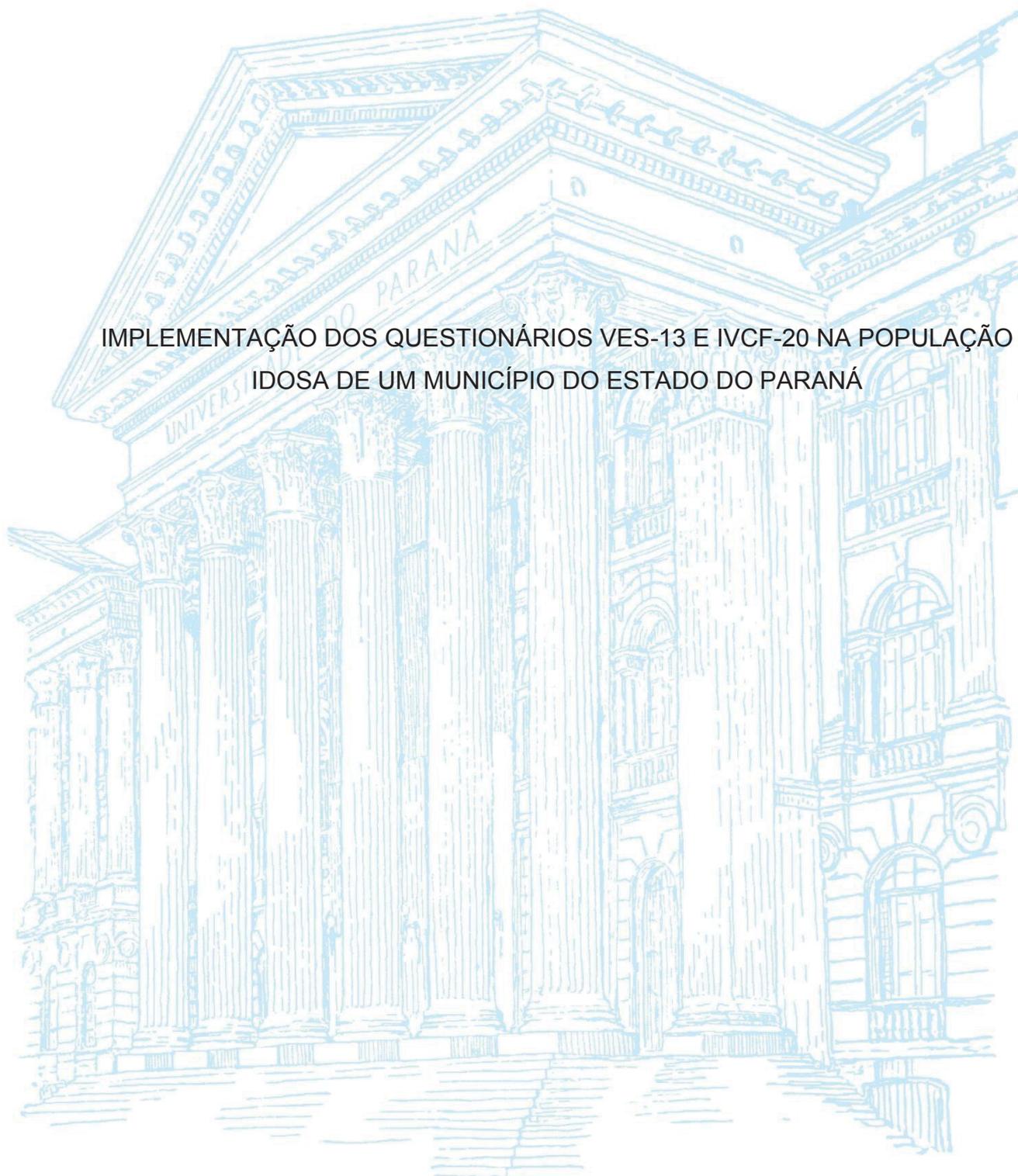


UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

WAKSON MORENON OLIVEIRA SANTOS

IMPLEMENTAÇÃO DOS QUESTIONÁRIOS VES-13 E IVCF-20 NA POPULAÇÃO
IDOSA DE UM MUNICÍPIO DO ESTADO DO PARANÁ



MATO RICO

2019

WAKSON MORENON OLIVEIRA SANTOS

IMPLEMENTAÇÃO DOS QUESTIONÁRIOS VES-13 E IVCF-20 NA POPULAÇÃO
IDOSA DE UM MUNICÍPIO DO ESTADO DO PARANÁ

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial à obtenção do título de Especialista, Curso de Especialização em Atenção Básica, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná.

Orientador: Prof. Vitor Pintarelli

MATO RICO

2019

RESUMO

A implementação dos questionários VES-13 e IVCF-20 na população idosa de um município do estado do Paraná, é um resultado do Curso de Especialização em Atenção básica da UFPR, financiada pela UNA-SUS. A estratificação deficitária da pessoa idosa em relação a vulnerabilidade e fragilidade são lacunas observadas durante o curso. Estratificar os idosos do município de Mato Rico - PR, implementando os questionários VES-13 (Vulnerable Elders Survey-13) e IVCF-20 (Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional-20). Para identificar e delinear os idosos vulneráveis e frágeis. A pesquisa ação foi o método utilizado neste plano. Foi aplicado os questionários VES-13 e IVCF-20 na população idosa do município, um total de 498 idosos submeteu-se a aplicação do questionário VES-13, o qual é uma ferramenta para conhecer os idosos em situação de vulnerabilidade na região da unidade de saúde; pode ser aplicado por profissionais de nível médio (agentes comunitários de saúde, auxiliares e técnicos de Enfermagem), tal questionário foi aplicado nas três unidades de saúde do município de Mato Rico - PR, onde obtivemos 327 (66%) idosos robustos, 84 (17%) em risco de vulnerabilidades e 87 (17%) de idosos frágeis. Em seguida foi aplicado o questionário IVCF-20 nos idosos frágeis, com o objetivo de saber quais eram os idosos de alto risco para vulnerabilidade clínico funcional, que necessitam de pronto encaminhamento para atendimentos secundários e/ou ambulatoriais de atendimento especializado. Constatou-se que 32 (36,78%) idosos apresentam baixo risco; 15 (17,24%) idosos apresentam-se em risco moderado e 40 (45,98%) idosos estão em alto risco de vulnerabilidade clínico funcional, necessitando de atenção multiprofissional na atenção primária mais rigorosa, planos de cuidados, projetos terapêuticos singulares e encaminhamentos para avaliação geriátrico-gerontológica especializada, o mais breve possível. Este trabalho será fornecido como recurso educacional aberto disponível na plataforma REA-UFPR e UNA-SUS. Após o término desta pesquisa ação alcançamos os objetivos propostos, tal ação servirá como instrumento futuro para melhor atendimento da população idosa do município, salientando que tais estratificações devem ser realizadas anualmente, pois a saúde da pessoa idosa não é estática, sofre alterações em curtos espaços de tempo.

Palavras-chave: Estratificação. Idoso. Pessoa idosa. Vulnerabilidade. Fragilidade.

ABSTRACT

The implementation of the questionnaires VES-13 e IVCF-20 in the elderly population of a municipality in the state of Paraná is a result of the Specialization Course in Basic Care of URPR, financed by UNA-SUS. The deficient stratification of the elderly person in relation to vulnerability and fragility are gaps observed during the course. Stratify the elderly in the municipality of Mato Rico-PR, implementing the VES-13 (Vulnerable Elders Survey-13) and IVCF-20 (Clinical-Functional Vulnerability Index-20) questionnaires. To identify and outline the vulnerable and fragile elderly. Action research was the method used in this plan. The VES-13 and IVCF-20 questionnaires were applied in the elderly population of the municipality, a total of 498 elderly subjects were submitted to the VES-13 questionnaire, which is a tool to know the elderly in a situation of vulnerability in the region of the unit of health; (community health agents, nursing auxiliaries and technicians), this questionnaire was applied in the three health units of the municipality of Mato Rico / PR, where we obtained 327 (66%) robust elderly, 84 (17%) at risk of vulnerabilities and 87 (17%) of frail elderly. The IVCF-20 questionnaire was then applied to the fragile elderly, with the purpose of knowing which were the high-risk elderly for functional clinical vulnerability, who need immediate referral for secondary care and/or specialized care outpatient clinics. It was verified that 32 (36.78%) elderly people present low risk; 15 (17.24%) the elderly are at moderate risk and 40 (45.98%) are at high risk of functional clinical vulnerability, necessitating multidisciplinary care in the most rigorous primary care, care plans, unique therapeutic projects and referral for geriatric-gerontological evaluation as soon as possible. This work will be provided as an open educational resource available on the REA-UFPR and UNA-SUS platform. After completing this action research we reach the proposed objectives, this action will serve as a future instrument for better care of the elderly population of the municipality, emphasizing that such stratifications should be carried out annually, since the health of the elderly person is not static, suffers changes in short spaces of time.

