI, L. Políticas públicas: conceitos, esquemas de análise, casos práticos. **São Paulo: Cengage Learning**, v. 133, 2010.

SCHMIDT, A. et al. PREENCHIMENTO DA CADERNETA DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA: RELATO DE EXPERIÊNCIA. **SANARE-Revista de Políticas Públicas**, v. 18, n. 1, 2019.

SEHLO, Mohammad Gamal; KAMFAR, Hayat Zakaria. Depression and quality of life in children with sickle cell disease: the effect of social support. **BMC psychiatry**, v. 15, n. 1, p. 78, 2015.

SILVA, Isnanda Tarciera da; PINTO JUNIOR, Elzo Pereira; VILELA, Alba Benemerita Alves. Autopercepção de saúde de idosos que vivem em estado de coresidência. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**

SIMÕES, Adriana Machado. O processo de produção e distribuição de informação enquanto conhecimento: algumas reflexões. **Perspec. Ci. Inf**, v. 1, n. 1, p. 81-86, 1996.

SOUZA, D.S., et al. Análise da relação do suporte social e da síndrome de fragilidade em idosos. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 18, n. 2, p. 420-433, 2017.

SCHERER, M.I., A totalidade concreta: uma categoria para análise em história social. **XII Encontro Estadual de História da ANPUH RS'' Ensino, Direitos e Democracia''**. UNISC-Santa Cruz do Sul. Rio Grande do Sul, 2016.

SPIGOLON, A.L.; DA SILVA, A.A. OS DESAFIOS DO IDOSO NO MERCADO DE TRABALHO ATUAL. **Revista Tecnológica da Fatec Americana**, v. 6, n. 2, p. 51-74, 2018.

TASCA, Renato et al. Recomendações para o fortalecimento da atenção primária à saúde no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 44, 2020.

TAVARES, M.F.L. et al. A promoção da saúde no ensino profissional: desafios na Saúde e a necessidade de alcançar outros setores. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 1799-1808, 2016.

TOMOMITSU, MRS, PERRACINI, MR, NERI AL. Fatores associados à satisfação com a vida em idosos cuidadores e não cuidadores. **Ciência & Saúde Coletiva** 2014;19(8):342940.

THOFEHRN, M. B., MONTESINOS, M. J. L., ARRIEIRA, I. C., ÀVILA, V. C., VASQUES, T. C. S., & FARIAS, I. D. (2014). Processo de trabalho dos enfermeiros de um hospital da Espanha: ênfase nas tecnologias de cuidado. *Cogitare Enfermagem*, 19(1).

TRIVIÑOS, A. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 2013.

VAUGHAN, L.; CORBIN, A.L.; GOVEAS, J.S. Depression and frailty in later life: a systematic review. **Clinical Interventions in Aging**, v. 10, p. 1947-1958, 2015.

VERAS, R.P. et al. Integration and continuity of Care in health care network models for frail older adults. **Revista de saúde pública**, v. 48, n. 2, p. 357-365, 2014.

VIEIRA, R. et al. Prevalência de fragilidade e fatores associados em idosos comunitários de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: dados do estudo.

ZANESCO, C., et al. Fatores que determinam a percepção negativa da saúde de idosos brasileiros. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 21, n. 3, p. 283-292, 2018.

ZANINI, D. S; PEIXOTO, E. M; NAKANO, T. de C. Escala de apoio social (MOS-SSS): proposta de normatização com referência nos itens. **Trends in Psychology**, v. 26, n. 1, p. 387-399, 2018.

APÊNDICES

A- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: Idoso e Agente Comunitário de Saúde.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
DEPARTAMENTO DE GERONTOLOGIA

FERRAMENTA DE MONITORAMENTO DE NÍVEIS DE FRAGILIDADE EM IDOSOS
ATENDIDOS NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE: AVALIAÇÃO DE SUA EFETIVIDADE E
EFICIÊNCIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O (a) Sr (a) está sendo convidado para participar da pesquisa "Ferramenta de Monitoramento de Níveis de Fragilidade em Idosos Atendidos na Atenção Básica de Saúde: Avaliação de sua efetividade e eficiência". Foi selecionado(a) por estar cadastrado como usuário em Unidades de Saúde da Família atendidas pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) na região da antiga ARES "Cidade Aracy" e sua participação é voluntária. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição que forneceu os seus dados.

O objetivo do estudo é avaliar o uso, benefícios e precisão de um novo teste aplicado por meio de computador que pretende avaliar e monitorar a fragilidade, ou seja, os riscos para perda da saúde e do bem estar de idosos atendidos na atenção básica de saúde, identificando o grau destes riscos.

