



**REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

JANAÍNA MORENO NOGUEIRA MARSYLLE

**DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DA POPULAÇÃO IDOSA ADSCRITA A UMA
UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DO MUNICÍPIO DE FORTALEZA**

FORTALEZA

2020

JANAÍNA MORENO NOGUEIRA MARSYLLE

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DA POPULAÇÃO IDOSA ADSCRITA A UMA
UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DO MUNICÍPIO DE FORTALEZA

Projeto apresentado ao Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste de formação em Saúde da Família, Nucleadora Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Orientador: Prof. Dr. Paulo Sérgio Dourado Arrais.

Linha de Pesquisa: Atenção da Saúde.

FORTALEZA

2020

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

- M326d Marsylle, Janaína Moreno Nogueira.
Diagnóstico situacional da população idosa adscrita a uma unidade de atenção primária à saúde do município de Fortaleza / Janaína Moreno Nogueira Marsylle. – 2020.
82 f.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Mestrado Profissional em Saúde da Família, Fortaleza, 2020.
Orientação: Prof. Dr. Paulo Sérgio Dourado Arrais..
1. Diagnóstico Situacional. . 2. Assistência a Idosos. . 3. Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.. I. Título.

CDD 610

Dedico esse trabalho aos meus pais Ila e Fernando
e ao meu filho Saulo Leon. Meus amores eternos.

AGRADECIMENTOS

A Deus, minha força e Luz.

Ao Prof. Dr Paulo Sérgio Arrais pela orientação e compreensão durante o mestrado

A Profa. Dra. Josefina, componente da banca de qualificação e defesa por seu apoio, amizade e sua enorme contribuição ao conteúdo desse trabalho.

A Professora Fabiane pelo apoio e compreensão durante o mestrado

A Prof. Dra. Sacha por contribuir com orientações pertinentes e por participar da banca de defesa.

As minhas amigas Adamir, Arisa, Lenir e minha cunhada Rosa pelo apoio incondicional.

RESUMO

O crescimento acelerado da população idosa no Brasil vem ocasionando alterações em suas características epidemiológicas e demográficas, o que gera a necessidade de modificar todo o contexto assistencial direcionado a essa clientela. A Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa foi o instrumento norteador do estudo e as variáveis escolhidas e analisadas contidas no seu conteúdo interno foram os atributos para realizar o diagnóstico situacional da população idosa adscrita na área de abrangência da Equipe de Saúde 429. Trata-se de um estudo transversal, descritivo, de campo e de caráter predominantemente quantitativo, realizado em Fortaleza, na Secretaria Executiva Regional IV em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde, abrangendo 132 idosos, incluindo acamados e restritos ao domicílio. A coleta de dados deu-se por meio de entrevista estruturada, subsidiada por instrumentos que incluem a caracterização sociodemográfica, de saúde e o Protocolo de Identificação do Idoso Vulnerável (VES-13). Realizou-se uma análise descritiva dos dados, e para avaliar o comportamento entre duas variáveis fez-se o uso do Teste Estatístico de Fischer. Não houve uma prevalência de vulnerabilidade, ou seja, 64,6% dos idosos dessa comunidade não são vulneráveis. As variáveis que apresentaram uma relação positiva com a pontuação do VES-13 foram: a feminização do envelhecimento (62,9%), o predomínio de idosos nas microáreas 2 e 4 (65,4%), com situação conjugal majoritária de casados ou vivendo com parceiros (40,2%), portadores de diabetes (p -valor $< 0,001$), polifarmácia (uso concomitante de 5 ou mais medicamentos), com p -valor 0,015 e os idosos que externaram apresentar outras condições frequentes em saúde (57,6%) ou possuíam alguma condição em saúde (50,8%). A autopercepção em saúde avaliada por meio do Protocolo de Identificação do Idoso Vulnerável (VES-13) foi considerada ruim pela maioria dos idosos participantes (58,3%). A construção do diagnóstico situacional do território de responsabilidade da Equipe Saúde da Família 429 irá contribuir com a formação da linha de cuidado ao idoso na gestão local e com a organização das ações em saúde realizadas pela equipe de saúde participante da pesquisa aos idosos de seu território.

Palavras-chave: Diagnóstico Situacional. Assistência a Idosos. Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

ABSTRACT

The accelerated growth of the elderly population in Brazil has caused alterations in its epidemiological and demographical characteristics, requiring changing the whole context of health service toward that clientele. The Elderly Person's Health Handbook was the guiding tool to the study and the chosen and analysed variables present in its internal content were the attributes to establish the situational diagnosis of the elderly population adjoined in the range area of the Health Team 429. It's a trans-sectional, descriptive and field study of a predominantly quantitative character, carried out in Fortaleza, at the Executive Bureau of Regional IV in Primary Attention to Health Unit, comprehending 132 elders, including bedridden and circumscribed at home. The data collection was gathered through structured interview, subsidized by tools which include socio-demographical characterization, of health and the Vulnerable Elder Identification Protocol (VES-13). A descriptive analysis of the data was performed and, in order to evaluate the behaviour between two variables, Fischer's statistic test was applied. There was no prevalence of vulnerability (64,6%) among the elders of the Community and the variables that showed a positive relation with the VES-13 score were: the feminization of the ageing (62,9%), the predominance of elders in the micro area 2 and 4 (65,4%), with a major marital status of married or living with a partner (40,2%), patients with diabetes (p-rate < 0,001), with a concomitant use of 5 or more medicines (p-rate 0,015) and the elders who manifest other frequent health conditions (57,6%) or already presented some health condition (50,8%). The self-perception in health evaluated through Vulnerable Elder Identification Protocol (VES-13) was considered bad by most of the elderly participants (58,3%). The construction of the situational diagnosis of the Family Health 429 team's responsibility field will contribute to the creation of a care line toward the elders in the local management as to the organization of actions in the field of health performed by the health team that participated to the survey with the elders in its territory.

Keywords: Situational diagnosis. Elderly person. The Elderly Person's Health Handbook.

LISTA DE SIGLAS

ABS – Atenção Básica à Saúde
CSPI – Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa
ESF – Estratégia Saúde da Família
FESTIMEDIC – Prontuário Eletrônico do Posto
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS – Ministério da Saúde
OMS – Organização Mundial de Saúde
OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica
PNI – Política Nacional do Idoso
PNSI – Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
PSF – Programa Saúde da Família
SUS – Sistema Único de Saúde
UFC – Universidade Federal do Ceará
WHO – World Health Organization

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO	16
2.1 Retrospectiva histórica das políticas públicas voltadas para o idoso	16
2.2 Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa	19
2.3 Vulnerable Elders Survey (VES-13)	21
2.4 Polifarmácia	23
3 OBJETIVOS	25
3.1 Objetivo geral	25
3.2 Objetivos específicos	25
4 METODOLOGIA	26
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES	32
6 CONCLUSÃO	54
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	57
REFERÊNCIAS	58
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	67
APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO CONSOLIDADO DAS VARIÁVEIS SELECIONADAS DA CADERNETA DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA – 4ª EDIÇÃO, 2017	70
APÊNDICE C – FLUXOGRAMA DO PERCURSO METODOLÓGICO	73
APÊNDICE D – FLUXOGRAMA DE SELEÇÃO DOS IDOSOS PARA O ESTUDO	74
ANEXO A – FICHA DE CADASTRO INDIVIDUAL	75
ANEXO B – FICHA DE CADASTRO DOMICILIAR E TERRITORIAL	77
ANEXO C – MINI EXAME DO ESTADO MENTAL	79
ANEXO D – INSTRUMENTO DE RASTREIO DA PESSOA IDOSA VULNERÁVEL	80

1 INTRODUÇÃO

Os cientistas Bacon e Descartes, no século XVI, realizaram as primeiras abordagens científicas sobre o envelhecimento. O médico francês Jean Marie Charcot, em 1867, foi o primeiro a apresentar um trabalho científico sobre a terceira idade (CACHIONI, 1991). Envelhecer é um privilégio que deve ser visto como um processo que demanda um cuidado abrangente em todos os setores sociais, exigindo dos profissionais de saúde visão e atitudes ampliadas que o compreenda como um todo, sem desvincular do contexto cultural, social e econômico.

A pirâmide etária da população brasileira, a partir da década de 1970, começa a apresentar modificações em sua estrutura, com uma configuração mais significativa em relação à população idosa. Considera-se que a população está envelhecendo quando ocorrem alterações na estrutura etária, com um aumento importante no número de pessoas que atingiram determinada idade que define o início da velhice (WONG; CARVALHO, 2006). Somos um país continental com um período histórico novo em relação ao Velho Continente, mas estamos nos aproximando da realidade populacional de idosos desses países. O Brasil está em processo acelerado de envelhecimento de sua população, deixando de ser um país com patamar de juventude para tornar-se, nos próximos 40 a 50 anos, o país mais velho da América Latina (BORGES; BERZINS, 2011). Borges e Berzins (2011) afirmam que “o envelhecimento é um fenômeno complexo, multifacetado, abrangendo as dimensões biológicas, sociais, demográficas, jurídicas, políticas, éticas e filosóficas”. O processo de envelhecer é influenciado de forma direta pelos fatores extrínsecos ao componente biológico já referidos na definição acima, ao mesmo tempo em que incita transformações nestes e produz novas necessidades. A população, ao envelhecer, modifica a participação dos grupos etários na situação econômica, ou seja, interfere na economia do país e modifica as várias relações sociais e políticas (BORGES; BERZINS, 2011).

Em suas palavras, Lebrão (2007) afirma que o envelhecimento é um acontecimento iniciado no século XX e que prosseguirá no século XXI. Em 2050, de acordo com a Organização das Nações Unidas (ONU), a população idosa no mundo

será de dois bilhões de pessoas. Essa entidade internacional comunica através de seus estudos estatísticos que o Brasil, no período compreendido entre 2000 e 2050, apresentará um aumento na população idosa de 7,8% para 23,6%, enquanto os jovens terão uma diminuição porcentária de 28,2% para 17,2%, e os adultos de 66,0% para 64,44% (WONG; CARVALHO, 2006).

De acordo com o Censo 2020 (IBGE), o Brasil apresenta cerca de 28 milhões de pessoas na faixa etária de 60 anos ou mais, o que representa 13% da população brasileira. Em nosso país, o processo de envelhecimento é predominantemente urbano (82% dos idosos concentram-se nas cidades), onde a transição demográfica é influenciada pela rapidez no aumento da população idosa e de adultos, ocasionando as modificações na pirâmide populacional (BRUNO, 2009).

O percentual de pessoas com 60 anos ou mais na população brasileira passou de 12,8% para 14,4% entre os anos de 2012 e 2016. Houve, então, um crescimento de 16,0% nas pessoas dessa faixa etária (PNAD, 2016). Quando um país atinge um percentual de 14% de sua população de 65 anos ou mais, é considerado “envelhecido” (CHAIMOWIEZ, 2013).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) enfatiza que envelhecer bem não é responsabilidade única do indivíduo, mas sim um processo que deve ser respaldado por políticas públicas e por iniciativas sociais e de saúde ao longo da vida. Através dos princípios da integralidade e da intersetorialidade, as políticas públicas de saúde ao idoso promovem o elo entre as redes de apoio para este segmento populacional. Entretanto, no Brasil, a rede de cuidados ao idoso é limitada, principalmente para os idosos frágeis, sendo composta pelo domicílio e pelas instituições de assistência e de cuidados, seja de caráter público, filantrópico ou privado (BORGES; BERZINS, 2011).

As redes de assistência em Fortaleza compreendem cinco redes de atenção: Rede de Atenção da Estratégia Saúde da Família (RAESF), Rede da Atenção Especializada ou Ambulatorial (RAESF), Urgência e Emergência (RAUE), Rede de Atenção Hospitalar (RAHOSP), Rede da Saúde Mental (RASM) e as três redes de serviços: Vigilância Epidemiológica, Sanitária e Vigilância Ambiental. A Atenção Primária de Fortaleza está organizada em Redes Temáticas de Atenção, e a saúde do idoso está inclusa na Rede de Atenção às Condições Crônicas (BRASIL, 2013).

No Plano Municipal de Fortaleza, no período de 2014 a 2017, dentre suas metas em relação à saúde do idoso constam: criar uma Rede de Atenção Integral e Integrada de Cuidados à Saúde da Pessoa Idosa; assegurar Educação Permanente em envelhecimento e saúde da pessoa idosa para 100% dos profissionais de nível superior que atuam na Atenção Básica; mapear as áreas cobertas com ações intersetoriais na saúde do idoso; capacitar 100% dos agentes comunitários de saúde.

O envelhecimento pode ser definido como um processo sociovital multifacetado ao longo de todo o curso da vida. Ao longo do tempo as gerações vivenciaram e vivenciam o processo de envelhecimento dentro de contextos sociais políticos e individuais diversos (LIMA, SILVA 2008; NERI, 2006). Na literatura gerontológica, envelhecer é considerado um evento progressivo e multifatorial, a velhice é uma experiência potencialmente bem-sucedida, porém heterogênea e vivenciada com maior ou menor qualidade de vida (BALTES; SMITH, 2006). A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, BRASIL, p. 8, 2006). Define envelhecimento como:

Um processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte.

Esse conceito sobre o processo de envelhecimento será o adotado pela pesquisa. A Política Nacional do Idoso (BRASIL, 1994) define envelhecimento como um acontecimento demográfico e individual, que depende da quantidade de anos vividos e considera idoso o indivíduo que atinge os sessenta anos de vida. O estado do Ceará, de acordo com dados do IBGE (2010), acompanha a realidade nacional, com o número de idosos aumentando em 61% em 10 anos.

Esse mesmo órgão estatístico afirma que, em 2017, o nosso estado atingiu 1.230.000 pessoas idosas acima de sessenta anos de idade, representando 13,7% da população total. Ainda conforme o IBGE, em 2017, o Ceará possuía, na faixa etária de 60 anos a 69 anos, 255.604 mulheres e 217.201 homens, com idade superior a 70 anos tinham-se 247.515 mulheres e 188.895 homens, ocupando a

quinta unidade da federação com maior percentual de pessoas com 60 anos ou mais no Brasil.

Na cidade de Fortaleza, os dados em 2017 informados pelo IBGE são: na faixa de idade entre 60 anos a 69 anos, temos 130.239 mulheres e 106.837 homens, e com 70 anos ou mais registra-se 54.791 mulheres e 37.707 homens. De acordo com o Instituto de Pesquisa Estratégica e Econômica do Ceará (IPECE), nossa capital é considerada o município mais densamente povoado no país, apresentando modificações em sua estrutura demográfica e no perfil de morbimortalidade, com redução na proporção de crianças e adultos e consequente aumento na proporção de idosos com elevação na expectativa de vida. Esse órgão afirma que a proporção de óbitos no grupo de idosos (60 anos ou mais) registrou aumento, passando de 50,68% para 56,46% em 2013. O Estudo Longitudinal da Saúde dos Idosos Brasileiros (ELSI – Brasil), utilizado pelo Ministério de Saúde, divulgou que 75% dos idosos dependem exclusivamente dos serviços prestados pelo Sistema Único de Saúde.

De acordo com os dados do Departamento de Atenção Básica, Fortaleza apresenta uma população atual de 2 milhões, 609 mil e 716 habitantes, apresentando em seu território 352 Equipes de Saúde da Família cadastradas e implantadas, sendo que deste total estão credenciadas no Ministério da Saúde apenas 262 equipes (dados referentes ao mês de junho de 2018). A Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012) determina que a implantação e o credenciamento das equipes de atenção básica deverão seguir os seguintes requisitos para o credenciamento: realização de projeto(s) de implantação das Equipes de Saúde da Família; aprovação do projeto pelos Conselhos de Saúde dos Municípios; cadastramento dos profissionais das equipes e solicitação de substituição de categorias profissionais, caso exista necessidade, no SCNES.

A implantação da Linha de Cuidado à Pessoa Idosa começou em 2018 em Fortaleza, tendo como ação inicial a implementação da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, em unidades de saúde escolhidas como piloto (estão em processo de implantação da caderneta). Na regional IV, foi escolhida a UAPS Luís Albuquerque Mendes, localizada no bairro Serrinha. A unidade de saúde Roberto da Silva Bruno, participante desse estudo, ainda não começou de forma sistematizada este processo de introdução desse documento.

A utilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa como instrumento para diagnóstico situacional dos idosos adscritos no território de abrangência da Equipe 429, pertencente ao posto de saúde acima citado, contribuirá com o desenvolvimento da linha de cuidado ao idoso nessa instituição de saúde, melhorando a meta atual estabelecida pela prefeitura de Fortaleza (implantação, em 10% das unidades de saúde, da Caderneta do Idoso em 2018).

A aproximação com esse instrumento público e norteador deste estudo resulta da vivência da pesquisadora como enfermeira na Equipe de Saúde 429 e da atuação com os idosos da área adstrita da equipe.

Os profissionais de saúde pertencentes a essa equipe (429) não possuem dados secundários importantes sobre a população idosa adscrita que possam direcionar sua assistência. A aplicação desse instrumento legal (validado pelo Ministério da Saúde) nesta população de idosos para a realização do diagnóstico situacional permitirá, além do cadastro destes, atualizando-os (não existe uma ficha exclusiva no SIAB para o cadastro dos idosos), o conhecimento de suas características próprias, assim como suas necessidades. Será possível tornar explícitas as demandas reais em saúde dos idosos pertencentes ao território da ESF-429 e o conhecimento dos idosos vulneráveis.

As ações em saúde aos idosos desenvolvidas atualmente pela ESF-429 não são programadas com base em protocolos que avaliem o quesito vulnerabilidade. O atendimento aos idosos no posto de Saúde Roberto da Silva Bruno está sendo realizado através das seguintes ações: classificação dos riscos dos eventos agudos (demanda espontânea), onde o profissional enfermeiro e médico utilizam os critérios de classificação de risco do Caderno nº 28 do Ministério da Saúde; estratificação de risco das condições crônicas cujas ações são agendadas; ações de Prevenção de Fatores de Risco (imunização, prevenção do câncer de mama e de colo de útero, de cárie e de lesões bucais); ações em saúde bucal e ações em saúde mental. As visitas domiciliares aos idosos são programadas de acordo com as necessidades trazidas do território pelo agente de saúde. Cada equipe de saúde tem um turno diário por semana para as atividades a nível domiciliar.

O emprego desse documento poderá favorecer o referencial (e a contrarreferência) de forma mais adequada dentro da própria unidade e nos outros níveis de atenção à saúde necessários. A caderneta permite a integração entre as

instituições, entre os profissionais de saúde e os usuários. Sua aplicação torna-se uma estratégia para oferecer um atendimento de qualidade e contínuo à demanda em processo de envelhecimento. Poderá ser utilizada como prontuário domiciliar do idoso e utilizada pelos profissionais durante a visita domiciliar.

Este estudo irá contribuir na implantação, na Unidade de Saúde Roberto Bruno, da Linha de Cuidados em Saúde da Pessoa Idosa por meio da implementação e utilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa na área territorial de responsabilidade da Equipe Saúde da Família 429, pertencente a esse serviço de saúde. Também permitirá a organização do trabalho dessa Estratégia de Saúde da Família através das ações desenvolvidas nesse estudo, qual seja o cadastramento e o diagnóstico situacional dos idosos com dados referentes ao contexto social destes, suas condições de saúde e a identificação dos idosos com risco de vulnerabilidades.

Neste momento, a área territorial em estudo ainda não tem um diagnóstico situacional que caracterize a sua população de idosos, principalmente no que concerne aos idosos vulneráveis. Os resultados dessa pesquisa poderão ajudar nas estratégias de planejamento na saúde do idoso para uma abordagem multidimensional e multidisciplinar, facilitando sobremaneira o cuidado personalizado, a melhoria da assistência à saúde e, como consequência, a qualidade de vida destes.

O acesso à Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa e sua utilização pelos profissionais, pacientes, cuidadores e familiares é um direito à cidadania. Esta pesquisa poderá também contribuir na divulgação, na implantação e na utilização desse instrumento.

A Política Nacional de Atenção Básica, regulamentada pela Portaria GM nº 648, de 28 de março de 2006, determina através da Estratégia Saúde da Família (reorganização da Atenção Básica no país) as seguintes tarefas:

- Atuar no território, realizando cadastro domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua, buscando o cuidado dos indivíduos e famílias ao longo do tempo, mantendo sempre postura proativa frente aos problemas de saúde-doença da população;

- Desenvolver atividades de acordo com o planejamento e a programação realizados com base no diagnóstico situacional, tendo como foco a família e a comunidade.

Neste estudo, a equipe de saúde identificará, através do diagnóstico situacional, os fatores de risco a que a população idosa está exposta, permitindo a sua atuação de forma mais apropriada. O Caderno de Atenção Básica direcionado ao processo de envelhecimento e saúde da pessoa idosa afirma em seu conteúdo teórico que

A caderneta do idoso é um instrumento valioso que auxilia na identificação das pessoas idosas frágeis ou em risco de fragilização. Para os profissionais de saúde, possibilita o planejamento, a organização das ações e um melhor acompanhamento do estado de saúde dessa população. (BRASIL, p. 10,2006)

O objetivo norteador da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, atualizada em 2006, é: cadastrar, classificar e acompanhar os idosos em diferentes grupos de risco de fragilização, possibilitando a hierarquização dos riscos na comunidade e contribuindo com um serviço de saúde mais eficaz e que gera resultados.