Keywords: Stratification. Elderly. Vulnerability. Fragility.

LISTAS DE TABELAS

TABELA 1: CRONOGRAMA DE AÇÕES.....	19
TABELA 2: CRONOGRAMA E EXECUÇÃO.....	29

LISTAS DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 –PORCENTAGEM QUESTIONÁRIO VES-13.	32
GRÁFICO 2 – IDOSOS EM ALTO RISCO DE VULNERABILIDADE	33

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – GRAU DE VULNERABILIDADE DOS IDOSOS.....	31
QUADRO 2 – TABULAÇÃO QUESTIONÁRIO IVCF-20.	33

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
1.1	O MUNICÍPIO	10
1.1.1	Descrição	10
1.1.2	Indicadores Sociais	10
2	PROBLEMA	12
2.1	FALTA DE ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO DA PESSOA IDOSA	12
2.2	JUSTIFICATIVA	12
2.3	OBJETIVOS	14
2.3.1	Objetivo Geral.....	14
2.3.2	Objetivos Específicos	15
3	METODOLOGIA	16
3.1	COLOCAÇÃO DO PROBLEMA	16
3.2	BASE TEÓRICA.....	16
4	ELABORAÇÃO DA PROPOSTA	19
5	REVISÃO DE LITERATURA	20
5.1	O ENVELHECIMENTO	20
5.2	DADOS EPIDEMIOLÓGICOS.....	21
5.3	SAÚDE DO IDOSO	23
5.4	FUNDAMENTOS EM SAÚDE DA PESSOA IDOSA.....	24
5.4.1	Independência	24
5.4.2	Autonomia	25
5.4.3	Capacidade Funcional ou Funcionalidade Global.....	25
5.4.4	Declínio Funcional	26
5.4.5	“Grandes Síndromes Geriátricas” ou “Gigantes Da Geriatria”	26
5.4.6	Capacidade Funcional.....	26
5.4.7	Síndrome de fragilidade.....	27
6	RESULTADOS ESPERADOS	29
6.1	TABULAÇÃO DOS DADOS E ANÁLISE	31
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	35
	REFERÊNCIAS	36

1 INTRODUÇÃO

1.1 O MUNICÍPIO

1.1.1 Descrição

O município de Mato Rico situa-se no estado do Paraná, Brasil. No centro-sul paranaense. Sua Área é de 394,53 km² representando 0.1979% do Estado, 0.07% da Região e 0.0046% de todo o território brasileiro. Seu índice de desenvolvimento humano (IDH) é de 0.64 segundo o Atlas de Desenvolvimento Humano/PNUD (2000). Distante 470 km da capital paranaense, faz divisa com os municípios de Pitanga, Roncador e Palmital. A partir de 1940, as terras da região do atual município de Mato Rico começaram a serem ocupadas por meio de títulos e posses cedidos pelo governo do estado a aventureiros que geralmente migravam para a região com o objetivo de adquirir terras a custo baixo com o intuito de realizar plantações de lavouras para a subsistência (MATO RICO. Prefeitura Municipal, 2018). Ninguém sabe exatamente o motivo do nome Mato Rico, contudo muitos afirmam que esse nome se deu devido a uma grande variedade e espécies de árvores e mata nativa que havia no local. Vieram para a região, descendentes de poloneses, ucranianos, italianos e portugueses, além de indígenas e de afrodescendentes originários do sudeste e nordeste do Brasil. Muitos posseiros não se fixaram nas áreas cedidas ou não se adaptaram ao clima local, dificuldades financeiras, condições geográficas ou mesmo por terem adquirido áreas de terras para fins especulativos. Mas, muitas famílias se fixaram na região e permanecem até hoje, através de seus descendentes, e continuam trabalhando e transformando a região tanto econômica ou geograficamente. O município de Mato Rico foi Criado através da Lei Estadual nº 9.563 de 31 de janeiro de 1991 foi desmembrado de município Pitanga (MATO RICO. Prefeitura Municipal, 2018)

1.1.2 Indicadores Sociais

População total estimada em 3.818 habitantes, de acordo com o Censo Demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010). Conforme Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social (IPARDES, 2018), o município de Mato Rico conta com 957 pessoas domiciliadas na área urbana e 2.861

peças em áreas rurais. A densidade demográfica é de 8,42 habitantes/km². O grau de urbanização é de 25,07% (IPARDES, 2018). A natalidade bruta foi de 15,87/mil habitantes; já a mortalidade geral foi de 8,08/mil habitantes. O município de Mato Rico tem como principal fonte de renda a agricultura e a pecuária. Os produtores cultivam principalmente arroz (em casca), batata-inglesa, feijão, mandioca, milho, soja e trigo. Com 33.243 bovinos, 963 equinos, 1.872 suínos, 1.228 ovinos, 354 caprinos, 1.830 vacas ordenhadas (IPARDES, 2018). O município conta com quatro unidades de saúde, Unidade básica de saúde de Mato Rico, Unidade de apoio Rural Bela Vista; Unidade de apoio Rural Água Bonita e Unidade Estratégia saúde da Família. As quais atendem a população. A 22 Regional de saúde do estado do Paraná é responsável pelo município, absorvendo todas as demandas especializadas e tratamentos fora do domicílio (MATO RICO. Secretaria De Saúde, 2018). Considerando a lei 8080/90, quanto às atribuições e responsabilidades dos três níveis de governo para com a gestão do SUS o município de Mato Rico está habilitado na modalidade de Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde do SUS. Esse modelo de gestão permite a autonomia do município em administrar as ações e serviços da saúde no qual o gestor tem papel fundamental na organização, planejamento e direcionamento das atribuições a serem realizadas contribuindo com a municipalização da saúde sendo uma representação da ramificação e capilaridade da gestão descentralizada. A rede de atenção à saúde municipal conta com atenção básica e primária. Quando necessária atenção especializada, atenção hospitalar, urgência e emergência e alta complexidade em gestação de alto risco, oncologia e cardiologia os casos são referidos para tratamento fora do domicílio. O município é conveniado com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), contando com apoio terrestre e aéreo. Considerando que a principal fonte de renda ser o agronegócio, as queixas principais de saúde decorrem dos esforços laborais. Lombalgias, acidentes com motosserras, intoxicações por agrotóxicos, esgotamento físico, dores nos joelhos, incapacidades físicas, dores crônicas e senilidades (MATO RICO. Secretaria De Saúde, 2018). As patologias que mais evoluem para óbito no município são: neoplasias (tumores) 8 óbitos; endócrinas, nutricionais e metabólicas, 1 óbito; sistema nervoso, 1 óbito; aparelho circulatório, 2 óbitos; aparelho respiratório, 9 óbitos; aparelho digestivo, 2 óbitos; aparelho geniturinário, 1 óbito; causas externas, 1 óbito (IPARDES, 2018 - MS / Datasus, SESA-PR).

2 PROBLEMA

2.1 FALTA DE ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO DA PESSOA IDOSA

No município de Mato Rico no ano de 2017 haviam 455 idosos, 259 homens e 196 mulheres (IPARDES, 2018). Perfazendo 11,91% da população geral. Muitos destes em condições de vulnerabilidade. Muitos abandonados pelos familiares, alguns vivendo de forma precária junto à sua parentela, cumprindo o papel de provedores, cuidadores de menores ou empregados domésticos. O não cuidado e observação dos idosos acarreta uma sobrecarga nos atendimentos de saúde. Constando que as patologias que afetam os idosos em sua grande maioria são de natureza crônica. A inexistência de um fluxograma municipal para atendimento e encaminhamentos desses idosos.