Sua participação consiste em responder a perguntas e realizar testes que investigarão a fragilidade, características sociodemográficas, condições clínicas de saúde, cognição, humor, equilíbrio, medo de cair, dor, funcionalidade, nível de atividade física, comportamento nutricional, risco de diabetes e doença renal, suporte social e necessidade de cuidado. A entrevista será de aproximadamente sessenta minutos e será realizada em sua casa. O preenchimento dos questionários traz a possibilidade de risco subjetivo, pois algumas perguntas podem remeter a algum desconforto, evocar sentimentos ou lembranças desagradáveis ou levar a um leve cansaço após responder os questionários ou cansaço físico após a realização do teste de marcha em que precisará caminhar 4,6 metros e realizar o teste de força.

Também será necessário realizar coleta de sangue na Unidade de Saúde da Família que o Sr(a) já frequenta. A coleta de sangue será realizada em ambiente privativo por profissional habilitado em uma veia do braço usando luvas, máscara, agulha e seringa descartáveis, após serem tomados todos os cuidados para este tipo de procedimento. Os riscos que podem ocorrer referem-se a que nas primeiras horas poderá surgir, no local da punção, uma mancha roxa ou pequeno desconforto que deverá desaparecer em no máximo 3 a 4 dias. Algumas pessoas poderão sentir tonteira durante ou após o procedimento. Para minimizar esse acontecimento, você será orientado a permanecer sentado durante alguns minutos até que se sinta confortável para levantar. Em relação à coleta de sangue há o risco de leve dor na região do braço no momento em que o sangue estiver sendo coletado ou após, devido a presença de alguma mancha roxa decorrente da punção da agulha. Todos os cuidados para a coleta de sangue serão observados como agulhas descartáveis e compressão do local para facilitar o estancamento do sangue. Importante informá-lo que todos os procedimentos serão realizados juntamente com o entrevistador para minimizar os riscos, porém, caso algumas dessas possibilidades ocorram, o senhor (a) poderá optar pela suspensão imediata da entrevista.

Esse sangue será analisado em laboratório especializado para avaliar a sua saúde e identificar substâncias e proteínas específicas que podem estar relacionadas a fragilidade. O material de sangue ficará armazenado durante a vigência do projeto no Laboratório de Biologia do Envelhecimento, na UFSCar, podendo o prazo de armazenamento ser prorrogado, se existir o seu consentimento e se autorizado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e, quando for o caso, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). As amostras serão utilizadas para atender aos objetivos desta pesquisa com previsão de utilização em investigações futuras dado que o conhecimento sobre o funcionamento de indicadores de doenças relacionadas à fragilidade do idoso poderá auxiliar no entendimento sobre as possíveis causas e na melhoria das formas de diagnóstico e tratamento desta condição. A importância de realizar essa avaliação completa é que elas contêm importantes informações sobre a sua saúde e os resultados serão usados para avaliar a precisão do novo teste desenvolvido, que será aplicado por um agente comunitário ou outro membro da equipe de saúde em visita.

Garantimos que suas respostas e resultados de exames serão tratados de forma anônima e confidencial. Estas informações poderão ser utilizadas para fins estatísticos ou científicos e poderão ter resultados divulgados em eventos, revistas e/ou trabalhos científicos, porém jamais será revelado seu nome sendo que quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada.

Caso haja algum desconforto durante a aplicação dos instrumentos ou na coleta de sangue, pedimos que nos informe para que possamos corrigi-lo, mas a qualquer momento e sem quaisquer ônus ou

prejuízos o Sr (a) poderá retirar o seu consentimento em participar do estudo e ao depósito de suas amostras de sangue. Após as avaliações realizadas, caso seja identificado qualquer problema de saúde, a equipe da USF será comunicada e o (a) senhor (a) será encaminhado (a) e acompanhado (a) pelo o serviço de saúde do município. Ao final da pesquisa, o Sr(a) e a USF que frequenta terão uma devolutiva por escrito e em encontro específico, de suas condições de saúde.

O benefício direto relacionado à sua participação será a oportunidade de ser avaliado(a) em relação a fragilidade e processo de envelhecimento, à verificação da normalidade de exames sanguíneo e usufruir de uma ferramenta de monitoramento de fragilidade em idosos. Também obterá como benefícios indiretos a contribuição com o conhecimento científico para a área de Gerontologia.

O(a) Sr (a) não terá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras para participar desta pesquisa. Despesas decorrentes de sua participação, quando for o caso, serão ressarcidas. Caso o Sr (a) sofra algum dano decorrente da pesquisa seus direitos de recorrer a justiça para eventual indenização estão assegurados.

O (a) senhor (a) receberá uma via assinada deste termo, no qual consta o telefone e o endereço da pesquisadora responsável, podendo tirar suas dúvidas sobre sua participação, agora ou a qualquer momento. Desde já agradecemos!