A OMS (Organização Mundial de Saúde) apoia a Política do envelhecimento ativo (inicialmente, a política do idoso utilizava como termo o “envelhecimento saudável”) e o enfoque atual “amigo do idoso”, estabelecendo nos serviços de saúde, principalmente na Atenção Básica, diretrizes em saúde respaldadas em três aspectos: informação, educação e comunicação (BRUNO, 2009). Observa-se, então, que o contexto nacional em busca de melhores condições de saúde para sua população idosa através de suas políticas públicas tem o apoio e a participação de entidades internacionais.

O diagnóstico situacional ou organizacional para os autores Silva, Koopmans e Daher (2016) consistem em um processo de coleta, tratamento e avaliação dos dados obtidos no local onde será realizado. Eles consideram o diagnóstico como uma das mais importantes ferramentas de gestão. O trabalho da Estratégia Saúde da Família fundamenta-se com base no diagnóstico situacional, realizado integrado à comunidade.

Devido ao Pacto pela Saúde, tem-se a necessidade maior de resolver o diagnóstico situacional na Estratégia Saúde da Família. Esse pacto determina

mecanismos para melhorar o planejamento e a programação do SUS, além de metas e objetivos sanitários a serem alcançados com a participação popular (RIBEIRO, et al, 2008).

O estabelecimento do perfil de uma população assistida permite a otimização do gerenciamento do tempo, das responsabilidades; apresenta-se alternativas e, portanto, aumenta-se a eficiência e a eficácia das ações (RIBEIRO, 2008). Dessa forma, acredita-se que este trabalho possa participar futuramente, por meio de seu conteúdo descritivo e de seus dados analíticos, para a alimentação da Caderneta informatizada contida no prontuário eletrônico e, assim, contribuir com a avaliação e o monitoramento da Política Nacional do Idoso.

A análise situacional do perfil sociodemográfico e clínico da população idosa do território de responsabilidade da Equipe Saúde da Família 429, utilizando como instrumento norteador a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, poderá contribuir na identificação dos principais problemas em saúde vivenciados por estes? Esta pesquisa busca responder também ao seguinte questionamento: Qual o quantitativo de idosos vulneráveis e não vulneráveis segundo o Protocolo de Identificação do Idosos Vulnerável (VES-13)? A utilização desse protocolo para avaliação da população idosa da área de abrangência da Equipe de Saúde 429 como instrumento de *screening*, dada sua fácil aplicação e possibilidade de resultados, poderá determinar a criação de intervenções e critérios de acompanhamento.

2 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

2.1 Retrospectiva histórica das políticas públicas voltadas para o idoso

No conteúdo histórico referente às políticas e aos benefícios direcionados à pessoa idosa, constata-se que o primeiro documento jurídico que beneficiava essa população ocorreu na Constituição de 1934, artigo 121, item b, através de direitos trabalhistas assegurados pelo Estado, e que permanece presente na Constituição de 1937 (BORGES; BERZINS, 2011). Borges e Berzins (2011) comunicam que um benefício previdenciário aos idosos surgiu na Lei Máxima de 1967, artigo 158, sendo necessária a participação contributiva por parte do idoso, os não contribuintes continuavam sendo assistidos por entidades filantrópicas. Nesse período, os direitos

dos idosos estavam atrelados a um vínculo empregatício, e não a um direito adquirido por ser um cidadão que envelhece.

Em 1977, em nosso estado, foi criada uma Associação Cearense Pró-idosos (ACEPI), considerada a primeira organização não governamental voltada para o público idoso (BORGES; BERZINS, 2011). Antecedendo esses fatos históricos, em 1923, a Lei Elói Chaves (decreto 4.682, 24/01/1923) contribuiu para a primeira Caixa de Aposentadoria e Pensões (CAP), que consistia em um benefício para os trabalhadores da estrada de ferro em que o Estado atuava de forma marginal (TEIXEIRA; OLIVEIRA, 1989).

Fatos importantes ocorridos na década de 1970 envolvidos na implementação e consolidação dos direitos sociais aos idosos foram: a criação do INPS (Instituto de Previdência Social) e do PRORURAL (Programa de Assistência ao Trabalhador Rural), embora a inclusão nestes programas exigisse um vínculo empregatício. A Renda Mínima Vitalícia, instituída pela Lei nº 6.179 de 11 de dezembro de 1974, foi o primeiro benefício em que os idosos não tinham a necessidade de vínculo empregatício (BRASIL, 1974). Em seguida, houve a criação do PAI (Programa de Assistência ao Idoso), de responsabilidade da LBA (Legião Brasileira de Assistência) e do Ministério da Previdência Social (BORGES; BERZINS, 2011).

Um evento importante que impulsionou os questionamentos em torno do envelhecimento mundial na década de 1980 foi a Assembleia Mundial sobre Envelhecimento em Viena, um encontro internacional que propôs a execução e a implementação de políticas de atenção ao idoso (FERNANDES, 1988). Antes da Constituição de 1988, todas as leis exigiam que os idosos tivessem contratos trabalhistas para garantir seus direitos.

O legado das leis que surgiram na década de 1990 foi a Constituição de 1988, que definiu a tríade previdência-saúde-assistência, sendo esta concebida como direito do cidadão e dever do Estado. Finalmente, o idoso passa a ser cidadão sem necessitar de permuta para aquisição de benefícios. São estabelecidas dentro das políticas sociais a proteção, a participação, a qualidade de vida e a criação da Política Nacional do Idoso através da lei nº 8.842/94 e decreto nº 1.948/96, que asseguram ações que promovem a autonomia, a integração e a participação dos idosos (idade igual a 60 anos ou mais) na sociedade (BORGES; BERZINS, 2011). No campo da saúde, a PNI organizou suas diretrizes com base no Relatório Lalonde

(1974), na Conferência de Alma-Ata (1978), na Carta de Ottawa (1986), na Conferência Nacional de Saúde (1986), nas Leis do SUS (8.080/90 e 8.142/90) e no art. 196 da Constituição (BRUNO, 2009).

De acordo com Borges e Berzins (2011), em 1999 é instituído pelo Ministério da Saúde a Política Nacional de Saúde do Idoso, cujo lema é:

A promoção do envelhecimento saudável, a manutenção e a melhoria ao máximo da capacidade funcional dos idosos, a prevenção de doenças, a recuperação da saúde dos que adoecem e a reabilitação daqueles que venham a ter a sua capacidade funcional restringida, de modo a garantir-lhes permanência no meio em que vivem, exercendo, de forma independente, suas funções na sociedade. (2011, p. 165)

A Política Nacional de Saúde do Idoso foi atualizada em 2006, e foram introduzidos nessa nova lei a Rede Nacional de Proteção e Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa (RENADI) e o Pacto pela Saúde do SUS. Neste pacto, o idoso torna-se prioridade para o Sistema Único de Saúde e a capacidade funcional deste como requisito para a promoção de sua saúde. Cabe informar que o ano de 1999 foi instituído como o ano Internacional do Idoso.

Essa política, totalmente voltada para o setor de saúde, cujo ator principal é o idoso, dá ênfase ao princípio da integralidade das ações, buscando o direcionamento do fluxo de atendimento da população senil e estabelecendo como porta de entrada do idoso a Unidade Básica de Saúde. Diante disso, é muito importante que os profissionais de saúde da atenção básica sejam capacitados para proverem uma assistência diferenciada.

Os três pilares dessa política são: a Estratégia Saúde da Família (ESF), a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa (CSPI) e o Caderno de Atenção Básica em Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. Os instrumentos acima citados representam duas importantes estratégias de fortalecimento da Atenção Básica. Esses dispositivos elucidam as necessidades da população idosa, objetivando assegurar os seus direitos sociais, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação na sociedade (BRASIL, 1994).

Dentre as diretrizes impostas pela PNSI (Política Nacional de Saúde do Idoso), encontram-se a necessidade de atuações em práticas promocionais de hábitos saudáveis, educação em saúde, avaliação da capacidade funcional e da

fragilidade, além de orientações sobre seus direitos. Todas essas atividades estão inseridas na CSPI.

Em 1994, o Ministério da Saúde criou o Programa Saúde da Família como estratégia prioritária para a organização da Atenção Básica e a estruturação do novo sistema de saúde implantado no país (BRASIL, 2006). Segundo este órgão federal, a Estratégia Saúde da Família trabalha com práticas interdisciplinares, desenvolvidas por equipes compostas basicamente por: médico, enfermeiro, dentista, técnico em saúde bucal, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Na composição mínima, essa equipe não é composta pelos profissionais da saúde bucal, são responsáveis por um território de abrangência com uma população adscrita, orientam-se pelos princípios que norteiam a Atenção Básica (universalidade, acessibilidade, coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, equidade e participação popular); esta contribui para a implementação de um novo modelo assistencial com novas bases e critérios, com prioridade para ações de prevenção de doenças e promoção à saúde juntamente com a comunidade, buscando o estabelecimento de laços através de uma relação permanente entre os profissionais e população assistida (BRUNO, 2009).

Na realidade atual do trabalho das equipes de saúde em nossa capital, o processo de territorialização é realizado verticalmente e sem critérios sistemáticos que não beneficiam a população, tornando difícil a formação de vínculo entre comunidade e profissionais de saúde e a continuidade das ações em saúde.

A Rede assistencial Estratégia Saúde da Família é considerada a porta de entrada para todos os outros níveis de serviços em saúde. Essa prática assistencial está mais próxima do cliente idoso domiciliado, ou institucionalizado, o que favorece o seu conhecimento em relação às reais necessidades dessa população (BRUNO, 2009). Bruno (2009) afirma que essa estratégia é responsável pelo acompanhamento da clientela idosa de seu município, e pela identificação e acompanhamento do território novo e dinâmico que é a comunidade.

Considerada o componente primário de um sistema de saúde pública e de amplitude nacional, essa estratégia redimensiona sua relevância, ou seja, o seu impacto na saúde dos usuários vai depender de sua capacidade de integração-interação com as redes de atenção à saúde (ALMEIDA *et al.*, 2017).

2.2 Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa

A Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa poderá contribuir no elo entre as redes de apoio e a pessoa idosa, facilitando a troca de informações e a efetividade das ações (direcionamento do fluxo de atendimento) em saúde que contemplem a real necessidade dessa clientela.

Um dos eixos principais da PNSI são as ações junto aos idosos independentes e junto ao grupo de idosos fragilizados ou em processo de fragilização, considerando este último o elemento-chave para fomentar a sua principal ação: o cadastramento desses idosos pelas Equipes de Saúde da Família, objetivando a implantação da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 2006b). Esse instrumento norteador permitirá que os profissionais de saúde adquiram mais informações para classificar os idosos de acordo com os indicadores estabelecidos nesse documento.

O processo de implantação desse documento, elaborado pelo Ministério da Saúde de acordo com PNSI (BRASIL, 2006a), consiste em uma ação estratégica para acompanhamento da saúde da população idosa e por seguinte o registro desse acompanhamento para subsidiar os profissionais na tomada de decisões e, conseqüentemente, de ações que serão realizadas para proporcionar um envelhecimento digno. A Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa foi instituída em 2006 pelo órgão acima referido, com o intuito de prevenir e promover saúde, e distribuído em 2007 para os setores estaduais e municipais de saúde.

Em 2014, esse instrumento estratégico para o desenvolvimento do envelhecimento saudável foi revisado e atualizado, sendo considerada sua terceira edição, com distribuição em 2015 de 2.500.000 exemplares. O Manual para utilização desse material (também elaborado pelo Ministério da Saúde) foi distribuído em 2016 com 500.000 tiragens. A quarta edição desse livreto foi distribuída em 2017 no quantitativo de 3.987.000 exemplares. Este trabalho científico aplicará essa última edição em sua população idosa. Sabe-se que esse material tem um *link* próprio no Portal da Saúde, do Ministério da Saúde.

Considerando a caderneta um instrumento popular, de caráter multiprofissional e portador de uma tecnologia simples e de fácil aplicação, sendo direcionada também aos profissionais de nível médio (agentes comunitários de saúde), seu custo de fabricação e distribuição é elevado.

Sabe-se que, mesmo com uma ampla divulgação e entrega dessa caderneta, esses fatores não implicam no seu uso efetivo e distributivo entre os idosos e os profissionais de saúde (PAULINO; SIQUEIRA; FIGUEIREDO, 2017). De acordo com a Célula de Atenção às Condições Crônicas em Saúde, Fortaleza recebeu, em 2018, 70 mil livretos e foram distribuídos apenas 7 mil exemplares dessa caderneta no primeiro quadrimestre de 2018. Na primeira edição da caderneta, não constam determinadas informações inseridas em sua 4ª edição, como a Avaliação da Pessoa Idosa com os seguintes parâmetros: Protocolo de Identificação do Idoso Vulnerável, avaliação ambiental, identificação da dor crônica, hábitos de vida, dados antropométricos e avaliação bucal.

O Ministério da Saúde criou esse instrumento gerencial para que possa ser utilizado na fase inicial do processo de avaliação funcional individual e coletiva, por meio do qual a pirâmide funcional pode ser identificada mais precocemente e conforme as diretrizes instituídas pela PNSI (BORGES; BERZINS, 2012). Outro fator a considerar é que a utilização da caderneta pode direcionar os profissionais para utilização de outros instrumentos e complementar a avaliação e as condutas.

De acordo com a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, a caderneta é o primeiro plano estratégico para identificação e acompanhamento das alterações funcionais no idoso. Diante disso, torna-se importante e necessário a sua implantação e utilização. Os itens abordados nesse documento legal (4ª edição, 2017) inclui dados pessoais, sociais e familiares, condições de saúde e seus hábitos de vida, identificando suas vulnerabilidades, e orientações para seu autocuidado (BRASIL, 2006).

O Protocolo de Identificação do Idoso Vulnerável (VES-13) inserido na caderneta é “um instrumento simples e eficaz para identificação do idoso vulnerável residente da comunidade com base na idade, autopercepção da saúde, presença de limitações físicas e incapacidades” (SALIBA *et al.*, 2001). Esse protocolo de avaliação é composto por quatro etapas: idade, autopercepção da saúde, limitação física e incapacidades.

A equipe Saúde da Família deve estar atenta à sua população idosa, no que tange ao seu bem-estar, à sua rotina funcional e inserção familiar e social, com o objetivo de torná-lo mais independente e capaz de realizar suas atividades (BRASIL, 2002). Um estudo nacional desenvolvido por Barros Silva *et al.* (2001)

afirma que somente 60% dos municípios brasileiros têm trabalhos assistenciais voltados para o público idoso.

2.3 Vulnerable Elders Survey (VES-13)

A palavra vulnerabilidade tem origem latina *vulnerare* (ferir) e *vulvabilis* (que causa lesão). Esse termo é então definido como a capacidade de um indivíduo sofrer um dano em consequência a uma resposta ocasionada por um estímulo. Na pessoa idosa, a vulnerabilidade está associada com o nível de dependência para a realização de tarefas diárias (STHAL, BERTI, PALHARES, 2011; MAIA *et al.*, 2012; SALIBA *et al.*, 2001).

Vulnerabilidade pode ser definida como “uma associação de fatores individuais e coletivos que culminam em uma elevada suscetibilidade ao adoecimento e à morte, bem como uma menor possibilidade de enfrentamento perante a vida (AYRES apud BARBOSA, 2017).

O autor citado abrange o conceito de vulnerabilidade ao determinar o envolvimento de aspectos que vão desde a fragilidade biológica até a forma de disposição dos programas de saúde, perpassando por questões comportamentais, políticas e culturais.

No âmbito da gerontologia, vulnerabilidade significa o estado em que os indivíduos ou grupos têm sua capacidade de autonomia alterada, tendo como consequência a dificuldade de gerir sua vida, devido a *déficits* nos aspectos referentes a poder, inteligência, educação, recursos, força e outros quesitos (RODRIGUES; NERI, 2012).

Estudos que avaliam a vulnerabilidade demonstram os potenciais de adoecimento, não adoecimento e de enfrentamento apresentados pelo indivíduo. Elucidam com maior clareza e evidência as características referentes ao processo de adoecer e envelhecer (AYRES, 2012).

O Vulnerable Elders Survey é um instrumento de avaliação criado nos Estados Unidos, sendo empregado em pessoas com 65 anos ou mais, cujo objetivo é rastrear idosos com risco de deterioração da saúde.

Considerado eficaz, de fácil aplicação e interpretação, este protocolo foi escolhido e inserido na Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa (CASAPI). De acordo com Saliba (2001), esse questionário avaliativo detecta o idoso vulnerável na

comunidade através de uma análise biofisiológica composta por 13 questões distribuídas nos itens idade, autopercepção da saúde, presença de limitações físicas e incapacidades.

Esse mesmo autor afirma que a pontuação varia de 0 a 10, e um valor maior ou igual a três indica que o idoso representa 4,2 vezes maior declínio funcional e morte em dois anos, independente do sexo, do número ou do tipo de comorbidades presentes.

O protocolo de identificação do idoso vulnerável (VES-13) foi traduzido e adaptado para a população brasileira, apresentando médias de 79% e 94% referentes aos quesitos cultural e conceitual. Com relação à análise da consistência interna, apresentou um alfa igual a 0,70 (MAIA, 2012).

Essas categorias são interdependentes do sexo e da idade do paciente avaliado e altamente preditores (> 90%) de incapacidades nas outras atividades de vida diária básicas e instrumentais (MIN *et al.*, 2009). Esse instrumento avaliativo apresenta, após a soma da pontuação, dois subgrupos de idosos vulneráveis: de 3 a 6 pontos é classificado como risco moderado, e a partir de 7 pontos, risco elevado. O acréscimo de pontos no VES-13 demonstra o risco de morte e de declínio funcional em 1,37 vezes (MIN, 2009). Através desse instrumento, os idosos são classificados em três categorias de risco para fragilidade: idoso robusto (baixo risco, com pontuação menor ou igual a dois pontos), idoso em risco de fragilização (médio risco, com pontuação entre 3 a 6 pontos) e idoso frágil (alto risco, apresentando pontuação maior ou igual a 7 pontos).

A idade e a autopercepção da saúde são excelentes indicadores de morbimortalidade, pois demonstram indiretamente a presença de doenças crônico-degenerativas (LIMA-COSTA; CAMARANO, 2009).

A identificação de idosos vulneráveis permite a criação de políticas públicas voltadas para essa população, assim como a reformulação destas, promovendo o acompanhamento das mudanças sociais.

2.4 Polifarmácia

O número elevado de doenças crônicas e sua coexistência, e a junção de alterações fisiológicas do processo de envelhecimento permitem a exposição dos idosos ao uso de vários medicamentos e o surgimento de problemas relacionados a

esse uso (KLOTZ, 2009; BALDONI *et al.*, 2010; COONEY; PASCUZZI, 2009). As alterações cognitivas e visuais no idoso dificultam o reconhecimento da medicação e o cumprimento correto da prescrição terapêutica. A presença de doenças associadas e o consumo elevado de fármacos podem aumentar as chances de reações adversas e interações medicamentosas (LOYOLA FILHO *et al.*, 2005). Dentre as situações de alerta vivenciadas pelas equipes de saúde na Estratégia Saúde da Família e que devem ser avaliados com mais especificidade os aspectos comprometidos, destaca-se a polifarmácia (BRASIL, 2018b).

A polimedicação é mais significativa em idosos com quatro ou mais doenças presentes. As doenças crônicas são altamente prevalentes e geralmente necessitam do uso de vários medicamentos para seu tratamento e controle (BALDONI *et al.*, 2010). O termo polifarmácia caracteriza-se pelo uso de cinco ou mais medicamentos, envolve a exposição a múltiplas drogas além do que está clinicamente estabelecido (LINJAKUMPU *et al.*, 2002).

Alguns autores caracterizam o termo polifarmácia em dois tipos: a polifarmácia menor, onde tem-se o uso simultâneo de dois a quatro medicamentos, e o termo polifarmácia maior, o qual se refere ao uso de cinco ou mais medicamentos (BJERRUM *et al.*, 1997).

O quantitativo de medicamentos utilizados pela classe idosa pode ter influência dos seguintes fatores: culturais, traços demográficos, condições de saúde e dos serviços (LOYOLA, UCHOA, LIMA-COSTA, 2006). A polifarmácia está diretamente relacionada com o fator multimorbidade, sendo esse relacionamento ocasionado por: ingestão frequente de medicamentos para o tratamento de patologias; busca por consultas médicas em decorrência das situações clínicas das doenças; assistência fragmentada aos idosos portadores de multimorbidades; existência de protocolos de saúde orientados para uma única doença; ausência de tratamentos que envolve a atuação de vários profissionais de saúde e dificuldade de realização de cuidados centrados no paciente (BATISTA, 2014; SINNOTT *et al.*, 2013).