2.2 JUSTIFICATIVA

Há várias políticas públicas que garantem os direitos da pessoa idosa no Brasil, tais como; Política Nacional do Idoso – Lei nº 8.842/1994, que prevê a garantia dos direitos sociais à pessoa idosa, Estatuto do Idoso – Lei nº 10.741/2003, em especial no que concerne ao Capítulo IV – Do Direito à Saúde; Decreto nº 8.114 de 2013, que estabelece o Compromisso Nacional para o Envelhecimento Ativo; Planejamento Estratégico do Ministério da Saúde, (2011-2015) em especial no seu Objetivo Estratégico 06: Garantir a atenção integral à saúde da pessoa idosa e dos portadores de doenças crônicas em todos os níveis de atenção. O rápido envelhecimento da população brasileira, aliado ao aumento da longevidade dos idosos traz profundas consequências na estruturação das redes de atenção à saúde, com maior carga de doenças crônicas e incapacidades funcionais saúde (PARANÁ. Curitiba, 2017).

Conseqüentemente, constata-se o surgimento de novas demandas e o uso mais intensivo dos serviços de saúde (PARANÁ. Curitiba, 2017). O conceito de saúde deve estar claro no idoso. Não se deve confundir presença de doenças ou idade avançada com ausência de saúde. Define-se saúde como uma medida da capacidade individual de realização de aspirações e da satisfação das necessidades, independentemente da idade ou da presença de doenças (MORAES; LANNA, 2014).

O foco da saúde está estritamente relacionado à funcionalidade global do indivíduo, definida como a capacidade de gerir a própria vida ou cuidar de si mesmo. A pessoa é considerada saudável quando é capaz de realizar suas atividades sozinha, de forma plena, mesmo que seja muito idosa ou portadora de doenças (MORAES, 2012). Compreender a realidade de cada indivíduo, observar as reais demandas são um alicerce para uma assistência ampla para o idoso. A proposta é que o modelo de atenção ao idoso tenha como foco a identificação de riscos potenciais. Ao monitorarmos a saúde em vez da doença, direcionamos o investimento dos recursos do sistema de saúde para uma intervenção precoce, o que resulta em chances mais generosas de reabilitação e em redução do impacto na funcionalidade (VERAS, 2015). Ao monitorarmos a saúde em vez da doença, direcionamos o investimento dos recursos do sistema de saúde para uma intervenção precoce, o que resulta em chances mais generosas de reabilitação e em redução do impacto na funcionalidade (VERAS, 2015). No município observamos múltiplas faces do envelhecer, vários idosos vivendo sós, robustos, independentes, tendo como rotina diária o trabalho e os afazeres domésticos. Em outra face, observamos grande quantidade de idosos dependentes, frágeis, incapazes de cumprirem com autonomia as atividades da vida diária. Portadores de doenças crônicas agudizadas, desnutridos, abandonados pelos familiares. Necessitando de apoio das unidades de saúde e assistência social.

Conhecer e tratar condições crônicas de saúde é importante no âmbito da atenção básica, porém não é o suficiente, conhecer os lares, as dinâmicas familiares, os atores envolvidos na vida do idoso é de suma importância. Garantir e prevenir a não ocorrência de acidentes domiciliares asseguram uma melhor expectativa e qualidade de vida para os idosos. Os índices de internamentos ocorridos devido fraturas e traumas são exorbitantes, garantindo a alta mortalidade destes pacientes. Observando a realidade, constatamos a necessidade de realizar a estratificação de risco da pessoa idosa na atenção primária à saúde. Envelhecer sem nenhuma doença crônica é mais uma exceção do que a regra (VERAS, 2012).

A grande maioria dos idosos residentes no município são pioneiros, trabalharam a vida toda na extração de madeira, agricultura e criação de gado. A evasão dos residentes mais novos em busca de oportunidades, estudo e melhores trabalhos denotam a realidade de uma cidade rural do interior, onde os mais antigos permanecem por não se adequarem a uma nova realidade. Os serviços de saúde absorvem estes usuários, por atendimentos de demanda livre, visitas domiciliares ou

urgência e emergência. O fato é, idosos vulneráveis, em situação de fragilidade clínico-funcional e fragilidade sócio-familiar requerem um atendimento individualizado.

A necessidade de um fluxo de atendimento, acompanhamento e encaminhamento se faz necessário. A orientação das equipes de saúde, assistência social e cuidadores é salutar.

O foco da saúde está estritamente relacionado a funcionalidade global do indivíduo, definida como a capacidade de gerir a própria vida ou cuidar de si mesmo. A pessoa é considerada saudável quando é capaz de realizar suas atividades sozinha e de forma plena, mesmo que seja muito idosa ou portadora de doenças (MORAES, 2012). A compreensão do estado integral de saúde e a realidade sócio familiar que o idoso está inserido é ferramenta importante da atenção primária. Considerando a longitudinalidade e a população adscrita, podemos lançar mão de implementações e cuidados individualizados que resultaram em melhores resultados. O declínio funcional da pessoa idosa é previsível, evitável e pode ser adiado, entretanto, o modelo atual de atenção não o reconhece como uma condição-problema (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

Observamos tais disparidades, muitos idosos robustos do município com força vital preservada, vivendo a sós, em casas com má acessibilidade, distantes da cidade, vulneráveis a quedas no próprio domicílio, situações de má alimentação, risco social e criminal. A proposta deste trabalho vem ao encontro das necessidades e demandas encontradas na realidade do município

2.3 OBJETIVOS

2.3.1 Objetivo Geral

Estratificar os idosos do município de Mato Rico-PR implementando os questionários VES-13 (pesquisa de anciões vulneráveis-13, tradução nossa) e IVCF-20 (índice de vulnerabilidade clínico funcional). Para identificar e delinear os idosos frágeis.

2.3.2 Objetivos Específicos

Conhecer os idosos frágeis; com foco na otimização e na priorização dos atendimentos na unidade de saúde.

3 METODOLOGIA

O instrumento metodológico deste trabalho será pesquisa-ação. A pesquisa-ação é um tipo de pesquisa social que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo e no qual os pesquisadores e os participantes representativos da situação da realidade a ser investigada estão envolvidos de modo cooperativo e participativo. (THIOLLENT,1985).

3.1 COLOCAÇÃO DO PROBLEMA

Porque realizar a estratificação de risco da pessoa idosa no município de Mato Rico?

A necessidade de um fluxo de atendimento, acompanhamento e encaminhamento se faz necessário. A orientação das equipes de saúde, assistência social e cuidadores é salutar.

3.2 BASE TEÓRICA

O rápido envelhecimento da população brasileira, aliado ao aumento da longevidade dos idosos traz profundas consequências na estruturação das redes de atenção à saúde, com maior carga de doenças crônicas e incapacidades funcionais (PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde, 2017). A necessidade de melhorias na estruturação dos atendimentos nas unidades de saúde se faz necessário, a pessoa idosa requer uma rede de atenção interligada, com fluxos bem estabelecidos para uma melhor assistência. Estratificar o grau de dependência individualmente, desenvolver planos terapêuticos singulares com as equipes envolvidas, sempre observando longitudinalidade do cuidado é ferramenta modeladora da realidade. Constata-se o surgimento de novas demandas e o uso mais intensivo dos serviços de saúde. Todavia, ainda que as doenças sejam mais frequentes nesta faixa etária, nem sempre estão associadas a dependência funcional. Assim, o envelhecimento do indivíduo não é sinônimo de incapacidades e dependência, mas sim, de maior vulnerabilidade (PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde, 2017).A capacidade funcional é um novo indicador de saúde, pois a maioria dos idosos é portadora de

doenças ou disfunções orgânicas que, na maioria das vezes, não estão associadas a limitação das atividades ou a restrição de sua participação social. Assim, mesmo com doenças, o idoso pode continuar desempenhando seus papéis sociais (PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde, 2017).

Será estratificado toda a população idosa do município de Mato Rico, considerando cada especificidade encontrada.

Primeiramente será aplicado o VES-13 pelos agentes comunitários de saúde, para delimitação de questões como: idade; autopercepção da saúde; limitação física e incapacidades. Tal questionário estratificará os idosos em 3 níveis: baixo risco, médio risco e alto risco. Na Pontuação do VES-13 baixo risco (pontuação <2) indica idoso robusto; médio risco (pontuação de 3-6) idoso em risco de fragilização, risco alto (pontuação ≥ 7) nos aponta idoso frágil.