Prof.ª Dr.ª Marisa Silvana Zazzetta

Departamento de Gerontologia da UFSCar Tel.: (16) 3351-9628 e (16) 3306-6664 - São Carlos - SP

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. Declaro também que concordo com a coleta, o depósito, o armazenamento e a utilização do material biológico humano (sangue) para investigações pertinentes com os objetivos desta pesquisa.

Em caso de pesquisas futuras vinculadas ao presente projeto de pesquisa manifesto:

(....) Necessidade de novo consentimento a cada pesquisa futura ;

(....) Dispensa de novo consentimento a cada pesquisa futura

O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar na Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da UFSCar, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP. Fone (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: cephumanos@ufscar.br

São Carlos, ____ de _____ de ____.

Assinatura do Participante da Pesquisa

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
DEPARTAMENTO DE GERONTOLOGIA**

**FERRAMENTA DE MONITORAMENTO DE NÍVEIS DE FRAGILIDADE EM IDOSOS
ATENDIDOS NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE: AVALIAÇÃO DE SUA EFETIVIDADE E
EFICIÊNCIA**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O (a) Sr (a) está sendo convidado para participar da pesquisa "Ferramenta de Monitoramento de Níveis de Fragilidade em Idosos Atendidos na Atenção Básica de Saúde: Avaliação de sua efetividade e eficiência". Foi selecionado(a) por ser membro da equipe de funcionários das Unidades de Saúde da Família atendidas pelo Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) na região da antiga ARES "Cidade Aracy" e sua participação é voluntária. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

O objetivo do estudo é avaliar a usabilidade, efetividade e eficiência de uma ferramenta computacional para monitoramento de níveis de fragilidade em idosos atendidos na atenção básica de saúde e especificamente identificar e monitorar os níveis de fragilidade (não frágil, pré frágil e frágil) de idosos cadastrados em equipamentos de saúde da atenção básica.

Serão coletados dados referentes o uso da ferramenta. Suas experiências quanto ao uso da mesma e a tomada de decisão a partir da avaliação de fragilidade do idoso pela ferramenta será registrada e retomada em grupo focal, com os profissionais envolvidos, obtendo sua opinião acerca da aplicabilidade da ferramenta na sua rotina de trabalho, facilidade de uso, dificuldades encontradas, efetividade e os demais encaminhamentos junto à equipe. Os encontros serão gravados.

Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada. Estas informações poderão ser utilizadas para fins estatísticos ou científicos e poderão ter resultados divulgados em eventos, revistas e/ou trabalhos científicos.

O(a) Sr (a) não terá nenhum custo ou quaisquer compensações financeira e a sua participação não oferece risco imediato porém considera-se a possibilidade de um risco subjetivo, pois a sua avaliação da ferramenta em grupos pode evocar sentimentos ou lembranças desagradáveis das avaliações realizadas ou levar a um leve cansaço. Caso algumas dessas possibilidades ocorram, o senhor (a) poderá optar pela suspensão imediata da entrevista. Caso haja algum desconforto durante a participação nos grupos, pedimos que nos informe para que possamos corrigi-lo.

O benefício relacionado a sua participação será de forma indireta, dado que contribuirá com o avanço do conhecimento científico para a área de Gerontologia, especialmente com um sistema efetivo e eficiente de monitoramento para detectar risco de fragilidade em idosos que seja confiável, sensível, de baixo custo, acessível e que possa auxiliar a equipe de saúde da atenção básica na tomada de decisões, permitindo que os pacientes possam ter seguimento e monitoramento quanto aos níveis de fragilidade.

O (a) senhor (a) receberá uma cópia deste termo, no qual consta o telefone e o endereço da pesquisadora responsável, podendo tirar suas dúvidas sobre sua participação, agora ou a qualquer momento. Desde já agradecemos!

Prof.ª Dr.ª Marisa Silvana Zazzetta

Departamento de Gerontologia da UFSCar Tel.: (16) 3351-9628 e (16) 3306-6664 - São Carlos - SP

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar na Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da UFSCar, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP. Fone (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: cephumanos@power.ufscar.br.

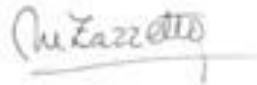
São Carlos, ____ de _____ de ____.

