

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE GERONTOLOGIA

GABRIELLA MAZZO RODRIGUES

IDOSO E FRAGILIDADE NA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA: TOMADA  
DE DECISÃO, EVIDÊNCIAS E CONTRIBUIÇÕES PARA A LINHA DE CUIDADO

São Carlos

2020

Universidade Federal de São Carlos  
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde  
Departamento de Gerontologia

“Idoso e fragilidade na Unidade de Saúde da Família: Tomada de decisão,  
evidências e contribuições para a linha de cuidado”

Monografia apresentada no Curso  
de Graduação em Gerontologia da  
Universidade Federal de São Carlos,  
como parte dos requisitos para a  
obtenção do título de Bacharel em  
Gerontologia.

Orientação: Profa. Dra. Marisa  
Silvana Zazzetta

São Carlos  
2020

Aprovado em: 17/12/2020

BANCA EXAMINADORA

---

Profa. Dra. Marisa Silvana Zazzetta  
Orientadora

---

Prof. Dra. Karina Gramani Say

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, pela misericórdia, pelo discernimento e fortaleza durante toda a jornada.

Aos meus pais, Fernando Sandro e Miriam, pelo amor, pelo incentivo e apoio nas tomadas de decisão, por serem meu porto seguro nos momentos de incertezas e por tornarem as conquistas possíveis.

Aos meus irmãos, Antônio e Otávio, pelo amor, carinho, amizade e pelo incentivo.

Ao meu noivo, Márcio, pelo amor, paciência, inspiração, carinho e incentivo;

À professora Dra. Marisa Silvana Zazzetta, pela amizade, pelo conhecimento compartilhado, pela paciência, pela atenção e pela supervisão durante toda minha jornada na graduação.

À professora Dra. Karina Gramani Say pelo conhecimento compartilhado e pela amizade.

À UFSCar, por me proporcionar um ambiente de aprendizado e amadurecimento, viabilizando oportunidades únicas e por todos os auxílios.

## RESUMO

Objetivo: Analisar o processo de tomada de decisão de membros da equipe de saúde quanto ao plano terapêutico de idosos frágeis, cadastrados nas Unidades de Saúde da Família (USF) da região atendida pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) em um município do interior paulista. Método: Trata-se de um estudo de caráter transversal, com abordagem qualitativa, apoiado nos conceitos de Bardin, através de grupos focais com Agentes de Saúde e análise dos prontuários. Os dados foram coletados no município de São Carlos, numa região que apresenta maior vulnerabilidade social, identificada na região Cidade Aracy, em três Unidades de Saúde da Família, no período de 2016 - 2018 e participação de 8 membros de equipes de saúde. Os dados foram coletados a partir de encontros de grupos focais e por análise de prontuários dos idosos frágeis, avaliados numa pesquisa maior à qual o presente estudo foi vinculado e cadastrados nas USF's. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa. Resultados: Verificou-se a percepção das equipes acerca da saúde da pessoa idosa, identificando condições financeiras e suporte social; o plano terapêutico através de reuniões de equipe; condutas de atendimento ao idoso, por meio da interação com a comunidade, orientações, suporte familiar, avaliações como fatores de alerta, visita domiciliar, identificação e condutas específicas da fragilidade e utilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa e ainda dentro das condutas de atendimento ao idoso também verificou as tomadas de decisões; por fim foi identificado as potencialidades e limitações observados durante todo o percurso da pesquisa. potencialidades e limitações. Conclusão: as equipes de saúde que participaram do presente estudo identificam a necessidade de um plano terapêutico, porém, não possuem uma tomada de decisão e plano terapêutico específico para os idosos frágeis dentro da Unidade de Saúde da Família.

Descritores: Idoso frágil, Atenção Primária, Assistência integral à Saúde.

## **ABSTRACT**

**Objective:** To analyze the decision-making process of health team members regarding the therapeutic plan for frail older people, registered at Family Health Units (FHU) in the region served by the Family Health Support Center (NASF) in a municipality from the interior of São Paulo. **Method:** This is a cross-sectional study, with a qualitative approach, supported by the concepts of Bardin, through focus groups with Health Agents and analysis of medical records. Data were collected in the municipality of São Carlos, in a region that presents greater social vulnerability, identified in the Cidade Aracy region, in three Family Health Units, in the period from 2016 - 2018 and the participation of 8 members of health teams. Data were collected from focus group meetings and analysis of medical records of frail older people, evaluated in a larger study to which the present study was linked and registered in the USF's. The study was approved by the Research Ethics Committee. **Results:** The teams' perception of the older person's health was verified, identifying financial conditions and social support; the therapeutic plan through team meetings; conduct of care for the elderly, through interaction with the community, guidance, family support, assessments as factors of alert, home visit, identification and specific behaviors of the frailty and use of the Health Handbook for the Older People and also within the care contacts the people y also checked decision making; finally, the potential and limitations observed throughout the research were identified potentialities and limitations. **Conclusion:** the health teams that participated in the present study identify the need for a therapeutic plan, however, they do not have a specific decision-making and therapeutic plan for the frail persons within the Family Health Unit.

**Descriptors:** Frail older people, Primary Care, Comprehensive Health Care.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Mapa das Administrações Regionais de Saúde (ARES) do município de São Carlos, SP.....	18
Figura 2- Treinamento para realização do Grupo Focal e Grupo Focal com Agentes Comunitários em Unidade de Saúde .....	21
Figura 3- Mural com atividade realizada no treinamento para a formação do Grupo Focal e Grupo Focal com Agentes Comunitários em Unidade de Saúde .....	21
Figura 4- Realização dos grupos focais .....	22
Figura 5- Mural com atividade realizada no Grupo focal com os Agentes de Saúde na Unidade .....	22
Figura 6- Categorização dos resultados dos Grupos Focais .....	25

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Termos usados pelos agentes de saúde referente a fragilidade.....	
32	
Tabela 2- Resultados da análise dos prontuários .....	
35	

## LISTA DE SIGLAS

AC- Agente Comunitário;

ARES- Administrações Regionais de Saúde;

AS- Agente de Saúde;

CRAS- Centro de Referência de Assistência Social;

CREAS- Centro de Referência Especializada de Assistência Social;

EIP- Educação Interprofissional de Saúde;

EPS- Educação Permanente de Saúde;

EqSF- Educação permanente das equipes de Saúde da Família;

EVIPNet- Evidence-Informed Policy Network;

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística;

NASF- Núcleo de Apoio à Saúde da Família;

OMS- Organização Mundial da Saúde;

PA- Pressão Arterial;

PTS- Plano Terapêutico Singular;

PNSPI- Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa;

RAS- Rede de Atenção à Saúde;

SUS-Sistema Único de Saúde;

UBS- Unidade Básica de Saúde;

USF- Unidade de Saúde da Família;

## Sumário

<b>1. Introdução ao Problema .....</b>	<b>11</b>
<b>2. Objetivos .....</b>	<b>20</b>
2.1. Objetivo Geral .....	20
2.2. Objetivos Específicos .....	20
<b>3. Metodologia.....</b>	<b>21</b>
3.1 Delineamento, período e local do estudo.....	21
3.2 Participantes .....	22
Critérios de inclusão: .....	23
Critérios de exclusão: .....	23
3.3 Procedimentos para a coleta de dados .....	23
3.4 Instrumentos .....	27
3.4.1 Caracterização dos participantes: .....	27
3.4.2.....	27
3.5. Aspectos Éticos .....	27
<b>4. Forma de Análise dos Resultados .....</b>	<b>27</b>
<b>5. Resultados: .....</b>	<b>29</b>
5.1- Percepção das equipes acerca da saúde da pessoa idosa .....	30
5.1.1 Condição financeira.....	30
5.1.2- Categoria “Suporte social” .....	31
5.2- Plano terapêutico .....	31
5.2.1- Reunião de equipe: .....	31
5.3- Condutas de atendimento ao idoso .....	32
5.3.1- Interação com a comunidade: .....	32
5.3.2- Orientação: .....	33
5.3.3- Suporte familiar: .....	33
5.3.4- Avaliações: .....	33
5.3.4.5- Tomada de decisão: .....	35
5.4- Potencialidades e Limitações.....	39
<b>6. Discussão.....</b>	<b>40</b>
<b>7. CONCLUSÃO.....</b>	<b>47</b>
<b>8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>48</b>
<b>9. ANEXOS.....</b>	<b>51</b>

## 1. Introdução ao Problema

No Brasil, o fenômeno do envelhecimento indica o aumento da participação percentual dos idosos na população e a conseqüente diminuição dos demais grupos etários. Segundo projeções realizadas pelas Nações Unidas a população brasileira em 2015 era constituída por 11,7% de idosos, e este indicador dobraria para 23,5% no ano de 2039, fator que evidencia o aumento da população idosa no país (Nações Unidas apud IBGE, 2016).

É notório que com o aumento da expectativa de vida surjam mais casos de idosos que desenvolvam doenças crônicas não transmissíveis, favorecendo o desencadeamento de desfechos negativos para o idoso, afetando a sua família, comunidade e o sistema de saúde. Como consequência, idosos acometidos desse tipo de doença, encontram-se em situação de maior vulnerabilidade e dependência, decorrente de perdas funcionais e declínios clínicos, o que em sua maior parte finda em fragilidade (DUARTE et. al., 2013).

O conceito de fragilidade encontra-se em evolução, o que desperta interesse da área da Saúde. A fragilidade é considerada um estado clínico com múltiplas causas e contribuintes, caracterizada pela diminuição da força, resistência e função fisiológica. As alterações podem ser desencadeadas devido a extrema vulnerabilidade aos estressores endógenos e exógenos, levando o indivíduo a possíveis desfechos negativos relacionados à saúde como risco para desenvolvimento de dependência ou óbito, indicando declínio físico, cognitivo e social (MORLEY, 2013). Além dos estados clínicos observa-se a influência de determinantes culturais e econômicos. Com o envelhecimento, o indivíduo sofre mudanças no sistema fisiológico, os quais podem comprometer a homeostase do organismo. O indivíduo com desequilíbrio homeostático pode desenvolver fragilidade, para uma avaliação clínica é observado cinco componentes fenotípicos, sendo, a perda de peso não intencional de 4,5kg ou 5% do peso corporal no último ano, fraqueza – medida pela força de preensão - exaustão, lentidão na marcha e diminuição da prática de atividade física (FRIED, 2009). Existem diversos

instrumentos para avaliar a fragilidade fundamentados em diferentes estudos e teorias. Atualmente encontram-se autores que consideram importante também avaliar domínios de cognição e humor. Autores propõem avaliar a fragilidade por sete domínios, sendo eles a nutrição, atividade física, mobilidade, força, energia, cognição e humor (ROCKWOOD; BERGMAN, 2012). Considerando fatores associados a fragilidade entre idosos, estudos apontam que fatores sociodemográficos podem afetar diretamente o estilo de vida e aumentar a exposição de riscos para a saúde de idosos (DUARTE, et al, 2013).

Segundo o Estudo FIBRA, 2013 - acrônimo de Fragilidade em Idosos Brasileiros - a prevalência de idosos brasileiros com 65 anos ou mais é de 6,3% frágeis, 45,3% pré-frágeis e 48,3% de não frágeis, mencionando como associação a raça negra, baixos níveis de escolaridade e renda, saúde deficitária e altas taxas de comorbidades e incapacidade (DE SIQUEIRA, 2013). A prevalência de idosos frágeis residentes na comunidade é de 19,6% para regiões da América Latina e Caribe. O estudo que apontou a percentagem mais elevada, identificou que 17,9% dos idosos residentes no Brasil são frágeis, evidenciando com essa proporção o suscetível aumento da demanda por serviços sociais e de saúde (DA MATA, 2017).

Admite-se que a fisiopatologia da síndrome da fragilidade pode intensificar devido à ruptura de laços sociais, uma vez que a ausência do apoio social pode atingir os sistemas de defesa do organismo, de maneira que o indivíduo se torne mais passível a doenças. Segundo este conceito, laços sociais e o apoio estabelecido teriam influência na manutenção da saúde, favorecendo comportamentos de adaptação em situações de estresse (AMARAL, et al, 2013).