A literatura conceitua multimorbidade como a existência de duas ou mais doenças que ocorrem de forma simultânea, consideradas crônicas e de caráter físico ou mental (BOYD, FORTIN, 2010; LEFREVE *et al.*, 2014).

Os idosos em condição de multimorbidade tendem a ter uma maior frequência de hospitalizações, fazem uso de vários medicamentos, tendo como

consequência o aumento da susceptibilidade aos efeitos adversos (CAVALCANTI *et al.*, 2017).

O paciente geronte, por apresentar alterações fisiológicas relacionadas à farmacocinética e à farmacodinâmica, bem como o fator idade, torna-se usuário de muitos medicamentos (CARVALHO FILHO, 1996; ROZENFELD, 2003). O quantitativo elevado de medicamentos usados pelos idosos é um dos fatores principais de iatrogenia e reações adversas. Existe uma relação causal entre polifarmácia e o surgimento de efeitos colaterais, interações medicamentosas e uso de medicamentos inapropriados nos idosos (PASSARELLI; GORZONI, 2008).

A polifarmácia torna-se um indicador em saúde que contribui para promover a realização de trabalhos voltados para o uso mais seguro e eficaz de medicamentos, evitando assim casos de iatrogenia, efeitos adversos e perdas funcionais (CARVALHO, 2012 ROSENFELD, 2003; SECOLI, 2010).

A presença de doenças crônicas, a polifarmácia e o estado nutricional muitas vezes alterado faz com que o idoso apresente modificações em seus aspectos biológicos, como a menor capacidade de depleção e metabolização dos medicamentos, sofrendo com maior frequência os efeitos adversos e a diminuição do efeito terapêutico da droga (CAMPOS, MONTEIRO, ORNELAS, 2000; KADAN, 2011; ROZENFELD, 2003).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

- Realizar o diagnóstico situacional da população idosa através da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

3.2 Objetivos específicos

- Correlacionar as condições sociodemográficas e de saúde com a pontuação do VES-13;
- Descrever as características sociofamiliares dos idosos;
- Identificar os idosos em situação de vulnerabilidade e suas características.
- Analisar os fatores relacionais a vulnerabilidades dos idosos

4 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de delineamento transversal, descritivo, de campo e com caráter predominantemente quantitativo. Os estudos descritivos têm como objetivo especificar as propriedades, as características e os perfis de pessoas, grupos, comunidades para que estes possam ser submetidos a uma análise (SAMPIERI; COLLADO; LUCIO, 2013). Esses autores afirmam que o estudo transversal descritivo verifica a incidência das modalidades ou níveis de uma ou mais variáveis.

A pesquisa foi realizada na Unidade de Saúde Roberto da Silva Bruno, localizada no Bairro de Fátima, pertencente à Regional IV do município de Fortaleza – CE. A população da Regional IV em 2017 (IPECE) compreendia 295.397 habitantes distribuído em 19 bairros, sendo sua população de idosos correspondente a 34.985 indivíduos com mais de 60 anos. A unidade *locus* da pesquisa apresenta a segunda maior população da Regional IV e atende 36.330 habitantes cadastrados e pertencentes aos bairros de Fátima, Parreão e Vila União. Dados do IPECE (2017) informam que o Bairro de Fátima apresenta 23.309 habitantes, e o Vila União, 15.378 habitantes.

O Plano Diretor dessa Unidade de Atenção Primária à Saúde (2016) comunica que o quadro da Rede Assistencial da Estratégia Saúde da Família é composto por 4 equipes de Saúde da Família completas (com 100% de cobertura), o Núcleo de Atendimento de Fisioterapia (4 fisioterapeutas) e o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF – AB). O conteúdo desse Plano Diretor afirma que esse Posto de Saúde possui 15 Agentes Comunitários de Saúde distribuídos em 41 microáreas, sendo que deste total 11 microrregiões estão descobertas destes profissionais, mas com responsabilidade sanitária por determinada equipe de Saúde da Família.

A Unidade de Atenção Básica Roberto da Silva Bruno apresenta em sua área territorial um total de 5.567 idosos, sendo que somente 1.421 idosos estão cadastrados e distribuídos nas 4 Equipes de Saúde da Família (Dados do Software FASTMEDIC, 2018).

A equipe participante deste estudo é a ESF-429 (número de identificação) do tipo completa e composta pelos seguintes profissionais: médico, enfermeiro,

dentista, técnico de enfermagem, técnico em saúde bucal e quatro Agentes Comunitários de Saúde. Seu território de abrangência tem 161 idosos (incluindo os acamados e restritos ao domicílio, que permitem a visita e o acompanhamento pela equipe), distribuídos em suas quatro respectivas microáreas, representadas pelos números 1, 2 e 9 (as microáreas que estão localizadas na comunidade do Planalto Universo, no bairro Vila União) e a microárea 4 (no Bairro de Fátima), onde a comunidade do Guga é considerada área de risco tipo 1. As outras microáreas desse bairro são consideradas como unidades de risco 2 e 3, no qual encontra-se em processo de territorialização.

São consideradas áreas de risco tipo 1 as que apresentam características locais extremamente carentes, de acordo com os aspectos socioeconômicos e de infraestrutura dos imóveis e da área e com risco ambiental, enquanto as áreas do tipo 2 englobam os mesmos fatores, exceto o quesito risco ambiental, e estão próximas ao território 1. As unidades de risco 3 são identificadas por serem compostas por uma população de classe média (FROTA, 2008).

No início de 2018, o território de responsabilidade da Equipe 429 foi modificado duas vezes, sendo introduzidas novas áreas. O processo de territorialização atualmente é realizado de forma verticalizada. Em consequência desse fato, está inconclusivo o quantitativo total de famílias e o número de pessoas pertencentes à nossa área. Atualmente, através do processo informativo para o cadastramento da população brasileira, existem os seguintes impressos para essa conduta, que são: as fichas de Cadastro Individual e de Cadastro Domiciliar e Territorial (ver Anexos A e B) preenchidas pelos agentes de saúde durante as visitas domiciliares, alimentando o sistema informativo da prefeitura de Fortaleza denominado de Fastmedic. A microárea de número 1, composta pelas seguintes ruas: Urano, Netuno e 13 de abril, possui o maior número de idosos (63 idosos) e de famílias.

Em relação ao Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), segundo pesquisa da Secretaria Municipal de Desenvolvimento Econômico (SDE), o Bairro de Fátima encontra-se na 9ª colocação, enquanto o Parreão está na 2ª colocação, e o Vila União, na 35ª colocação. Até o presente momento essa unidade não possui o Plano de Cuidados Direcionados aos Grupos Prioritários.

A captação inicial dos participantes idosos ocorreu por meio da visita domiciliar do Agente Comunitário de Saúde ao idoso de sua área, utilizando as fichas cadastrais do E-SUS (ver Anexos A e B).

A seleção dos participantes deu-se da seguinte forma: do total de idosos, 5 expressaram sua recusa pessoalmente durante a visita domiciliar, 5 óbitos foram identificados por meio de informações do Agente Comunitário de Saúde ou de familiares no momento do segmento da visita domiciliar, 1 idoso apresentava deficiência auditiva, 6 integrantes do território haviam mudado de endereço ou cidade e 4 idosos apresentaram *déficit* cognitivo. Considerando esses aspectos, a amostra populacional da área territorial da Equipe de Saúde da Família 429 foi composta por 132 idosos (ver Fluxograma). Nesse estudo, foram inclusos os idosos domiciliados. Foram realizadas 2 visitas domiciliares em momentos diferentes pelo agente de saúde e pelo enfermeiro para realização da entrevista.

O estudo incluiu idosos com idade equivalente ou superior a 60 anos, de ambos os sexos, usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), adscritos e cadastrados na Unidade Básica de Saúde anteriormente referida, com residência fixa no campo de abrangência do estudo e com condições cognitivas preservadas, mensuradas através do Miniexame do Estado Mental (MEEM) validado no Brasil e elaborado por Folstein e Mchugh (1975). Esse instrumento avalia as seguintes funções cognitivas: concentração, linguagem, práxis, orientação, memória e atenção, sendo agrupados em 7 categorias: orientação para tempo (5 pontos); orientação para local (5 pontos); registro de 3 palavras (3 pontos); atenção e cálculo (5 pontos); lembrança das 3 palavras (3 pontos); linguagem (8 pontos); e capacidade construtiva visual (1 ponto). O score do MEEM pode variar no mínimo de 0 até o total máximo de 30 pontos. O ponto de corte para o declínio cognitivo considera o fato escolaridade, sendo 13 pontos para analfabetos, 18 pontos ou menos para aqueles com 1 a 11 anos de escolaridade (baixa ou média escolaridade) e 26 pontos para escolaridade superior.

O MEEM foi utilizado como critério de inclusão. Para condução desta pesquisa, considerou-se idoso cognitivo quando alcançados esse ponto de corte. Por se tratar de amostra com características semelhantes, ambas comunitárias e de mesma faixa etária, foi adotado igual ponto de corte para inclusão dos idosos na pesquisa.

Foram excluídos da pesquisa os idosos com *déficit* cognitivo significativo. Somente os clientes idosos que permitem o acompanhamento pela Equipe de Saúde 429 foram participantes da pesquisa. Foi utilizada a definição de pessoa idosa da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (artigo 2 da Lei nº 8.842/94) e reafirmada pelo Estatuto do Idoso (Lei 10741/2013).

Ao concordarem com a participação na pesquisa, os idosos assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido.

Para a coleta de dados, utilizou-se como instrumento norteador e estatístico a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, 4ª edição, ano 2017, formulada, distribuída e validada pelo Ministério da saúde. Foi elaborado um questionário com perguntas fechadas (Apêndice C) referentes às variáveis selecionadas da Caderneta de Saúde do Idoso, inserido no celular do entrevistador através do aplicativo Google Forms, sendo este preenchido pelo profissional enfermeiro e aplicado somente na presença do pesquisador e do idoso. Os agentes de saúde foram para visita domiciliar para acompanhamento da pesquisadora e identificação da residência dos idosos. A pesquisa, ao ser realizada na área de atuação do pesquisador, proporciona o melhor vínculo entre os indivíduos, contribuindo para a redução da ocorrência de rejeição por parte dos sujeitos. Por outro lado, as questões presentes no instrumento são referentes a dados do próprio idoso, não avaliativa do serviço, reduzindo assim a possibilidade de um conflito de interesses. O início da coleta dos dados ocorreu no período de agosto a outubro de 2019, por meio de entrevistas estruturadas realizadas no domicílio do idoso.

As variáveis deste estudo compreenderam os itens de interesse da pesquisa contemplados na Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa:

- a) Dados Pessoais: idade; sexo; sabe ler e escrever; escolaridade; raça/cor; religião; situação conjugal; informações sociofamiliares.
- b) Avaliação da Pessoa Idosa: polifarmácia; diagnósticos e internações prévios (engloba as condições crônicas sensíveis à Atenção Básica, condições frequentes e outras condições e diagnósticos); protocolo de identificação do idoso vulnerável (VES-13); mensuração da panturrilha esquerda. Essas variáveis avaliam a vulnerabilidade individual do idoso. A vulnerabilidade programática foi analisada através de resultados referentes aos índices SUS-dependência e à portabilidade da Caderneta do Idoso.

O instrumento Vulnerable Elders Survey (VES-13) foi traduzido e adaptado transculturalmente para a realidade brasileira, sendo escolhido pelo Ministério da Saúde para participar do conteúdo de avaliação de vulnerabilidade da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

A circunferência da panturrilha é uma tecnologia avaliativa considerada de fácil avaliação e baixo custo. Os resultados dessa medida antropométrica utilizada em uma população idosa da população do SUS pode apresentar limitações referentes às condições de pele (diminuição da elasticidade da pele e acúmulo de gordura corporal). A mensuração dessa variável neste estudo foi realizada pelo pesquisador, sendo este o único avaliador antropometrista. Nesta pesquisa, a CP (circunferência da panturrilha) foi avaliada como parâmetro isolado para avaliação nutricional.

De acordo com a OMS (1995), a circunferência da panturrilha em idosos pode ser realizada com paciente deitado em decúbito dorsal e o joelho flexionado em 90 graus. Esse relatório informa que a medida da CP é a mais sensível para análise da massa muscular em idosos.

Dessa forma, no momento do preenchimento do questionário na visita domiciliar ao idoso, foi realizada a mensuração da panturrilha esquerda (em centímetros), com fita inelástica na região de maior diâmetro. O idoso ficou na posição sentada ou deitada com o membro inferior formando um ângulo de noventa graus com o joelho. Esse procedimento foi explicado ao participante da pesquisa antes de sua realização.

Os dados foram tabulados utilizando o *software* Microsoft Excel 2016, em seguida foram importados para o *software* estatístico IBM-SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 24 para o devido tratamento analítico. Fez-se o uso de estatísticas descritivas dispostas em forma de tabelas, onde foram contabilizadas as frequências e porcentagens das variáveis em estudo. Após avaliações iniciais dos dados, aplicou-se métodos estatísticos para verificar associações e correlações entre as variáveis. Para analisar entre duas variáveis categóricas, fez-se o uso do Teste Estatístico de Fischer (teste de associação).

O Teste de Fischer é aplicado para verificar associação entre duas variáveis nominais (variáveis que possuem respostas categóricas). O objetivo principal é verificar se o comportamento de uma variável pode ser influenciável por outra variável (CONOVER, 1971), mais precisamente se as proporções das

respostas de uma variável são diferentes ou iguais em função de uma variável. A hipótese em teste com essa metodologia é a seguinte: H_0 : a variável x não influencia a variável y ; H_1 : a variável x influencia a variável y . Adota-se 5% como nível de significância, isto é, se p -valor for menor que 0,05, sinaliza resultado significativo a favor da hipótese H_1 . Se o p -valor for maior que 0,05, conclui-se que não houve efeito significativo, logo há índices a favor de H_0 .

O projeto de pesquisa que originou esse estudo atendeu as diretrizes da resolução 466/2012 do CNS/MS/Brasil, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Ceará, sob o parecer nº 30680.686 e CAAE: 09566919.8.0000.5054.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Quanto às características sociodemográficas (Tabela 1) dos 132 idosos que participaram do estudo, 60 (45,5%) concentram-se na microárea 1, sendo esta considerada a mais populosa do território da equipe de saúde. O quantitativo de idosos com risco de vulnerabilidade também é significativo nessa área, correspondendo a 22 componentes (36,7%). Silva (1999) define microáreas como pequenos espaços subdivididos do território da Unidade Básica de Saúde. Esses pequenos territórios são distribuídos de acordo com o quantitativo de equipes de saúde pertencentes a um determinado posto de atenção primária.

As microáreas 2 e 4 apresentaram um N amostral de 26 (19,7%) idosos, demonstrando que a menor concentração dessa população está nessas microáreas. Importante salientar que 65,4% (p -valor = 0,001) dessas pessoas idosas são vulneráveis e que a microárea 4 é considerada risco tipo 1, ou seja, localidade de maior vulnerabilidade do território.

No resultado da variável ao acamado/restrito ao domicílio e sua correlação com risco de vulnerabilidade, observa-se que 99 (76,7%) dos idosos são independentes e 79 (97,5%) destes são considerados vulneráveis. Foi possível detectar diferenças no resultado do Idoso Vulnerável em relação à característica Acamado ou Restrito (p -valor < 0,001), nesse sentido podemos sinalizar que em idosos acamados/restritos ao domicílio a prevalência de idoso vulnerável é maior (90,3%) do que não acamados (19,8%).

Com relação aos valores obtidos na variável da mensuração do perímetro da panturrilha esquerda, 19 (14,4%) idosos apresentavam uma mensuração menor que 31cm, enquanto 11 (57,9%) participantes apresentaram índice de vulnerabilidade. Os participantes que apresentaram valores do PPE (Perímetro da Panturrilha Esquerda) acima de 35cm (62%), 23 idosos (37,1%), encontram-se em risco de vulnerabilidade. O ponto de corte que foi utilizado neste trabalho seguiu o preconizado pela CSPI, o qual não diferencia valores referentes ao gênero.

De acordo com o caderno para a avaliação multidimensional do idoso da Secretaria de Saúde do Estado do Paraná (2018) diferencia sarcopenia–processo e sarcopenia–síndrome, e define o processo patológico como:

Redução da massa muscular resultante das alterações neuroendócrinas do envelhecimento, responsável por modificações da composição corporal, com a diminuição da massa muscular, massa óssea, água corporal total e aumento da gordura. Já a síndrome sarcopenia é caracterizada pela presença de alterações da massa e da função muscular (força e desempenho muscular), estando estritamente como o fenótipo da fragilidade.

Os critérios da CSPI para essa variável informam que:

A medida da panturrilha é um bom parâmetro para avaliação da massa muscular do idoso, e que medidas menores que 31cm são indicativas da redução da massa muscular (sarcopenia) estando associadas a maior risco de quedas, diminuição da massa muscular e dependência funcional.

Vários estudos realizados no Brasil e em outros países, como Turquia, Japão e Holanda, avaliaram a circunferência da panturrilha associada a outras variáveis (PAGOTTO *et al*, 2018). Segundo Pagotto (2018), a circunferência da panturrilha é uma medida antropométrica que pode ser utilizada como ferramenta na atenção primária para o diagnóstico da diminuição da massa muscular, de perdas corporais e na identificação precoce da sarcopenia.

Dentre a população de idosos da pesquisa, 112 (84,8%) integrantes não possuíam a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. A distribuição desse instrumento (ano de 2017) se iniciou em nosso estado no ano de 2018, sendo este documento direcionado a idosos classificados como acamados após a avaliação dos agentes de saúde, que utilizaram um instrumento (ver Anexo D) não validado baseado em

alguns critérios do VES-13. Essa pesquisa possibilitou a entrega da Caderneta de Saúde a todos os idosos participantes que ainda não a possuíam.

A Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa faz parte das estratégias e ações governamentais voltadas para os idosos no Brasil. A utilização desse instrumento pela Estratégia Saúde da Família permite o maior controle referente à adesão dos profissionais e dos usuários à proposta desse instrumento direcionado ao idoso (BRASIL, 2007).

É fundamental que a Caderneta do Idoso seja distribuída e preenchida pelos profissionais de nível superior da ESF (Estratégia Saúde da Família), sendo indispensável preencher todos os itens. Com isto, as ações de atenção à saúde do idoso tendem a melhorar a qualidade do atendimento e do cuidado humanizado. (BARROS, 2011, p. 73)

Em 2017, o Ministério da Saúde lança a estratégia para promoção do envelhecimento saudável e informa que nesse ano foi entregue 3,9 milhões de cadernetas aos municípios com a finalidade de auxiliar os profissionais de saúde durante a Avaliação Integral ao Idoso por 5 anos.

O conteúdo da CSPI permite traçar o perfil sociodemográfico e em saúde dos idosos, tornando-se um instrumento para análise epidemiológica. As informações desse estudo poderão alimentar e definir indicadores para o monitoramento, o planejamento e a organização das ações em saúde na linha de atenção à pessoa idosa.

De acordo com as orientações técnicas para Implementação da Linha de Cuidados para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa no SUS (2012, 2018, Ministério da Saúde), se reconhece a CSPI como ferramenta de avaliação multidimensional na atenção primária. Esse documento afirma que:

A caderneta do idoso possibilita o rastreamento de eventos e contextos importantes para a identificação dos problemas em saúde, assim como o diagnóstico de risco e grau de comprometimento da autonomia e independência do indivíduo, proporcionando o direcionamento de intervenções oportunas e adequadas a cada caso.

No que refere ao idoso possuir um plano de saúde além do SUS (Sistema Único de Saúde), esse estudo demonstra que 125 (94,7%) dependiam

exclusivamente do serviço público, e somente 7 idosos tinham plano de saúde particular.

O estudo longitudinal ELSI-BRASIL (2018), realizado pelo Ministério da Saúde e outras instituições federais, apontou que 75,3% dos idosos brasileiros dependem exclusivamente dos serviços prestados no SUS, e que 83,1% realizaram pelo menos 1 consulta médica nos últimos 12 meses. No que concerne às pessoas idosas no estado do Ceará, Almeida *et al.* (2017) mostraram em sua pesquisa que 78,1% de sua amostra são usuários do SUS e 21,9% possuem outro plano de saúde.

Em relação à faixa etária dos respondentes, a maioria (70,5%) possui idade entre 60 a 74 anos e, destes, 71,3% não apresentavam vulnerabilidade individual. Vale ressaltar que a predominância de idosos mais jovens nesse estudo pode interferir para que o número de idosos vulneráveis seja menos expressivo, como pode ser analisado no resultado exposto. Conforme apresentado na Tabela 1, os idosos com idade igual ou maior que 75 anos demonstraram maior vulnerabilidade (p-valor: 0,001).

Constatou-se nesse estudo um percentual significativo de idosos (94,7%) que referiram ter uma religião, em contrapartida aos participantes que não possuíam uma religião (5,3%)

Duarte *et al.* (2008), em seu trabalho sobre idoso e religiosidade, informa que este, ao considerar o fator religioso em sua vida, favorece o surgimento de mecanismos de apoio para o enfrentamento de seus problemas diários. Enfatiza ainda que os profissionais que desejam realizar uma prática assistencial que envolve os aspectos biopsicossociais devem incorporar os aspectos religiosos em suas avaliações.