Em posse destes indicadores, o foco será os idosos com risco alto (pontuação ≥ 7), o universo de idosos será restrito somente para os frágeis, que necessitam de maiores cuidados e intervenções. Usaremos como ferramenta após esta etapa o IVCF-20, que nos trará mais clareza. O IVCF-20 é um questionário simples, capaz de avaliar os principais determinantes da saúde do idoso. Apresenta caráter multidimensional e alta confiabilidade (PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde, 2017).

Os principais objetivos do instrumento são: Identificação do idoso frágil (estratificação de risco), que deverá ser submetido a Avaliação Multidimensional do Idoso (Avaliação Geriátrica Ampla) e elaboração do Plano de Cuidados; Indicação de intervenções interdisciplinares capazes de melhorar a autonomia e independência do idoso e prevenir o declínio funcional, institucionalização e óbito, mesmo na ausência da Avaliação Multidimensional do Idoso tradicional; planejamento de demanda programada no SUS e na Saúde Suplementar: definição de grupo de idosos que necessitarão de atendimento diferenciado na Unidade Básica de Saúde (PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde, 2017).

Tal estratificação responderá a vários anseios e dúvidas dos profissionais envolvidos na Estratégia Saúde da Família e atenção básica, tais como: qual idoso merece mais atenção da equipe? Qual é indicado visita domiciliar? Em qual situação devem ser encaminhados para serviços especializados? Em quanto tempo retorno para uma visita domiciliar? Embasamento jurídico para intervenções e ações conjuntas (CRAS/CREAS). O IVCF-20 instrumento simples e de rápida aplicação (5 a

10 minutos) e tem a vantagem de ter caráter multidimensional, pois avalia oito dimensões consideradas preditoras de declínio funcional e/óbito em idosos: a idade, a autopercepção da saúde, as atividades de vida diária (três AVD instrumentais e uma AVD básica), a cognição, o humor/comportamento, a mobilidade (alcance, preensão e pinça; capacidade aeróbica/ Muscular; marcha e continência esfinteriana), a comunicação (visão e audição) e a presença de morbidades múltiplas, representada por polipatologia, polifarmácia e/ou internação recente. Cada seção é avaliada através de perguntas simples, que podem ser respondidas pelo idoso ou por alguém que conviva com ele, familiar ou cuidador (PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde, 2017).

. Foram também incluídas algumas medidas consideradas fundamentais na avaliação do risco de declínio funcional do idoso, como peso, estatura, IMC, circunferência da panturrilha e velocidade da marcha em 4 metros. Pode ser aplicado por toda a equipe de enfermagem (enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem) e demais profissionais da área de saúde (médico, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, assistente social, dentista, psicólogo e farmacêutico).

4 ELABORAÇÃO DA PROPOSTA

A estratificação de risco dos idosos, fluxo dos atendimentos e encaminhamentos ocorreram na unidade da equipe da Estratégia Saúde da Família, visitas domiciliares e buscas ativas. Absorvendo a dinâmica da unidade de saúde.

TABELA 1: CRONOGRAMA DE AÇÕES

DATA/ ANO 2019 HORA RIO	OBJETIVO	ESTRATÉGIA	DURAÇÃO/ PARTICIPAN TES	RECURSOS UTILIZADOS
03/06 08:00 às 09:30	Reunião com equipe ESF/UBS/NASF-AB	Roda de conversa	1:30 hora Equipe de enfermagem	Multimídia
04/06 2019	Anunciar na rádio da cidade o evento. Solicitar o comparecimento dos idosos em suas Unidades de saúde	Rádio do Município	8 horas	Rádio Internet
05/06 10:00 às 11:30	Tabulação de dados existentes de todo município	Planilha de controle	1:30 h. Equipe Enfermagem ESF	Computadores
05/04 2019	Estratificação idosos por comunidades VES-20	Planilha de controle Atendimentos	4 horas Equipe ESF Agentes comunitários de saúde	Computadores Materiais para medidas antropométricas
06/06 2019	Tabulação e estratificação dos idosos Comunidade Rural Água Bonita	Planilha de controle Atendimentos.	4 horas Equipe ESF	Computadores Materiais para medidas antropométricas
06/06 2019	Tabulação e estratificação dos idosos Comunidade Rural Bela vista.	Planilha de controle. Atendimentos	4 horas Equipe ESF	Computadores Materiais para medidas antropométricas
08/06 2019	Tabulação e estratificação dos idosos Unidade de Saúde Mato Rico	Planilha de controle Atendimentos	4 horas Equipe ESF	Computadores Materiais para medidas antropométricas
09/06 2019	Avaliação dos dados obtidos	Planilha de controle	3 horas. Equipe ESF	
09/06 2019	Exposição dos dados obtidos para equipe de saúde	Planilha de controle	1 horas Equipe ESF	Computadores Equipamento multimídia

FONTE: O autor (2019).

5 REVISÃO DE LITERATURA

5.1 O ENVELHECIMENTO

É inegável o envelhecimento da sociedade contemporânea, o crescimento linear de pessoas acima de 60 anos é maior em comparação com outras idades em todo o mundo.

De acordo com dados do IBGE, a expectativa de vida ao nascer dos brasileiros tem aumentado progressivamente e, em 2016, alcançou uma média de 75,72 anos. Em torno de 29 milhões de brasileiros têm 60 anos ou mais, o que equivale a 14,3% da população total (IBGE, 2015) e as projeções apontam que, em 2030, o número de idosos superará o de crianças e adolescentes de 0 a 14 anos em cerca de 2,28 milhões. Em 2050, a população idosa representará cerca de 30% da população brasileira, enquanto as crianças, 14% (BRASIL, 2017, p. 13).

Envelhecer está ligado à deterioração do corpo, ao declínio e à incapacidade. Na base da rejeição ou da exaltação a crítica da velhice, existe uma forte associação entre esse evento do ciclo vital com a morte, a doença, o afastamento e a dependência (NERI; FREIRE, 2000, citado por SCHNEIDER; IRIGARAY, 2008). O conceito de velhice é muito amplo, quase sempre com conotação negativa e preconceituosa.

A velhice começou a ser tratada como uma etapa da vida caracterizada pela decadência física e ausência de papéis sociais a partir da segunda metade do século XIX. O avanço da idade dar-se-ia como um processo contínuo de perdas e de dependência, que daria uma identidade de falta de condições aos idosos e seria responsável por um conjunto de imagens negativas associadas à velhice (DEBERT, 1999 citado por SCHNEIDER-IRIGARAY, 2008).

De acordo com o Estatuto do Idoso (2003), as pessoas com idade igual ou superior a 60 anos são reconhecidas como idosos. Conhecer tal transição demográfica da população brasileira é de extrema importância para os serviços de saúde. À medida que envelhece, a população passa a apresentar um perfil epidemiológico diferenciado, caracterizado pelo aumento progressivo da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, como diabetes, doença arterial coronariana e doença pulmonar obstrutiva, entre outras, do qual decorre a crescente demanda por cuidados de longa duração (BRASIL, 2017). O conceito de saúde deve estar claro no idoso. Não se deve confundir presença de doenças ou idade avançada com ausência

de saúde. Define-se saúde como uma medida da capacidade individual de realização de aspirações e da satisfação das necessidades, independentemente da idade ou da presença de doenças (MORAES; LANNA, 2014). Conforme indicado no XXX Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde:

[...] é importante sinalizar que o envelhecimento não é sinônimo de incapacidades e dependência, mas de maior vulnerabilidade, requerendo cuidados que considerem as especificidades da população que envelhece. O processo de envelhecimento é natural, irreversível e individual, marcado pela heterogeneidade entre os idosos, em função de suas características sociais, pessoais, econômicas e culturais que foram estruturando ao longo da vida (DIRETRIZES PARA O CUIDADO DAS PESSOAS IDOSAS NO SUS: PROPOSTA DE MODELO DE ATENÇÃO INTEGRAL, 2014, p. 25).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define o envelhecimento saudável como o processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional que permite o bem-estar na idade avançada (OMS, 2015), a presença de doenças crônicas em um indivíduo não determina sua qualidade de vida e autonomia individual. A perda das habilidades comumente associada ao envelhecimento na verdade está apenas vagamente relacionada com a idade cronológica das pessoas. Não existe um idoso “típico”. A diversidade das capacidades e necessidades de saúde dos adultos maiores não é aleatória, e sim advinda de eventos que ocorrem ao longo de todo o curso da vida e frequentemente são modificáveis, ressaltando a importância do enfoque de ciclo de vida para se entender o processo de envelhecimento, embora a maior parte dos adultos maiores apresente múltiplos problemas de saúde com o passar do tempo, a idade avançada não implica em dependência (OMS, 2015). Não há um consenso sobre o que se nomeia velhice porque as divisões cronológicas da vida do ser humano não são absolutas e não correspondem sempre às etapas do processo de envelhecimento natural. A velhice não é definida por simples cronologia, mas pelas condições físicas, funcionais, mentais e de saúde das pessoas, o que equivale a afirmar que podem ser observadas diferentes idades biológicas e subjetivas em indivíduos com a mesma idade cronológica (SAN MARTÍN; PASTOR, 1996).