A fragilidade constitui-se em uma síndrome multidimensional que envolve a interação de fatores biológicos, psicológicos e sociais que resultam em sintomas clínicos (CARNEIRO,2016). Enquanto que a vulnerabilidade refere-se a incapacidade de um grupo de pessoas em exercer sua liberdade por uma contingência física ou decorrência de seu percurso de vida, social e/ou político; o que caracteriza grupos, pessoas ou uma condição humana, universal, irredutível e inalienável (MAIA, 2011).

A condição de vulnerabilidade varia de acordo com a baixa condição socioeconômica e por circunstâncias desfavoráveis de pobreza, nessas condições, a população idosa pode estar suscetível a desfechos negativos devido ao processo

de vulnerabilização e agravos como o desenvolvimento de doenças crônicas e comorbidades (CRIPPA; LOUREIRO; GOMES, 2016).

As peculiaridades que acompanham o envelhecimento fazem com que a vulnerabilidade nessa fase da vida também possua peculiaridades em suas características, por exemplo na dimensão psíquica que engloba as representações e desejos, até a aceitação de mudanças corporais, promovendo reflexões intensas sobre mudanças biológicas, interioridade psíquica e sentido da existência, relacionando a vulnerabilidade com a temporalidade e morte (MAIA, 2011).

A vulnerabilidade é um conceito amplo, complexo e multidimensional, que pode ser dividido em Vulnerabilidade biológica; Vulnerabilidade psicológica; Vulnerabilidade Espiritual; Vulnerabilidade Social, cultural e ambiental.

A Vulnerabilidade biológica refere-se ao desequilíbrio das funções biológicas, também a possibilidade de exposição das pessoas ao adoecimento (MAIA, 2011); a Vulnerabilidade psicológica é a construção psique do indivíduo com base em suas experiências afetivas e imaginativas; A vulnerabilidade espiritual apoia-se nos diferentes recursos simbólicos no enfrentamento de problemas e nos limites impostos pela realidade e algo superior, grandemente relacionada a temporalidade do fim da vida (MAIA, 2011); e a vulnerabilidade social, cultural e ambiental são interligadas com a desigualdade social e justiça ambiental, ou seja, são produzidas pelo entorno sociocultural e impulsionada pela desigualdade social, econômica e política. Os fatores sociais que influenciam ou formam a vulnerabilidade de grupos sociais, também regem a sua capacidade de responder às ameaças ambientais ou riscos (TAVARES, 2013).

A interdisciplinaridade é essencial à vulnerabilidade, por isso pode ser inserida em diferentes campos temáticos, compreendida também no contexto ético, com a percepção do sofrimento humano, da solidariedade, da identificação de relações de direitos e justiça. Abrange ações e mecanismos de enfrentamento dos riscos e orientações de múltiplas relações, tomando os direitos humanos como característica fundamental para identificar e combater as diversas vulnerabilidades (SEVALHO, 2018).

A vulnerabilidade refere-se também para grupo de pessoas momentaneamente incapazes de exercer sua liberdade por uma consciência física ou consequência de seu percurso de vida, tanto para o grupo incapaz com

consequências sociais e políticas; assumindo diferentes formas e dimensões para cada indivíduo (MAIA, 2011).

A vulnerabilidade social é particularmente influente na qualidade de vida de idosos, a qual envolve circunstâncias sociais para resultados em saúde, contextos políticos e redes de suporte social. Os fatores sociais da vulnerabilidade incluem status socioeconômicos – de forma ampla integra fatores como educação, ocupação e renda - a privação, o apoio social, o isolamento social, redes sociais, engajamento social, domínio e senso de controle das circunstâncias da vida, capital social e a coesão social (ANDREW; KEEFE, 2014).

A falta de apoio social tem sido utilizada como um fator de risco para o desenvolvimento da fragilidade em idosos, assim como o capital social, que é entendida como a ligação existente entre o indivíduo e comunidade, a qual envolve atividade, interação social, confiança e reciprocidade. A vulnerabilidade social também envolve o ambiente pelo qual o indivíduo é inserido por exemplo, família, casa, vizinhos, bairro, educação, suporte social e cultural (ANDREW e KEEFE, 2014).

O envelhecimento apresenta condições individuais de saúde para cada pessoa, sendo avaliadas através da avaliação multidimensional do idoso, a partir do quadro de funcionalidade e incapacidade. A funcionalidade é um termo que engloba 3 funções, sendo elas a do corpo (sistema fisiológico), de atividades (execução de tarefas ou ações) e participação social (interação com a comunidade). Já a incapacidade abrange as deficiências, limitação das atividades ou restrição da participação social (BRASIL, 2012).

A funcionalidade é considerada em um termo macro que designa os fatores do corpo, suas função e estruturas, as atividades humanas e a participação do ser humano nos processos sociais; orientando aspectos positivos da interação dos indivíduos com determinada condição de saúde e o contexto em que é inserido; assim, sofre direta influência na doenças, principalmente as crônicas, quanto na figura de pontos contextuais negativos, como as barreiras ambientais de diferentes aspectos. Problemas que desencadeiam incapacidades que geram prejuízos não só aos cidadãos, mas também ao Estado, onerando a seguridade social, proporcionando a diminuição da qualidade de vida (DE OLIVEIRA BRASIL, 2013).

A capacidade funcional é a habilidade que a pessoa idosa possui em realizar atividades, decidir e proceder sua vida de forma independente. Sendo importante

relevar que quando se fala em capacidade funcional do idoso está diretamente relacionada com mudanças biológicas e sociais. A avaliação da capacidade funcional verifica de forma sistematizada até que ponto as doenças e agravos impedem a realização de forma autônoma e independente das atividades de vida diária do idoso e possibilita identificar o perfil do idoso – que auxilia na formulação de estratégias e políticas públicas que objetivam adiar ou prevenir as incapacidades funcionais (MIRANDOLA, 2014).

Segundo a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa – PNSPI é direito de todo idoso receber assistência para a promoção da saúde com a finalidade de promover, recuperar e manter a autonomia e independência da pessoa idosa, juntamente com as diretrizes ditadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2006). Destaca-se a necessidade da articulação no processo de trabalho em saúde de vários saberes e profissões frente aos complexos problemas de saúde contemporâneos. O que torna essencial que a formação desses profissionais seja de forma articulada, embasada em evidências e socialmente comprometida com a saúde individual e coletiva (JÚNIOR; MOREIRA, 2017).

A Rede de Atenção à Saúde (RAS), oferece atenção integral a saúde de modo individual e o coletivo. A atenção primária segue os princípios de universalidade, acessibilidade, vínculo, responsabilização, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, humanização, equidade e da participação social. Como porta de entrada para o atendimento da pessoa idosa, a Unidade Saúde da Família (USF) busca ser resolutiva, com profissionais capazes de solucionar problemas de saúde comuns e de dirigir novos saberes, a fim de promover a saúde e prevenir doenças em geral, uma vez que possui a responsabilidade, junto com a equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família-NASF de desenvolver o plano terapêutico do indivíduo, satisfazer as demandas dos casos no território e encaminhar para serviços mais especializados, aqueles casos que demandam maior complexidade. Assim, partilha a assistência integral, contínua e de qualidade através de uma equipe multiprofissional e ações conjuntas à comunidade (BRASIL, 2017).

No âmbito da atenção primária à saúde, as propostas de ações de educação permanente são fundamentais na prática cotidiana dos serviços. A educação permanente das equipes de saúde da família (EqSF) deve ser alicerçada pelo sistema pedagógico que propicie maior eficácia de análise, intervenção e

autonomia para a evolução de práticas transformadoras (JÚNIOR; MOREIRA, 2017).

O NASF é uma equipe multiprofissional, atua de maneira integrada aos cuidados dos usuário, com o objetivo de ampliar a resolubilidade e atuando de forma integrada a Rede de Atenção à Saúde através da prática do encaminhamento com base nos processos de referência e contrarreferência, ampliando discussão de casos, atendimento conjunto ou não, construção conjunta de projetos terapêuticos, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais e da coletividade, ações intersetoriais, ações de prevenção e promoção da saúde e discussão do processo de trabalho junto as equipes. Os NASFs não possuem unidades físicas independentes ou especiais, e não fazem atendimento individual ou coletivo (BRASIL, 2012).

O apoio matricial pauta-se na interprofissionalidade, trabalho em redes, atuação em território definido, compartilhamento de saberes, deliberação conjunta e cogestão. Também possibilita a formação de espaços de discussão, troca de saberes e reflexão acerca da prática. Com a criação dos NASFs, o apoio matricial tornou-se um dispositivo de trabalho na saúde da família, uma vez que o trabalho do NASF está estruturado pelas dimensões da retaguarda clínico-assistencial e apoio técnico-pedagógico; o que contribui no processo de educação permanente das equipes apoiadas, na concepção do cuidado e qualificação do trabalho. O apoio matricial proporciona à construção de novas estratégias de intervenção, à corresponsabilização e ao fortalecimento do trabalho interdisciplinar (JÚNIOR; MOREIRA, 2017).

Para uma tomada de decisão mais eficaz, é essencial desenvolver um plano de cuidado incluindo todas as intervenções capazes de melhorar a saúde do indivíduo.

Acerca da tomada de decisão o método publicado pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2016) aborda cinco elementos para a formulação de políticas informadas por evidências: a) “ambiente”, implicando normas, resoluções e mesmo legislação; b) impulsionar as evidências; c) extrair ao adquirir evidências, através de revisões sistemáticas e avaliações econômicas por exemplo; d) mecanismos de apoio à incorporação da evidência, mediante a formulação ou capacitação para potenciais usuários do conhecimento; e) tradução do conhecimento e intercâmbio,

usando diálogos deliberativos, para discutir as sínteses de evidências. Fases que contribuem significativamente para definir estratégias (CHAPMANII, 2016).

Definindo a estratégia, o plano de cuidado é o melhor meio utilizado para a concreta resolução do caso, pois é um método atento a identificação do problema de saúde do paciente, quais as intervenções apropriadas, a justificativa do por que é o melhor caminho, quais os profissionais envolvidos e os equipamentos necessários para o sucesso da intervenção. Assim, para um idoso frágil, a atenção mediante o plano de cuidado deve ser decidida pela equipe multiprofissional, capaz de usar ferramentas do Cuidado Baseado em Evidências e do Cuidado Centrado no Paciente, partindo da individualização do cuidado e tomando ações necessárias para a manutenção ou recuperação da saúde do idoso (OMS, 2015).

Para o desenvolvimento do plano de cuidado, se faz necessário considerar a temporalidade do mesmo, especificamente a longo prazo. A equipe de cuidado conta com a responsabilidade por manter o nível de capacidade funcional em adultos maiores que apresentam um alto risco de sofrer perda em suas capacidades, favorecendo a garantia de direitos básicos, liberdades fundamentais e dignidade humana. O Sistema de cuidado de longo prazo possui muitos benefícios potenciais, como reduzir o uso inadequado e agudo dos sistemas de saúde, evitar gastos exorbitantes de famílias em saúde e contribui para a coesão social. É um sistema baseado em parcerias explícitas das famílias, comunidades, outros profissionais da saúde e o setor privado – o papel do Governo é garantir a integração e a qualidade dos servos prestados - assim, para o desenvolvimento do cuidado ao longo prazo é necessário estabelecer bases de cuidado, construir e manter um trabalho por profissionais treinados e prezar a qualidade do serviço (BRASIL, 2015)

Para uma ação resolutiva de longo prazo o ambiente em que o indivíduo está inserido - incluindo todo o contexto como o transporte, habitação, trabalho, saúde, informação e comunicação – influenciará na maneira em que este envelhecerá (BRASIL, 2015).