Neste trabalho, não foram especificados os tipos de religião.

Foram entrevistados 132 idosos com 60 anos ou mais do território de abrangência da Equipe de Saúde da Família 429, sendo que, desse universo, 62,9% dos participantes são mulheres, um valor acima de 50%. A pessoa idosa, se for mulher, apresenta maior risco de fragilização e de dependência funcional (MORAIS, 2012). Trabalhos científicos realizados em contexto mundial e no Brasil que abordam o tema saúde do idoso apresentam uma população predominantemente feminina. Pesquisas importantes realizadas no Brasil, como o estudo FIBRA

(Campinas, SP, 2012), o SABE (São Paulo, 2010), bem como o estudo de coorte EpiFloripa Idoso (2017) possuem amostras com maior quantitativo em relação ao gênero feminino.

De acordo com o Portal do Envelhecimento (em 28/03/2014), o processo de envelhecer é acompanhado com o crescimento do *superávit* de mulheres na população idosa. A ONU estima que em 2040 o número de mulheres no mundo será de 30,19 milhões, apresentando uma diferença de 6,2 milhões de mulheres em relação à população idosa masculina. Esses dados estatísticos demonstram o processo de feminização do envelhecimento, sendo este definido como o predomínio das mulheres na população idosa.

Segundo Nicodemo e Godoi (2010), as mulheres possuem uma expectativa de vida, em média, de cinco a sete anos a mais que os homens. Esses autores comunicam que as mulheres, ao longo dos anos, vivenciam desvantagens, como violência, discriminação, jornada dupla, salários inferiores aos dos homens, solidão devido à viuvez, baixa escolaridade, e com maior probabilidade de serem mais pobres em relação aos homens, tornando-as mais dependentes de recursos externos.

Devido ao processo de envelhecimento (afetando principalmente as mulheres), os idosos tornam-se mais vulneráveis à incapacidade em consequência das condições ambientais, sociais ou afetivas (BARBOSA, 2015). Dessa forma, este estudo mostrou que as mulheres tendem a ter maior índice de vulnerabilidade (44,6%) do que os homens (22,4%), com p-valor = 0,009.

Segundo Neri (2001), o envelhecimento é capaz de proporcionar riscos crescentes à mulher em relação a sua saúde, funcionalidade, proteção e condição social.

Observa-se que 62,6% da população idosa deste estudo consideram-se pardos. As outras raças apresentaram um quantitativo de 49 idosos, que corresponde a 37,4%. Neste estudo, não houve determinação de etnia, sendo abordadas cinco classificações de raças. Um idoso integrante da pesquisa se autodeclarou como preto e afirmou ter sido remanescente de uma comunidade quilombola. A categoria amarela identifica as pessoas de origem oriental, mas nenhum idoso do universo desta pesquisa tinha características orientais.

Os itens da variável raça da Caderneta do Idoso coincidem com a classificação utilizada pelo IBGE (2010). De acordo com o senso de 2010, os grupos

étnicos no Brasil são divididos em: brancos (47,51%), pardos (43,42%), negros (7,52%), amarelos (1,1%) e indígenas (0,42%). Esse resultado diferencia-se dos dados obtidos nesta pesquisa, pois em primeiro lugar nessa instituição pública está a raça branca.

O arranjo familiar que predominou nesta pesquisa foi o item “casado/convívio”, representando 40,2% da amostra. Em segunda colocação está a viuvez. De acordo com Moraes (2008), a viuvez é um fator que pode mostrar o risco de fragilização no idoso e o estado civil é um preditor, juntamente com sexo e idade, que influenciam diretamente na avaliação da pessoa idosa.

O resultado de idosos separados ou que são solteiros são bem equivalentes. O resultado de idoso vulnerável comporta-se significativamente diferente de acordo com a situação conjugal (p-valor = 0,005). Percebe-se que idosos casados/em convívio com parceiro têm menores prevalências (18,9%) de vulnerabilidade do que idosos sem parceiro(a).

O estado conjugal foi avaliado de forma dicotômica nos itens referentes a casado/convívio com parceiro e o item divorciado/separado. O estudo SABE (2010), em seu capítulo sobre desigualdades sociais na autoavaliação de saúde dos idosos da cidade de São Paulo, apresentou dados análogos com o presente estudo, pois seu maior índice de resposta em situação conjugal foi com o item cônjuge. O autor Paiva *et al.* (2016) afirma que a ausência de parceiros pode interferir nas relações pessoais e íntimas dos idosos, com impacto no quesito intimidade.

O período escolar de até 4 anos ou mais predominou nesse estudo, com 43,9% das respostas, enquanto o item “nenhuma escolaridade” teve uma porcentagem de 31,1%. No estudo realizado com idosos comunitários no Triângulo do Sul, em Minas Gerais (2016), mostrou um resultado maior em relação aos idosos com um a quatro anos de estudo, estando em segundo lugar os analfabetos.

Na pesquisa realizada no município de Jequié/Bahia (2009), observou-se um percentual maior de idosos analfabetos (63,25%). De acordo com o *site* de notícias do IBGE, com atualização em 29/04/2019, entre idosos com 60 anos ou mais de idade no Brasil, a taxa de analfabetismo chegou a 20,4%, sendo 11,7% para os idosos brancos e 30,7% para os idosos pardos ou pretos.

De acordo com o IPECE (2010), a taxa de analfabetismo na população idosa no Ceará em 2008 foi de 46,48%. Na avaliação estatística dessa instituição, existe a análise de idosos com analfabetismo funcional (pessoas com 60 anos ou

mais com menos de quatro anos de estudo completo), cujo resultado estatístico em nosso estado foi de 25%.

Não houve um resultado significativo nesta pesquisa no que se refere à correlação de escolaridade com o índice de vulnerabilidade.

Evidencia-se que na variável polifarmácia, 72% responderam não utilizar 5 ou mais medicamentos e 70,5% desse quantitativo não são vulneráveis. Em compensação, os idosos que fazem uso de polifarmácia possuem maiores proporções de vulnerabilidade do que os que não usam (p -valor = 0,015).

O estudo de coorte referente à sobrevivência de idosos e exposição à polifarmácia (2018) realizado em São Paulo, com a amostra populacional da pesquisa SABE (no período de 2006 a 2010), concluiu em seus resultados que a polifarmácia é um fator de risco para mortalidade em um período de segmento por 4 anos em uma população idosa, independente da correlação com fatores demográficos e de saúde.

Uma pesquisa realizada com mexicanos-americanos com faixa etária de 65 a 99 anos demonstrou que a polifarmácia (> que 4 medicamentos) está diretamente relacionada à mortalidade, cujo risco apresentado foi de 27% dentre os indivíduos expostos (ESPINO *et al.*, 2011). Já uma investigação desenvolvida no Reino Unido, com o segmento de 18 anos, com idosos com mais de 65 anos demonstrou relação entre polifarmácia (uso de 5 ou mais medicamentos) e mortalidade nos primeiros 2 anos para ambos os sexos (RICHARDSON *et al.*, 2011).

Em 2016, Ramos *et al.* realizou um trabalho com dados da Pesquisa Nacional de Acesso, Promoção e Utilização do Uso Racional de Medicamentos, sendo este composto por uma amostra populacional de várias cidades brasileiras urbanas, em que demonstrou os seguintes resultados: 18% da sua amostra utiliza pelo menos 5 medicamentos, com predominância da polifarmácia no sexo feminino (20%), nos idosos com faixa etária entre 70 a 79 anos e os com percepção de saúde ruim e muito ruim (37%). Nesse estudo, não foi analisada a associação da polifarmácia e os aspectos sociodemográficos.

Uma investigação desenvolvida em Quixadá – Ceará (SILVA, *et al.*, 2012), na qual se correlacionou a variável polifarmácia com parâmetros sociodemográficos, econômicos e de saúde, demonstrou que essa variável apresenta um valor significativo no sexo feminino, na idade acima de 70 anos; sem

escolaridade, com renda familiar de mais de 1 salário e com autoavaliação em saúde muito insatisfeita.

A pesquisa SABE (Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento), no período de 2006 a 2010, afirma que a polifarmácia pode tornar-se iatrogênica. Isso ocorre a partir do momento em que os eventos adversos ocasionados pela medicação utilizada não são considerados como tal e, conseqüentemente, promovem novas prescrições medicamentosas.

Um estudo transversal de base populacional realizado em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, no período de 2009 a 2010 (PEREIRA *et al.*, 2017), apresentou prevalência de polifarmácia de 32% (um valor aproximado ao dessa pesquisa) e com características de associação positiva para: sexo feminino, aumento da idade e autoavaliação negativa, demonstrando que a correlação entre a polimedicação e outras variáveis obtiveram achados semelhantes em outras pesquisas realizadas em diversas regiões do Brasil. No presente trabalho, tem-se como limitação nessa variável não analisar o tempo de uso do medicamento e a correlação desta com as doenças autorreferidas e as classes de medicamentos.

A polifarmácia e a automedicação inapropriada nos idosos são identificadas como problemas em potencial em saúde, relacionando-se com o surgimento de eventos adversos, interações medicamentosas, aumento da morbimortalidade, assim como diminuição da capacidade multifuncional, ausência de adesão ao tratamento medicamentoso e aparecimento de síndromes geriátricas (SECOLI, 2010; MAHER JR, 2014).

Tabela 1 – Distribuição n(%) de idosos vulneráveis entre as características coletadas com teste de associação

Características	Idoso vulnerável				P-valor	Descritivo da variável	
	0-2 pontos		≥ 3 pontos			n	%
	N	%	n	%			
Acamado ou Restrito ao Domicílio?					<0,001		
Não	81	80,2	20	19,8		99	76,7
Sim (0)	3	9,7	28	90,3		30	23,3
Microárea:					0,001		
1	38	63,3	22	36,7		60	45,5
2 e 4	9	34,6	17	65,4		26	19,7
9	37	80,4	9	19,6		46	34,8

Perímetro da Panturrilha (PP) esquerda:					0,078		
<31cm (Ação)	8	42,1	11	57,9		19	14,4
31-34cm (Atenção)	37	72,5	14	27,5		51	38,6
> 35cm (Acompanhamento de rotina)	39	62,9	23	37,1		62	47,0
Portador da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa?					0,389		
Não	73	65,2	39	34,8		112	84,8
Sim (0)	11	55,0	9	45,0		20	15,2
Plano de Saúde Particular?					0,716		
Não	80	64,0	45	36,0		125	94,7
Sim (0)	4	57,1	3	42,9		7	5,3
Qual sua idade?					0,001		
60 a 74 anos (0)	68	73,1	25	26,9		93	70,5
>= 75 anos	16	41,0	23	59,0		39	29,5
Tem religião?					0,654		
Não	5	71,4	2	28,6		7	5,3
Sim	79	63,2	46	36,8		125	94,7
Sexo					0,009		
Feminino	46	55,4	37	44,6		83	62,9
Masculino	38	77,6	11	22,4		49	37,1
Raça					0,874		
Branca / Amarela / Indígena	31	63,3	18	36,7		49	37,4
Parda / Preta	53	64,6	29	35,4		82	62,6
Situação conjugal					0,005		
Casado(a)/Convívio com parceiro(a)	43	81,1	10	18,9		53	40,2
Divorciado(a)/ Separado(a)	13	59,1	9	40,9		22	16,7
Solteiro(a)	12	52,2	11	47,8		23	17,4
Viúvo(a)	16	47,1	18	52,9		34	25,8
Escolaridade					0,342		
Nenhuma	24	58,5	17	41,5		41	31,1
1 a 3 anos	19	57,6	14	42,4		33	25,0
4 anos ou mais	41	70,7	17	29,3		58	43,9
Polifarmácia – Uso concomitante de 5 ou mais medicamentos?					0,015		
Não	67	70,5	28	29,5		95	72,0
Sim	17	45,9	20	54,1		37	28,0

Fonte: Dados gerados pelo pesquisador.

Na tabela 2, pode-se observar a distribuição das condições crônicas sensíveis a atenção básica. De maneira geral, as doenças crônicas mais referidas foram hipertensão (59,8%) e diabetes (34,1%).

Entretanto, quando se observa a relação condição crônica e vulnerabilidade, verifica-se que pessoas com AVC (71,4%), anemia e asma, ambos com 66,7%, diabetes (55,6%) e insuficiência cardíaca ou DPOC, ambos com 50%, são os que

apresentam maior vulnerabilidade. Entre os com hipertensão arterial, a vulnerabilidade ocorreu em 43,0% dos entrevistados.

Assim, dentre as doenças autorreferidas pelos participantes idosos, a diabetes mellitus apresentou um resultado estatístico significativo ao correlacionar com o índice de vulnerabilidade (p -valor $< 0,001$), sendo representado por 55,6% da amostra. Nesta pesquisa, as patologias autorrelatadas pela população idosa da comunidade da Equipe de Saúde 429 não foram associadas aos dados sociodemográficos.

Segundo a vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico – VIGITEL (BRASIL, 2018), implantada pelo Ministério da Saúde, apresentam-se como indicadores para a avaliação de morbidade referida um percentual de adultos que referem diagnóstico de diabetes e um percentual de adultos com diabetes que referem tratamento medicamentoso para a doença. Os achados sobre essa patologia, segundo os dados do VIGITEL (2018), mostram que na população brasileira, na faixa etária de 55 a 64 anos e de 65 ou mais, se deparam com um percentual de 17,7% e 24,6% para homens e de 14,6% e 20,6% para as mulheres.

Com relação ao percentual de indivíduos com diabetes que referiram tratamento, tem-se na faixa de idade de 55 a 64 anos e de 65 anos em diante o percentual de 93,9% para o sexo masculino, e o resultado de 97,6% e 98,3% para o sexo feminino (VIGITEL,2018). No portal *G1 Ceará*, informa-se que Fortaleza é a segunda maior capital com maior número de diagnósticos de diabetes, e que a incidência dessa doença em nosso estado cresceu 1,9 pontos percentuais em adultos com 18 anos ou mais entre os anos de 2017 e 2018.

O Ministério da Saúde, em sua página na Internet (<https://saude.gov.br/saude-de-a-z/diabetes>), define diabetes “como uma doença causada pela produção insuficiente ou má absorção de insulina, hormônio que regula a glicose no sangue e garante energia para o organismo”. Esse órgão federal comunicou em seu portal, em 2018, por meio de seus estudos anteriores, que 25,1% dos idosos brasileiros têm diabetes.

Tabela 2 – Distribuição n (%) de idosos vulneráveis entre as características sensíveis à Atenção Básica com teste de associação

Condições crônicas sensíveis à AB	Idoso vulnerável				P-valor	Descritivo da variável	
	0-2 pontos		≥ 3 pontos			n	%
	N	%	n	%			
Anemia					0,299		
Não	83	64,3	46	35,7		129	97,7
Sim	1	33,3	2	66,7		3	2,3
Asma					0,282		
Não	83	64,3	46	35,7		129	97,7
Sim	1	33,3	2	66,7		3	2,3
Doença Arterial Coronariana					0,486		
Não	77	62,6	46	37,4		123	93,2
Sim	7	77,8	2	22,2		9	6,8
Dpoc (Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica)					0,621		
Não	82	64,1	46	35,9		128	97,0
Sim	2	50,0	2	50,0		4	3,0
Hipertensão Arterial					0,065		
Não	39	73,6	14	26,4		53	40,2
Sim	45	57,0	34	43,0		79	59,8
Insuficiência Cardíaca					> 0,999		
Não	83	63,8	47	36,2		130	98,5
Sim	1	50,0	1	50,0		2	1,5
Úlcera Gastrointestinal					0,705		
Não	80	64,0	45	36,0		125	94,7
Sim	4	57,1	3	42,9		7	5,3
Diabetes Mellitus					< 0,001		
Não	64	73,6	23	26,4		87	65,9
Sim	20	44,4	25	55,6		45	34,1
Acidente Vascular Cerebral ou derrame					0,098		
Não	82	65,6	43	34,4		125	94,7
Sim	2	28,6	5	71,4		7	5,3

* Não houve registro de Epilepsia.

Fonte: Dados gerados pelo pesquisador.

No que diz respeito às condições de saúde frequentes, descritos na tabela 3, 11,4% referiram depressão, 2,3% incontinência urinária e 0,8% incontinência fecal. Entre os que referiram incontinência urinária e fecal, todos são vulneráveis.

Dessa forma, observa-se na tabela 3 um resultado significativo para a variável “outras condições”, apresentando um p-valor = 0,028, ou seja, 44,7% são

idosos vulneráveis. A pesquisa não catalogou os diferentes tipos condições em saúde frequentes dos idosos. A variável “incontinência urinária” teve um resultado de 100% dos pacientes com essa enfermidade com risco de vulnerabilidade, enquanto a incontinência fecal foi referida somente por 1 participante.

Em idosos frágeis e pré-frágeis tem-se uma maior prevalência de infecção urinária, pois a cada 100 idosos com critério de fragilidade, 65% apresentaram infecção urinária (SILVA; SOUSA; D’ELBOUX, 2011). Silva (2011) informa que, quanto maior o quantitativo dos critérios de fragilidade, mais comum a presença de infecção urinária.

As ações da Equipe de Saúde da Família direcionadas aos idosos com infecção urinária e fecal são: visita domiciliar pela equipe de Saúde da Família com agente comunitário de saúde e encaminhamento para o assistente social do Nasf-AB (Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica) para o recebimento de fraldas descartáveis.

Dos participantes que afirmaram ter depressão, sendo esta informação confirmada por meio de receitas e medicações apresentadas, tem-se que 40% destes são vulneráveis.

Tabela 3 – Distribuição n (%) de idosos vulneráveis entre as condições frequentes com teste de associação

Condições frequentes	Idoso vulnerável				P-valor	Descritivo da variável	
	0-2 pontos		≥ 3 pontos			N	%
	N	%	n	%			
Depressão					0,781		
Não	75	64,1	42	35,9		117	88,6
Sim	9	60,0	6	40,0		15	11,4
Incontinência urinária					-		
Não	84	65,1	45	34,9		129	97,7
Sim	0	0,0	3	100,0		3	2,3
Incontinência fecal					-		
Não	84	64,1	47	35,9		131	99,2
Sim	0	0,0	1	100,0		1	0,8
Outras condições					0,028		
Não	42	75,0	14	25,0		56	42,4
Sim	42	55,3	34	44,7		76	57,6

*Não houve registro de Declínio Cognitivo (Demência).
Fonte: Dados gerados pelo pesquisador.

Na tabela 4, pode-se observar que os idosos que relataram condições crônicas e frequentes são os mais vulneráveis em relação aos outros itens (53,7%). Dentre os métodos de avaliação da saúde populacional preconizados pela Organização Mundial da Saúde, tem-se os inquéritos que envolvem a presença de doenças autorreferidas (ALMEIDA *et al.*, 2002 apud PATRICIA *et al.*, 2014).

Diversos estudos analisam as morbidades autorreferidas com o intuito de identificar a prevalência de determinada patologia e, assim, poder traçar o perfil epidemiológico de uma população, buscando a prevenção, a promoção ou a recuperação da saúde (FLORES; BENVENEGNU, 2008 apud PATRICIA *et al.*, 2014).

Tabela 4 – Distribuição n(%) de idosos vulneráveis entre as condições frequentes com teste de associação – condições crônicas e frequentes

	Idoso vulnerável				P-valor	Descritivo da variável	
	0-2 pontos		≥ 3 pontos			n	%
	n	%	n	%			
Possui alguma condição					< 0,001		
Existem ambas condições	31	46,3	36	53,7		67	50,8
Não possui ambas condições	14	93,3	1	6,7		15	11,4
Possui frequente e não possui crônica	17	81,0	4	19,0		21	15,9
Possui crônica e não possui frequente	22	75,9	7	24,1		29	22,0

Fonte: Dados gerados pelo pesquisador.

A tabela 5, que caracteriza as condições sociofamiliares da população senil do espaço territorial da Equipe Saúde da Família 429, evidencia o alto índice de idosos vivendo com familiares (75%), enquanto 80 idosos (66,6%) não vivem com seu companheiro. Não contribuindo na socialização dos idosos e favorecer o cuidado e a participação na saúde (FERREIRA *et al.*, 2018). Deste universo, 21 (15,9%) idosos moram sozinhos.

De acordo com o SISAP (Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas do Idosos), em 2010, na cidade de Fortaleza, a proporção de idosos que moram sozinhos foi de 8,78%, inferior ao identificado no

presente trabalho (<https://www.saudeidoso.icict.fiocruz.br/novo2/painel.php>). Um estudo realizado em 2013, no qual traçou-se o perfil socioeconômico de idosos residentes no estado do Ceará, informa que nesse ano 906 idosos (89,2%) viviam acompanhados e 110 (10,8%) viviam sozinhos (ALMEIDA *et al.*, 2017).