5.2 DADOS EPIDEMIOLÓGICOS

Em 2015, viviam no mundo 901 milhões de indivíduos com idade iguais ou superiores a 60 anos. Esse número deve aumentar para 1,4 bilhão em 2030 e para 2,1 bilhões em 2050. Embora seja previsto aumento substancial do número de idosos virtualmente em todos os países entre 2015 e 2030, esse crescimento deve ser maior nas regiões em desenvolvimento (NAÇÕES UNIDAS, 2015 apud. PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde, 2018, p.25). Para o Brasil, cuja população idosa em 2010 representava 11,7% da população geral, projeta-se aumento desse percentual para 18,8% em 2030 e para 29,3% em 2050 (NAÇÕES UNIDAS, 2015 citado por PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde, 2018, p.25). Em 2010 o padrão demográfico do Paraná seguiu os mesmos padrões do Brasil, naquele ano, os idosos já representavam 11,2% da população total do Estado, com um contingente de 1.170.955 indivíduos (PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde, 2018, p.26). Enquanto a população idosa paranaense triplicou nos últimos 30 anos, passando de 376.816 indivíduos em 1980, para 1.170.955 em 2010, a população de 0 a 15 anos vem apresentando progressiva redução (PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde, 2018, p.26). Em 2015, a esperança de vida ao nascer no Paraná era de 76,8 anos para a população geral, sendo de 73,4 anos para homens e 80,2 anos para mulheres. Nesse mesmo ano, indivíduos que alcançaram a idade de 65 anos vivendo em nosso Estado (esperança de vida aos 65 anos) tinham ainda a expectativa de viver mais 18,5 anos, sendo 17,1 anos para os homens e 19,8 anos para as mulheres. Verifica-se assim, também no Paraná, fenômeno que se observa globalmente, a feminização da velhice (IBGE, 2015).

Segundo a mais recente estimativa populacional brasileira, apresentada na Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílio 2015 (PNAD 2015)¹⁹, o número de idosos no Brasil chegou a 29.374.000, equivalente a 14,3 % da população geral. Segundo a mesma estimativa, o Paraná é o Estado com a 9ª maior população idosa do país, formada por 1.637.000 indivíduos, o que representa 14,6% da população geral. A PNAD 2015 mostra também que o número de crianças com idades de até 15 anos continua diminuindo, elevando, com isso, o Índice de Envelhecimento, que no Paraná chegou a 74 em 2015. As projeções são de crescimento intenso e sustentado da população idosa no Brasil e também no Paraná. Estima-se que em 2030 devam existir 2.518.516 idosos em nosso Estado, representando 20,9% da população geral (PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde, 2018, p. 27).

Considerando que o aumento da população idosa incide no aumento das doenças não contagiosas, que demandam maior atenção e tempo de cuidados:

Em menos de 40 anos, passamos de um cenário de mortalidade próprio de uma população jovem para um quadro de enfermidades onerosas, típicas da terceira idade, caracterizado por doenças crônicas e múltiplas, que perduram por anos, com exigência de cuidados constantes, medicação contínua e exames periódicos. As doenças infectocontagiosas, que representavam cerca de metade das mortes registradas no país em meados do século 20, hoje são responsáveis por menos de 10%, ocorrendo o oposto em relação às doenças cardiovasculares (PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde, 2018, p. 28).

Atualmente, chegar à velhice é uma realidade populacional mesmo nos países mais pobres. Ainda que a melhora substancial dos parâmetros de saúde das populações observada no século XX esteja longe de se distribuir de forma equitativa nos diferentes países e contextos socioeconômicos, envelhecer não é mais privilégio de poucos (VERAS, 2008). Entre idosos, tão ou mais importante do que o conhecimento sobre as doenças que os acometem é o conhecimento sobre os determinantes de sua saúde, sua funcionalidade e grau de dependência e de fragilidade (PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde, 2018, p. 29).

5.3 SAÚDE DO IDOSO

O Brasil hoje é um “jovem país de cabelos brancos” (VERAS, 2008). A saúde do idoso resulta da interação multidimensional entre saúde física, saúde mental (aspectos cognitivos e emocionais), autonomia, integração social, suporte familiar e independência econômica (PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde, 2018, p. 33). O Brasil organiza-se para responder às crescentes demandas de sua população que envelhece. A Política Nacional do Idoso, promulgada em 1994 e regulamentada em 1996, assegura direitos sociais à pessoa idosa, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade e reafirmando o direito à saúde nos diversos níveis de atendimento do SUS (Lei nº 8.842/94 e Decreto nº 1.948/96). Em 1999, a Portaria Ministerial nº 1.395 anuncia a Política Nacional de Saúde do Idoso, a qual determina que os órgãos e entidades do Ministério da Saúde relacionados ao tema promovam a elaboração ou a readequação de planos, projetos e atividades na conformidade das diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas (BRASIL, 1999). Um grande salto na concepção e definição da saúde da pessoa idosa foi dado. Essa política assume que o principal problema que pode afetar o idoso é a

perda de sua capacidade funcional, isto é, a perda das habilidades físicas e mentais necessárias para realização de atividades básicas e instrumentais da vida diária (BRASIL, 1999). Não se fica velho aos 60 anos. O envelhecimento é um processo natural que ocorre ao longo de toda a experiência de vida do ser humano, por meio de escolhas e de circunstâncias. O preconceito contra a velhice e a negação da sociedade quanto a esse fenômeno colaboram para a dificuldade de se pensar políticas específicas para esse grupo (BRASIL, 1999).

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para melhor assistência indica:

- a) promoção do envelhecimento ativo e saudável;
- b) atenção integral, integrada à saúde da pessoa idosa;
- c) estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção;
- d) provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa;
- e) estímulo à participação e fortalecimento do controle social;
- f) formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa;
- g) divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS;
- h) promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa;
- i) apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

Observando as especificidades de cada região, neste sentido a atenção básica à saúde desempenha papel primordial na ordenação do cuidado ofertado à saúde da pessoa idosa.

5.4 FUNDAMENTOS EM SAÚDE DA PESSOA IDOSA

Vários termos e definições são usados em geriatria e na assistência a pessoa idosa, os profissionais em saúde devem estar familiarizados com tais assertivas.

5.4.1 Independência

É a capacidade individual de executar algo com os próprios meios, sem a ajuda de outra pessoa (Moraes, 2016). A independência de cada indivíduo varia de acordo com a idade e história de vida.

5.4.2 Autonomia

É a capacidade individual de decisão e comando sobre as ações (autogoverno), estabelecendo e seguindo as próprias convicções (MORAES, 2016). A autonomia está diretamente relacionada ao exercício da capacidade de escolha, o que favorece à saúde integral do sujeito, valorizando o respeito aos seus valores e singularidade, presentes na expressão da sua vontade (MEDEIROS, 2002). Há vários níveis de autonomia, sendo: autonomia da ação (independência na capacidade física), autonomia de vontade (relacionada com a capacidade do indivíduo escolher livremente, de acordo com a sua vontade) e, autonomia de pensamento (capacidade relacionada a ter uma reflexão crítica em relação à escolha) (FARINATTI, 1997). A autonomia em seu exercício nos arremete a um envelhecer mais sadio, pois traz consigo o saber individual, tomando a pessoa idosa como um ser único e ativo.