A tomada de decisão informadas por evidência é o ato de garantir a observação e verificação independentes durante sua produção, de maneira a articular com noções de 'prova' e racionalidade, salientando a importância de que a produção de evidências para alguma ação desejada seja assegurada por um processo de validação. Mostrando também que as evidências por si só não são

suficientes, dependentes também do embasamento da literatura mundial e o contexto local de políticas (CHAPMANII, 2016). Sendo assim, evidência é mais do que pesquisa, é um meio de elevar o nível do diálogo sobre decisões importantes, possuindo o papel de informar e não determinar uma tomada de decisão (CHAPMANII, 2016).

Conhecimento científico, qualidade da evidência, aplicabilidade, relações entre decisores, pesquisadores e contexto são fatores que determinam o uso de evidências pelos tomadores de decisão política (CHAPMANII, 2016).

O processo se forma após passar 3 fases, sendo a primeira fase delinear e quantificar diretamente o problema abordado e sua natureza, a segunda fase respalda em identificar a gama de opções de políticas disponíveis e seus potenciais efeitos, e pôr fim a terceira fase é o planejamento a implementação (CHAPMANII, 2016).

A necessidade de fornecer políticas informadas por evidências alcançou a criação de uma rede chamada Evidence-Informed Policy Network (EVIPNet), a qual apresenta como objetivo fortalecer políticas e sistemas de saúde pública por meio do uso sistemático de evidências em pesquisa (DIAS; BARRETO; SOUZA, 2014).

A adesão do Brasil à EVIPNet Américas visa estimular o uso de evidências no SUS, uma vez que as ações estruturadas para o progresso da EVIPNet Brasil inclui a ligação da rede com instituições parceiras, decisão de temas centrais para a tradução, dissipação e uso de evidências em formato de linguagem apropriada, evolução de capacitações sobre a metodologia da EVIPNet, incluindo gestores, pesquisadores, profissionais de saúde e membros da sociedade civil organizada, melhoria da busca de evidências e sistematização do conhecimento dos técnicos, gestores e tomadores de decisão (DIAS; BARRETO; SOUZA, 2014).

Um exemplo da influência da EVIPNet Brasil no progresso de políticas locais pode ser apontado no Município de Piri-piri - Piauí, onde foi introduzido um conjunto de informações informadas por evidências para diminuir a mortalidade perinatal, ação que apresentou impactos positivos (DIAS; BARRETO; SOUZA, 2014).

A difusão das intervenções na rede nas múltiplas plataformas de comunicação de massa pode beneficiar a democratização do acesso ao conhecimento científico e estreitar a distância entre ações a favor ao uso de evidências e a população (DIAS; BARRETO; SOUZA, 2014).

A dificuldade de comunicação entre gestão e academia, não colaboram para que a utilização de evidências seja usada para as tomadas de decisões em cuidados à saúde no país, porém, um exemplo dessa dificuldade é que a maioria dos tomadores de decisão raramente usam evidências para a construção e avaliação de políticas de saúde, uma vez que possuem dificuldades para acessar e usar as sínteses de pesquisa disponível (BRASIL, p 13-15, 2016).

Mesmo que uma decisão seja bem intencionada, se não houver um suporte de evidências, essa pode gerar efeitos catastróficos incluindo grande desperdício de recursos. Segundo o Dr. Hassan Mshinda, do Ikfara Center, Tanzânia, afirma que “pesquisa não é um luxo”, visto que “se você é pobre, na verdade, precisa de mais evidência antes de investir do que se você fosse rico” (BARRETO; SOUZA; 2013).

Como evidência dessa afirmação podemos apresentar uma pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde em 2018 a qual aponta que 75,3% dos idosos brasileiros dependem exclusivamente dos serviços prestados no Sistema Único de Saúde, sendo que 83,1% passaram por pelo menos uma consulta médica nos últimos 12 meses. (PENIDO, 2018).

Os idosos atualmente representam uma parcela significativa da população brasileira, o que implica a construção e ampliação do olhar para o modelo biomédico de doença e cura, uma vez que, “o declínio funcional do idoso ocorre frequentemente em um contexto de múltiplos e complexos problemas de saúde, que se traduzem em síndromes geriátricas” e incapacidades funcionais (BRASIL, 2014, p.21).

A fragilidade é considerada uma síndrome, a qual pode levar a desfechos negativos complexos, é entendido como prioridade emergente para a saúde pública, uma vez que vem atingindo uma grande proporção de idosos da comunidade que apresentam necessidades clínicas não atendidas. A fragilidade evidencia a insuficiência de um atendimento prioritário e atencioso para a pessoa idosa (CESARI, 2016).

Uma linha de cuidado resolutiva, além de evitar agravos, é essencial para a efetividade do Sistema de Saúde, uma vez que, se a linha não for satisfatória, o idoso pode voltar a necessitar de atendimentos em níveis mais complexos como em hospitais e nas unidades de tratamento intensivo, as quais possuem alto custo – por quanto, se lhe for oferecido um atendimento qualificado e pontual já na

atenção primária pode-se evitar gastos maiores futuramente para a rede, em paralelo, destaca-se a importância de programas educativos de prevenção ou monitoramento de saúde para um trabalho de longo prazo (VERAS et al., 2013).

Segundo a Organização Panamericana da Saúde na Agenda de Saúde para as Américas 2008-2017, a relação de harmonia entre a manutenção da funcionalidade da pessoa idosa juntamente com o cuidado está na formação pessoal do profissional que atende o idoso, o que faz relevante desenvolver programas direcionados ao treinamento especialmente para atenção primária de saúde (OMS, 2015).

É importante destacar que a execução da presente proposta vem ao encontro de minimizar lacuna existente na literatura nacional que discuta a tomada de decisões baseadas em evidências das condições de saúde dos idosos, especificamente de evidências relacionadas aos idosos frágeis.

Este estudo buscou contribuir a ampliação do conhecimento na identificação de idosos frágeis até a tomada de decisão realizada pela equipe de saúde na atenção primária, especificamente nas unidades de saúde da família. A identificação precoce da fragilidade é de extrema importância para prevenir agravos e planejar ações em saúde principalmente no contexto em que o indivíduo se encontra, de alta vulnerabilidade social, de forma a favorecer a elaboração de ações assistenciais.

## 2. Objetivos

### 2.1. Objetivo Geral

Analisar o processo de tomada de decisão de membros da equipe de saúde quanto ao plano terapêutico de idosos frágeis, cadastrados nas USF da região atendida pelo NASF em um município do interior paulista.

### 2.2. Objetivos Específicos

- Levantar condutas e procedimentos relacionados ao atendimento de idosos frágeis.
- Identificar a percepção das equipes do cuidado ao usuário idoso frágil.

- Caracterizar as equipes e suas potencialidades no atendimento ao usuário idoso frágil.

### 3. Metodologia

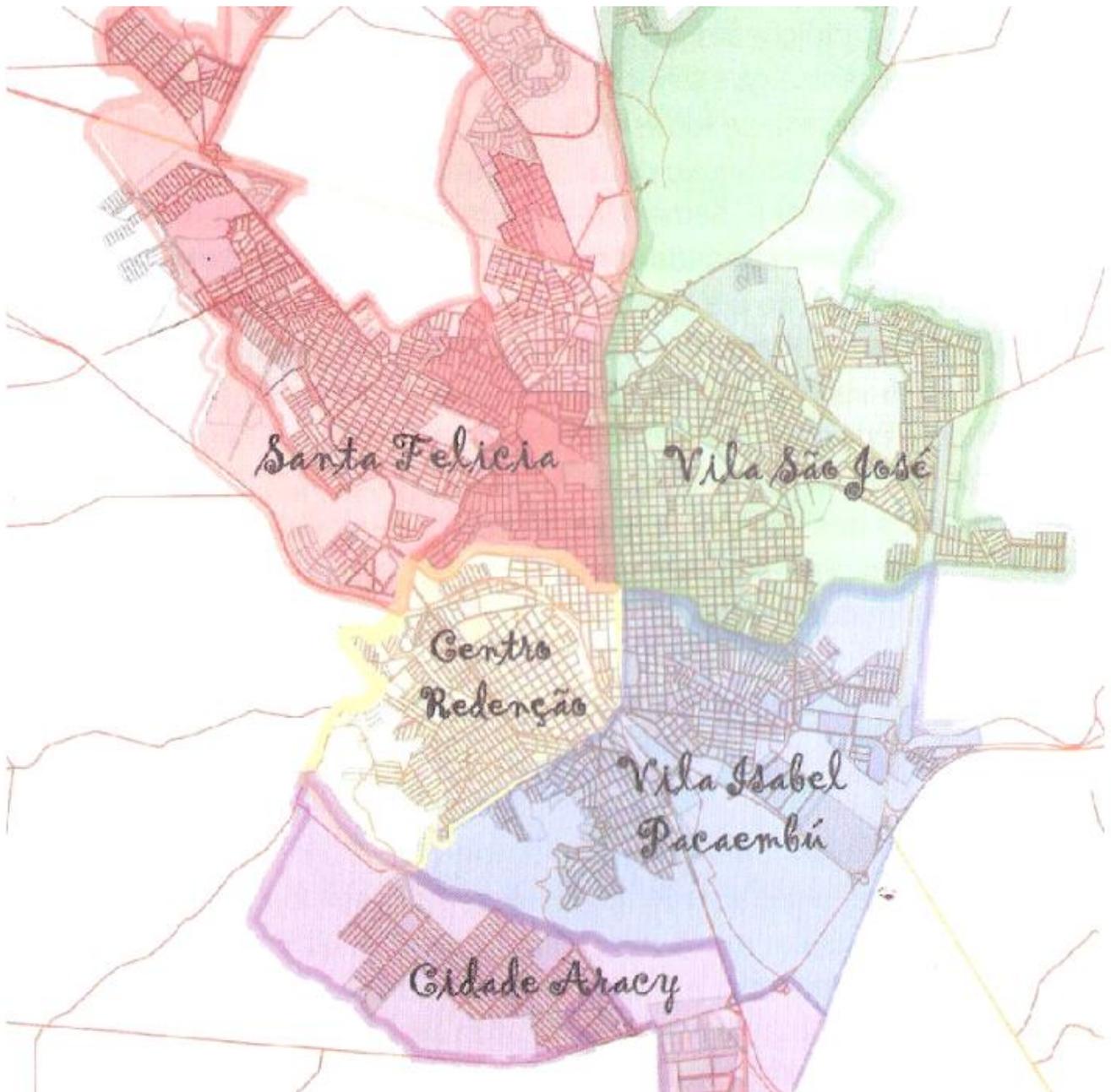
#### 3.1 Delineamento, período e local do estudo

Trata-se de um estudo transversal, com abordagem qualitativa – afim de entender e descrever o processo de tomada de decisão das equipes de saúde em relação aos planos terapêuticos de idosos frágeis, analisando as experiências, interações e comunicação das equipes.

O estudo foi desenvolvido no município de São Carlos, numa região que apresenta alta vulnerabilidade social, identificada na Figura 1 como região de Cidade Aracy. Nesta região foi desenvolvido no período 2014-2015 mediante edital PPSUS, o estudo intitulado “Ferramenta para monitoramento de níveis de fragilidade e fatores associados em idosos atendidos pelo Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) no Município de São Carlos”, e no período de 2016-2018 realizou-se um segundo estudo intitulado “Ferramenta de Monitoramento de Níveis de Fragilidade em Idosos Atendidos na Atenção Básica de Saúde: Avaliação de sua Efetividade e Eficiência” ambos de responsabilidade da Profa. Dra. Marisa Silvana Zazzetta.

No primeiro estudo foram avaliados em seus domicílios 345 idosos cadastrados nas unidades da Estratégia de Saúde da Família. No segundo estudo foram avaliados 238 idosos, dos quais 219 idosos participaram também do primeiro estudo e foram reavaliados com o uso da ferramenta para identificar fragilidade e de questionários.

Figura 1. Mapa das Administrações Regionais de Saúde (ARES) do município de São Carlos,SP



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de São Carlos, 2013.