Morar sozinho tem consequências importantes para a saúde dos idosos. Previato *et al.* (2016) afirmam que:

O fato de viver sozinho ou com familiares que trabalham fora o dia todo deixa o idoso em uma situação de isolamento social, favorecendo o sentimento de solidão, tristeza, havendo evidências de relações positivas entre depressão e a solidão, por diversos motivos, dentre eles: não terem afazeres, não serem estimulados a fazer algo, a falta de companhia em casa, a dificuldade de locomoção para a residências de amigos e parentes, e a dificuldade de âmbitos públicos preparados para locomoção do idoso.

O Estudo Longitudinal de Saúde do Idoso Brasileiro (ELSI-BRASIL, 2015-2016), no capítulo sobre participação social e percepção da vizinhança, possui em sua variável situação conjugal uma pequena diferença significativa entre os idosos que vivem com companheiro(a) (74,7%) e os que não vivem com companheiro(a) (25,3%).

Na variável social referente ao lazer nos últimos 30 dias, observa-se um valor representativo de 85 participantes (64,4%) que apresentaram respostas positivas. Nessa tabela, identifica-se que 81,8% dos idosos dessa comunidade possuem acompanhante para levá-los à Unidade de Saúde ou a uma consulta.

Morar sozinho é outro fator condicionante para a automedicação, ou seja, ele é cuidador de si e considera-se com condições de utilizar um determinado medicamento para a solução de problemas de saúde mais simples (SECOLI, 2010).

Ressalta-se que o presente estudo não realizou a correlação entre as condições sociofamiliares e as outras variáveis da pesquisa.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera que a participação social é um dos pilares do Programa Envelhecimento Ativo e ocupa uma das áreas do Programa Cidade Amiga do Idoso. Essa instituição também afirma que a participação social constitui um dos componentes da funcionalidade (FERREIRA *et al.*, 2018).

Ramos *et al.* (2010 apud ALMEIDA, 2017) enfatizam que a perda familiar, a separação conjugal, a busca por individualidade e a insuficiência econômica são

fatores que contribuem para os idosos viverem sozinhos. Esses autores afirmam que essa condição de vida traz desafios (ao mesmo tempo em que gera potencialidades) aos idosos que enfrentam os riscos para enfermidades e deficiências no autocuidado e limitações na segurança física e econômica, situações estas agravadas pelo viver solitário, sem contar com a vulnerabilidade frente a crescente violência urbana nas grandes cidades.

Levasseur *et al.* (2010 apud FERREIRA *et al.*, 2018) define participação social como o envolvimento de um indivíduo em ações sociais que permite interações com outras pessoas, seja na sociedade ou na comunidade.

As relações sociais vivenciadas pelo ser humano podem ser analisadas por meio das redes sociais (também denominada de apoio ou suporte social) que podem ser do tipo formal ou informal, pelo engajamento social, dentre outras (NUNES; BARRETO; GONÇALVES, 2012).

Os autores anteriormente referidos exemplificaram como engajamento social as atividades referentes a sair com amigos e a participar de trabalhos sociais e grupos de recreação. Com relação ao suporte social e formal, estes o dividem em: apoio emocional (amor e carinho disponível), apoio instrumental/material (auxílio para cozinhar, limpar, pagar as contas) e apoio de informação (conselhos).

O apoio social envolve os diversos recursos emocionais, informativos e instrumentais que os idosos podem receber por via das relações sociais, incluindo desde os relacionamentos mais íntimos com amigos e familiares próximos até relação de maior intensidade social, como grupos e redes sociais. (LACERDA, 2002 apud. ALMEIDA *et al.*, 2017)

O estudo transversal realizado pelos autores anteriormente referidos, com a população de idosos acompanhados pela Estratégia Saúde da Família em Belo Horizonte, mostrou uma corroboração entre a estrutura multidimensional da autopercepção da saúde pela população senil e as relações sociais, ou seja, os participantes que se referiram como insatisfeitos com suas relações sociais apresentaram uma maior chance de autoavaliar sua situação de saúde como ruim.

No presente estudo, as relações sociais dos idosos foram analisadas por meio das dimensões do engajamento social (representado pela variável lazer, nos últimos 30 dias com amigos ou familiares) e pelo suporte social informal

(possibilidade de o idoso ter companhia para levá-lo a uma consulta ou à Unidade de Saúde).

Os resultados obtidos nesta pesquisa mostraram que as relações sociais dos participantes foram satisfatórias, tanto no que concerne ao quesito engajamento social como no apoio social informal. As variáveis que representam as questões sociais deste estudo não foram relacionadas com a variável autopercepção do VES-13. O presente estudo não realizou a correlação entre as condições sociofamiliares e as outras variáveis da pesquisa.

A rede social torna-se um dos requisitos para a promoção do envelhecimento bem-sucedido e ativo, sendo um suporte para o idoso, independente de questões culturais e econômicas de cada sociedade (ALMEIDA *et al.*, 2017).

Outro trabalho realizado por Torres *et al.* (2014), em Belo Horizonte, mostra em seus resultados estatísticos que 81% dos entrevistados tinham satisfação com suas relações sociais, mas quando os idosos apresentavam uma alteração no seu estado funcional, tornavam suas respostas negativas com relação aos aspectos sociais de suas vidas.

Carstensen (1992, apud TORRES *et al.*, 2014) explica que: “A diminuição dos contatos sociais resulta de um processo de seleção que se desenvolve ao longo da vida, no qual os idosos mantêm principalmente relações de proximidade emocional com familiares e amigos próximos”.

Uma pesquisa realizada no município de Jequié, Bahia, em 2009, por Torres (*et al.*, 2014) constatou um elevado grau de associação entre o comprometimento na capacidade funcional e as relações sociais precárias, e que estas variáveis são fatores que interferem nas condições de saúde e qualidade de vida na terceira idade.

Na pesquisa atual, não foram avaliados os componentes das redes familiares dos idosos. Torres *et al.* (2014) diz que o isolamento social pode ocasionar alteração nas capacidades física e mental, tendo como consequência o comprometimento da capacidade funcional, a perda do autocuidado, condições estas que influenciam de forma negativa a qualidade de vida do idoso.

Poucos estudos realizados no Brasil com a população idosa trabalham a associação entre o desempenho funcional e as relações sociais (TORRES *et al.*, 2014). Devido a esta pesquisa ser realizada com uma população homogênea com

suas características sociais e habitando o mesmo território residencial, obteve-se um valor significativo de 100% de respostas positivas para as características do bairro.

De acordo com Ferreira *et al.* (2018), o bairro é conceituado como: “o lugar onde você mora, reconhece a maioria das pessoas e realiza tarefas rotineiras como ir à padaria, mercado, feira, lojas locais, visitar seus vizinhos e passear”.

No trabalho ELSI-BRASIL (2018) realizado por esses pesquisadores, no capítulo sobre aspectos da participação social e percepção de vizinhança, apresentaram um valor significativo social de sua amostra (81,8% do sexo feminino e 82% do sexo masculino). As características do bairro estão relacionadas com a formação de importantes barreiras para a promoção da participação dos idosos do Brasil (FERREIRA *et al.*, 2018).

Neste estudo, as análises referentes às condições econômicas são apresentadas pelas seguintes variáveis: idoso que trabalha, recebe aposentadoria ou pensão, e os idosos que possuem benefício federal (BPC) ou Bolsa Família. Observa-se que 72% da amostra desta pesquisa não trabalha, enquanto 54 idosos (49,9%) recebem aposentadoria ou pensão, sendo este um valor superior se comparado aos idosos que vivem com Benefícios de Prestação Continuada (35,6%) e os que recebem o Bolsa Família (Programa de Transferência de Renda do Governo Federal), que apresentou um resultado de 5,3%.

Diante desses resultados, observa-se que a maioria dos idosos não tem uma fonte de renda fixa, ao mesmo tempo em que não estão inseridos no mercado de trabalho, e dependem única e exclusivamente de programas condicionados de transferência de renda ou de seguridade social para conquistar padrões mínimos de qualidade de vida (AMARAL; MELO; OLIVEIRA, 2015). Essa vulnerabilidade social também expõe os idosos a desenvolverem mais problemas de saúde.

Uma pesquisa realizada no Ceará por Almeida *et al.* (2017) apresentou um resultado contrário ao deste estudo, ou seja, 89,1% de sua amostra recebe alguma renda financeira e 79,6% tem aposentadoria ou pensão.

Os Sistemas de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas do Idoso (SISAP), por meio de sua matriz na dimensão socioeconômica e de fragilidade social, informa que, no ano de 2018, a proporção de idosos que receberam o benefício (benefício não contributivo) em Fortaleza foi de 14,43% da população, e a porcentagem referente ao recebimento da aposentadoria/pensão baseada no ano de 2010 foi de 68,22%.

Andrade *et al.* (2018), em sua pesquisa sobre fatores associados ao recebimento de aposentadoria por idosos, utilizando dados da pesquisa ELSI-BRASIL, demonstrou que 54,3% de sua amostra recebia pensão de qualquer fonte, resultado este que se aproxima ao da pesquisa atual.

A pesquisa acima descrita informa que as regiões Nordeste e Norte são menos propensas a receber o benefício em relação a outras regiões brasileiras.

Tabela 5 – Distribuição das respostas dos pacientes em relação a informações sociofamiliares

Característica	Não		Sim	
	n	%	n	%
Você mora sozinho(a)?	111	84,1	21	15,9
Você mora com familiares?	33	25,0	99	75,0
Você mora com seu(sua) cônjuge ou companheiro(a)?	80	60,6	52	39,4
Nos últimos 30 dias você se encontrou com amigos ou familiares para conversar ou fazer alguma atividade, como ir ao cinema, à igreja, passear ou caminhar junto?	47	35,6	85	64,4
Em caso de necessidade, você conta com alguém para acompanhá-lo à Unidade de Saúde ou a uma consulta?	24	18,2	108	81,8
Você tem fácil acesso aos serviços de farmácia, padaria ou supermercado?	0	0,0	132	100,0
Você tem fácil acesso a transporte?	0	0,0	132	100,0
Você trabalha atualmente?	95	72,0	37	28,0
Você recebe aposentadoria ou pensão?	78	59,1	54	40,9
Você recebe Benefícios de Prestação Continuada (BPC)?	85	64,4	47	35,6
Você recebe Bolsa Família?	125	94,7	7	5,3

Fonte: Dados gerados pelo pesquisador.

A Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa adotou o instrumento VES-13 para identificação de idosos vulneráveis ($VES\ 13 \geq 3$) e não vulneráveis ($VES\ 13 < 3$). As variáveis associadas ao risco de vulnerabilidades apresentadas nesse protocolo são: idade (as faixas etárias são de 60 a 74 anos, cuja pontuação é 0; 75 a 84 anos com valor igual a 1 ponto; e os idosos com faixa etária maior ou igual a 85 anos com pontuação de 3 pontos); a autopercepção da saúde, classificada como excelente, muito boa e boa (essas respostas apresentam 0 no protocolo), regular e ruim (essas afirmações valem 1 ponto cada); o terceiro critério que compõe o VES-

13 é identificar a dificuldade que o idoso apresenta para realizar as seis atividades físicas, tais como: curvar-se, agachar-se ou ajoelhar, levantar ou carregar objetos com 5kg, escrever ou manusear pequenos objetos, andar 400m e realizar tarefas domésticas pesadas (ver questionário no Apêndice C), cuja pontuação máxima é de 2 pontos e somente as respostas “muita dificuldade” ou “incapaz de fazer essas ações” são pontuadas.

A variável incapacidade utilizada nesse protocolo avalia categorias referentes à execução das atividades instrumentais da vida diária (fazer compras, administrar as próprias finanças, realizar tarefas domésticas e pesadas) e as atividades básicas da vida diária (tomar banho sozinho e deixar de caminhar dentro de casa). Caso a resposta seja afirmativa para uma determinada incapacidade funcional, tem-se o valor máximo de 4 pontos, mesmo que o idoso tenha respondido sim para todas as questões dessa variável, sendo então considerado vulnerável.

A tabela 5 foi construída por meio das pontuações adquiridas a partir das respostas apresentadas pelos idosos participantes nos cinco itens que compõem o protocolo VES-13 para o diagnóstico de vulnerabilidade.

Observa-se, no resultado do critério idade, que 92 (69,7%) idosos encontram-se na faixa etária entre 60 a 74 anos e somente 5 idosos (3,8%) estão na faixa etária maior ou igual a 85 anos, adquirindo a pontuação máxima para o diagnóstico de vulnerabilidade.

Nesta pesquisa, 77 idosos (58,3%) responderam sua autoavaliação de saúde como regular ou ruim; esse resultado evidencia que metade da população estudada não está satisfeita com a sua saúde atual. Lima-Costa e Camarano (2009) consideram que a idade e a autopercepção da saúde são importantes preditores de morbimortalidade, sendo então indicadores indiretos da presença de comorbidades degenerativas.

Observa-se que 40,2% da amostra não possui limitação física para a realização das atividades propostas pelo protocolo, enquanto 43 idosos (32,6%) apresentam a pontuação máxima nesse critério, sendo este um valor significativo em uma amostra composta por 132 idosos. Atualmente, foi inserido no território da Equipe Saúde da Família 429 um programa de atividades físicas (tecnologia) direcionado aos idosos com dor crônica e realizada pela equipe de enfermagem pertencente ao Posto de Saúde Roberto da Silva Bruno. Os exercícios físicos são importantes para manter a capacidade física do idoso.

As atividades físicas regulares podem contribuir para evitar a degeneração natural dos músculos, tendões, ligamentos, ossos e articulações, proporcionando, também, músculos mais resistentes, articulações com maior amplitude de movimento e manutenção do equilíbrio e coordenação (LIMA; CARVALHO; AQUINO, 2017).

Neste estudo, não foi realizada a correlação entre o resultado da vulnerabilidade individual e as variáveis do próprio protocolo VES-13.

As limitações físicas ou a incapacidade funcional são definidas como a dificuldade de realizar as atividades do cotidiano ou a impossibilidade de desempenhá-las, interferindo na qualidade de vida do idoso e podendo estar associada a perda de autonomia, aumento de hospitalizações, institucionalização e morte (BRITO *et al.*, 2016 apud CRUZ; BELTRAMA; DALLACOSTA, 2019).

Em 1943, Marjory Wnen (a mãe da geriatria) propôs uma avaliação composta por critérios de incapacidades com instabilidade postural, mobilidade e função cognitiva. Já Katz, em 1963, desenvolveu um protocolo capaz de identificar os indivíduos de acordo com a dependência nas atividades de vida diária relacionada ao autocuidado e, posteriormente, em 1969, Lawton e Brody introduziram a avaliação das atividades de vida diária instrumentais, relacionadas à automanutenção, classificando os idosos em dependentes parciais ou totais para essas atividades (MORAIS *et al.*, 2018). Esse autor comunica que o declínio funcional surge inicialmente nas atividades mais complexas até comprometer o autocuidado.

No resultado referente ao estado funcional, não foi evidenciado prejuízo na execução das atividades instrumentais e básicas da vida diária de 96 participantes da pesquisa (73,8%) e somente 34 idosos (26,2%) apresentaram dificuldades para a realização das atividades funcionais.

No Brasil, 30,1% dos idosos, na faixa etária de 60 anos ou mais, apresentaram limitação funcional, tendo como referência a capacidade para realizar pelo menos 1 entre 10 Atividades de Vida Diária. Segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS-2013), 6,8% das pessoas idosas possuíam limitação funcional para realizar atividades básicas da vida diária e 17,3% dessa faixa da população possuíam *deficit* funcional para as Atividades Instrumentais de Vida Diária.

A capacidade de desempenhar atividades instrumentais e básicas de vida diária é considerada um parâmetro largamente aceito e valorizado para avaliar a capacidade funcional (VERAS, 2009).

Ao final da análise dos resultados dos critérios do VES-13, foi identificado que 84 (64,6%) integrantes da pesquisa não são vulneráveis, representando um valor maior que 50% da amostra, e 48 idosos (36,4%) obtiveram uma pontuação maior ou igual a 3, sendo considerados vulneráveis. Afirma-se, mais uma vez, que esse resultado pode sofrer influências da faixa etária predominante encontrada na população em estudo.

Nos critérios de análise desse documento, tem-se que o valor igual ou superior a 3 pontos significa um risco 4,2 vezes maior de declínio funcional ou morte em 2 anos, quando comparado com idosos que obtiveram pontuação menor ou igual a 2 pontos, independente do sexo e do número ou tipo de comorbidades existentes.

Os itens avaliativos do VES-13 referentes às incapacidades funcionais são independentes de sexo ou idade do paciente e são excelentes preditores (> 90%) de incapacidades nas outras atividades básicas e instrumentais de vida diária (MIN *et al.*, 2009). Min *et al.* (2009) informam que a cada elevação na pontuação desse protocolo tem-se uma reação linear com a probabilidade de declínio funcional e óbito, de modo que o acréscimo de cada ponto no VES-13 eleva o risco de morte e de incapacidade funcional em 1,37 vezes (IC 1,25 a 1,50).

No estudo SABE (MAIA, 2011) realizado em São Paulo, a presença de VES-13 maior ou igual a 3 pontos foi obtida em 38,1% dos idosos participantes. Outra informação importante que essa pesquisa mostrou é a confirmação de que a presença de critérios de vulnerabilidade física foi estritamente relacionada ao maior risco de óbito (2,79 vezes), ao desenvolvimento de síndrome da fragilidade (2,61 vezes) e do declínio funcional em AVD básica (2,48 vezes) e em AVD instrumental (1,46 vezes).

Uma pesquisa realizada em Palmas, no Paraná, com 1.062 idosos, apresentou em seu resultado 176 (16,6%) idosos em risco de fragilização e 251 (23,6%) como idosos frágeis. O estado do Paraná, em sua obra intitulada *Avaliação Multidimensional do Idoso* (2018), utiliza como referencial para análise inicial de rastreio do idoso vulnerável na atenção primária o VES-13 (Vulnerable Elders Survey). Nesse instrumento, ele divide em dois subgrupos de vulnerabilidade: 3 a 6 pontos (risco moderado) e maior ou igual a 7 pontos (risco elevado).

A presença de vulnerabilidade na pesquisa de validação do instrumento VES-13 nos Estados Unidos, com 6.205 idosos na faixa etária a partir de 65 anos, foi de 32,3% (LIMA; ARAÚJO; SCATTOLIN, 2016), um valor aproximado ao do estudo no território Saúde da Família 429.

No resultado apresentado no Distrito Federal utilizando um protocolo do idoso vulnerável, demonstrou-se em seu resultado que, das pessoas idosas entrevistadas, 32,4% foram classificadas como vulneráveis. Essas pesquisas possuíam uma amostra composta por um universo populacional abrangente e apresentaram um resultado semelhante ao deste estudo. Observa-se, então, que uma parcela significativa da comunidade idosa da área territorial da Equipe Saúde da Família 429 (48 idosos) são vulneráveis dentro de um universo amostral de 132 participantes idosos.

Segundo Min *et al.* (2006), uma avaliação longitudinal (com segmento de 11 meses) com 402 idosos, nos Estados Unidos, mostrou que o fator combinado de morte e declínio funcional aumenta 23% quando a população do VES-13 é igual a 3, e 60% quando o escore desse protocolo é igual a 10.

O Vulnerable Elders Survey (VES-13) é um instrumento bastante utilizado em Oncogeriatrics. Vários estudos internacionais realizados nessa área médica evidenciaram a validade e a factibilidade do emprego do VES-13 como um instrumento de rastreio de indivíduos vulneráveis em idosos com câncer (LUZ, 2015).

Tabela 6 – Distribuição de respostas dos pacientes quanto às medidas de vulnerabilidade

Características	N	%
Idade		
0	92	69,7
1	35	26,5
3	5	3,8
Autopercepção da saúde – Em geral, comparando com outras pessoas da sua idade, você diria que sua saúde é:		
0	55	41,7
1	77	58,3
Limitação física		
0	53	40,2
1	36	27,3

2	43	32,6
Incapacidades		
0	96	73,8
4	34	26,2
Idoso vulnerável		
>= 3 pontos	48	36,4
0-2 pontos	84	63,6

Fonte: Dados gerados pelo pesquisador.

6 CONCLUSÃO

De acordo com os resultados obtidos nesta pesquisa, é importante salientar que os idosos residentes no território de abrangência da Equipe Saúde da Família 429 apresentaram um perfil epidemiológico caracterizado pela feminização do envelhecimento. Os idosos considerados acamados ou restritos ao domicílio, em sua maioria, foram considerados vulneráveis. A faixa etária predominante compreende o intervalo etário entre 60 a 74 anos. Salienta-se que o quantitativo de idosos vulneráveis concentra-se nas microáreas 2 e 4, sendo esta considerada de risco tipo 1, e a situação conjugal preponderante foi a variável “casado” ou “convive com o parceiro”.

Outro dado importante é a variável polifarmácia, onde diagnosticou-se o índice de vulnerabilidade nos idosos que fazem o uso concomitante de 5 ou mais medicamentos. Esse resultado permite visualizar a necessidade de priorizar a atenção domiciliar e sua periodicidade aos idosos acamados ou restritos ao domicílio, promovendo a otimização da assistência e sua resolutividade.