5.4.3 Capacidade Funcional ou Funcionalidade Global

Entende-se por capacidade funcional a capacidade do indivíduo para a manutenção plena das habilidades físicas e mentais desenvolvidas ao longo da vida, necessárias e suficientes para que se tenha um cotidiano com independência e autonomia (PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde, 2018). A funcionalidade global é a base do conceito de saúde do idoso, que é considerado saudável quando é capaz de realizar suas atividades sozinho, de forma independente e autônoma, mesmo que tenha doenças (MEDEIROS, 2002).

Independência e autonomia estão intimamente relacionadas, mas são conceitos diferentes. Existem pessoas com dependência física, mas capazes de decidir as atividades de seu interesse. Por outro lado, há pessoas que têm condições físicas para realizar determinadas tarefas do cotidiano, mas não têm condições de decidir e escolher com segurança sobre como, quando e onde se envolver nessas atividades (PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde, 2018). A perda da independência nem sempre se associa à perda de autonomia: um idoso com perda da capacidade de deambular, pode perfeitamente gerenciar sua vida com autonomia e participação social (PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde, 2018).

5.4.4 Declínio Funcional

É a perda da autonomia e/ou da independência, pois restringe a participação social do indivíduo. Por sua vez, a independência e a autonomia estão intimamente relacionadas ao funcionamento integrado e harmonioso de sistemas funcionais como a cognição, humor/comportamento, mobilidade e comunicação (PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde, 2018). Fragilidade, não possui uma definição consensual. Constitui-se em uma síndrome multidimensional envolvendo uma interação complexa dos fatores biológicos, psicológicos e sociais no curso de vida individual, que culmina com um estado de maior vulnerabilidade, associado ao maior risco de ocorrência de desfechos clínicos adversos - declínio funcional, quedas, hospitalização, institucionalização e morte (BRASIL, Ministério da Saúde, 2006, p.50).

5.4.5 “Grandes Síndromes Geriátricas” ou “Gigantes Da Geriatria”

A geriatria surgiu como uma especialidade médica na Inglaterra. Lá se cunhou a expressão “Gigantes da geriatria”. Os geriatras ingleses observaram que cinco problemas de difícil solução eram extremamente comuns dentre os idosos. Sua etiologia era multifatorial, e sua abordagem demandavam cuidados de uma equipe interdisciplinar. Os problemas eram: a) Iatrogenia, b) Incontinência urinária; c) instabilidade postural, quedas e fraturas; d) doenças neuropsiquiátricas (depressão, insônia, demências e delirium); e) síndrome de imobilidade (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS (UFMG) – Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON, 2013, p. 59).

5.4.6 Capacidade Funcional

A capacidade funcional da pessoa idosa é a soma das reservas fisiológicas acumuladas durante os anos passados. É a habilidade de reagir frente a demandas físicas, psíquicas e sociais impostos pelas interações diárias. O declínio dessas habilidades traz prejuízos para saúde da pessoa idosa, gerando dependência e fragilidades.

Fragilidade é o estado de aumentada vulnerabilidade a desfechos adversos de saúde como internações, quedas, dependência e mortalidade (PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde, 2018). O idoso traz consigo experiências de vida, ponderações e vivências, na melhor idade é justo que se aproveitem todas essas interações para uma vida de qualidade. A autonomia individual e a cognição garantem tal êxito. Não desejamos que uma pessoa idosa se torne dependente ou mesmo restrita em suas atividades diárias, lembrando que os custos financeiros, emocionais, pessoais e familiares são altíssimos quando se chega a um estado de total dependência (BRASIL, Ministério da Saúde, 2018).

5.4.7 Síndrome de fragilidade

O envelhecimento pode ser entendido como um processo progressivo e dinâmico, múltiplas variáveis perfazem este tema. Por muito tempo observou-se as dinâmicas envolvidas na saúde da pessoa idosa, doenças crônicas, condições agudas e acidentes. Nesse contexto, pode ocorrer o desenvolvimento da fragilidade no idoso, caracterizada como uma síndrome clínica cujos sinais e sintomas são preditores de diversas complicações futuras em sua saúde, o que torna esta condição um importante problema de saúde pública (BREDA, 2007 apud LINCK; CROSSETTI, 2011). Vários autores tentaram definir a síndrome da fragilidade na pessoa idosa:

Embora a fisiopatologia da fragilidade ainda não esteja bem esclarecida, é reconhecido atualmente que ela é um fenômeno multicausal e multidimensional, envolvendo vários órgãos e sistemas (nervoso, endócrino, imune e musculoesquelético), sendo a sarcopenia considerada como o substrato físico do fenótipo da fragilidade (PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde, 2018).

Há dois modelos operacionais para o conceito de fragilidade. O mais difundido e utilizado é o apresentado por Linda Fried e colaboradores (2001), propõe o termo "*Frailty*" para demonstrar uma síndrome geriátrica de natureza multifatorial, caracterizada pela diminuição das reservas energéticas e resistência reduzida a estressores, condições que resultam do declínio cumulativo dos sistemas fisiológicos. Tal conceito foi instrumentalizado como o Fenótipo da Fragilidade ou Fenótipo de *Fried*, caracterizado pela presença de três ou mais critérios: perda involuntária de peso (5 quilos no último ano); autorrelato de exaustão; fraqueza; baixo nível de atividade física e/ou lentidão na marcha. Três ou mais parâmetros define "idoso frágil";

um ou dois parâmetros define idoso “pré-frágil”. A pessoa idosa que não apresentar nenhum desses parâmetros são definidos como robustos. Outro modelo proposto por Rockwood (2005), denominado Índice de Fragilidade, é mais abrangente, baseia-se na presença de déficits cumulativos em diferentes domínios; incluindo comorbidades e incapacidades. É calculado a partir de listas de doenças e déficits físicos e psicossociais presentes no idoso, que variam de 30 a 100 itens e necessita da avaliação geriátrica ampla para sua aplicação (PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde, 2018). Os idosos necessitam de um olhar holístico e ações definidas para uma melhor qualidade de vida. Anteceder a deterioração das reservas vitais é primordial. É necessário instrumentos que possam identificar idosos a beira da fragilidade, as quais, ações preventivas e orientações com o intuito de prevenir o processo de fragilização e/ou idosos já em situação de fragilidade, possam ter este processo postergado o máximo possível, trazendo qualidade de vida. Sabemos que a fragilidade é um fenômeno clínico distinto do envelhecimento, com potencial para reversibilidade por meio de intervenções clínicas específicas (BRASIL. Ministério da Saúde, 2006).

6 RESULTADOS ESPERADOS

O projeto que me propus a desenvolver é um projeto de intervenção em saúde primária, que será aplicado no município de Mato Rico-PR, especificamente nas três unidades de saúde deste município, a saber: Unidade de apoio rural Bela Vista, Unidade de apoio Rural Água Bonita e Unidade Estratégia da Família. Intervenção que visa fortalecer e organizar os atendimentos a pessoa idosa. Estabelecendo o fluxo para melhor execução e seguimento horizontal na atenção primária.

TABELA 2: CRONOGRAMA E EXECUÇÃO

DATA/ HORÁRIO	OBJETIVO	ESTRATÉGIA	DURAÇÃO/ PARTICIPANTES	RECURSOS UTILIZADOS
03/06/19 08:00 às 09:30.	Reunião com equipe ESF/UBS/NASF-AB.	Roda de conversa.	1:30 hora. Equipe de enfermagem.	Multimídia
04/06/19	Anunciar na rádio da cidade o evento. Solicitar o comparecimento dos idosos em suas Unidades de saúde.	Rádio do Município.	8 horas	Rádio Internet
05/06/19. 10:00 às 11:30.	Tabulação de dados existentes de todo município.	Planilha de controle.	1:30h. Equipe Enfermagem ESF	Computadores
05/04/19	Estratificação idosos por comunidades VES-20	Planilha de controle. Atendimentos.	4 horas. Equipe ESF. Agentes comunitários de saúde.	Computadores Materiais para medidas antropométrica s
06/06/19	Tabulação e estratificação dos idosos Comunidade Rural Água Bonita.	Planilha de controle. Atendimentos.	4horas. Equipe ESF	Computadores Materiais para medidas antropométrica s
06/06/19	Tabulação e estratificação dos idosos Comunidade Rural Bela vista.	Planilha de controle. Atendimentos.	4horas. Equipe ESF	Computadores Materiais para medidas antropométrica s

08/06/19	Tabulação e estratificação dos idosos Unidade de Saúde Mato Rico.	Planilha de controle. Atendimentos.	4horas. Equipe ESF.	Computadores Materiais para medidas antropométricas
09/06/19	Avaliação dos dados obtidos.	Planilha de controle.	3h Equipe ESF.	
09/06/19	Exposição dos dados obtidos para equipe de saúde.	Planilha de controle.	1h. Equipe ESF.	Computadores Equipamento multimídia.