Assinatura do Participante da Pesquisa

B- Autorização ao uso de banco de dados**DECLARAÇÃO**

Declaro que o acesso e o uso do arquivo e/ou registro dos dados coletados pelo Projeto intitulado “Ferramenta de Monitoramento de Níveis de Fragilidade em Idosos Atendidos na Atenção Básica de Saúde: Avaliação de sua Efetividade e Eficiência”, aprovado pelo CEP sob o número 2.424.616, em 08/12/2017 está autorizado à pesquisadora **Fernanda Karoline Generoso**, sob minha orientação, com a finalidade de realização da pesquisa intitulada “O USO DE UMA FERRAMENTA PARA AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO DE FRAGILIDADE EM IDOSOS DA COMUNIDADE: DESAFIOS E BENEFÍCIOS”, ficando obrigada ao respeito e ao sigilo sobre os dados individuais dos participantes, conforme estabelece o TCLE utilizado no estudo.

São Carlos, 28 de Maio de 2018.

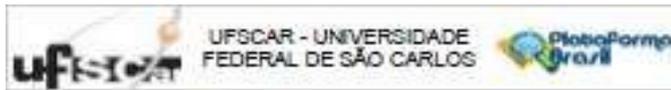


~~Prof. Dra. Marisa Silvana Zazzetta~~

Coordenadora do projeto

ANEXOS

A- Parecer do comitê de ética



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Ferramenta de Monitoramento de Níveis de Fragilidade em Idosos Atendidos na Atenção Básica de Saúde: Avaliação de sua Efetividade e Eficiência

Pesquisador: Maria Sílvia Zazzeta

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 000790/17 3.0000.5504

Instituição Proponente: Universidade Federal de São Carlos/UFSCAR

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.424.818

Apresentação do Projeto:

Estudo observacional e transversal, de abordagem quanti-qualitativa, na temática fragilidade e desenvolvimento de tecnologias de monitoramento neste âmbito. Para o desenvolvimento da tecnologia tomará uma das administrações regionais de saúde do município de São Carlos/SP, especificamente prospectando o envolvimento dos seguintes participantes: agentes comunitários de saúde (testado a ferramenta e o aprimoramento dela), profissionais de saúde (contribuem com a etapa de avaliação de eficácia da ferramenta) e idosos (total de 103, junto aos quais intenciona-se aplicação de testes a questões, além de coleta de material biológico). Estudo é continuidade de outro anteriormente desenvolvido.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

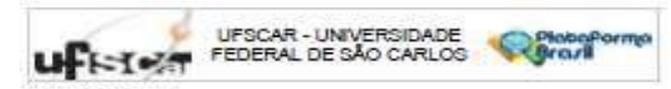
Avaliar a usabilidade, efetividade e eficiência de uma ferramenta computacional para monitoramento de níveis de fragilidade em idosos atendidos na atenção básica de saúde.

Objetivo Secundário:

1. Avaliar o protótipo da ferramenta implementada, considerando seu projeto e decisões tecnológicas utilizadas no desenvolvimento, visando atender a diferentes cenários de uso, manutenção, hospedagem e potencial adaptação diante de novos requisitos identificados. 2.

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235	CEP: 13.505-000
Município: JARDIM OLIMPIA	UF: SP
Telefone: (19)3201-0000	E-mail: cep@ufscar.br

Página 12 de 18



Objetivo do Parecer: 2.424.818

Investigar algoritmos de análise e mineração de dados, com base em agrupamento em dois passos e árvore de decisão, confrontando os resultados apontados com instrumentos já consolidados (Avaliação Subjetiva de Fragilidade, Ferrário de Fragilidade de Fried, Escala de Fragilidade de Edmonson), de modo a verificar se o algoritmo é capaz de gerar indicadores fidedignos sobre a classificação de fragilidade de cada indivíduo encaminhamentos com base nessa classificação. 3. Identificar e monitorar os níveis de fragilidade (não frágil, pré frágil e frágil) de idosos cadastrados em equipamentos de saúde de atenção básica. 4. Analisar a efetividade da ferramenta no sistema de saúde, como instrumento de triagem de fragilidade, sugerindo encaminhamentos de acordo com os testes associados à fragilidade, com base nos dados existentes sobre a população em estudo. 5. Verificar os ganhos de eficiência que a ferramenta pode gerar para o SUS, tendo em vista que a intenção desenvolver financiamento o sistema público de saúde em termos de gastos com pessoal, materiais, equipamentos, e consultas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Para os profissionais de saúde participantes a participação no estudo pode ocasionar risco subjetivo, pois algumas perguntas podem remeter a algum desconforto, evocar sentimentos ou lembranças desagradáveis ou levar a um leve cansaço.

Para o idoso o preenchimento dos questionários traz a possibilidade de risco subjetivo, pois algumas perguntas podem remeter a algum desconforto.

evocar sentimentos ou lembranças desagradáveis ou levar a um leve cansaço após responder os questionários ou cansaço físico após a realização

do teste de marcha em que precisará caminhar 4,5 metros e realizar o teste de força. A coleta de sangue será realizada em ambiente privativo por

profissional habilitado em uma sala do bloco usando luvas, máscaras, agulha e seringa descartáveis, após serem tomadas todas as cuidados para

este tipo de procedimento. Os riscos que podem ocorrer referem-se a que nas primeiras horas poderá surgir, no local de punção, uma mancha rosa

ou pequeno desconforto que deverá desaparecer em no máximo 2 a 4 dias. Algumas pessoas poderão sentir tontura durante ou após o

procedimento. Para minimizar esse acontecimento, você será orientado a permanecer sentado durante

alguns minutos até que se sinta confortável.

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235	CEP: 13.505-000
Município: JARDIM OLIMPIA	UF: SP
Telefone: (19)3201-0000	E-mail: cep@ufscar.br

Página 13 de 18



Continuação do Parecer 2/2018

para levantar. Em relação à coleta de sangue há o risco de leve dor na região do braço no momento em que o sangue estiver sendo coletado, ou após devido a presença de alguma mancha rosa decorrente da punção da agulha. Todas as coletas para a coleta de sangue serão observadas como agulhas descartáveis e compressão do local para facilitar o estancamento do sangue. É importante esclarecer que toda a avaliação será realizada sob supervisão do pesquisador, porém, caso algumas dessas possibilidades ocorram, está garantida a suspensão imediata da entrevista, mediante manifestação do participante ou observação do entrevistador, com possibilidade de continuidade em outro momento ou finalização de sua participação, à critério do participante.

Benefícios:

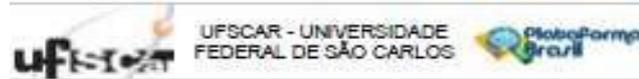
Para o idoso, o benefício direto à participação está relacionado à avaliação em relação a fragilidade e processo de envelhecimento e à verificação da normalidade de exame sanguíneo, usufruir de uma ferramenta de monitoramento de fragilidade em idosos. Também obtém como benefícios indiretos a contribuição com o conhecimento científico para a área de Gerontologia. Vale destacar que, após as avaliações realizadas, caso seja identificado qualquer problema de saúde, a equipe do USF será comunicada e o participante será encaminhado (e) e acompanhado (e) pelo o serviço de saúde do município. Ao final da pesquisa, o idoso e a USF que frequenta terão uma devolutiva por escrito e em encontro específico, de suas condições de saúde. Para os profissionais de saúde, o benefício relacionado a participação será de forma indireta, dado que contribuirá com o avanço do conhecimento científico para a área de Gerontologia, especificamente com um sistema ativo e eficiente de monitoramento para detectar risco de fragilidade em idosos que seja confiável, sensível, de baixo custo, acessível e que possa auxiliar a equipe de saúde de atenção básica na tomada de decisões, permitindo que os pacientes possam ter seguimento e monitoramento quanto aos níveis de fragilidade.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

-

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 200	CEP: 13.505-000
Bairro: JARDIM OLIMPIANA	
UF: SP Município: SÃO CARLOS	
Telefone: (19)3311-2000	E-mail: registro@ufscar.br

Página 2 de 28



Continuação do Parecer 2/2018

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Form adequada conforme solicitação do Parecer de pendência.

Recomendações:

-

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pendências foram atendidas. Projeto Aprovado.

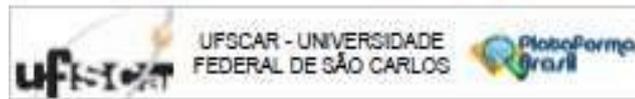
Considerações finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PE_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_077804.pdf	10/11/2017 20:21:00		Aceito
Outros	CartaCEP.doc	10/11/2017 20:20:40	Meris Silvana Zanatta	Aceito
Declaração de Manuseio Material Biológico / Biossegurança / Bioterror	DECLARACAOBIOREPOSTORIOEEREGULAMENTO.doc	10/11/2017 20:20:27	Meris Silvana Zanatta	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	DeclaraçãoUSPCParticipante.pdf	10/11/2017 20:20:07	Meris Silvana Zanatta	Aceito
TCLP / Termos de Assentimento / Justificativa de Avaliação	IdosoTCLP.doc	10/11/2017 20:20:27	Meris Silvana Zanatta	Aceito
Declaração de Responsabilidade	DECLARACAOsuave.doc	10/11/2017 20:20:06	Meris Silvana Zanatta	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	10/11/2017 20:20:43	Meris Silvana Zanatta	Aceito
TCLP / Termos de Assentimento / Justificativa de Avaliação	FuncionarioTCLP.doc	29/05/2017 19:29:46	Meris Silvana Zanatta	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	19-12-2016	Meris Silvana Zanatta	Aceito
Folha de Rosto	Folhadestudo.pdf	17/03/2017 11:49:00	Meris Silvana Zanatta	Aceito
Declaração de	CARTAAMBUENCIAPREFEITURA.pdf	13/03/2017	Meris Silvana Zanatta	Aceito