A escolaridade, o perímetro da panturrilha (acima de 35cm), a presença ou não de religião, o predomínio de idosos com escolaridade de 4 anos ou mais não apresentaram resultados significativos nesta pesquisa, mas essas variáveis participam da caracterização da população idosa em estudo. Os idosos participantes da pesquisa, no geral, não eram portadores da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa e não possuíam plano de saúde particular, tornando-os SUS-dependente.

Esta pesquisa contribuiu para a diminuição da vulnerabilidade programática, pois os sujeitos do estudo tiveram a oportunidade de receber esse documento e de serem orientados sobre a importância de sua utilização. A Caderneta do Idoso torna-se um elo entre comunidade, atenção primária e centros de referência.

O diagnóstico situacional referente às condições sociofamiliares apresentou as seguintes particularidades: os idosos de responsabilidade da equipe participante do estudo moram com familiares e possuem suporte social e ambiental. Entretanto, em relação às condições econômicas que influenciam a vulnerabilidade social, apresentam resultados que podem torná-los vulneráveis, ou seja, um quantitativo significativo de respondentes idosos não trabalha, não têm aposentadoria, pensão ou Benefício de Prestação Continuada (BPC), assim como o Bolsa Família (Programa de Transferência Direta de Renda). Com a Reforma da Previdência, o idoso com 60 anos receberá o BPC no valor de R\$400,00 e somente aos 70 anos o valor desse benefício será de um salário mínimo por mês.

Dentre os achados desta pesquisa, tem-se que idosos portadores de diabetes possuem o maior risco de vulnerabilidade. Em relação às condições frequentes informadas pelos participantes da pesquisa, observou-se que todos os idosos com incontinência urinária são considerados vulneráveis e que as outras condições autorreferidas não apresentaram correlação com o índice de vulnerabilidade.

Salienta-se que os idosos que externavam apresentar uma determinada condição de saúde mostraram relação com risco de vulnerabilidade quando comparados aos integrantes da pesquisa que não possuíam uma condição crônica ou frequente ou ambas as condições de saúde investigadas.

O índice de vulnerabilidade do território em estudo evidenciado pelo VES-13 apresentou as seguintes características: uma população idosa entre 60 a 74 anos, com autopercepção de saúde considerada ruim, com capacidade funcional preservada em relação às atividades de vida diária e instrumentais, demonstrando assim sua autonomia. Não houve, portanto, uma associação entre vulnerabilidade e dependência nessas variáveis. Ressalta-se que, neste estudo, o VES-13 não identificou uma prevalência de idosos vulneráveis na comunidade.

Como limitação deste estudo destaca-se o fato de ser realizado em um espaço geográfico na Atenção Primária, cuja população de idosos pertence somente a uma Equipe de Saúde da Família. Outro fator limitante desta pesquisa é o seu delineamento transversal, pois não permite estabelecer relações de causalidade. Outra limitação é o envolvimento direto da pesquisadora com a população do estudo, pode haver conflito de interesse.

Vários estudos utilizam diversas ferramentas para realizarem uma avaliação multidimensional do idoso, mas esta pesquisa possibilitou o uso da CSPI como instrumento epidemiológico e como ferramenta de análise do índice de vulnerabilidade através do VES-13 na Atenção Básica.

Em decorrência de uma distribuição recente da CSPI (edição 2017) na capital do Ceará, que iniciou-se em 2018, e devido ao processo de implantação ainda estar em trâmite, acredita-se que não existe ainda aplicabilidade concreta do VES-13 em áreas territoriais pertencentes às Equipes de Saúde da Família em nossa cidade. Considera-se, assim, que este estudo seja pioneiro em Fortaleza na utilização da Caderneta do Idoso e do Protocolo de Identificação do Idoso Vulnerável para caracterização epidemiológica e de vulnerabilidade da população idosa.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS – contribuição do estudo para o serviço

Ressalta-se que este estudo possibilitará a criação de uma sala de situação epidemiológica da população idosa pertencente ao território de abrangência da Equipe Saúde da Família 429. Este estudo contribuirá na organização do cuidado ao idoso efetivado pela equipe de saúde participante da pesquisa, proporcionando influência nas ações referentes ao Plano Terapêutico Singular, acolhimento, visita domiciliar e na consulta médica e de enfermagem, utilizando como critérios o índice de vulnerabilidade diagnosticado pelo VES-13 e o perfil epidemiológico traçado.

A construção do diagnóstico situacional dos idosos da comunidade permitiu a percepção das necessidades reais destes. Destaca-se que o diagnóstico situacional obtido nesta pesquisa ajudará na elaboração da linha de cuidados ao idoso na gestão local, contribuindo nos eixos estruturantes da vigilância à saúde e rede de atenção.

Sugere-se a realização de novos estudos de avaliação geriátrica e de implantação e/ou implementação da Caderneta do Idoso na Atenção Primária, onde seus resultados possam direcionar as ações em saúde, colaborando com a melhoria da qualidade de vida dos idosos cearenses.

Os resultados desse estudo podem ser extrapolados para as demais equipes da unidade uma vez que as características são similares.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, M. I. *et al.* **Saúde do idoso e qualidade de vida**: investigação dos fatores determinantes. Fortaleza: EdUECE, 2017.
- ALMEIDA, M. F. de *et al.* Prevalência de doenças crônicas autorreferidas e utilização de serviços de saúde, PNAD/1998, **Brasil. Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 743-756, 2002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232002000400011&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 14 abr. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/S141381232002000400011>.
- AMARAL, T. M. de R.; MELO, E. M. de; OLIVEIRA, G. L. Comparação do perfil de idosos ativos e não ativos do Programa Bolsa Família. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 351-360, jun. 2015.
- ANDRADE, J. M.; DUARTE, Y. A. O.; ALVES, L. C.; ANDRADE, F. C. D.; SOUZA-JÚNIOR, P. R. B.; LIMA-COSTA, M. F. *et al.* Perfil da fragilidade em adultos mais velhos brasileiros: ELSI-Brasil. *Rev. Saúde Pública*, v. 52, supl. 2, 2018.
- AYRES, J. R. *et al.* Risco Vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. *In*: AKERMAN, M.; CAMPOS, G. W. S.; CARVALHO, Y. M.; DRUMOND JÚNIOR, M.; MINAYO, M. C. S. **Tratado de Saúde Coletiva**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2012. p. 375-416.
- BALDONI, A. O.; CHEQUER, F. M. D.; FERRAZ, E. R. A.; OLIVEIRA, D. P.; PEREIRA, L. R. L.; DORTA, D. J. Elderly and drugs: risks and necessity of rational use. *Braz. J. Pharm. Sci.*, v. 46, p. 617-32, 2010.
- BALTES, P. B.; SMITH, J. Novas fronteiras para o futuro do envelhecimento: a velhice bem-sucedida do idoso jovem aos dilemas da quarta idade. **A Terceira Idade**, São Paulo, v. 17, n. 36, p. 7-31, jun. 2006. Disponível em: https://www.sescsp.org.br/files/edicao_revista/4ed8a079-074e-4baf-8f726770562f0853.pdf. Acesso em: 15 set. 2018.
- BARBOSA, K. T. F. *et al.* Envelhecimento e vulnerabilidade individual: um panorama dos idosos vinculados à Estratégia Saúde da Família. **Texto Contexto Enferm.**, v. 26, n. 2, 2017.
- BARROS, S. *et al.* **Pesquisa de Avaliação da Descentralização dos Recursos da Atenção Básica**: PAB, PACS, PSF, AFB.VS, ICCN, Relatório Final. Brasília: Executiva do Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/bvs>. Acesso em: 15 set. 2018.

BATISTA SR. A complexidade da multimorbidade. *J Manag Prim Health Care*. 2014;5(1):125-6.

BJERRUM, L.; ROSHOLM, J. U.; HALLAS, J.; KRAGSTRUP, J. Methods for estimating the occurrence of polypharmacy by means of a prescription database. **Eur. J. Clin. Pharmacol.**, v. 53, n. 1, p. 7-11, 1997.

BORGES, M. C.; BERZINS, M. **Políticas Públicas para um país que envelhece**. São Paulo: Martinari, 2011. 304p.

BOYD, C. M., FORTIN M. Future of multimorbidity research: how should understanding of multimorbidity inform health system design? **Public Health Rev.** v. 32, n. 2, p. 451-74, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 252, de 19 de fevereiro de 2013, institui a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial de União**, Poder executivo, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 8.842 de 4 de janeiro de 1994, dispõe sobre Política Nacional do Idoso. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da saúde, 2012, 110p. (Série E, Legislação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Política Nacional de Atenção Básica. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento da pessoa idosa**. Caderno de atenção básica nº19, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Orientações técnicas para a implantação de uma linha de cuidado para atenção integral à saúde da pessoa idosa no Sistema Único de Saúde**. Brasília, março de 2018a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estudo aponta que 75% dos idosos usam apenas o SUS**. 2018b. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/44451-estudo-aponta-que-75-dos-idosos-usam-apenas-o-sus>. Acesso em:

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Lei nº 6.179, de 11 de dezembro de 1974. Institui amparo previdenciário para maiores de setenta anos de idade e para inválidos, e dá outras providências. **Diário Oficial de União**, Poder executivo, 1974.

BRITO, K. Q. D.; MENEZES, T. N. de; OLINDA, R. A. de. Functional disability: health conditions and physical activity practice in older adults. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 69, n. 5, p. 825-832, out. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672016000500825&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 14 abr. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/00347167.2016690502>.

BRUNO, C. T. S. **A linha de cuidado do idoso nas redes assistenciais de Fortaleza-CE**: visão dos gestores. 2009. 123f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 1996.

CACHIONI, M. Universidade da terceira idade: das origens à experiência brasileira. *In*: NERI, A. L.; DEBERT, G. G. **Velhice e Sociedade**. Campinas: Papyrus, 1991. p. 141-178. Disponível em: <http://www.periodicoshumanas.uff.br/ecos/article/view/1585/1166>. Acesso em: 28 ago. 2018.

CAMPOS M. T. F. S.; MONTEIRO J. B. R.; ORNELAS A. P. R. C. Fatores que afetam o consumo alimentar e a nutrição do idoso. **Rev. Nutr.**, v. 13, n. 3, p. 157-65, 2000. DOI: 10.1590/S1415-52732000000300002.

CARVALHO FILHO, E. T. Fisiologia do envelhecimento. *In*: PAPALÉO NETTO, M. (Org.). **Gerontologia**: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Atheneu, 1996. p. 60-70.

CARSTENSEN, L. L. Social and emotional patterns in adulthood: support for socioemotional selectivity theory. **Psychol. Aging**, v. 7, p. 331-8, 1992.

CARVALHO, M. F. C.; ROMANO-LIEBER, N. S.; BERGSTEN-MENDES, G.; SECOLI, S. R.; RIBEIRO, E.; LEBRÃO, M. L. *et al.* Polifarmácia entre idosos do Município de São Paulo: Estudo SABE. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 15, n. 4, p. 817-27, 2012. DOI:10.1590/S1415-790X2012000400013.

CAVALCANTI, G. *et al.* Multimorbidade associado à polifarmácia e autopercepção negativa da saúde. **Rev. Bras. Geriatr. Geront.**, Rio de Janeiro, 2017.

CHAIMOWIEZ, Flávio. **Saúde do idoso**. 2. ed. Belo Horizonte: NELCON UFMG, 2013, 167p.

COMOVER, W. L. **Practical Nonparametric Statistics**. s. l.: John Wiley, 1971.

COONEY, D.; PASCUZZI, K. Polypharmacy in the elderly: focus on drug interactions and adherence in hypertension. *Clin. Geriatr. Med.* v. 25, p. 221-33, 2009.

CRUZ, R. R. da; BELTRAME, V.; DALLACOSTA, F. M. Envelhecimento e vulnerabilidade: análise de 1.062 idosos. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de

Janeiro, v. 22, n. 3, e180212, 2019. Disponível em: =sci_arttext&pid=S1809-98232019000300204&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 14 abr. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-22562019022.180212>.

DAL PIZZOL, T. S.; PONS, E. S.; HUGO, F. N.; BOZZETTI, M. C.; SOUSA, M. L. R.; HILGERT, J. B. Uso de medicamentos entre idosos residentes em áreas urbanas e rurais de município no Sul do Brasil: um estudo de base populacional. *Cad. Saúde Pública*. v. 28, n. 1, p. 104-14, jan. 2012.

DANTAS, K. M. V. P. **Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa no olhar de idosos atendidos na Estratégia Saúde da Família**. 2015. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2015.

DEBERT, G. G. Envelhecimento e curso da vida. *Revista Estudos Feministas*, v. 5, n. 1, p. 725-27, 1997. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/viewFile/12564/11720>. Acesso em: 20 set 2018.

FERNANDES, F. S. Gerontologia no Brasil: expectativas. *A terceira idade*, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 19-24, set. 1988.

FERREIRA, F. R.; CÉSAR, C. C.; BOF DE ANDRADE, F.; SOUZA-JUNIOR, P. R. B.; LIMA-COSTA, M. F. *et al.* Aspectos da participação social e a percepção da vizinhança: ELSI-Brasil. *Rev. Saúde Pública*, v. 52, supl. 2, 2018.

FIGUEIREDO, G. O.; SIQUEIRA, V. H. F.; PAULINO, L. F. Subjetivação do idoso em matérias de educação/comunicação em saúde: uma análise na perspectiva foucautiana. *Saúde Soc.*, São Paulo, v. 26, p. 943-957, out./dez. 2017.

FLORES, V. B.; BENVENUTO, L. A. Perfil de utilização de medicamentos em idosos da zona urbana de Santa Rosa, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 1439-1446, jun. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2008000600024&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 14 abr. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102311X2008000600024>.

FORTALEZA. **Plano Diretor da Unidade de Atenção Primária à Saúde Roberto da Silva Bruno**. Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza. Fortaleza, 2016.

FREITAS *et al.* Vulnerabilidade dos idosos na alta hospitalar. *Fisioter. Pesqui.* v. 24, n. 3, p. 253-258, 2017.

FROTA, A. C. **O Processo de Trabalho da Estratégia Saúde da Família**. “O Caso Fortaleza”. Dissertação do curso de Mestrado Profissional em Vigilância em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2008.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Coordenação de Trabalho e Rendimento. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios**: síntese de indicadores 2015. Rio de Janeiro, 2016.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Síntese de Indicadores Sociais**. São Paulo, 2011. Disponível em: https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2011/default_sintese.shtm. Acesso em: 28 set. 2018.

IPECE. **Instituto de Pesquisa e Estatística Econômica do Ceará**. Disponível em: <http://www.ipece.ce.gov.br/index.php/perfilmunicipal-2017>. Acesso em: 28 set. 2018.

KADAM, U. T. Potential health impacts of multiple drug prescribing for older people: a case-control study. **Br. J. Gen. Pract.**, v. 61, n. 583, p. 128-30, 2011. DOI: 10.3399/bjgp11X556263.

KLOTZ, U. Pharmacokinetics and drug metabolism in the elderly. **Drug Metabolism Rev.**, v. 41, p. 67- 76, 2009.

LEBRÃO, M. L. O envelhecimento no Brasil: aspectos da transição demográfica e epidemiológica. **Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 4, n. 17, p. 135-140, 2007. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2559.pdf>. Acesso em: 04 jul. 2018.

LEFÈVRE, T.; D'IVERNOIS, J. F.; DE ANDRADE, V.; CROZET, C.; LOMBRIL, P.; GAGNAYRE, R. What do we mean by multimorbidity? an analysis of the literature on Multimorbidity measures, associated factors, and impact on health services organization. **Rev. Epidemiol. Santé Publique**, v. 62, n. 5, p. 305-14, 2014.

LEVASSEUR, M.; RICHARD, L.; GAUVIN, L.; RAYMOND E. Inventory and analysis of definitions of social participation found in the aging literature: proposed taxonomy of social activities. **Soc. Sci. Med.**, v. 71, n. 12, p. 2141-9, dez. 2010. DOI: 10.1016/j.socscimed.2010.09.041.

LIMA, A. M.; SILVA, H. S. Envelhecimento bem-sucedido: trajetórias de um constructo e novas fronteiras. **Interface Comunicação, Saúde, Educação**, v. 12, n. 27, p. 795-807, 2008. Disponível em: http://www.producao.usp.br/bitstream/handle/B/DPI/2673/art_LIMA_Envelhecimento_bemsucedido_trajetorias_de_um_constructo_e_2008.pdf?sequence=1. Acesso em: 29 ago. 2018.

LIMA-COSTA, M. F. Envelhecimento e saúde coletiva. Estudo Longitudinal da Saúde dos idosos brasileiros (ELSI-Brasil). **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 5d, supl. 2, 2018.

LIMA-COSTA, M. F.; CAMARANO, A. A. A demografia e epidemiologia do envelhecimento no Brasil. *In*: MORAES, E. N. **Princípios básicos de geriatria e gerontologia**. Belo Horizonte: Coopmed, 2009. cap. 1, p. 3-9.

LINJAKUMPU, T.; HARTIKAINEN, S.; KLAUKKA, T.; VEIJOLA, J.; KIVELA, S. L.; ISOAHO, R. Use of medications and polypharmacy are increasing among the elderly. **J. Clin. Epidemiol.**, v. 55, n. 8, p. 809-17, ago. 2002.

LOYOLA FILHO, A. I.; UCHOA, E.; FIRMO, J. O. A.; LIMA-COSTA, M. F. Estudo de base populacional sobre o consumo de medicamentos entre idosos: Projeto Bambuí. **Cad. Saúde Pública**, v. 21, n. 2, p. 545-53, mar./abr. 2005.

LOYOLA FILHO, A. I.; UCHOA, E.; LIMA-COSTA, M. F. Estudo epidemiológico de base populacional sobre uso de medicamentos entre idosos na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n. 12, p. 2657-67, dez. 2006.

LUCCHETTI, Giancarlo *et al.* Fatores associados à polifarmácia em idosos institucionalizados. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 51-58, abr. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S18. Acesso em: 28 set. 2018.

LUZ, L. L. *et al.* Primeira etapa da adaptação transcultural do instrumento The Vulnerable Elders Survey (VES-13) para o português. **Cad. Saúde Pública**, v. 29, n. 3, p. 621-628, 2013.

LUZ, L. L. *et al.* Psychometric properties of the Brazilian version of the Vulnerable Elders Survey-93 (VES-13). **Cad. Saúde Pública**, v. 31, n. 3, p. 507-515, 2015.

LUZ, L. L. **Avaliação multidimensional da saúde de idosos com câncer de próstata e o The Vulnerable Elders Survey 13 (VES-13) como instrumento de triagem em oncogeriatría.** 2015. 118 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública e Meio Ambiente) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2015.

MAIA, F. O. M.; DUARTE, Y. A. O.; SECOLI, S. R.; SANTOS J. L. F.; LEBRÃO, M. L. Adaptação transcultural do Vulnerable Elders Survey-13 (VES-13): contribuindo para a identificação de idosos vulneráveis. **Rev. Esc. Enferm. USP.** v. 46, p. 116-22, 2012. DOI: 10.1590/S0080-62342012000700017.

MAIA, F. O. M. **Vulnerabilidade e envelhecimento:** panorama dos idosos residentes no Município de São Paulo – Estudo SABE. São Paulo, 2011. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

MIN, L. *et al.* The Vulnerable Elders-13 Survey predicts 5-year functional decline and mortality outcomes in older ambulatory care patients. **J. Am. Geriatr. Soc.**, New York, v. 57, p. 2070-2076, 2009.

MIN, L. C.; ELLIOTT, M. N.; WENGER, N. S.; SALIBA, D. Higher vulnerable elders survey scores predict death and functional decline in vulnerable older people. **J. Am. Geriatr. Soc.**, v. 54, n. 3, p. 507-11, mar. 2006.

MORAES, E. N. **Atenção à saúde do idoso**: aspectos conceituais. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 98p. Disponível em: <http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/05/Saude-do-Idoso-WEB1.pdf>. Acesso em: 12 ago. 2018.

NERI, A. L. (Org.). **Qualidade de vida na velhice**: enfoque multidisciplinar. 2. ed. Campinas: Alínea, 2006.

NEVES, S. J. F. *et al.* Epidemiologia do uso de medicamentos entre idosos em área urbana do Nordeste do Brasil. **Rev. Saúde Pública** **47**, 04 ago. 2013.

NEVI, A. L. *et al.* **Qualidade de vida na velhice**: enfoque multidisciplinar. Campinas: Alínea, 2006.

NUNES, A. P. N.; BARRETO, S. M.; GONCALVES, L. G. Relações sociais e autopercepção da saúde: projeto envelhecimento e saúde. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 415-428, jun. 2012. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415790X2012000200019&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 14 abr. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2012000200019>.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Plan Internacional de accion sobre el envejecimiento 1982**. Viena (Áustria): Assembleia Mundial sobre el envejecimiento, 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Physical Status**: the used and interpretation of anthropometry. Genebra: World Health Organization, 1995.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Unidad de Envejecimiento y Salud. **Guia Clínica para Atención Primaria a las Personas Mayores**. 3. ed. Washington: OPAS, 2003.