FONTE: O autor (2019).

Na data de 03/06/19 foi realizado uma reunião com as equipes de saúde; estratégia saúde da família (ESF), unidade básica de saúde (UBS), agentes comunitários de saúde (ACS's) e núcleo ampliado saúde da família e atenção básica (NASF-AB), para pensarmos em conjunto nas estratégias para uma melhor captação e participação dos idosos em nossa ação. Na oportunidade foram expostos os objetivos deste projeto de intervenção, salientando que cada profissional pode imprimir suas opiniões e melhorias para a aplicação do mesmo. Uma parte importante foi realizar a escuta dos agentes comunitários de saúde, os quais indicaram como fonte para auxiliar a convocação dos idosos a rádio regional, se comprometeram e auxiliar nos convites e estratificação.

No dia 04/06/19 anunciamos na rádio regional a ação proposta pela unidade de saúde, solicitando o comparecimento das pessoas acima de 60 anos nas unidades de saúde.

Na data de 05/06/19 reunimos todas as estratificações já realizadas anteriormente pelos ACS's e pessoal da enfermagem. Haviam dados das três comunidades do município, realizamos uma pré tabulação antes das estratificações em cada comunidade.

Conforme marcado no dia 06/06/19 foram realizados atividades e ações de estratificação dos idosos nas comunidades de apoio rural Bela vista e Água Bonita. Contamos com o apoio das equipes nativas, implementamos a aplicação dos questionários VES-13 e IVCF-20, naqueles idosos que compareceram. Aproveitamos para orientar os presentes com temas relacionados à saúde e bem-estar.

No dia 08/06/19 foram realizadas as implementações dos questionários VES-13 e IVCF-20 na unidade central de saúde do município. Os idosos compareceram

para submeterem-se a tal procedimento. Na oportunidade foram realizadas orientações sobre saúde e bem-estar concomitantemente as ações de estratificações.

Nas datas de 9 e 10 de junho realizamos as tabulações dos dados obtidos em todas as unidades de saúde. Estes indicativos foram tabulados através dos programas Microsoft Word e Excel, em forma de listas e planilhas, separando assim os idosos em vários graus de fragilidade e vulnerabilidade clínico funcional; conforme pontuado em cada questionário.

O processo de análise dos dados envolve diversos procedimentos: codificação das respostas, tabulação dos dados e cálculos estatísticos. Após, ou juntamente com a análise, pode ocorrer também a interpretação dos dados, que consiste, fundamentalmente, em estabelecer a ligação entre os resultados obtidos com outros já conhecidos, quer sejam derivados de teorias, quer sejam de estudos realizados anteriormente (GIL, 2007, p.125).

6.1 TABULAÇÃO DOS DADOS E ANÁLISE

Para melhor compreensão, conhecimento e direcionamento dos idosos do município, idealizamos este projeto de intervenção; pois a implementação dos questionários VES-13 e IVCF-20 garante a otimização do tempo, recursos humanos e têm como premissa a prevenção de eventos incapacitantes ou traumáticos à pessoa idosa. Como exposto, primeiramente foi aplicado o questionário VES-13, para identificar todos os idosos da área de abrangência da UBS (unidade básica de saúde) para priorizar os atendimentos conforme o grau de vulnerabilidade (PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde, 2018). O questionário VES-13 foi aplicado em 498 idosos do município. Após a aplicação do questionário nas três unidades de saúde do município constatamos os seguintes dados indicados no quadro nº1:

QUADRO 1 – GRAU DE VULNERABILIDADE DOS IDOSOS

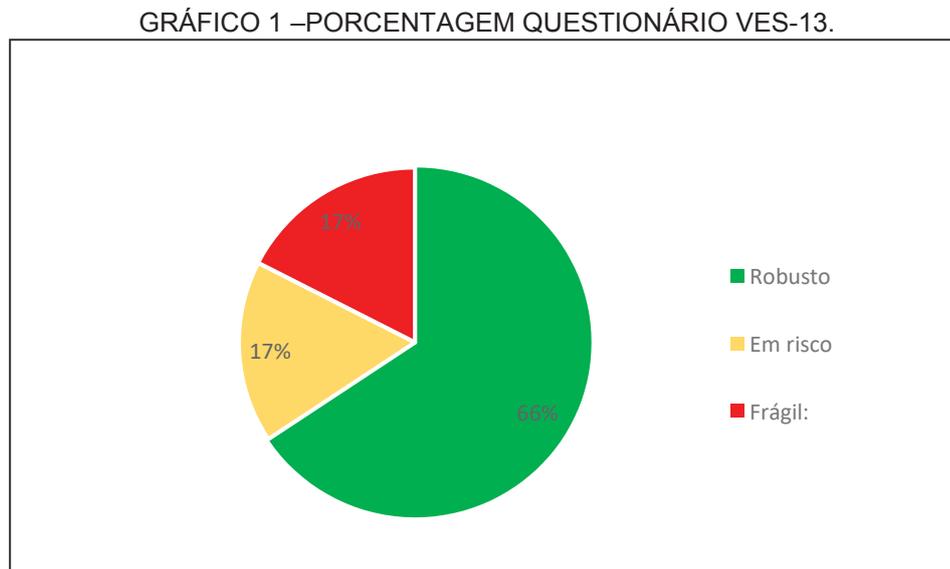
CLASSIFICAÇÃO	TOTAL IDOSOS
Robusto	327
Em risco	84
Frágil:	87

FONTE: O autor (2019).

Compreendendo que o questionário VES-13 é uma ferramenta simples e eficaz, capaz de identificar o idoso vulnerável (risco aumentado de mortalidade em dois anos), com ênfase nos dados referentes à idade, autopercepção da saúde, presença de limitações físicas e incapacidades (PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde, 2018).

Neste projeto utilizamos como referência a Linha guia da Rede de Saúde do Idoso da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, a qual adiciona mais dois subgrupos na classificação além do idoso robusto (VES-13 ≤ 2 pontos), a saber: 3 a 6 pontos – risco moderado ou em risco de fragilização; ≥ 7 pontos- risco elevado ou frágil (PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde, 2018).

O gráfico n°1 demonstra os dados obtidos:



No universo de 498 idosos encontramos 17% em estado de fragilidade, 17% com risco de fragilidade, porém 66% robustos. A dinâmica do envelhecimento requer cuidados e constantes reavaliações. O estado de vulnerabilidade da pessoa idoso pode oscilar entre robusto a frágil em questão de dias; a vigilância constante, cuidados e vínculos familiares são primordiais; a unidade de saúde cumpre papel de apoio, orientando, prevenindo e vinculando o idoso na rede de cuidados.

É importante ressaltar que o VES-13 tem foco na funcionalidade e função física, sem considerar a multidimensionalidade da saúde do idoso, motivo que demanda a confirmação da classificação com instrumento multidimensional (PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde, 2018). Após o devido acolhimento/triagem

dos idosos frágeis passamos para a aplicação do questionário IVCF-20, apresentado no quadro nº1.

Os atendimentos na atenção primária têm como premissa a coordenação dos cuidados, reconhecimento das necessidades de saúde da população adscrita e encaminhamentos oportunos; sem perder o vínculo com o usuário.

O questionário IVCF-20 foi aplicado em 17% da população idosa, ou seja 87 idosos, devidamente rastreados e acolhidos pelos agentes comunitários de saúde (ACS), os quais ajudaram na aplicação do questionário VES-13.

O questionário IVCF-20 mostra-se como bom instrumento, capaz de reconhecer o idoso que precisa ser submetido a uma avaliação realizada por equipe geriátrico-gerontológica especializada (MORAES et al., 2016, p.8).

Observamos a seguinte realidade demonstrada no quadro nº2:

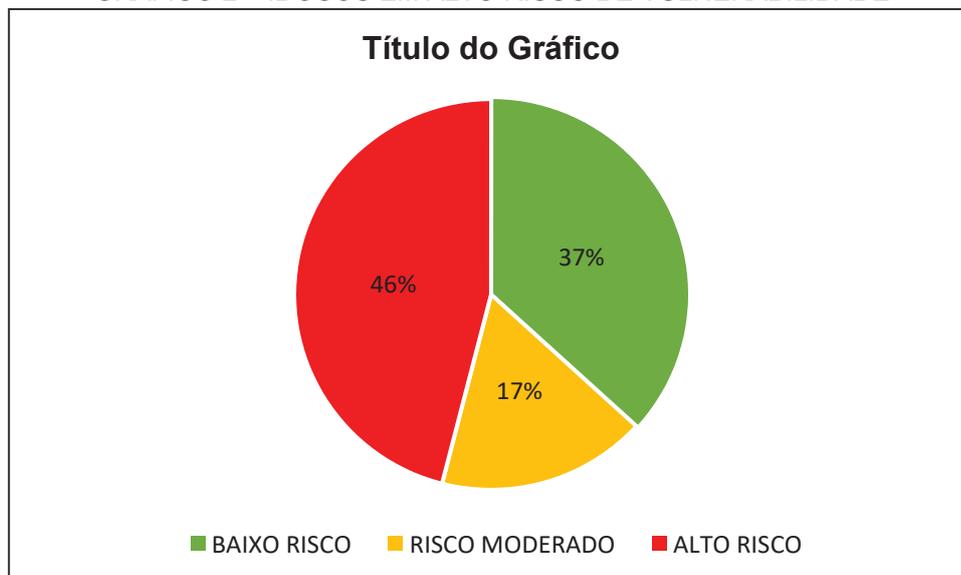
QUADRO 2 – TABULAÇÃO QUESTIONÁRIO IVCF-20.

CLASSIFICAÇÃO	TOTAL IDOSOS
Baixo risco	32
Risco moderado	15
Alto risco	40

FONTE: O autor (2019).

Nota-se a grande quantidade de idosos de alto risco de vulnerabilidade clínico funcional, dado salutar para administração de saúde municipal. Em termos de porcentagem observamos no gráfico 2.

GRÁFICO 2 – IDOSOS EM ALTO RISCO DE VULNERABILIDADE



FONTE: O autor (2019).

Após conhecer estes dados, a administração de saúde pode se organizar para melhor atender a população idosa do município.

Idosos classificados como frágeis (IVCF-20 \geq 15) deverão ser encaminhados à Atenção Secundária – Atenção Ambulatorial Especializada (AAE). Idosos com IVCF-20 entre 7 e 14 poderão, a critério da equipe da APS, ser encaminhados para avaliação na AAE. Todos os idosos encaminhados deverão portar o plano de cuidados em execução na APS (PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde, 2018). Ações para recuperação da autonomia e independência de cada idoso frágil, com risco moderado e baixo risco de vulnerabilidade clínico funcional devem ser indicadas e implementadas pela equipe de saúde.

Muitos dos idosos em condições de fragilidades são os responsáveis e os mantenedores de suas famílias, reportando papel econômico e de base familiar. Muitas famílias contam apenas com as aposentadorias de seus anciões.

Os idosos com baixo risco de vulnerabilidade clínico funcional devem ser acompanhados rotineiramente pela equipe de saúde. Ações promocionais, preventivas, curativas e orientativas devem ser uma constante nas ações da unidade de saúde no atendimento desses idosos.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através deste trabalho podemos conhecer a realidade da população idosa do município de Mato Rico/PR. Consideramos as especificidades municipais, nosso objetivo foi implementar os questionários VES-13 e IVCF-20, para garantir e otimizar os atendimentos a pessoa idosa com mais celeridade.

Através da implementação dos questionários VES-13 e IVCF-20 podemos demonstrar para a equipe e a administração de saúde que a utilização de instrumentos já estabelecidos garantem maior abrangência e equidade, tratando desigual os desiguais. Canalizando os esforços para melhor assistência a grupos que estão em situação de risco ou fragilidade.

O envolvimento de toda a equipe de saúde foi primordial para o êxito desta intervenção, pois todos tomaram para si a proposta. O envolvimento dos familiares, cuidadores e ou/ dependentes são fatores de mudanças e melhorias no cuidado pessoal do idoso.

Com este projeto espera-se a sistematização do acolhimento da pessoa idosa, garantir encaminhamentos oportunos e qualidade no atendimento.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Guia de Políticas: Programas e Projetos. **População idosa, Governo Federal (2015)**. I. Muller, Neusa Pivatto, II. Brasil. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, 2015.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_atencao_pessoa_idosa.pdf> Acesso em: 02 mai. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ envelhecimento_saude_pessoa_idosa.pdf>. Acesso em: 02 mai. 2019.

CHAIMOWICZ, Flávio. **Saúde do idoso**. 2.ed. Belo Horizonte: NESCON UFMG: 2013. 167p. Disponível em: <<https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2014/10/saude-do-idoso-2edicao-revisada.pdf>>. Acesso em: 02 mai. 2019.

FARIA, LR; ALVES, CA. O cuidado na atenção primária à saúde: preliminares de um estudo comparativo Brasil/ Canadá. **rev. Saúde Soc.** São Paulo, v.24, n.1, p.72-85, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n1/0104-1290-sausoc-24-1-0072.pdf>>. Acesso em: 14 jun. 2019.

Gil, AC. Como Elaborar Projetos de Pesquisa. 4. ed. São Paulo, SP: Atlas, 2007. Linck CL, Crossetti MGO. Fragilidade no idoso: o que vem sendo produzido pela enfermagem. **rev. Gaúcha Enferm.** Porto Alegre – RS, v.32, n.2, p.385-93, jun. 2011. Disponível em: <<https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/18119/12788>>. Acesso em: 08 mai. 2019.

MEDEIROS, Giane Amanda. Por uma ética na saúde: algumas reflexões sobre a ética e o ser ético na atuação do psicólogo. **Psicol. rev. Cienc. prof.**[online]. 2002, v.22, n.1, p.30-37. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932002000100005>. Acesso em: 02 mai. 2019.

MORAES, EN, MORAES FL. **Avaliação multidimensional do idoso**. 5. ed. Belo Horizonte: Folium, 2016. 248p.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Atenção à Saúde. **Avaliação Multidimensional do Idoso**. 1. ed. Curitiba: SESA, 2017. 111p. Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. 2017. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acesso em: 25 abr. 2019.

PEREIRA, Adriane Miró Vianna Benke; ROSA, Amélia Cristina Dalazuana Souza. **Breve análise da evolução da mortalidade no Brasil**. Linha guia da saúde do idoso / SAS-SESA. Curitiba: SESA, 2018. Instituto Brasileiro de Geografia e

Estatística (IBGE). Tábua completa de mortalidade para o Brasil – 2015. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/Tabuas_Completas_de_Mortalidade/Tabuas_Completas_de_Mortalidade_2015/tabua_de_mortalidade_analise.pdf>. Acesso em: 29 abr. 2019.

PEREIRA, Rodrigo Pastor Alves et al. A Avaliação Global da Pessoa Idosa como Instrumento de Educação Médica: Relato de Experiência. **rev. bras. educ. med.** v. 40, n.2, p. 314-320; 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v40n2/1981-5271-rbem-40-2-0314.pdf>>. Acesso em: 25 maio 2019.

SUZMAN, R; BEARD, JR; BOERMA, T; CHATTERJI, S. **Health in an ageing world: what do we know?** **rev. Lancet.** v.9967, n.385: p.484-6, 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25468156>>. Acesso em: 25 abr. 2019.

VERAS, R. A urgente e imperiosa modificação no cuidado à saúde da pessoa idosa. **rev. Bras Geriatr Gerontol.** v.18, n.1, p.5-6, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World Health Organization Envelhecimento ativo: uma política de saúde** /; trad.Suzana Gontijo. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. World Health Organization. World report on ageing and health [Internet]. Geneva: WHO; 2015. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186463/1/9789240694811_eng.pdf?ua=1>. Acesso em: 24 abr. 2019.