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 200	CEP: 13.505-000
Bairro: JARDIM OLIMPIANA	
UF: SP Município: SÃO CARLOS	
Telefone: (19)3311-2000	E-mail: registro@ufscar.br

Página 2 de 28



Classificação de Parecer: CCE/19

Instituição e Infraestrutura	CARTAANEXOSCIAPREFEITURA.pdf	10/27/08	Secretaria	Aceito
---------------------------------	------------------------------	----------	------------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SÃO CARLOS, 08 de Dezembro de 2017.

Assinado por:
Priscilla Hortense
(Coordenador)

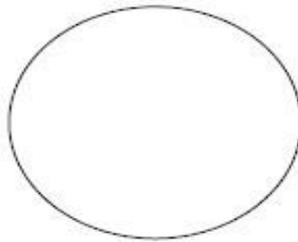
Endereço: W00-00070-1102 KM 010	CEP: 13.505.000
Bairro: JARDIM PLANALTINA	
UF: SP	Município: SÃO CARLOS
Telefone: (13)331-9000	E-mail: cepconcep@ufscar.br

Página 1 de 1

B- Escala de Fragilidade de Edmonton

() Idoso () Cuidador / familiar	
Coluna B ____ x 1 pt = ____	Coluna C ____ x 2 pt = ____
TOTAL DE PONTOS: ____/17	
<p>INSTRUÇÕES: Para cada item, por favor, marque apenas uma opção na coluna A, B ou C. Itens marcados na Coluna A valem zero. Conte um ponto para cada item marcado na coluna B. Conte dois pontos para cada item marcado na Coluna C. Se houver dúvidas com relação à cognição do paciente, peça para ele, inicialmente, completar o Teste do Desenho do Relógio. Caso o paciente não seja aprovado neste teste, solicite ao cuidador para responder ao restante das perguntas da ESCALA DE FRAGILIDADE.</p>	
<p>Método de Pontuação TDR da EFE O TDR da EFE foi pontuado da seguinte maneira:</p> <p>A. Aprovado. Todos os ponteiros e números estão presentes nas devidas posições. Não há adições ou duplicidades.</p> <p>B. Reprovado com erros mínimos. Todos os ponteiros e números estão presentes. Os ponteiros estão corretamente posicionados. No entanto, os ponteiros têm o mesmo comprimento e/ou pequenos erros de espaçamento. Um "erro de espaçamento" existe se após sobrepor a transparência alvo e fazer a rotação para a melhor pontuação, ocorre qualquer um dos itens abaixo:</p> <ol style="list-style-type: none"> Algum número está posicionado na porção interior do círculo. Há mais ou menos de três números em qualquer um dos quadrantes. <p>C. Reprovado com erros significativos.</p> <ol style="list-style-type: none"> Colocação dos ponteiros de hora e minuto fora do curso. Uso inapropriado dos ponteiros do relógio, de forma que o paciente tenta usar um display digital ou circula os números ao invés de usar ponteiros. Os números estão amontoados em um extremo do relógio (ex. qualquer quadrante contém menos de dois números) ou os números estão em ordem contrária. Ocorrem outras distorções quanto à sequência ou mesmo uma possível distorção da integridade da face do relógio (disposição dos números e ponteiros). <p>Uma reprova com erros significativos sugere déficit cognitivo.</p>	
<p>1) Cognição. TESTE DO DESENHO DO RELÓGIO (TDR): "Por favor, imagine que este círculo é um relógio. Eu gostaria que você colocasse os números nas posições corretas e que depois incluisse os ponteiros de forma a indicar 'onze horas e dez minutos'".</p>	
<p>(0) Aprovado (1) Reprovado com erros mínimos (2) Reprovado com erros significativos</p>	TDR _____
<p>2) Estado Geral de Saúde. a) Nos últimos 12 meses, quantas vezes você foi internado(a)? (0) 0 (1) 1-2 (2) >2</p> <p>b) De modo geral, como você descreveria sua saúde? (escolha uma alternativa) (0) Excelente (1) Razoável (2) Ruim (0) Muito boa (0) Boa</p>	EESTSAU _____ EDSAU _____
<p>3) Independência Funcional. Em quantas das seguintes atividades você precisa de ajuda? (0) 0-1 (1) 2-4 (2) 5-8</p> <ul style="list-style-type: none"> • Preparar refeição (cozinhar) • Transporte (locomoção de um lugar para o outro) • Cuidar da casa (limpar / arrumar casa) • Fazer compras • Usar o telefone • Lavar a roupa • Cuidar do dinheiro • Tomar remédios 	EDNFUNC _____
<p>4) Suporte social. Quando você precisa de ajuda, você pode contar com a ajuda de alguém que atenda as suas necessidades? (0) Sempre Nunca (1) Algumas vezes (2)</p>	EAJUDA _____

<p>5) Uso de Medicamentos. Normalmente, você usa, cinco ou mais remédios diferentes e recitados (pelo médico)? (0) Não (1) Sim</p> <p>Algumas vezes você esquece de tomar os seus remédios? (0) Não (1) Sim</p>	<p>EUMED _____</p> <p>EVEZES _____</p>
<p>6) Nutrição. Recentemente, você tem perdido peso, de forma que suas roupas estão mais folgadas? (0) Não (1) Sim</p>	<p>ENUT _____</p>
<p>7) Humor. Você se sente triste ou deprimido(a) com frequência? (0) Não (1) Sim</p>	<p>EHUMOR _____</p>
<p>8) Continência. Você tem problema de perder o controle da urina sem querer? (segurar urina?) (0) Não (1) Sim</p>	<p>ECONT _____</p>
<p>9) Desempenho funcional. FAVOR OBSERVAR: PONTUE este item do teste como > 20 segundos se: a) O indivíduo se mostrar relutante ou incapaz de completar o teste. b) Para a realização do teste o paciente necessita andador (ou bengala) ou precisa do auxílio de outra pessoa. (0) 0-10 seg. (1) 11-20 seg. (2) > 20 seg.</p>	<p>EDPFUNC _____</p>



C- Avaliação subjetiva da fragilidade

Questionário de avaliação de nível fragilidade

Nome: _____

CPF: _____

Q1. Nos últimos 12 meses (último ano) o(a) Sr(a) acha que perdeu peso sem fazer nenhuma dieta?

- Sim
 Não
 Não sabe
 Não respondeu

Q1a. Se sim, quantos quilos aproximadamente? _____

Q2. O(a) Sr(a) acha que faz menos atividades físicas do que há 12 meses atrás (há um ano)?

- Sim
 Não
 Não sabe
 Não respondeu

Q3. Nos últimos 12 meses (último ano), o(a) Sr(a) acha que sua força diminuiu?

- Sim
 Não
 Não sabe
 Não respondeu

Q4. O(a) Sr(a) acha que hoje está caminhando mais devagar do que caminhava há 12 meses atrás (um ano)?

- Sim
 Não
 Não sabe
 Não respondeu

Q5. O(a) Sr(a) sentiu que teve que fazer algum esforço para dar conta de suas tarefas do dia-a-dia?

- Nunca ou Raramente
 Às vezes
 Frequentemente
 Sempre

Q6. O(a) Sr(a) sentiu que não conseguia levar adiante as suas tarefas?

- Nunca ou Raramente
 Às vezes
 Frequentemente
 Sempre

D- Avaliação de fragilidade segundo o fenótipo de Fried.

AVALIAÇÃO DA FRAGILIDADE

Peso (em Kg): _____ Altura (em m): _____ IMC (Kg/m²): _____

Circunferência da cintura (em cm): _____ Circunferência do quadril (em cm): _____

Circunferência abdominal (em cm): _____

PERDA DE PESO

<p>Nos últimos doze meses o(a) senhor(a) acha que perdeu peso sem fazer nenhuma dieta? critério?</p> <p>() Não () Sim. Quantos quilos?..... () Sim = 1</p> <p>Avaliação do resultado:Perda de 4,5kg ou 5% do peso corporal. () Não = 0</p>	<p>Preenche o</p>
--	-------------------

FADIGA

<p>a) Com que frequência na ultima semana sentiu que que tudo que fez exigiu um Preenche o esforço? critério?</p> <p>(0) Nunca/Raramente (- 1 dia)</p> <p>(1) Poucas vezes (1 a 2 dias) () Sim = 1</p> <p>(2) Na maioria das vezes (3 a 4 dias)</p> <p>(3) Sempre (5 a 7 dias) () Não = 0</p> <p>b) Com que frequência, na ultima semana, sentiu que não conseguiria levar adiante suas coisas?</p> <p>(0) Nunca/Raramente (-1 dia)</p> <p>(1) Poucas vezes (1 a 2 dias)</p> <p>(2) Na maioria das vezes (3 a 4 dias)</p> <p>(3) Sempre (5 a 7 dias)</p> <p>Atende o critério quem assinalar alternativa 2 ou 3 em qualquer uma das respostas</p>	<p>grande</p>
---	---------------

BAIXA FORÇA DE PREENSÃO PALMAR

<p>1ª medida de força de preensão:.....Kgf.</p> <p>2ª medida de força de preensão:.....Kgf.</p> <p>3ª medida de força de preensão:.....Kgf.</p> <p>Considere o maior valor=.....Kgf.</p>	<p>Preenche o critério?</p> <p>() Sim = 1</p>
<p>HOMEM</p>	<p>MULHER</p>

Força <21kg para IMC <23,12	Força <14kg para IMC < 23,8	() Não = 0
Força <25.5kg para IMC 23,12 – 25,5	Força <15kg para IMC 23,8 – 27,05	
Força <30kg para IMC 25,6 – 28,08	Força <15kg para IMC 27,06 – 30,83	
Força <27kg para IMC > 28.08	Força <15kg para IMC > 30,83	
DIMINUIÇÃO NA VELOCIDADE DA MARCHA		
Três medidas consecutivas do tempo para caminhar 4,6m no plano.		Preenche o critério?
1ª medida de velocidade da marcha:.....centésimos de segundo.		() Sim = 1
2ª medida de velocidade da marcha:..... centésimos de segundo.		
3ª medida de velocidade da marcha:..... centésimos de segundo.		
Considerar a menor velocidade..... centésimos de segundo.		() Não = 0
HOMEM	MULHER	
Altura ≤ 166 cm Tempo ≥ 5 segundos	Altura ≤ 153 cm Tempo ≥ 6 segundos	
Altura > 166 cm Tempo ≥ 5 segundos	Altura >153 cm Tempo ≥ 5 segundos	
BAIXA PRÁTICA DE ATIVIDADES FÍSICAS		
O(a) senhor(a) acha que faz menos atividades físicas do que há doze meses atrás?		Preenche o critério?
() Não () Sim		() Sim = 1
		() Não = 0
TOTAL: _____/5		
1. Frágil (3, 4 ou 5)		
2. Pré frágil (1 ou 2)		
3. Não frágil (0)		

E- Medical Outcomes Study (MOS).

Suporte Social: Medical Outcomes Study (MOS)

As seguintes questões fazem referência ao apoio ou ajuda da que dispõe

1. Aproximadamente, quantos amigos íntimos ou familiares próximos têm? (Pessoas com as que esta à vontade e pode falar de tudo o que quiser). Escreva o número de amigos íntimos e familiares próximos: ____

A gente procura outras pessoas para ter companhia, assistência ou outro tipo de ajuda. Com que frequência dispõe de cada um dos seguintes tipos de apoio quando precisa? Assinale com um círculo um dos números de cada fila:

	Nunca (1)	Raramente (2)	As vezes (3)	Quase sempre (4)	Sempre (5)
2. Alguém que o ajude se estiver doente, de cama.					
3. Alguém para lhe ouvir quando você precisa falar.					
4. Alguém para lhe dar bons conselhos em uma situação de crise.					
5. Alguém para lhe levar ao médico.					
6. Alguém que demonstre afeto e amor por você.					
7. Alguém para se divertir junto.					
8. Alguém para lhe dar uma informação que o ajude a compreender determinada situação.					
9. Alguém em quem confiar para falar de você ou sobre os seus problemas.					
10. Alguém que lhe dê um abraço.					
11. Alguém com quem relaxar.					
12. Alguém para preparar suas refeições se você não puder preparar.					
13. Alguém de quem você realmente quer conselhos.					
14. Alguém com quem distrair a cabeça.					
15. Alguém para ajudá-lo nas atividades diárias se você ficar doente.					
16. Alguém para compartilhar suas preocupações e medos mais íntimos.					
17. Alguém para lhe dar sugestões de como lidar com um problema pessoal.					
18. Alguém com quem fazer coisas agradáveis.					
19. Alguém que compreenda seus problemas.					
20. Alguém que você ame e que o faça você se sentir querido.					

E- Perguntas realizadas em grupo focal

- 1- Como identificar a **fragilidade** em idosos e propor **estratégias de cuidado** continuado e integral?
- 2- Como avaliar as condições de saúde dos idosos ? Utilizam algum **instrumento de avaliação**, qual?
- 3- Como constroem as ações **práticas para o plano de cuidado do idoso**?
- 4- Quais ações de **prevenção e promoção de saúde para idosos**? Encaminhamento?
Uso de rede?
- 5- Como considera o uso **da ferramenta** para a tomada de decisões ?

F Treinamento para realização do Grupo Focal e Grupo Focal com Agentes Comunitários em Unidade de Saúde



G- Reunião de realização do Grupo Focal e Grupo Focal com Agentes Comunitários em Unidade de Saúde