[OPAS] – Organização Pan-Americana de Saúde. **Envelhecimento ativo**: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-americana de Saúde, 2003.

PAGOTTO, Valeria *et al.* Circunferência da panturrilha: validação clínica para avaliação de massa muscular em idosos. **REV – Brás. Enfermagem**. Brasília, v 71, n 2, p.322-328, abr.2018. disponível <http://www.scielo.br>.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Atenção à Saúde. **Avaliação multidimensional do idoso**. Curitiba: SESA, 2017. 113p.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Atenção à Saúde. **Avaliação multidimensional do idoso**. Curitiba: SESA, 2018. 118p.

PASSARELLI, M. C. G.; GORZONI, M. L. Latrogenia: Reações adversas a medicamentos. *In*: JACOB FILHO, W.; GORZONI, M. L. **Geriatría e Gerontologia**: o que todos deviam saber. São Paulo: Roca, 2008. p. 19-30.

PAULINO, L. F.; SIQUEIRA, V. K. F.; FIGUEIREDO, G. O. Subjetivação do idoso em materiais de educação/comunicação em saúde: uma análise na perspectiva foucautiana. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 26, p. 943-957, out./dez. 2017.

PREVIATO, G. F.; LABEGALINI, C. M. G.; CARREIRA, L.; BALDISSERA, V. D. A. Características multidimensionais de saúde de idosos com sintomas depressivos. **Rev. Kairós**, v. 19, n. 1, p. 339-357, mar. 2016.

PNAD. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Síntese de indicadores 2015**. IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro: IBGE, 2016.

RAMOS, L. R. *et al.* Polifarmácia e polimorbidade em idosos. **Rev. Saúde Pública**, v. 50, supl. 2, 2016.

RAMOS, L. R. Epidemiologia do Envelhecimento. *In*: FREITAS, E.V. *et al.* **Tratado de Geriatría e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

RAMOS, J. L. C.; MENEZES, M. do R. de; MEIRA, E. C. Idosos que moram sozinhos: desafios e potencialidades do cotidiano. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 24, n. 1, 2, 3, p. 43-54, jan./dez. 2010.

RIBEIRO, L. da C. C.; RIBEIRO, M.; DIAS, K. S.; MATOS, K. A. de; FERREIRA, T. S. O diagnóstico administrativo e situacional como instrumento para o planejamento de ações na Estratégia da Família. **Cogitare Enfermagem**, v. 13, n. 3, p. 448-52, 2008.

RODRIGUES, N. O.; NERI, A. L. Vulnerabilidade social, individual e programática em idoso da comunidade: dados do Estudo FIBRA, Campinas, SP, Brasil. **Ciênc. Saúde Colet.**, 2012.

ROZENFELD, S. Prevalência, fatores associados e mau uso de medicamentos entre idosos: uma revisão. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, n. 3, p. 717-24, 2003. DOI: 10.1590/S0102-311X2003000300004.

SÁ, V. M. T. P. L. **O novo velho e as políticas sociais**: e o setor de saúde, como se manifesta? 1997. Dissertação. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, 1997.

SALES, A. S.; SALES, M. G. S.; CASOTTI, C. A. Perfil farmacoterapêutico e fatores associados à polifarmácia entre idosos de Aiquara, Bahia, em 2014. **Epidemiol.**

Serv. Saúde, Brasília, v. 26, n. 1, p. 121-132, mar. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S223796222017000100121&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 02 nov. 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742017000100013>.

SALIBA, D.; ELLIOTT, M.; RUBENSTEIN, L. Z.; SOLOMON, D. H.; YOUNG, R. T.; KAMBERG, C. J. *et al.* The vulnerable elders survey: a tool for identifying vulnerable older people in the community. **J. Am. Geriatr. Soc.**, v. 49, n. 12, p. 1691-9, 2001. DOI: 10.1046/j.1532-5415.2001.49281.

SALIBA, D. *et al.* The Vulnerable Elders Survey: a tool for identifying vulnerable older people in the community. **Journal Of The American Geriatrics Society**, v. 49, n. 12, p. 1691-1699, dez. 2001.

SAMPIERI, R. H.; COLLADO, C. F.; LUCIO, M. del P. B. **Metodologia da Pesquisa**. Trad. Daisy Vaz de Moraes. 5. ed. Porto Alegre: Penso, 2013.

SECOLI, S. R. Polifarmácia: interações e reações adversas no uso de medicamentos por idosos. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 63, n. 1, p. 136-40, 2010. DOI: 10.1590/S0034-71672010000100023.

Silva LMV, Paim JS, Costa MCN. Desigualdades na mortalidade, espaço e estratos sociais. **Rev Saúde Pública**. 1999;33(2):187-97. DOI:10.1590/S003489101999000200011

SILVA, C. S. S. C.; KOOPMANS, F. F.; DAHER, D. V. O diagnóstico situacional como juramento para o planejamento de ações em Atenção Primária à Saúde. **Revista Pró-UniverSUS**, v. 7, n. 2, p. 30-33, jan./jun. 2016.

SINNOTT, C. M. C.; HUGH, S.; BROWNE, J.; BRADLEY, C. GPs' perspectives on the management of patients with multimorbidity: systematic review and synthesis of qualitative research. **BMJ Open**, v. 3, n. 9, p. 1-12, 2013.

STHAL, H. C., BERTI, W. B., PALHARES, V. C. Grau de dependência de idosos hospitalizados para realização das atividades básicas da vida diária. **Texto Contexto Enferm.**, v. 20, n. 1, p. 59-67, 2011. DOI: 10.1590/S0104-07072011000100007.

TEIXEIRA, S. M. F.; OLIVEIRA, J. A. A. **(Im)previdência social**: 60 anos de história da Previdência Social no Brasil. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1989.

TORRES, J. L. *et al.* Functional performance and social relations among the elderly in Greater Metropolitan Belo Horizonte, Minas Gerais State, Brazil: a population-based epidemiological study. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 5, p. 1018-1028, maio 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2014000501018&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 12 abr. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00102013>.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 548-554, jun. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000300020&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 14 abr. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102009005000025>.

WONG, L. L. R.; CARVALHO, J. A. O rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil: sérios desafios para as políticas públicas. **R. Bras. Est. Pop.**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 5-26, jan./jun. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepop/v23n1/v23n1a02.pdf>. Acesso em: 30 jun. 2018.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado por Janaína Moreno Nogueira Marsyllle a participar da pesquisa do Mestrado em Saúde da Família intitulada “Diagnóstico situacional da população idosa adscrita a uma Unidade de Atenção Primária à Saúde do município de Fortaleza”. Você não deve participar contra sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

O objetivo desta pesquisa é realizar o diagnóstico situacional da população idosa através da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. As informações que o(a) senhor(a) fornecer permitirão conhecer os aspectos sociais, identificar os idosos com riscos de adoecer e os que estão vulneráveis para direcionar o planejamento das ações da Equipe Saúde da Família – 429 (visita domiciliar, plano terapêutico, acolhimento).

Essa pesquisa contribuirá na implantação da linha de cuidados em saúde da pessoa idosa na Unidade Básica de Saúde Roberto da Silva Bruno, organização do trabalho da estratégia de Saúde da Família através das ações desenvolvidas nesse estudo e na identificação dos idosos vulneráveis na área de abrangência da Equipe de Saúde – 429.

Informamos que, caso aceite participar da pesquisa, o(a) senhor(a) irá responder dois questionários, sendo o primeiro relacionado à sua saúde mental, denominado de Mini Exame do Estado Mental (MEEM). O segundo questionário é baseado na Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, que vai perguntar a respeito de suas condições sociais, econômicas, de saúde e medicamentos. O(A) senhor(a) responderá também perguntas de um protocolo denominado Protocolo de Identificação do Idoso Vulnerável (VES – 13), que vai ajudar a identificar os idosos em risco de vulnerabilidade.

O tempo que leva para preencher o instrumento é de no máximo 50 minutos, mas pode interromper caso seja sua vontade. Após finalizar o preenchimento dos questionários, o(a) senhor(a) receberá a Caderneta do Idoso caso não a possua.

A Caderneta é um documento simples, elaborado pelo Ministério da Saúde, que o senhor(a), o cuidador ou familiar poderá preencher.

Também vai ser necessário medir a sua panturrilha esquerda para avaliar sua condição muscular. É um procedimento sem dor ou desconforto e demora um tempo de dois a três minutos. Esta medição será realizada pela pesquisadora, com uma fita métrica na perna esquerda, com o paciente sentado ou deitado e o joelho posicionado em 90 graus.

Ao responder o instrumento o desconforto e risco será mínimo, visto que a pesquisa será realizada na Unidade Básica de Saúde durante a consulta de enfermagem e visita domiciliar. Os riscos incluem possíveis constrangimentos durante as perguntas, e desconforto por conta do tempo necessário para participar da pesquisa.

Caso o(a) senhor(a) sentir algum desconforto durante a aplicação do questionário, ou mudar de ideia por outros motivos, fique à vontade para interromper sem nenhum prejuízo para o(a) senhor(a) nos serviços de que já dispõe.

Após responder aos questionários, a pesquisadora se coloca à disposição para qualquer dúvida, não somente da pesquisa em si. Garantimos sua segurança durante todo o período de coleta de dados e caso tenha alguma observação a fazer quanto aos procedimentos, pode expressar à pesquisadora no momento em que achar conveniente.

As informações coletadas com sua participação serão utilizadas para a pesquisa sem que haja identificação da pessoa que respondeu, exceto aos responsáveis pela pesquisa. A divulgação das mencionadas informações será feita por meio de relatório de pesquisa sem particularizar o entrevistado e publicado em revistas especializadas.

A qualquer momento você poderá ter acesso a informações referentes à pesquisa, pelo telefone/endereço do pesquisador.

Título da pesquisa: Diagnóstico situacional de idosos adscritos na Atenção Básica de Saúde segundo critérios da Caderneta do Idoso do Ministério da Saúde
--

Nome e endereço dos responsáveis pela pesquisa:
--

Janaína Moreno Nogueira Marsylle – Enfermeira, aluna do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família – RENASF

Instituição: Universidade Federal do Ceará – Departamento da Enfermagem

Endereço: Rua Alexandre Baraúna, 1115

Bairro/CEP/Cidade: Rodolfo Teófilo, 60.430-160 / Fortaleza – Ceará

Telefones para contato: 3366.8454 / 99667.2958

ATENÇÃO: Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a sua participação na pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFC – Rua Coronel Nunes de Melo, 1127 Rodolfo Teófilo Fone: 3366-8344

O abaixo assinado _____, _____ anos,
 RG: _____, declara que é de livre e espontânea vontade que está participando como voluntário da pesquisa. Eu declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o seu conteúdo, como também sobre a pesquisa e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. E declaro ainda estar recebendo uma cópia assinada deste termo.

Fortaleza, ____/____/____

Nome do voluntário	Data	Assinatura
--------------------	------	------------

Nome do pesquisador	Data	Assinatura
---------------------	------	------------

Nome da testemunha (se o voluntário não souber ler)	Data	Assinatura
--	------	------------

Nome do profissional que aplicou o TCLE	Data	Assinatura
--	------	------------

**APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO CONSOLIDADO DAS VARIÁVEIS
SELECIONADAS DA CADERNETA DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA – 4ª
EDIÇÃO, 2017**

Nome:

Acamado: Sim () Não ()

Área:

Microárea:

Perímetro da Panturrilha (PP) esquerda: _____

Cartão do SUS? () Sim () Não

Portador da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa? () Sim () Não

Plano de Saúde Particular? () Sim () Não

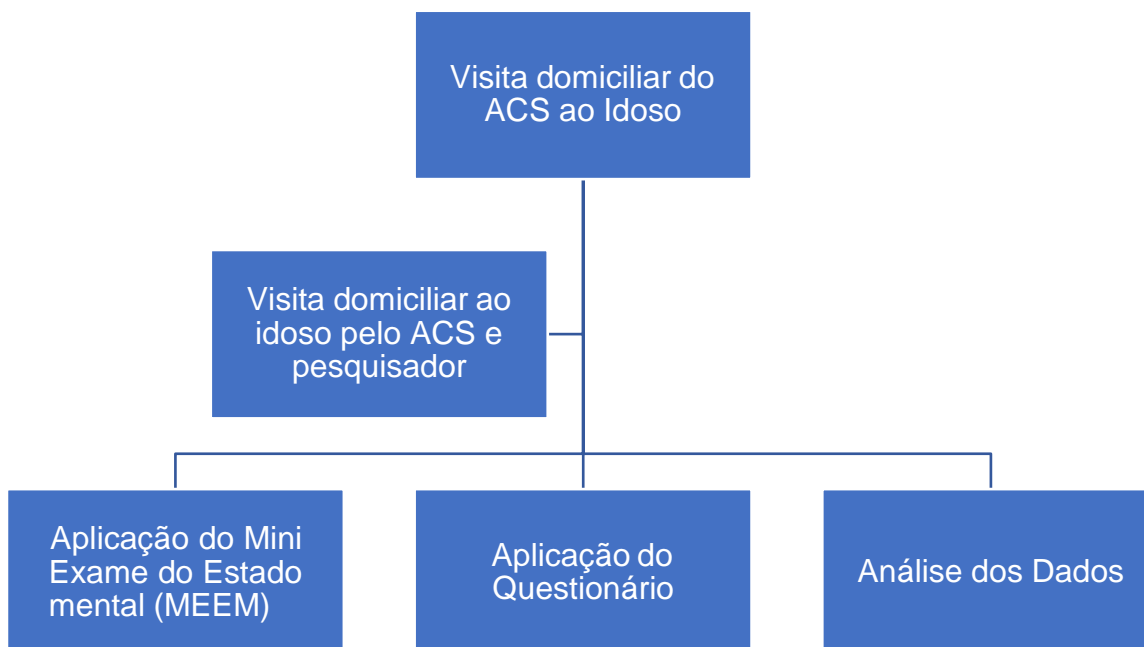
1. Dados Demográficos						
1.1 Qual sua idade?		60 a 74 anos		Zero		
		75 a 84 anos		1		
		≥ 85 anos		3		
1.2 Tem religião? () Sim () Não		Qual?				
1.3 Sexo		() Masculino		() Feminino		
1.4 Raça	() Branca		() Preta	() Parda	() Amarela	() Não declarada
	() Indígena		Qual etnia?			
1.5 Situação conjugal	() Solteiro(a)		() Casado(a) / Convívio com parceiro(a)	() Divorciado(a)/ Separado(a)	() Viúvo(a)	
	() Outra			Desde quando? (Ano)		
2. Dados Socioeconômicos						
2.1 Escolaridade	() Nenhuma	() 1 a 3 anos	() 4 a 7 anos	() 8 anos ou mais		
2.2 Ocupação/ Profissão principal						
3. Condições Sociofamiliares						
3.1 Você mora sozinho(a)?		() Sim		() Não		
3.2 Você mora com familiares?		() Sim		() Não		
3.3 Você mora com seu(sua) cônjuge ou companheiro(a)?		() Sim		() Não		
3.4 Nos últimos 30 dias você se encontrou com amigos ou familiares para conversar ou fazer alguma atividade, como ir ao cinema, à igreja, passear ou caminhar junto?		() Sim		() Não		
3.5 Em caso de necessidade, você conta com alguém para acompanhá-lo à Unidade de Saúde ou a uma consulta?		() Sim		() Não		
3.6 Você tem fácil acesso aos serviços de farmácia, padaria ou supermercado?		() Sim		() Não		
3.7 Você tem fácil acesso a transporte?		() Sim		() Não		
3.8 Você trabalha atualmente?		() Sim		() Não		
3.9 Você recebe aposentadoria?		() Sim		() Não		
3.10 Você recebe Benefícios de Prestação Continuada (BPC)?		() Sim		() Não		
3.11 Você recebe Bolsa Família?		() Sim		() Não		

4. Condições de Saúde						
4.1 Condições crônicas sensíveis à Atenção Básica	<input type="checkbox"/> Acidente Vascular Cerebral <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Doença Arterial Coronariana <input type="checkbox"/> Dpoc (Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica) <input type="checkbox"/> Epilepsia <input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial <input type="checkbox"/> Insuficiência Cardíaca <input type="checkbox"/> Úlcera Gastrointestinal <input type="checkbox"/> Diabetes Melitus					
4.2 Condições frequentes	<input type="checkbox"/> Depressão <input type="checkbox"/> Incontinência urinária <input type="checkbox"/> Incontinência fecal <input type="checkbox"/> Declínio cognitivo (Demência) <input type="checkbox"/> Outras condições					
5. Protocolo de Identificação do Idoso Vulnerável (VES – 13)						
5.1 Auto-percepção da saúde				Excelente	0	
Em geral, comparando com outras pessoas da sua idade, você diria que sua saúde é:				Muito boa	0	
				Boa	0	
				Regular	1	
				Ruim	1	
		Nenhuma dificuldade	Pouca dificuldade	Média (alguma) dificuldade	Muita dificuldade	Incapaz de fazer
5.2 Limitação Física	a) Curvar-se, agachar ou ajoelhar-se?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Em média, quanta dificuldade você tem para fazer as seguintes atividades físicas:	b) Elevar ou estender os braços acima do nível do ombro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	c) Escrever ou manusear e segurar pequenos objetos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pontuação: Um ponto para cada resposta “Muita Dificuldade” ou “Incapaz de fazer” nas questões 5 até 5e. Considerar no máximo de 2 pontos.	d) Andar 400 metros (aprox. 4 quarteirões)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	e) Fazer serviço doméstico pesado como esfregar o chão ou limpar janelas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.3 Incapacidades	a) Fazer compras de itens pessoais (como produtos de higiene pessoal ou medicamentos?)					
Por causa de sua saúde ou condição física, você tem alguma dificuldade para:	<input type="checkbox"/> Sim.		<input type="checkbox"/> Não, ou não faz compras por outros motivos que não a saúde.			
	b) Você deixou de controlar seu dinheiro, seus gastos ou pagar contas?					
	<input type="checkbox"/> Sim.		<input type="checkbox"/> Não, ou não controla o dinheiro por outros motivos que não a saúde.			
	c) Você deixou de caminhar dentro de casa?					
	<input type="checkbox"/> Sim.		<input type="checkbox"/> Não ou não caminha dentro de casa por outros motivos que não a saúde.			
	d) Você deixou de realizar tarefas domésticas leves, como lavar louça ou fazer limpeza leve?					
	<input type="checkbox"/> Sim.		<input type="checkbox"/> Não ou não realiza tarefas domésticas			

		leves por outros motivos que não a saúde.
	e) Você deixou de tomar banho sozinho?	
() Sim.	() Não ou não toma banho sozinho(a) por outros motivos que não a saúde.	