O presente estudo está vinculado ao estudo realizado no período de 2016 a 2018, mencionado acima, e contou com um período total de doze meses.

O local de estudo foram três USF da região indicada acima sob atenção de Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) do município de São Carlos-SP .

### 3.2 Participantes

Participaram do estudo 8 agentes de saúde (AS) de ambos os sexos de equipes de saúde diferentes representando três distintas Unidades de Saúde da

Família sob atenção do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) do município, sendo quatro AS pertencentes da equipe I, dois AS da equipe II e 2 AS da equipe III e 4 membros da equipe de pesquisa, sendo um observador-relator, um relator, um facilitador e um responsável pelas gravações audiovisuais.

Critérios de inclusão:

Ser membros efetivos das equipes de saúde das USFs envolvidas na pesquisa intitulada “Ferramenta de Monitoramento de Níveis de Fragilidade em Idosos Atendidos na Atenção Básica de Saúde: Avaliação de sua Efetividade e Eficiência” que participaram de reuniões e treinamentos para uso da ferramenta de identificação de fragilidade no idoso.

Critérios de exclusão:

Estagiários, membros e funcionários terceirizados que atuem nas USFs.

### 3.3 Procedimentos para a coleta de dados

Durante a execução do estudo ao qual o presente projeto está vinculado, membros da equipe das USFs colaboraram com os procedimentos de coletas de dados por atenderem pessoas idosas cadastradas em seus territórios aos quais se avaliou em relação as condições de saúde e fragilidade. Especificamente para a avaliação de fragilidade se utilizou um dispositivo protótipo que os agentes tiveram oportunidade de ser treinados para seu uso e utilizar em avaliações de fragilidade em alguns idosos, cadastrados em suas USFs. A ferramenta é um dispositivo que pode ser utilizado em tablets ou smartphones que apresenta um conjunto de questões expressas em instrumentos de avaliação de fragilidade em idosos: Fragilidade autorelatada (NUNES, 2011) e Escala de Edmonton (Fabrício-Whebe, 2008), cujas respostas alimentam os dados necessários para serem processados por diferentes tipos de algoritmos que visam, com base na classificação da fragilidade, fornecer informação ao profissional da saúde que permita assistir o paciente atendido, de acordo com os fatores associados ao seu nível de fragilidade e encaminhá-lo de maneira eficaz e resolutiva dentro de sua linha de cuidado. O uso da ferramenta pretende tornar mais eficiente o diagnóstico, bem como, o pedido de exames, consultas, inserção em programas de prevenção, entre outros.

Dado o envolvimento das equipes no projeto maior o presente projeto focou no processo de tomada de decisão perante a condição de fragilidade da pessoa

idosas nas USFs. Os encontros em grupos focais nas USFs envolvidas, com contaram com aproximadamente 2 horas de duração.

Nos encontros foram discutidas possíveis ações e encaminhamentos para cada nível de fragilidade. A tomada de decisão do profissional de saúde foi discutida em grupo focal a partir dos registros em prontuários da USF, do próprio idoso a respeito do uso dos serviços de saúde e condições de saúde do idoso (número de consultas realizadas, número de atendimentos em serviços de atendimento especializado, uso do pronto atendimento e hospitalizações, uso de novos medicamentos, relato de quedas, participação em programas de prevenção - atividade física, educação em saúde, cognitivos, grupos de apoio). Esses dados permitirão inferir a tomada de decisão e cuidado junto aos serviços de saúde do SUS.

Grupo focal baseia-se na interação entre o grupo em vez de fazer a mesma pergunta individualmente para cada participantes. Também se fez necessário o desenvolvimento de um guia de tópicos (roteiro), tais como: condutas e procedimentos de atenção ao idoso frágil, percepção sobre envelhecimento e desafios e potencialidades do idoso frágil; e seleção de materiais para incentivar a interação entre o grupo.

- Registro gravados das respostas dos profissionais de saúde, as quais serão transcritas e analisadas posteriormente.

- Para as respostas identificadas nas entrevistas semi-estruturadas e grupo focal serão utilizados procedimentos de descrição para obter o conteúdo das mensagens estudadas, com a análise de conteúdo por meio de técnicas para analisar e interpretar as comunicações, entendendo o significado por trás das mensagens.

- A análise dos dados qualitativos será realizada com base na análise de conteúdo de Bardin (2010).

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.

Figura 2: Treinamento para realização do Grupo Focal e Grupo Focal com Agentes Comunitários em Unidade de Saúde



Figura 3: Mural com atividade realizada no treinamento para a formação do Grupo Focal e Grupo Focal com Agentes Comunitários em Unidade de Saúde



Figura 4: Relização dos grupos focais



Figura 5: Mural com atividade realizada no Grupo focal com os Agentes de Saúde na Unidade.



### 3.4 Instrumentos

**3.4.1 Caracterização dos participantes:** teve como finalidade a coleta de dados pessoais e sócio-demográficos. Com dados referentes a: gênero, idade, etnia, estado conjugal, endereço, número de filhos vivos, escolaridade e cargo profissional de registro.

**3.4.2 Roteiro com tópicos disparadores das reflexões nos encontros dos grupos focais (Idoso, Fragilidade, abordagens e condutas encaminhamentos e desafios de cuidado).**

### 3.5. Aspectos Éticos

Todos os preceitos éticos foram respeitados, conforme Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. O atual projeto integra projeto, intitulado “Ferramenta de monitoramento de níveis de fragilidade em idosos atendidos na atenção básica de saúde: avaliação de sua efetividade e eficiência”, que conta com aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade sob o **Número do Parecer:** 2.424.616 e CAAE: 66076017.3.0000.5504.

## 4. Forma de Análise dos Resultados

A pesquisa foi de cunho qualitativo e caráter exploratório por se julgar apropriado para compreender os processos de atenção ao idoso nas equipes de saúde das USFs. Cyriacoa (2017) destaca a coleta de dados na pesquisa qualitativa e recomenda que o investigador realize um exame detalhado e profundo sobre o fenômeno estudado, compreendendo a limitação contextual e destacando a representatividade do grupo analisado.

Os dados foram coletados a partir de encontros de grupos focais com as equipes de saúde das USFs. Rosaline Barbour (2009) considera que os grupos focais propiciam um debate em grupo proporcionando observar as interações dos membros e interpretação de mensagens organizacionais e de promoção a saúde.

Pesquisas qualitativas valorizam a descrição e a explicação das manifestações investigadas., de acordo com os objetivos, partindo de uma questão ampla que sofre refinamentos ao longo do tempo com a coleta de dados (CYRIACOA, 2017).

A análise qualitativa utiliza a natureza dos dados coletados, os participantes, os instrumentos de pesquisa e os pressupostos teóricos que norteiam a investigação. Envolve uma sequência de atividades, redução, categorização, interpretação dos dados e a redação do relatório. A pesquisa exploratória proporciona maior familiaridade com o tema abordado, e com temas pouco explorados (GIL, 2007).

A redução de dados orienta-se pelo processo de seleção, simplificação, abstração e transformação dos dados coletados provenientes a observações e anotações feitas dos grupos focais. A categorização requer a organização dos dados recolhidos, fundamentados no referencial teórico, a qual possibilita a tomada de decisão e conclusão do pesquisador. Assim, a interpretação de dados apresenta possíveis explicações de resultado e a capacidade de levantar novas questões (GIL, 2007, p. 133-134).

A análise de conteúdo é uma técnica de análise das comunicações, que analisa as falas de uma entrevista ou observações do pesquisador. As falas transcritas foram lidas com base em três critérios: "repetição", "Ressonância", e "Estratégico" que auxiliaram para a identificação de categorias e subcategorias.

Através da análise do material, surgiram categorias que ajudam na compreensão do que está por trás dos discursos captados na entrevista (SILVA; FOSSÁ, 2017).

Utilizou-se o método de análise de Bardin (2010), o qual valoriza as dimensões da codificação e categorização, possibilitando as interpretações da análise. Foram seguidas três fases: 1) Pré-análise, 2) Descrição analítica e 3) Interpretação referencial (SILVA; FOSSÁ, 2017).

1. A Pré-análise refere-se a organização de todo material resultante da coleta de dados, além de materiais que podem ajudar o autor a entender melhor o conteúdo e campo a ser estudado.

2. A Descrição da análise caracteriza-se pela utilização dos corpus (qualquer material coletado) para aprofundar as especificidades da pesquisa, identificação das unidades de registro e das unidades de contexto nos documentos, sendo orientada pelas hipóteses e referenciais teóricos, a fim de desenvolver quadros de referências, buscando sínteses coincidentes e divergentes de ideias.

3. E por fim a Interpretação referencial através do tratamento dos resultados, inferência e interpretação, nela ocorre a condensação e destaque das informações – uma análise reflexiva e crítica sobre o conteúdo coletado.

Assim, houve a transcrição dos áudios gravados nos Grupos Focais, realizados em duas USFs em salas das mesmas, fora do horário de atendimento ao público.

## 5. Resultados:

Da análise das falas dos participantes nas reuniões de grupos focais surgiram as seguintes categorias: “Percepção das equipes acerca da saúde da pessoa idosa”, “Plano terapêutico”, “Condutas de atendimento ao idoso” e “Potencialidades e limitações”. Dessas também surgiram subcategorias , segundo indica figura abaixo.

Figura 6: Categorização dos resultados dos Grupos Focais

<b>CATEGORIAS</b>	<b>SUBCATEGORIAS</b>	
<b>1.Percepção das equipes acerca da saúde da pessoa idosa</b>	1.1- Condições financeiras	
	1.2- Suporte social	
<b>2.Plano terapêutico</b>	2.1 Reunião de equipe	
<b>3.Condutas de atendimento ao idoso</b>	3.1- Interação com a comunidade	
	3.2- Orientações	
	3.3- Suporte familiar	
	3.4- Avaliações	3.4.1- Fatores de alerta
		3.4.2- Visita domiciliar
		3.4.3- Identificação e condutas específicas da fragilidade
		3.4.4- Utilização da Caderneta de Saúde

		da Pessoa Idosa;
	3.5- Tomada de decisão	
<b>4.Potencialidades e limitações</b>	4.1- Potencialidades	
	4.2- Limitações	

### 5.1- Percepção das equipes acerca da saúde da pessoa idosa

Essa categoria reúne as observações e avaliações realizadas pelos agentes de saúde (AS), direcionando um olhar para além do indivíduo, buscando compreender fatores externos que são componentes essenciais para o planejamento assistencial além das condições de saúde da pessoa idosa.

#### 5.1.1 Condição financeira

Foi observado pelos agentes de saúde, a questão financeira, percepção apontada como fundamental para conduzir as orientações dadas e decisões tomadas pela equipe, buscando ao máximo realizar orientações de acordo com a realidade financeira do idoso, porém, a condição financeira não influencia no atendimento dado pela equipe, o qual deve ser universal e igualitária.

Elemento relacionado a vulnerabilidade social que envolve elementos socioeconômicos, assim, influenciando nas condições de moradia, alimentação e mobilidade do idoso dentro dos serviços de saúde. Situação que foi possível identificar nas falas dos AS:

*“Eu vejo quando a gente vai na casa, eu inclusive atendo alguns pacientes que eles não tem o que comer sabe, então a situação financeira deles são muito precárias, muito precária, então é complicado você falar para um idoso, ‘você precisa comer melhor, você tem diabetes’, e aí você vai falar o que? Você vai falar o que para esta pessoa?”(PARTICIPANTE 1).*

*“E aqui a gente tem muita questão com droga também sabe, então muitos pacientes eles são idosos e assim eles estão depressivos e se debilitando mais por causa dos filhos ou dos netos que estão envolvidos nesta situação toda de drogas, e, tem muitas casas precárias também, muita gente de aluguel, que mora, a pessoa já é idosa, aí mora naquela casa mofada, que molha, então a pessoa vai ficar nesta situação, a pessoa já é idosa, aí morar em um lugar abafado, sem ventilação, com mofo” (PARTICIPANTE 6).*

As condições socioeconômicas de forma ampla integra fatores como educação e renda, a qual influi na disponibilidade que o idoso ou a família possuem em contratar o profissional cuidador, ocasionando que o cuidador seja um membro da família ou não, que presta cuidados à pessoa idosa que apresenta dependência.

*“ Cuidador que é mais difícil né, ter essa disponibilidade de pagar né. Eu vejo essa dificuldade, de cuidador” (PARTICIPANTE 5).*

### 5.1.2- Categoria “Suporte social”

Outra percepção apontada pelos agentes durante o grupo focal, foi a falta de suporte social disponível, elemento também relacionado à vulnerabilidade social, envolvendo circunstâncias sociais para resultados em saúde, contextos políticos e redes de suporte.

Ocorrendo uma ruptura no atendimento para a atenção integral à saúde das pessoas idosas na rede intersetorial, fazendo com que esse serviço demore para ser realizado, muitas vezes é uma necessidade que precisa de assistência imediata, mas acabam ficando na espera para o atendimento.

*“Eu acho assim sabe, quando nos aqui trabalhamos diretamente com a população, por exemplo, eu vou na minha área e vou levar no CRAS uma situação, é porque eu conheço uma família, eu sei o que esta acontecendo, eu estou lá, então se eu levo o CRAS até ele, eu falo assim para a assistente social: ‘Olha esta familia aqui precisa disso, mas ela precisa para agora’. Ela esta passando isto, isto e isto, tinha que ter isto... mas não temos essa assistência” (PARTICIPANTE 6)*

“O suporte social está deixando muito a desejar” (PARTICIPANTE 5).

## 5.2- Plano terapêutico

Essa categoria buscou identificar como é realizada a formação do Plano Terapêutico pelas equipes, uma vez que, este deve ser construído de forma compartilhada e que esgote todos os recursos disponíveis na própria Atenção Básica, por meio de matriciamento, da comunicação e articulação entre os profissionais das equipes (BRASIL, 2018).

### 5.2.1- Reunião de equipe:

Buscou-se identificar condutas e procedimentos específicos para o idoso. Porém, a equipe I demonstrou conhecimento sobre a Reunião de Equipe, mas não relatou nenhuma ação realizada com esse fundamento, somente agentes da equipe II e equipe III relataram fazer Reuniões de equipe para discussão do caso, relatando que em alguns casos tentam fazer o encaminhamento para o atendimento com o NASF e três indicaram o CRAS para encaminhamentos se

necessário, porém, não possuem nenhum procedimento específico para a pessoa idosa com fragilidade. Como foi destacado na fala a seguir:

*“A gente vai as vezes em reunião de equipe, a gente discute com a Equipe, ai cada um verifica que maneira pode estar ajudando, a enfermagem, ou a odonto, as vezes recebe apoio do NASF” (PARTICIPANTE 3).*

*“ Acho que quando a gente fizesse uma visita e visse no idoso que ele está com uma fragilidade, que ele parou de efetuar algumas coisas que ele fazia em seu dia a dia, a gente poderia aplicar e realmente ai ver para que lado que ele iria, ai também entraria a equipe em discussão, NASF dependendo de qual forma seria, se seria social, ai a gente conversaria com a Assistente Social para ver qual caminho tomar, não sei, cada um seria para um” (PARTICIPANTE 1).*

### 5.3- Condutas de atendimento ao idoso

Buscou-se identificar as atividades e procedimento realizados com os idosos pelos agentes de saúde.

#### 5.3.1- Interação com a comunidade:

Foi identificando através dos relatos que a integração com a comunidade é um aliado para os agentes de saúde , facilitando o conhecimento e a aproximação com o idoso além da possibilidade de socialização do mesmo. Como mostra as falas seguintes:

*“Ou até mesmo assim, como a gente sempre está por aqui andando, a gente mora aqui, ou até mesmo, então assim, a gente vê muito os pacientes, as vezes no mercado, u até mesmo na farmácia, ou andando, então as vezes se você não vê o paciente aqui, mas vê por ai, então eles estão bem, mas você vê por ai” (PARTICIPANTE 1).*

*“Saúde bucal que é do câncer bucal, a caminhada é pra qualquer um mas tem bastante pessoa acima da idade, mas pra questão de 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” (PARTICIPANTE 4).*

*“Se ele chega até a unidade, pelos sinais a gente acaba percebendo, muito deles falam jogam o comprimido fora e falam que tomou os comprimidos, ai chegam aqui e está com a pressão lá em cima, com a diabetes la do outro lado, a glicemia super alta, e sempre é os fofoqueiros (risos), eles são meus aliados, sou amiga de todos, todos os fofoqueiros do bairro, eu tenho uma rádio informante aqui na frente, que não escapa nada, ela me conta tudo, então quando eu vou fumar um cigarro, eu sento lá e começo a puxar o assunto e ai ela vai me contando, da dona M, do outro, do outro e do outro, e eu acabo sabendo de muitas coisas que estão acontecendo ali, e as vezes também uma coisa ou outra que eu gosto de fazer é andar a pé por ai” (PARTICIPANTE 7).*

### 5.3.2- Orientação:

A orientação é a conduta relatada pelos agentes de saúde da qual eles possuem maior domínio e propriedade, sendo considerada por eles sua principal ação, indicando assim orientações de promoção e prevenção à saúde e também orientações de serviços disponíveis na Rede.

*“A gente vai relatando no meio da visita, a gente conversa com ele sobre o dia a dia, e ai ele vai relatando, se tem alguma dificuldade, aí vamos orientando né, ai passa para a equipe, para ter um consenso e ver o que é melhor” (PARTICIPANTE 4).*

*“O principal que a gente tem feito é a orientação” (PARTICIPANTE 4).*

### 5.3.3- Suporte familiar:

Identificado como uma conduta de atendimento, o suporte familiar, é fundamental para a assistência da pessoa idosa. Os sistemas familiares podem ser compreendidos como funcionais ou disfuncionais. As entrevistas que os agentes realizam com as famílias são fontes muito ricas em informações e propiciam uma maior interação entre os envolvidos.

*“As vezes acaba até chamando a família, chama a família para conversar, uma primeira tentativa né, ai depois se for necessário acaba acionando outros serviços a depender da necessidade mesmo” (PARTICIPANTE 2).*

*“A, acho que a gente tenta também o apoio familiar né, que é meio difícil também, as vezes a gente acaba que segurando no colo os velhinhos ai” (PARTICIPANTE 3).*

### 5.3.4- Avaliações:

#### 5.3.4.1- Fatores de alerta:

Os fatores apontados pelos agentes que os levam a ficarem mais atentos com os idosos através da visita domiciliar é a morte do companheiro ou algum ente querido, questões emocionais e dificuldades na administração de medicamentos. Foi relatado que em alguns casos a firmeza do profissional com o idoso no momento de passar a orientação se faz necessário em alguns casos.

*“Então a gente tem idosos assim, as vezes só tem o casal de idoso na casa, ai um dos dois falece, ai a gente dá um pouco mais de atenção, porque a gente sabe que vai começar a ter algumas questões ali né, tanto emocional, porque vai começar a ficar sozinho, e ai a gente vai” (PARTICIPANTE 3).*

#### 5.3.4.2 Visita domiciliar:

Outro ponto em destaque nas falas refere-se à quantidade de repetições de uma avaliação, ou seja, re-avaliações periódicas qualificarão a percepção do agente sobre aquele assunto ou condição da pessoa idosa; sendo assim, é perceptível a importância da rotina da visita domiciliar para os idosos, como podemos apontar na fala a seguir:

*“Então é visível né mas tem coisas pra identificar mesmo que passa despercebido, também quando você vai na casa do idoso, quando vira rotina pra você ir na casa do idoso e fazer essas perguntas você consegue pontuar melhor, então a partir da capacitação mesmo” (PARTICIPANTE 4).*

#### 5.3.4.3 Identificação e condutas específicas da fragilidade:

Buscou-se identificar falas em que os agentes de saúde apontassem formas ou ferramentas utilizadas para o rastreio da fragilidade nos idosos, sendo possível identificar também como fatores que levam a indicação de fragilidade do idoso. Foram destacadas falas como:

*“A partir da capacitação da carteirinha de vacina 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 anos ou toma mais de tantos remédios” (PARTICIPANTE 4).*

*“E também tem a questão que o idoso começa a aparecer com algumas marcas, ah do nada eu comecei a cair, deu uma tonturinha, e está ficando frequente esta tonturinha, então a gente já começa a ficar de olho nele, e também ele esquece, nossa ultimamente eu estou esquecendo muito as coisas, quando ele começa a falar que esta esquecendo, então a gente começa, tomou remédio hoje? E a gente tenta fazer com que ele lembre os passos né? Muitas vezes, quando ele começa a esquecer, ele já esta mais vulnerável, mais, a medicação está ficando errada mesmo, então a gente começa a fazer as caixinhas, com lua, sol, para ver se eles começam a tomar certinho no horário” (PARTICIPANTE 2).*

*“É, é assim, se eu já o conheço, eu não tenho esta dificuldade, emagrecimento, marcha, a memória, cognição, pausa, as vezes o fato de morar sozinho, a gente acaba procurando a família também... ai gente eu não estou conseguindo pensar (risos)[...] Sim, a gente já consegue saber pela marcha, dificuldade de caminhar [...] Tem sinais e sintomas também aparentes né, ele aparece emagrecido, pálido, discorado, queixa de fraqueza, você acaba avaliando pela questão física” (PARTICIPANTE 7).*

*“Internação, mobilidade é tipo Mini Mental também, não é?” (PARTICIPANTE 5).*

*“Ah, eu identifico assim, quando eu vou na casa, se é uma pessoa bem cuidada, eu sempre vou na casa e ela está, quando você começa a ver que a pessoa não vem mais aqui, e ela começa: ‘Ai fia, pede pro doutor vir aqui’, ai você já sabe, já está um pouco mais, ela esta bem, andando tudo, mas*

*ela já tem dificuldade de vir até o posto, então é onde você começa com mais cuidados, ou com o doutor, ou com a gente, as vezes” (PARTICIPANTE 1).*

Ainda para a identificação e condutas específicas da fragilidade, foi contabilizado a quantidade de vezes que um termo era utilizado pelos agentes de saúde, como podemos observar na ‘Tabela 1’.

Tabela 1: Termos usados pelos agentes de saúde referente a fragilidade.

<b>Termos usados:</b>	<b>Quantidade de vezes</b>
Queda	3
Marcha	3
Memória/ esquecimento	2
Cognição	1
Morar sozinho	1
Perda de peso	2
Autocuidado	1
Mobilidade	3
Interferência familiar	2
Fraqueza	2
Quantidade de medicamentos	2
Hospitalização	1

#### 5.3.4.4- Utilização da Caderneta de Saúde da pessoa idosa:

Apenas um agente apontou utilizar a ‘Caderneta de Saúde da pessoa idosa’ como conduta de atendimento. Porém, foi possível identificar falas das quais revelaram que as unidades possuem a ‘Caderneta de Saúde da pessoa idosa’ mas os profissionais não possuem qualificação e tempo para preencher e distribuir para os idosos.

*“Eu uso a Caderneta” (PARTICIPANTE 4).*

#### 5.3.4.5- Tomada de decisão:

As condutas relatadas para a tomada de decisão consistem através de encaminhamentos para consultas com outros profissionais de saúde, reuniões de equipe, indicação de oficinas de prevenção, aplicação da “Escala de Coelho” para

um rastreio dos idosos que mais estão precisando de atenção e visitas domiciliares no momento, encaminhamento para o CREAS, orientações gerais, e busca pelos agentes de saúde por serviços na Rede disponíveis mais próximo da unidade de atendimento.

*“A gente vai relatando no meio da visita, a gente conversa com ele sobre o dia a dia, e aí ele vai relatando, se tem alguma dificuldade, aí vamos orientando né, aí passa para a equipe, para ter um consenso e ver o que é melhor” (PARTICIPANTE 4).*

*“A partir da consulta (com o médico) ou da discussão com a equipe do NASF” (PARTICIPANTE 4).*

*“Teve prevenção de quedas que também foi feito na Unidade, no momento não tem nada, mas já teve algumas que já foram feito” (PARTICIPANTE 1).*

*“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 vaga dele pra esse ano já acabou. Então era o que eu tinha discutido (com o médico) sobre alguns idosos meus já verificou essa fragilidade e entrando naquele perfil alguns tinha pedido, uns foram encaminhados e já estão agendados, e outros estão na lista de espera” (PARTICIPANTE 2).*

Além dos grupo focais também foi analisada as condutas de tomada de decisão através dos prontuários. Segundo a tabela a baixo, os dados registrados foram através de uma análise de dados do período de 2016 a 2018 do prontuário de idosos identificados como pré- frágeis ou frágeis. Para a análise foi elaborada uma tabela dividida em três cores com diferentes tópicos em cada cor.

A cor rosa são os tópicos estabelecidos anteriormente pela pesquisa, pontos como o “número de consultas, encaminhamentos, uso do pronto atendimento, hospitalização, uso de novos medicamentos, relato de queda e participação em programa de prevenção”; a cor azul são os tópicos estabelecidos durante o desenvolvimento da pesquisa, pontos como “acolhimento na unidade, orientação alimentar, atividade física, visita domiciliar, renovação de receituário médico, aferir PA, insulina e/ou destro e cirurgias”; e a cor amarela são os tópicos estabelecidos como relevantes após a coleta de dados, como dados de consultas “odontológicas, atendimento com a enfermagem, exames de rotina e retirada de matérias/ medicamentos”.

#### Equipe I

Após a tabulação e análise dos dados, podemos identificar que o número de visitas domiciliares é alto, refletindo em um razoável acompanhamento de saúde desses idosos, sendo possível identificar pelo menos uma consulta médica dentro

do período estudado, renovação do receituário médico e atendimento para aferir PA, insulina e/ou destro.

Essa unidade é responsável por 3018 usuários que representam 885 famílias atendidas para 6 agentes comunitários.

Equipe II.

Após a tabulação e análise dos dados, podemos identificar que os números de visitas domiciliares e de consultas médicas são baixos, uma vez considerando o período de 3 anos, revelando uma falha no acompanhamento da saúde desses idosos.

Essa unidade é responsável por 4000 usuários que representam 850 famílias atendidas para 5 agentes comunitários, esses dados podem representar uma sobre carga dos AC refletindo diretamente nos baixos números de visitas domiciliares realizadas.

Equipe III

Podemos identificar que o número de visitas domiciliares é alto, refletindo em um bom acompanhamento de saúde, constatando através do número de consultas médicas, encaminhamentos, atendimentos para aferir PA, insulina e/ou destro e também através de exames de rotina.

Essa unidade é responsável por 3700 usuários que representam 600 famílias atendidas para 6 agentes comunitários.

Devido ao número de famílias cadastradas nas Unidades, muitas vezes os agentes comunitários não conseguem fazer o atendimento a todos, porém, é possível identificar uma característica de prioridade no atendimento de cada unidade, refletindo assim no acompanhamento desses idosos.

Para a pesquisa, participaram 238 idosos cadastrados nas USF's participantes e foram avaliados com o uso da ferramenta para identificar fragilidade através da Escala de fragilidade de Edmonton, sendo, 31(13%) não frágil, 72(30,3%) vulnerável, 76(31,9%) fragilidade leve, 51(21,4%) fragilidade moderada e 8(3,4%) fragilidade severa.

Tabela 2: Resultados da análise dos prontuários.

	Equipe I	Equipe II	Equipe III	Total
<b>Número de consultas</b>	118	92	39	249
<b>Encaminhamentos</b>	43	33	11	87
<b>Uso do Pronto Atendimento</b>	18	04	02	24
<b>Hospitalização</b>	03	01	01	05
<b>Uso de novos medicamentos</b>	17	03	0	20
<b>Relato de queda</b>	15	01	0	16
<b>Participação em programa de prevenção</b>	14	28	0	42
<b>Acolhimento na unidade</b>	36	30	09	75
<b>Orientação alimentar</b>	28	21	0	49
<b>Atividade física</b>	07	04	01	12
<b>Visita domiciliar</b>	212	40	46	298
<b>Renovação do receituário médico</b>	76	136	17	229
<b>Aferir PA/ insulina e/ou destro</b>	81	160	02	243
<b>Cirurgias</b>	5	04	01	10
<b>Odontologia</b>	64	05	02	71
<b>Atendimento com a enfermagem</b>	97	29	08	134
<b>Exames de rotina</b>	70	36	12	118
<b>Retirada de materiais/medicamentos</b>	37	10	03	50

Legenda: , Rosa: Tópicos estabelecidos anteriormente pela pesquisa; Azul: Tópicos estabelecidos durante o desenvolvimento da pesquisa; Amarelo: Tópicos estabelecidos como relevantes após a coleta de dados

#### 5.4- Potencialidades e Limitações

A categorização de “Potencialidades e limitações ” buscou trazer o que os agentes de saúde usam para identificar processos, análise crítica das limitações e falta de qualificação ou instrumentalização de necessárias, dessa forma esse ponto foi dividido em três diferentes subcategorias para melhor análise, sendo “Potencialidades”, “Limitações” e “Instrumentalização”.

As Potencialidades abrangeram o atendimento ampliado, apoio familiar, a percepção positiva da equipe sobre a ferramenta do Tablet utilizado na pesquisa para o rastreio da fragilidade em idosos para usarem também com ferramentas para outros questões e atendimentos dentro da unidade de saúde, orientações de acordo com a realidade financeira de cada idoso.

*“A gente tem o hiperdia aqui, o atendimento do hiperdia aqui não é com hora marcada, não é com agenda, o hiperdia a gente faz todos os dias, de segunda a sexta-feira, nos horários que agente faz o atendimento, e a gente pede o exame e se o resultado do exame deu alteração a gente já pede uma consulta médica, ou ele vem as 7h da manhã, ele já pede o exame, já colho o exame e já vê o resultado, e peço um outro dia para ele voltar, então não tem uma coisa muito fechada, a gente faz um atendimento ampliado, a gente trabalha com porta aberta” (PARTICIPANTE 7).*

Ainda dentro da subcategoria das Potencialidades, temos a “instrumentalização”, destacada pelos agentes apenas a Escala de Coelho e a Capacitação da carteirinha, comprovando assim as limitações existentes sobre a falta de instrumentalização da equipe.

*“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” (PARTICIPANTE 6).*

*“Do idoso? É a que mais tem (Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa), o armário está 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” (PARTICIPANTE 4).*

A subcategoria “Limitações” reúne as críticas dos agentes de saúde sobre fatores que limitam o seu trabalho como a falta de suporte dentro da Rede, falta de acesso a internet, falta de tempo devido a alta demanda com outros assuntos dentro da unidade de saúde para o atendimento de outras faixas etárias sem ser a pessoa idosa, falta de capacitação dos profissionais para manusear a “Caderneta de saúde da pessoa idosa”, percepção dos agente de saúde para a falta de

capacitação para uma melhor percepção no atendimento durante a visita domiciliar, limitações no transporte social influenciando diretamente os serviços e encaminhamentos realizados pela unidade de saúde e a carência em instrumentalização da equipe.

*“A gente achou boa, inseriram o cartão SUS, o problema é que, a gente identifica todas essas finalidades, mas para onde nos iremos encaminhar? A gente não tem suporte (PARTICIPANTE 2).*

*“É porque ta aqui, a gente foi oh, olha o ranking dele, ele está precisando, se tivesse a rede né, para dar o suporte então iria ser perfeito, mas a rede não dá este suporte para a gente (PARTICIPANTE 3).*

*“O transporte social não funciona aqui” (PARTICIPANTE 2).*

## 6. Discussão

A Atenção Básica é o primeiro nível de atenção, responsável pelo contato inicial do indivíduo, família e comunidade com o SUS. A estratificação da população idosa é importante pois contempla e organiza ações de saúde para o coletivo quanto para intervenções específicas, o olhar para cada indivíduo permite identificar sinais de alerta de situações que demandam intervenções oportunas. Sendo assim, o primeiro passo para identificar as necessidades de saúde da população idosa é o reconhecimento, o cadastramento e o acolhimento da população (BRASIL, 2018).

A escuta qualificada efetivada por um profissional de saúde habilitado e a investigação de todos os aspectos como familiares, biológicos, sociais, econômicos, culturais e afetivos, dão início ao direcionamento do atendimento ao idoso (BRASIL, 2007). Assim, para conhecer, reconhecer, monitorar, acompanhar e avaliar as necessidades de saúde das pessoas idosas é fundamental dar atenção não apenas na preparação do sistema de saúde, mas também em fatores externos que o envolve (BRASIL, 2018).

Os Agentes de Saúde (AS) do presente estudo relataram observações direcionadas para além do idoso, buscando conhecer e reconhecer as necessidades singulares, relatando a ‘Condição Financeira’ e o ‘Suporte Social’.

Torna-se relevante considerar as dificuldades e restrições econômicas, educacionais e sociais que comprometem a capacidade de tomar decisões e a de auto-governo da pessoa idosa além do que, outros fatores de estresse da vida diária têm igualmente um efeito importante (BRASIL, 2018).

A organização e o planejamento da atenção à saúde da pessoa idosa considerando a inúmera diversidade de condições e da capacidade funcional dos indivíduos, é fundamental a realização da avaliação multidimensional, que possibilita identificar as necessidades de saúde e estratificar a população idosa em: pessoa idosa independente e autônomas; pessoas idosas com alguma limitação funcional; e pessoas idosas dependentes de terceiros para realizar suas atividades cotidianas. Mostrando que além dos aspectos econômicos e social observados pelos agentes de saúde nas visitas domiciliares, a avaliação multidimensional é a ferramenta ideal para a formação de um panorama dos perfis dos indivíduos da comunidade, de acordo com sua capacidade funcional (BRASIL, 2018).

A Avaliação Multidimensional possibilita a sistematização das informações obtidas para a identificação de características de saúde das pessoas idosas do território e o compartilhamento de informações do atendimento (BRASIL, 2018).

Destacando a Avaliação Multidimensional a qual pode ser encontrada na Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, é indispensável o preenchimento e utilização da ficha espelho presente na Caderneta, a qual contribuirá para o monitoramento da condição de saúde e da atenção ofertada a cada usuário, de forma que complementa os instrumentos já existentes como protocolos, fichas de cadastro e prontuários, colaborando para o planejamento das ações pela equipe de saúde (BRASIL, 2018).

A Educação Permanente em Saúde (EPS) se baseia segundo o Ministério da Saúde na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais, propiciando reflexões sobre o processo de trabalho, autogestão, mudança institucional e transformação das práticas de serviços por meio da proposta do aprender a aprender, de trabalhar em equipe, de construir cotidianos no contexto de viabilizar a análise crítica e constituição de conhecimentos sobre a realidade local (BRASIL, 2018)<sup>2</sup>.

A EPS é uma estratégia que deve ser adotada no cotidiano das Unidades de Saúde com vista à produção de mudanças que objetiva a qualificação e aperfeiçoamento do processo de trabalho, para a melhoria do acesso, qualidade e

humanização na prestação de serviços, como também a Educação Interprofissional de Saúde (EIP) a qual é conhecida como uma “intervenção que envolve dois ou mais profissionais de saúde que aprendem juntos, de modo interativo, com a finalidade de valorizar a qualidade da atenção à saúde” (BRASIL, 2018).

Assim, as EPS e EIP apoiam a necessidade das reuniões de equipe nas Unidades de Saúde, afim de fortalecer junto ao NASF o Plano Terapêutico.

As falas dos participantes destacam as reuniões das equipes para a discussão de condutas e isso demonstra os processos de elaboração do Plano Terapêutico Singular (PTS) (BRASIL, 2007), que é definido como “estratégia de cuidado que articula um conjunto de ações resultantes do diálogo e da construção coletiva de uma equipe multidisciplinar e leva em conta as necessidades, as expectativas, as crenças e o contexto social da pessoa ou do coletivo para o qual está dirigido”. Esse processo desafia a organização tradicional do processo de trabalho em saúde, uma vez que presume a necessidade de maior articulação entre profissionais e a aplicação de reuniões de equipe através de um espaço coletivo e sistemático que promove encontro, reflexão, discussão, compartilhamento e corresponsabilização das ações com a horizontalização dos poderes e conhecimento (BRASIL, 2014).

Dentre os AS participantes da pesquisa, foi identificado que unanimemente as equipes reconhecem a importância do PTS para uma tomada de decisão e cuidado eficaz e resolutivo através da criação de um percurso da atenção de acordo com as necessidades identificadas, porém, apenas AS de duas Unidades relataram realizar sempre que possível as reuniões de equipe, uma vez apresentada diferentes perfis de funcionalidade e condições de saúde da pessoa idosa esta é discutida com diferentes profissionais de saúde.

Podemos também, observar na ‘Tabela 2: Resultados da análise dos prontuários’ que algumas equipes realizam as reuniões para a formação de um PTS apresentam os tópicos estabelecidos anteriormente pela pesquisa (identificado pela cor rosa na tabela) um baixo número de utilização da unidade pelos seguintes tópicos: o “número de consultas, encaminhamentos, uso do pronto atendimento, hospitalização, uso de novos medicamentos e relato de queda’ tirando o tópico ‘participação em programa de prevenção’ o qual não corresponde a este resultado. Resultado este que colabora para a evidencialização da resolubilidade e necessidade das Reuniões de equipe dentro do PTS.

Algumas equipes em seus registros demonstram as dificuldades da rede em oferecer suporte e isso influencia na motivação da equipe, refletindo no atendimento proporcionando um trabalho e desgaste na pro-atividade.

As condutas realizadas pelas equipes de saúde nos serviços devem ser baseadas em informações com evidências robustas, no entanto, a implementação da conduta apresenta dificuldades em função dos determinantes sociais nos segmentos da sociedade com vulnerabilidade social, sendo necessário a colaboração entre setores como educação e geração de empregos por exemplo (TOMA, 2017). Existe uma variação nas condutas de atendimento entre diferentes equipes de saúde, assim como a prática de saúde não baseada em evidências (TOMA, 2017), a qual foi identificada na pesquisa presente condutas de atendimento ao idoso através de ações relatadas pelos agentes de saúde.

Dentre as condutas apontadas nos grupos focais foi possível categorizar a 'interação com a comunidade, orientações, suporte familiar, avaliações e tomada de decisão'.

A interação com a comunidade é presente como uma aliada para ampliar o alcance do agente de saúde com a comunidade e famílias, também proporcionar uma melhor compreensão do profissional com as especificidades dessa população, estabelecendo uma relação respeitosa e fortalecendo a socialização (BRASIL, 2018). A interação com a comunidade também é um momento de observação da realidade em que a Unidade e a comunidade estão inseridas, um olhar atento para o cotidiano da região, considerando os fatores sociais, políticos, econômicos e culturais.

Corroborando dessa maneira para as 'orientações' dadas pelos agentes de saúde, a qual eles relatam que é uma das suas principais ações, uma vez que a orientação seja de seu domínio e propriedade acerca de prevenção à saúde e serviços disponíveis na Rede.

O suporte social se faz presente e fundamental para a pessoa idosa, podemos apontar sistemas familiares compreendidos como funcionais ou disfuncionais, porém a função das equipes de saúde é auxiliar os membros familiares a renegociarem seus papéis e funções de maneira a constituir um sistema familiar funcional, independentemente de sua formação (BRASIL, 2007).

Outra subcategoria identificada no estudo como uma Conduta de atendimento ao idoso foram as 'avaliações' as quais foram destacadas pelos agentes de saúde

e observadas por estes em relação a pessoa idosa. Surgindo atenção para os 'Fatores de alerta', a 'visita domiciliar', a 'identificação e condutas específicas da fragilidade' e para a 'utilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa'.

Os fatores de alerta colocados em discussão, através de relatos referem-se às perdas por falecimento do companheiro ou algum ente querido, é reforçado na literatura, uma vez que tais perdas geram impactos de isolamento e/ou solidão para a pessoa idosa, podendo gerar efeitos mais significativos como a dificuldade em realizar atividades básicas da vida diária, sentir-se seguro, apoiado e incapaz (NDEGWA; MACDOUGALL, 2020). A medicação como alerta de limitações e condições físicas da pessoa idosa (BRASIL, 2018).

Momento único na instituição do cuidado a pessoa idosa, a 'Visita domiciliar', deve ser sempre planejada pela equipe de maneira a atender as necessidades específicas de cada idoso a ser visitado (BRASIL, 2007), responsável por um alto nível de satisfação tanto para pacientes como para o profissional, destacando-se como fundamental para a resolução de cada caso com sua singularidade (BRASIL, 2018).

Foi possível observar nos grupos focais a identificação da fragilidade pelos agentes de saúde através de observações como quedas, marcha, mobilidade, memória, perda de peso, morar sozinho, autocuidado, fraqueza e polifarmácia por exemplo, porém, não utilizam nenhuma avaliação ou instrumento específico para essa identificação ocasionando uma lacuna em condutas específicas da fragilidade dentro das equipes.

Existem vários instrumentos, escalas e testes que ajudam na avaliação das múltiplas dimensões presentes na saúde da pessoa idosa, a subcategoria "Caderneta de saúde da pessoa idoso" trás o conhecimento dos AS presentes no estudo a respeito desse material oferecido pelo Ministério da Saúde, a qual possibilita o rastreio de eventos e contextos importantes para a identificação das reais necessidades de saúde, como também o risco e grau de comprometimento da autonomia e independência do indivíduo, permitindo através do correto preenchimento da caderneta e também da ficha espelho o direcionamento de intervenções oportunas e adequadas (BRASIL, 2018). Todavia, somente um AS citou usar esse material na sua Unidade, de forma geral a maioria relatou não ter qualificação e não saber como preencher a caderneta e a ficha espelho corretamente.

A Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa na Atenção Básica é um instrumento estratégico para a avaliação multidimensional, pois oferece avaliação da pessoa idosa através do Protocolo de identificação do idoso vulnerável (VES-13); medicamentos, fitoterápicos, suplementos e vitaminas em uso; diagnósticos e internações prévias; cirurgias realizadas; reações adversas ou alergias a medicamentos; dados antropométricos; informações complementares; avaliação ambiental; quedas; identificação de dor crônica e hábitos de vida. Também é um instrumento estratégico pois estimula o desenvolvimento de habilidade de observação, análise e avaliação dos profissionais de saúde, tendo em vista as práticas colaborativas e interprofissionais para um acompanhamento longitudinal das condições de saúde da população idoso nos serviços de saúde, sendo fundamental para a elaboração do Plano Terapêutico (BRASIL, 2018).

Ainda como forma de conduta, a 'Tomada de decisão' foi percebida de maneira geral através de encaminhamentos para consultas com outros profissionais de saúde, reuniões de equipe, indicação de oficinas de prevenção, aplicação da 'Escala de Coelho', encaminhamento para o Centro de Referência Especializada de Assistência Social (CREAS), orientações e busca pelos agentes de saúde por serviços na Rede disponíveis mais próximo da unidade de atendimento.

Potencialidades e limitações foram apontadas e identificadas através dos grupos focais, mostrando que os profissionais sabem e entendem o que deve ser feito para a assistência da pessoa idosa com fragilidade a partir da sua identificação, porém, a falta de suporte na Rede de Assistência a Saúde limitam essas ações, mostrando que para uma ação resolutiva não basta a equipe de saúde da Atenção Básica ter esse reconhecimento sobre o tema, mas sim um reconhecimento e uma gestão amplo entre os gestores de Saúde Municipais de Estado.

Outra limitação é a dificuldade de acesso à internet, corroborando para um trabalho lento, também a escassez do tempo dos profissionais devido à alta demanda de trabalho não só com a pessoa idosa, mas sim, com todas as faixas etárias, conseqüentemente encontramos e destacamos a falta de capacitação desses profissionais como para o preenchimento correto da 'ficha espelho' e da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa' por exemplo.

Podendo assim, evidenciar a importância do estudo enquanto norteador para outros trabalhos que aprofundem a temática de tomada de decisão, evidências e contribuições para a linha de cuidado à pessoa idosa, uma vez que foi uma limitação para o estudo não ter mais encontros com os grupos focais.

Isso leva ao debate necessário sobre o tema e sobre os benefícios que as Unidades Básicas de Saúde teriam se tivessem o profissional Gerontólogo como membro de sua equipe.

A Gerontologia transita nas dimensões do saber biológico, psicológico, social e principalmente na gestão - não é o cuidado da doença, mas a gestão do cuidado integral à saúde, com uma visão multifatorial do indivíduo com a capacidade de articular ações intersetoriais e no fomento de redes de suporte para a pessoa idosa. A Gerontologia, como campo de saber, apresenta aporte teórico nas temáticas da velhice saudável e na velhice fragilizada a partir de princípios éticos e científicos da atenção à saúde do idoso. Além disso, promove o trabalho em equipe multiprofissional e com temas interdisciplinares na perspectiva da gestão de diferentes questões que surgem tanto no aspecto individual, quanto nos aspectos coletivos na velhice.

Assim, dentro da Atenção Básica o profissional Gerontólogo pode contribuir para que se desenvolva um envelhecimento com o maior nível possível de saúde, oferecendo diferentes formas de cuidado e apoio, e assegurando a participação ativa do idoso nesse processo. Contribuir para o desenvolvimento de ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação na gestão de aspectos individuais e coletivos da velhice saudável e fragilizada. Desenvolver sua prática de forma integrada, comprometida e contínua com as instâncias do sistema de saúde. Desenvolver suas atribuições com compromisso e responsabilidade social e política. Coordenar o planejamento de ações de atenção à saúde do idoso. Participar das estruturas consultivas e deliberativas do sistema de saúde. Integrar-se a equipes multiprofissionais, promover a aquisição de conhecimento e desenvolvimento de atuação interdisciplinar. Planejar, implementar e participar dos programas de formação e qualificação de recursos humanos em gerontologia.

## 7. CONCLUSÃO

O presente estudo permitiu alcançar o objetivo proposto de analisar o processo de tomada de decisão de membros da equipe de saúde quanto ao processo de tomada de decisão para alcançar o plano cuidados de idosos frágeis, cadastrados nas USF. Para isso levantaram-se as principais condutas relacionadas ao atendimento de idosos e mediante depoimentos dos agentes se categorizaram as percepções dos participantes acerca do cuidado ao à pessoa idosa. Por um lado, As equipes indicaram como determinantes das condutas a serem tomadas no processo de cuidar as condições sociais e financeiras da população e o apoio social que as pessoas idosas tem. Por outro lado, os participantes evidenciaram em suas falas algumas condutas realizadas que tem a ver com cuidados e orientações em saúde, e se evidenciaram diversas formas de avaliação que impactam na tomada de decisão acerca do cuidado da pessoa idosa.

Assim, as condutas e procedimentos dos agentes de saúde na identificação da fragilidade apontam a pertinência de indicadores como queda, memória/esquecimento, cognição, morar sozinho, marcha, perda de peso, autocuidado, mobilidade, interferência familiar, fraqueza, polifarmácia e hospitalização. Todavia, não foi identificado nenhuma forma de avaliação de fragilidade através de instrumentos e procedimentos específicos, em consequência, as equipes possuem condutas de cuidado e atendimento que vão ao encontro desses indicadores porém é necessário avançar num conjunto de condutas integradas que possam se aproximar da complexidade da síndrome da fragilidade para o idoso frágil.

## 8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDREW, M.K.; KEEFE, J.M. Social vulnerability from a social ecology perspective: a cohort study of older adults from the National Population Health Survey of Canada. **BMC geriatrics**, v. 14, n. 1, p. 90, 2014.

AMARAL, F.L.J.S. et al. Apoio social e síndrome da fragilidade em idosos residentes na comunidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Natal-RN, v. 6, n. 18, p.1835-1846, 2013.

BARRETO JOM, SOUZA NM. **Avanço no uso de Políticas e Práticas de saúde informadas por evidências: a experiência de Piripiri- Piauí**. *Ciência e Saúde coletiva*. 2013; 18(1): 25-34.

BEALES, D.L.; TULLOCH, A. J. Community care of vulnerable older people: cause for concern. **British Journal of General Practice**, v. 63, n. 615, p. 549-550, 2013.

BISPO JÚNIOR, J. P.; MOREIRA, D.C. Educação permanente e apoio matricial: formação, vivências e práticas dos profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e das equipes apoiadas. **Caderno da Saúde Pública**, Bahia, v. 9, n. 33, 2017.

BRASIL. Edgar Nunes de Moraes. Ministério da Saúde. **Plano de cuidados. Atenção à Saúde do Idoso: Aspectos Conceituais**, Brasília, p.1-98, 2012.

BRASIL. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. . Aspectos demográficos. **Síntese de Indicadores Sociais: Uma análise das condições de vida da população brasileira**, Rio de Janeiro, n. 36, p.11-26, 2016.

BRASIL. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. . Aspectos demográficos. **Síntese de Indicadores Sociais: Uma análise das condições de vida da população brasileira**, Rio de Janeiro, n. 36, p.49-55, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica. Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa nº 19**. Brasília, 2007

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica: Programa Saúde da Família**. Secretaria de Políticas de Saúde: Departamento de Atenção Básica, Brasília, v. 1, n. 1, p.1-42, 2000.

<sup>1</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. **Orientações técnicas para a implementação de Linha de Cuidado para Atenção Integral à saúde da pessoa idosa no Sistema Único de Saúde- SUS**. Brasília, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**, Brasília, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. **Secretaria de Atenção à Saúde: Departamento de Atenção Básica**, Brasília, v. 1, p.69-70, 2012

BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório mundial de envelhecimento e saúde. **Organização Mundial da Saúde**, Brasília, v. 1, p.01-28, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. **Portaria nº2528** de 19 de outubro de 2006. Brasília (DF): MS; 2006.

<sup>2</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Departamento de Gestão da Educação na Saúde**. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento? 1ªed. rev. Brasília: Ministério da Saúde; 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Síntese de evidências para políticas de saúde. Estimulando o uso de evidências científicas na tomada de decisão. **Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos – Departamento de Ciência e Tecnologia**. Brasília, 2ª ed., p. 13-15, 2016.

CARNEIRO, J A et al. Prevalência e fatores associados à fragilidade em idosos não institucionalizados. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 69, n. 3, 2016.

CHAPMANII, E. Mecanismos de tradução do conhecimento para a formulação de Políticas Informadas por Evidências. **Evidence-informed Health Policies**, São Paulo, v. 17, n. 1, p.7-8, Jul. 2016. Disponível em: <<http://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-desaude/homepage/bis/revistadigitalingles.pdf>>. Acesso em: 1 dez. 2017.

CRIPPA, A.; LOUREIRO, F.; GOMES, I. Vulnerabilidad social en la enfermedad de alzheimer: en la búsqueda de derechos social. **Revista Latinoamericana de Bioética.**, Bogotá, v. 16, n. 1, p. 198-219, 2016.

CYRIACOA, A.F.F. et al. Pesquisa qualitativa: Conceitos importantes e breve revisão de sua aplicação à geriatria/gerontologia. **Geriatr., Gerontol. Aging** (Impr.), v. 11, n. 1, p. 4-9, 2017.

DA MATA, F.A.F. et al. Prevalence of frailty in Latin America and the Caribbean: a systematic review and meta-analysis. **PloS one**, v. 11, n. 8, p. e0160019, 2016.

DE OLIVEIRA BRASIL, A C. Promoção de saúde e a funcionalidade humana. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 26, n. 1, p. 1-4, 2013.

DE SIQUEIRA, M.E.C. et al. Metodologia e perfil sociodemográfico, cognitivo e de fragilidade de idosos comunitários de sete cidades brasileiras; **Estudo FIBRA. Cadernos de Saúde Pública**, v.29, n.4, p.778-792, 2013.

DIAS RI, BARRETO JOM, SOUZA NM. Desenvolvimento atual da Rede de Política Informada por Evidências (EVIPNet Brasil): relato de caso. **Revista Panam Salud Publica**. 2014; 36(1): 50-6.

DUARTE, M.C.S. et al. Prevalência e fatores sociodemográficos associados à fragilidade em mulheres idosas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. 6, p. 901, 2013.

FRIED, L.P. et al. Nonlinear multisystem physiological dysregulation associated with frailty in older women: implications for etiology and treatment. **Journals of Gerontology Series A: Biomedical Sciences and Medical Sciences**, v. 64, n. 10, p. 1049-1057, 2009.

GIL A.C. Como elaborar projetos de pesquisa. 4 ed. São Paulo, Ed Atlas, 2007.

JUNGES, J.R. (2007). Vulnerabilidade e Saúde: limites e potencialidades das políticas públicas. In: Barchifontaine, C.P. & Zoboli, E.L.C.P. (Orgs.). **Bioética, vulnerabilidade e saúde**, 110-138. São Paulo (SP): Centro Universitário São Camilo, 2007.

MAIA, F.O.M. Vulnerabilidade e envelhecimento: Panorama dos idosos residentes no município de São Paulo - **Estudo SABE. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo**, São Paulo, 193p, 2011.

MIRANDOLA, A. R. Capacidade funcional, capacidade de tomar decisão e qualidade de vida de longevos. **Dissertação de Mestrado. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul**. Porto Alegre, p.15-15, 2014

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.

NDEGWA, S.; MACDOUGALL, D. **Healthy Aging Interventions, programs, and Initiatives**. An Environmental Scan. Ottawa: CADTH, Canadá, 2020.

PENIDO A - Estudo aponta que 75% dos idosos usam apenas o SUS. 2018. Data de acesso: 20/02/2019. Acesso em: <http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/44451-estudo-aponta-que-75-dos-idosos-usam-apenas-o-sus>.

ROCKWOOD, K; BERGMAN, H. Frailty: A Report the 3rd Joint Workshop of IAGG/WHO/SFGG, Athenas, January 2012. **Canadian Geriatrics Journal**, v. 15, n.12, 2012.

SEVALHO, Gil. O conceito de vulnerabilidade e a educação em saúde fundamentada em Paulo Freire. **Comunicação Saúde Educação**, Botucatu, v. 64, n. 22, p.177-188, 2018.

SILVA, A. H.; FOSSÁ, M.I.T. Análise de conteúdo: exemplo de aplicação da técnica para análise de dados qualitativos. **Dados em Big Data**, v. 1, n. 1, p. 23-42, 2017.

TAVARES, C. Q. **Espiritualidade e bioética: prevenção da “violência” em instituições de saúde**. Revista Pistis & Praxis: Teologia e Pastoral, v. 5, n. 1, p. 39-57, 2013.

TOMA, Tereza Setsuko et al. **Avaliação de tecnologias de saúde & políticas informadas por evidências**. Temas em Saúde Coletiva 22. Instituto de Saúde, São Paulo, 2017.

VERAS, R.P. et al. Desenvolvimento de uma linha de cuidados para o idoso: hierarquização da atenção baseada na capacidade funcional. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p.385-392, 2013.

## 9. 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:** Marisa Silvana Zazetta

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CIAAE:** 99079017.3.0000.5504

**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 (testarão a ferramenta e o aprimoramento dela), profissionais de saúde (contribuem com a etapa de avaliação da eficácia da ferramenta) e idosos (total de 180, junto aos quais intenciona-se aplicação de testes e questões, além de coleta de material biológico). Estudo é continuação 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. Evoluir 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 238  
**Rua:** JARDIM GUANABARA  
**UF:** SP **Município:** SÃO CARLOS  
**Telefone:** (19)3201-5000 **E-mail:** cep@ufscar.br



Continuação do Projeto 2.024.018

Investigar algoritmos de análise e mineração de dados, com base em agrupamento em dois passos e árvores de decisão, confrontando os resultados apontados com instrumentos já consolidados (Avaliação Subjetiva de Fragilidade, Fenótipo de Fragilidade de Fried, Escala de Fragilidade de Edmonton), de modo a verificar se o algoritmo é capaz de gerar indicadores fidedignos sobre a classificação da 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 da fragilidade, sugerindo encaminhamentos de acordo com os fatores 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 desconectar financeiramente o sistema público de saúde em termos de gastos com pessoal, hardware, 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 4,8 metros e realizar o teste de força. A coleta de sangue será realizada em ambiente privativo por

profissional habilitado em uma veia do braço usando luvas, álcool, 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 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 238

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-900

UF: SP

Município: SÃO CARLOS

Telefone: (19)3201-2800

Email: [cepf@ufscar.br](mailto:cepf@ufscar.br)



Contribuição do Paciente: 2.000,00

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. 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 (a) e acompanhado (a) 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, 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.

#### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

-

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 238

Bairro: JARDIM OLIMPIÁRIO

CEP: 13.505-900

UF: SP

Município: SÃO CARLOS

Telefone: (16)3301-0000

E-mail: [cep@ufscar.br](mailto:cep@ufscar.br)

Continuação do Parecer 2.026/17

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

Foram adequados 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	PIB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_877884.pdf	10/11/2017 20:24:50		Aceito
Outros	CartaCEP.doc	10/11/2017 20:20:40	Maria Silvana Zacarias	Aceito
Dedicação de Manuseio Material Biológico / Biorreator / Biorrebanco	DECLARACAOBIOREPOSITORIOE REGULAMENTO.doc	10/11/2017 20:29:27	Maria Silvana Zacarias	Aceito
Dedicação de Instituição e Infraestrutura	DeclaraçãoUSPCoParticipante.pdf	10/11/2017 20:28:57	Maria Silvana Zacarias	Aceito
TCE / Termos de Assentimento / Justificativa de Assência	IdesTCE.doc	10/11/2017 20:28:27	Maria Silvana Zacarias	Aceito
Dedicação de Reguladores	DECLARACAOsancenda.doc	10/11/2017 20:28:58	Maria Silvana Zacarias	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	10/11/2017 20:24:40	Maria Silvana Zacarias	Aceito
TCE / Termos de Assentimento / Justificativa de Assência	FuncionariTCE.doc	09/08/2017 19:29:48	Maria Silvana Zacarias	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	29/08/2017 19:12:28	Maria Silvana Zacarias	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderocto.pdf	17/03/2017 11:49:05	Maria Silvana Zacarias	Aceito
Dedicação de	CARTAAJUENCIAPREFEITURA.pdf	13/03/2017	Maria Silvana	Aceito

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 238

Bairro: JARDIM OLIMPIARIO

CEP: 13.505.800

UF: SP

Município: SÃO CARLOS

Telefone: (13)3201.4000

E-mail: cep@ufscar.br



UFSCAR - UNIVERSIDADE  
FEDERAL DE SÃO CARLOS



Contribuição do Parecer: 2.00.000

Instituição e Infraestrutura	CARTAANUENCIAPREFEITURA.pdf	10/27/2017	Secretaria	Aceito
---------------------------------	-----------------------------	------------	------------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SÃO CARLOS, 08 de Dezembro de 2017

---

Assinado por:  
Priscilla Hortense  
(Coordenador)

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 238  
Bairro: JARDIM GUANABARA CEP: 13.505-900  
UF: SP Município: SÃO CARLOS  
Telefone: (15)3301-2000 E-mail: cep@ufscar.br

## B- 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 ?