SALIBA *et al.*; MAIA *et al.*; LUZ, F. F. *et al.*

6. Polifarmácia			
Uso concomitante de 5 ou mais medicamentos?		() Sim	() Não
7. Identificação de hábitos de vida			
7.1 Interesse social e lazer	Você frequenta centros, clubes ou grupos de convivência?	() Sim	() Não
	Você realiza algum trabalho voluntário?	() Sim	() Não
	Você tem alguma atividade de lazer?	() Sim	() Não
7.2 Atividade Física	Você pratica algum tipo de atividade física (como caminhadas, natação, dança, ginástica etc.), pelo menos três vezes por semana?	() Sim	() Não
	Você gostaria de começar algum programa de atividade física?	() Sim	() Não
7.3 Alimentação	Você faz pelo menos três refeições por dia?	() Sim	() Não
	Você come frutas, legumes e verduras em suas refeições ao longo do dia?	() Sim	() Não
	Em pelo menos uma refeição diária, você come carnes, peixes ou ovos?	() Sim	() Não
	Você tem o costume de consumir bebidas açucaradas, bolos, biscoitos recheados e sobremesas?	() Sim	() Não
	No preparo das suas refeições, é utilizada grande quantidade de óleos, gorduras, açúcar e sal?	() Sim	() Não
	Na sua rotina diária, você inclui a ingestão de água?	() Sim	() Não
7.4 Tabagismo	Atualmente, você fuma algum produto do tabaco?	() Sim	() Não
	Você gostaria de parar de fumar?	() Sim	() Não
	Você é ex-fumante?	() Sim	() Não
7.5 Álcool	Você consome bebida alcoólica?	() Sim	() Não
	Você já sentiu a necessidade de reduzir ou suspender o álcool?	() Sim	() Não
	Alguém já criticou você por beber?	() Sim	() Não
	Sente-se culpado por beber?	() Sim	() Não
	Costuma beber logo pela manhã?	() Sim	() Não

APÊNDICE C – FLUXOGRAMA DO PERCURSO METODOLÓGICO

APÊNDICE D – FLUXOGRAMA DE SELEÇÃO DOS IDOSOS PARA O ESTUDO

ANEXO A – FICHA DE CADASTRO INDIVIDUAL

	CADASTRO INDIVIDUAL		DIGITADO POR:	DATA: / /
			CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:

CNS DO PROFISSIONAL*	CBO*	CNES*	INE*	DATA*
_____	_____	_____	_____	____/____/____

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO/CIDADÃO			
CNS DO CIDADÃO	CIDADÃO É O RESPONSÁVEL FAMILIAR?	CNS DO RESPONSÁVEL FAMILIAR	MICROÁREA*
_____	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	_____	____ <input type="checkbox"/> FA
NOME COMPLETO:* _____			
NOME SOCIAL: _____		DATA DE NASCIMENTO:* / /	SEXO:* (F) (M)
RAÇA/COR:* <input type="radio"/> Branca <input type="radio"/> Preta <input type="radio"/> Parda <input type="radio"/> Amarela <input type="radio"/> Indígena		Etnia:** _____	Nº NIS (PIS/PASEP) _____
NOME COMPLETO DA MÃE:* _____			
<input type="checkbox"/> Desconhecido			
NOME COMPLETO DO PAI:* _____			
<input type="checkbox"/> Desconhecido			
NACIONALIDADE:* <input type="radio"/> Brasileira <input type="radio"/> Naturalizado <input type="radio"/> Estrangeiro		PAÍS DE NASCIMENTO:** _____	DATA DE NATURALIZAÇÃO: ** / /
PORTARIA DE NATURALIZAÇÃO:** _____		MUNICÍPIO E UF DE NASCIMENTO:** _____	
DATA DE ENTRADA NO BRASIL:** / /		TELEFONE CELULAR: () _____	E-MAIL: _____

INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS		
RELAÇÃO DE PARENTESCO COM O RESPONSÁVEL FAMILIAR <input type="radio"/> Cônjuge/Companheiro(a) <input type="radio"/> Filho(a) <input type="radio"/> Enteadado(a) <input type="radio"/> Neto(a)/Bisneto(a) <input type="radio"/> Pai/Mãe <input type="radio"/> Sogro(a) <input type="radio"/> Irmão/Irmã <input type="radio"/> Genro/Nora <input type="radio"/> Outro parente <input type="radio"/> Não parente	OCUPAÇÃO _____	
FREQUENTA ESCOLA OU CRECHE?* <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		
QUAL É O CURSO MAIS ELEVADO QUE FREQUENTA OU FREQUENTOU? <input type="radio"/> Creche <input type="radio"/> Ensino Fundamental EJA - séries finais (Supletivo 5º a 8º) <input type="radio"/> Pré-escola (exceto CA) <input type="radio"/> Ensino Médio, Médio 2º Ciclo (Científico, Técnico etc.) <input type="radio"/> Classe de Alfabetização - CA <input type="radio"/> Ensino Médio Especial <input type="radio"/> Ensino Fundamental 1º a 4º séries <input type="radio"/> Ensino Médio EJA (Supletivo) <input type="radio"/> Ensino Fundamental 5º a 8º séries <input type="radio"/> Superior, Aperfeiçoamento, Especialização, Mestrado, Doutorado <input type="radio"/> Ensino Fundamental Completo <input type="radio"/> Alfabetização para Adultos (Moblral etc.) <input type="radio"/> Ensino Fundamental Especial <input type="radio"/> Nenhum <input type="radio"/> Ensino Fundamental EJA - séries iniciais (Supletivo 1º a 4º)	SITUAÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO <input type="radio"/> Empregador <input type="radio"/> Assalariado com carteira de trabalho <input type="radio"/> Assalariado sem carteira de trabalho <input type="radio"/> Autônomo com previdência social <input type="radio"/> Autônomo sem previdência social <input type="radio"/> Aposentado/Pensionista <input type="radio"/> Desempregado <input type="radio"/> Não trabalha <input type="radio"/> Servidor público/militar <input type="radio"/> Outro	
CRIANÇAS DE 0 A 9 ANOS, COM QUEM FICA? <input type="checkbox"/> Adulto Responsável <input type="checkbox"/> Outra(s) Criança(s) <input type="checkbox"/> Adolescente <input type="checkbox"/> Sozinha <input type="checkbox"/> Creche <input type="checkbox"/> Outro		
FREQUENTA CUIDADOR TRADICIONAL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não PARTICIPA DE ALGUM GRUPO COMUNITÁRIO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não POSSUI PLANO DE SAÚDE PRIVADO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		
É MEMBRO DE POVO OU COMUNIDADE TRADICIONAL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não SE SIM, QUAL? _____		
DESEJA INFORMAR ORIENTAÇÃO SEXUAL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não SE SIM, QUAL? <input type="radio"/> Heterossexual <input type="radio"/> Bissexual <input type="radio"/> Outra <input type="radio"/> Homossexual (gay / lésbica)	DESEJA INFORMAR IDENTIDADE DE GÊNERO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não SE SIM, QUAL? <input type="radio"/> Homem transexual <input type="radio"/> Travesti <input type="radio"/> Mulher transexual <input type="radio"/> Outro	TEM ALGUMA DEFICIÊNCIA?* <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não SE SIM, QUAL(ES)? <input type="checkbox"/> Auditiva <input type="checkbox"/> Intelectual/Cognitiva <input type="checkbox"/> Outra <input type="checkbox"/> Visual <input type="checkbox"/> Física

SAÍDA DO CIDADÃO DO CADASTRO	
<input type="radio"/> Mudança de território <input type="radio"/> Óbito	SE ÓBITO, INDIQUE: Data do óbito:** / / Número da D.O.: _____ - ____

TERMO DE RECUSA DO CADASTRO INDIVIDUAL DA ATENÇÃO BÁSICA	
Eu, _____, portador(a) do RG nº _____, gozando de plena consciência dos meus atos, recuso este cadastro, mesmo que isso facilite o acompanhamento a minha saúde e de meus familiares. Estou ciente de que essa recusa não implicará o não atendimento na unidade de saúde.	
_____ Assinatura	

QUESTIONÁRIO AUTORREFERIDO DE CONDIÇÕES/SITUAÇÕES DE SAÚDE

CONDIÇÕES/SITUAÇÕES DE SAÚDE GERAIS		SE SIM, QUAL É A MATERNIDADE DE REFERÊNCIA?
ESTÁ GESTANTE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		
SOBRE SEU PESO, VOCÊ SE CONSIDERA? <input type="radio"/> Abaixo do Peso <input type="radio"/> Peso Adequado <input type="radio"/> Acima do Peso		TEM DOENÇA RESPIRATÓRIA/NO PULMÃO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não SE SIM, INDIQUE QUAL(IS):** <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> DPOC/Enfisema <input type="checkbox"/> Outra <input type="checkbox"/> Não Sabe
ESTÁ FUMANTE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		ESTÁ COM HANSENÍASE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
FAZ USO DE ÁLCOOL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		ESTÁ COM TUBERCULOSE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
FAZ USO DE OUTRAS DROGAS? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		TEM OU TEVE CÂNCER? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
TEM HIPERTENSÃO ARTERIAL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		TEVE ALGUMA INTERNAÇÃO NOS ÚLTIMOS 12 MESES? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não SE SIM, POR QUAL CAUSA? _____
TEM DIABETES? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		TEVE DIAGNÓSTICO DE ALGUM PROBLEMA DE SAÚDE MENTAL POR PROFISSIONAL DE SAÚDE? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
TEVE AVC/DERRAME? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		ESTÁ ACAMADO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
TEVE INFARTO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		ESTÁ DOMICILIADO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
TEM DOENÇA CARDÍACA/DO CORAÇÃO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não SE SIM, INDIQUE QUAL(IS):** <input type="checkbox"/> Insuficiência Cardíaca <input type="checkbox"/> Outra <input type="checkbox"/> Não Sabe		USA PLANTAS MEDICINAIS? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não SE SIM, INDIQUE QUAL(IS). _____
TEM OU TEVE PROBLEMAS NOS RINS? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não SE SIM, INDIQUE QUAL(IS):** <input type="checkbox"/> Insuficiência Renal <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Não Sabe		USA OUTRAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
OUTRAS CONDIÇÕES DE SAÚDE 1 - QUAL? _____ 2 - QUAL? _____ 3 - QUAL? _____		

CIDADÃO EM SITUAÇÃO DE RUA	
ESTÁ EM SITUAÇÃO DE RUA?* <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não TEMPO EM SITUAÇÃO DE RUA? <input type="radio"/> < 6 meses <input type="radio"/> 6 a 12 meses <input type="radio"/> 1 a 5 anos <input type="radio"/> > 5 anos	É ACOMPANHADO POR OUTRA INSTITUIÇÃO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não SE SIM, INDIQUE QUAL(IS). _____
RECEBE ALGUM BENEFÍCIO? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	VISITA ALGUM FAMILIAR COM FREQUÊNCIA? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não SE SIM, QUAL É O GRAU DE PARENTESCO? _____
POSSUI REFERÊNCIA FAMILIAR? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
QUANTAS VEZES SE ALIMENTA AO DIA? <input type="radio"/> 1 vez <input type="radio"/> 2 ou 3 vezes <input type="radio"/> mais de 3 vezes	TEM ACESSO À HIGIENE PESSOAL? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não SE SIM, INDIQUE QUAL(IS):** <input type="checkbox"/> Banho <input type="checkbox"/> Acesso ao Sanitário <input type="checkbox"/> Higiene Bucal <input type="checkbox"/> Outras
QUAL A ORIGEM DA ALIMENTAÇÃO? <input type="checkbox"/> Restaurante Popular <input type="checkbox"/> Doação Restaurante <input type="checkbox"/> Outras <input type="checkbox"/> Doação Grupo Religioso <input type="checkbox"/> Doação de Popular	

Legenda: Opção múltipla de escolha Opção única de escolha (marcar X na opção desejada)


Microárea: usar 01 a 99 para o número da microárea.

FA: Fora de Área

*Campo obrigatório

**Campo obrigatório condicionado à pergunta anterior

ANEXO B – FICHA DE CADASTRO DOMICILIAR E TERRITORIAL

	CADASTRO DOMICILIAR E TERRITORIAL			DIGITADO POR:	DATA:
				CONFERIDO:	FOLHA:

CNS DO PROFISSIONAL*	CBO*	CNES*	INE*	DATA*
_____	_____	_____	_____	____/____/____

ENDEREÇO/LOCAL DE PERMANÊNCIA				
CEP*:	MUNICÍPIO*:	UF*:		
BAIRRO*:	TIPO DE LOGRADOURO*:	NOME DO LOGRADOURO*:		
NÚMERO*:	SEM NÚMERO <input type="checkbox"/>	COMPLEMENTO:	PTO. REFERÊNCIA:	MICROÁREA* <input type="checkbox"/> FA

TIPO DE IMÓVEL* ____	TELEFONES PARA CONTATO
	TEL. RESIDÊNCIA: () _____
	TEL. CONTATO: () _____

CONDIÇÕES DE MORADIA	
SITUAÇÃO DE MORADIA/POSSE DA TERRA*	LOCALIZAÇÃO*
<input type="radio"/> Próprio <input type="radio"/> Financiada <input type="radio"/> Alugada <input type="radio"/> Arrendado <input type="radio"/> Cedido <input type="radio"/> Ocupação <input type="radio"/> Situação de Rua <input type="radio"/> Outra	<input type="radio"/> Urbana <input type="radio"/> Rural

TIPO DE DOMICÍLIO	EM CASO DE ÁREA DE PRODUÇÃO RURAL: Condição de Posse e Uso da Terra
<input type="radio"/> Casa <input type="radio"/> Apartamento <input type="radio"/> Cômodo <input type="radio"/> Outro	<input type="radio"/> Proprietário <input type="radio"/> Parceiro(a)/Meeiro(a) <input type="radio"/> Assentado(a) <input type="radio"/> Posseiro <input type="radio"/> Arrendatário(a) <input type="radio"/> Comodatário(a) <input type="radio"/> Beneficiário(a) do Banco da Terra <input type="radio"/> Não se aplica
Nº de Moradores: _____ Nº de Cômodos: _____	

TIPO DE ACESSO AO DOMICÍLIO	MATERIAL PREDOMINANTE NA CONSTRUÇÃO DAS PAREDES EXTERNAS DE SEU DOMICÍLIO
<input type="radio"/> Pavimento <input type="radio"/> Chão Batido <input type="radio"/> Fluvial <input type="radio"/> Outro	Alvenaria/Tijolo: <input type="radio"/> Com Revestimento <input type="radio"/> Sem Revestimento Taipa: <input type="radio"/> Com Revestimento <input type="radio"/> Sem Revestimento Outros: <input type="radio"/> Madeira Aparelhada <input type="radio"/> Palha <input type="radio"/> Material Aproveitado <input type="radio"/> Outro Material
Disponibilidade de Energia Elétrica? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	

ABASTECIMENTO DE ÁGUA	ÁGUA PARA CONSUMO NO DOMICÍLIO
<input type="radio"/> Rede Encanada até o Domicílio <input type="radio"/> Poço/Nascente no Domicílio <input type="radio"/> Cisterna <input type="radio"/> Carro Pipa <input type="radio"/> Outro	<input type="radio"/> Filtrada <input type="radio"/> Fervida <input type="radio"/> Clorada <input type="radio"/> Mineral <input type="radio"/> Sem Tratamento
FORMA DE ESCOAMENTO DO BANHEIRO OU SANITÁRIO	DESTINO DO LIXO
<input type="radio"/> Rede Coletora de Esgoto ou Pluvial <input type="radio"/> Fossa Séptica <input type="radio"/> Fossa Rudimentar <input type="radio"/> Direto para um Rio, Lago ou Mar <input type="radio"/> Céu Aberto <input type="radio"/> Outra Forma	<input type="radio"/> Coletado <input type="radio"/> Queimado/Enterrado <input type="radio"/> Céu Aberto <input type="radio"/> Outro

ANIMAIS NO DOMICÍLIO?
<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
QUAL(IS)? <input type="checkbox"/> Gato <input type="checkbox"/> Cachorro <input type="checkbox"/> Pássaro <input type="checkbox"/> Outros
Quantos: _____

FAMÍLIAS	Nº PRONTUÁRIO FAMILIAR	CNS DO RESPONSÁVEL**	DATA DE NASCIMENTO DO RESPONSÁVEL	RENDA FAMILIAR (SAL. MÍNIMO)	NÚMERO DE MEMBROS DA FAMÍLIA	RESIDE DESDE [MÊS] [ANO]	MUDOU-SE
	_____	_____	____/____/____	¼½1234+	_____	____/____/____	<input type="checkbox"/>
	_____	_____	____/____/____	¼½1234+	_____	____/____/____	<input type="checkbox"/>
	_____	_____	____/____/____	¼½1234+	_____	____/____/____	<input type="checkbox"/>
	_____	_____	____/____/____	¼½1234+	_____	____/____/____	<input type="checkbox"/>

TERMO DE RECUSA DO CADASTRO DOMICILIAR DA ATENÇÃO BÁSICA Eu, _____, portador(a) do RG nº _____, gozando de plena consciência dos meus atos, recuso este cadastro, mesmo que isso facilite o acompanhamento a minha saúde e de meus familiares. Estou ciente de que essa recusa não implicará o não atendimento na unidade de saúde. <div style="text-align: center;">_____</div> <div style="text-align: center;">Assinatura</div>

INSTITUIÇÃO DE PERMANÊNCIA	
NOME DA INSTITUIÇÃO DE PERMANÊNCIA:	
Existem outros profissionais de saúde vinculados à instituição (não inclui profissionais da rede pública de saúde)? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL TÉCNICO DA INSTITUIÇÃO DE PERMANÊNCIA	
NOME:	CNS DO RESPONSÁVEL:
CARGO NA INSTITUIÇÃO:	TEL. CONTATO:
TERMO DE RECUSA DA INSTITUIÇÃO DE PERMANÊNCIA	
Eu, _____, portador(a) do RG nº _____, responsável técnico pela instituição, recuso este cadastro, mesmo que essa recusa dificulte o acompanhamento da saúde das pessoas abrigadas/residentes nesta instituição. Estou ciente de que esta recusa não implicará o não atendimento pela equipe de saúde.	
<p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">Assinatura</p>	

Legenda: Opção de múltipla escolha Opção de única escolha (marcar X na opção desejada)

Microárea: usar 01 a 99 para o número da microárea.

FA: Fora de Área

Tipo de imóvel: 01 Domicílio, 02 Comércio, 03 Terreno baldio, 04 Ponto Estratégico (PE: cemitério, borracharia, ferro-velho, depósito de sucata ou materiais de construção, garagem de ônibus ou veículo de grande porte), 05 Escola, 06 Creche, 07 Abrigo, 08 Instituição de longa permanência para idosos, 09 Unidade prisional, 10 Unidade de medida socioeducativa, 11 Delegacia, 12 Estabelecimento religioso, 99 Outros

* Campo obrigatório

** Campo com obrigatoriedade condicional

ANEXO C – MINI EXAME DO ESTADO MENTAL

MINI EXAME DO ESTADO MENTAL

Orientação Temporal Espacial – questão 2.a até 2.j pontuando 1 para cada resposta correta, máximo de 10 pontos.

Registros – questão 3.1 até 3.d pontuação máxima de 3 pontos.

Atenção e cálculo – questão 4.1 até 4.f pontuação máxima 5 pontos.

Lembrança ou memória de evocação – 5.a até 5.d pontuação máxima 3 pontos.

Linguagem – questão 5 até questão 10, pontuação máxima 9 pontos.

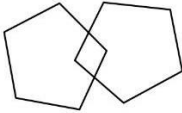
Identificação do cliente

Nome: _____

Data de nascimento/idade: _____ Sexo: _____

Escolaridade: Analfabeto () 0 à 3 anos () 4 à 8 anos () mais de 8 anos ()

Avaliação em: ____/____/____ Avaliador: _____.

Pontuações máximas	Pontuações máximas
<p>Orientação Temporal Espacial</p> <p>1. Qual é o (a) Dia da semana?__ 1 Dia do mês?_____ 1 Mês?_____ 1 Ano?_____ 1 Hora aproximada?__ 1</p> <p>2. Onde estamos?</p> <p>Local?_____ 1 Instituição (casa, rua)?__ 1 Bairro?_____ 1 Cidade?_____ 1 Estado?_____ 1</p>	<p>Linguagem</p> <p>5. Aponte para um lápis e um relógio. Faça o paciente dizer o nome desses objetos conforme você os aponta _____ 2</p> <p>6. Faça o paciente. Repetir “nem aqui, nem ali, nem lá”. _____ 1</p> <p>7. Faça o paciente seguir o comando de 3 estágios. “Pegue o papel com a mão direita. Dobre o papel ao meio. Coloque o papel na mesa”. _____ 3</p> <p>8. Faça o paciente ler e obedecer ao seguinte: FECHER OS OLHOS. _____ 1</p> <p>09. Faça o paciente escrever uma frase de sua própria autoria. (A frase deve conter um sujeito e um objeto e fazer sentido). (Ignore erros de ortografia ao marcar o ponto) _____ 1</p> <p>10. Copie o desenho abaixo. Estabeleça um ponto se todos os lados e ângulos forem preservados e se os lados da interseção formarem um quadrilátero. _____ 1</p>
<p>Registros</p> <p>1. Mencione 3 palavras levando 1 segundo para cada uma. Peça ao paciente para repetir as 3 palavras que você mencionou. Estabeleça um ponto para cada resposta correta. -Vaso, carro, tijolo _____ 3</p>	
<p>3. Atenção e cálculo</p> <p>Sete seriado (100-7=93-7=86-7=79-7=72-7=65). Estabeleça um ponto para cada resposta correta. Interrompa a cada cinco respostas. Ou soletrar a palavra MUNDO de trás para frente. _____ 5</p>	
<p>4. Lembranças (memória de evocação)</p> <p>Pergunte o nome das 3 palavras aprendidas na questão 2. Estabeleça um ponto para cada resposta correta. _____ 3</p>	

ANEXO D – INSTRUMENTO DE RASTREIO DA PESSOA IDOSA VULNERÁVEL



INSTRUMENTO DE RASTREIO DA PESSOA IDOSA VULNERÁVEL

PERGUNTAS	RESPOSTAS	Pontos
1. Qual a sua idade?	() 60 a 74 anos ⁰ () 75 a 84 anos ¹ () ≥ 85 anos ²	
2. Em geral, comparando com outras pessoas de sua idade, você diria que sua saúde é:	() Ruim ¹ () Regular ¹ () Boa ⁰ () Excelente ⁰	
3. É capaz de deitar e se levantar da cama? 4. É capaz de tomar banho sozinho? 5. É capaz de andar 1 quarteirão sozinho? OBS: As atividades acima devem ser realizadas SEM AJUDA	() Sim ⁰ () Não ² () Sim ⁰ () Não ² () Sim ⁰ () Não ²	
6. Faz uso regular de 5(cinco) ou mais medicamentos diferentes, todo dia?	() Sim ² () Não ⁰	
TOTAL DE PONTOS		
CONDUTA		
<p>< 3 pontos = Acompanhamento habitual na unidade de saúde. ()</p> <p>De 3 a 6 pontos = Avaliação na unidade de saúde. ()</p> <p>≥ 7 pontos = considerar a avaliação no domicílio. ()</p>		

*Instrumento elaborado pela Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza.