



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
FACULDADE DE ENFERMAGEM**



**EVANDRO CESAR NATIVIDADE DE SOUSA  
JULLIANA SANTOS RIBEIRO LIMA**

**“A EDUCAÇÃO PERMANENTE COMO ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO NA  
IDENTIFICAÇÃO DO RISCO DE FRAGILIZAÇÃO EM PESSOAS IDOSAS”**

**BELÉM - PA  
2018**

EVANDRO CESAR NATIVIDADE DE SOUSA

JULLIANA SANTOS RIBEIRO LIMA

**“A EDUCAÇÃO PERMANENTE COMO ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO NA  
IDENTIFICAÇÃO DO RISCO DE FRAGILIZAÇÃO EM PESSOAS IDOSAS”**

Trabalho de Conclusão de Curso de graduação, apresentado à Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal do Pará – UFPA, como requisito para a obtenção do título de Licenciatura e Bacharelado.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. MSc. Daiane de Souza Fernandes.

BELÉM - PA

2018

EVANDRO CESAR NATIVIDADE DE SOUSA

JULLIANA SANTOS RIBEIRO LIMA

**“A EDUCAÇÃO PERMANENTE COMO ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO NA  
IDENTIFICAÇÃO DO RISCO DE FRAGILIZAÇÃO EM PESSOAS IDOSAS”**

Trabalho de Conclusão de Curso de graduação,  
apresentado à Faculdade de Enfermagem da  
Universidade Federal do Pará – UFPA, como  
requisito para a obtenção do título de Licenciatura  
e Bacharelado.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. MSc. Daiane de Souza  
Fernandes.

Belém, 18 de Dezembro, 2018

**BANCA EXAMINADORA**

---

Profa. Ma. Daiane de Souza Fernandes (Orientadora)  
Universidade Federal do Pará

---

Profa. Dra. Lúcia Hisako Takase Gonçalves  
Universidade Federal do Pará

---

Profa. Stelacelly Coelho Toscano de Brito  
Universidade Federal do Pará

Dedicamos este trabalho à nossos familiares, amigos e professores por todo incentivo, ajuda e suporte. Como também a todos os Agentes Comunitários de Saúde participantes desta pesquisa. Sem vocês isso não seria possível.

## AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, Gratidão infinda à Deus, pois sem Ele e sua Graça, nada do que somos ou fazemos seria possível. Ele foi, e é, nosso sustento, provedor e melhor professor na vida.

Somos gratos por nossas famílias que sempre nos apoiou e incentivou para que pudéssemos vencer os obstáculos da vida, sem eles também não seríamos nada.

Gratos pela família que ganhamos durante toda a graduação, pessoas incríveis que se mostraram ao longo do tempo exemplos de persistência e superação, sem essas pessoas certamente não seria possível suportar e vencer todas as lutas diárias. Bruna, Galdino, Karina, Suelen e Valéria, fizeram, fazem e sempre farão toda diferença em nossa vida.

À nossa turma 2014B, não poderíamos ter cursado na melhor turma dessa universidade, quantas histórias, quantos exemplos, quanta garra! Nossa admiração, respeito e gratidão por todos. Afinal, o que seriam 4 anos e meio sem a originalidade, criatividade, fertilidade e parceria dessa turma?! Desejamos voos maiores e muito sucesso a cada um.

Grato (Evandro) por ter ao meu lado alguém tão especial, que sempre me incentivou a ser uma pessoa melhor, esta vitória é nossa minha esposa Querida.

Gratidão (Julliana), ao meu companheiro fiel que tanto investiu em mim e hoje é meu esposo, essa conquista é nossa, e sem você não valeria tanto a pena.

E o que dizer da Melhor orientadora do Mundo, exemplo de mulher, profissional, ser humano, alguém com o poder de transformar a vida das pessoas ao seu redor, gratidão eterna a Deus por sua vida, nós a amamos, obrigada por todo apoio, confiança e investimento.

Gratidão à todos os professores que fizeram parte dessa caminhada, vocês merecem todo o reconhecimento.

Minha parceira de TCC é simplesmente incrível, tem uma força que ela talvez nem imagine que tem, quando alguém falar em fé e superação lembre deste nome "JULLIANA", nenhuma luta é tão difícil que não possa ser vencida, e nenhum obstáculo é tão grande que não possa ser superado, gratidão define o sentimento que tenho por sua vida.

Meu amigo, irmão e parceiro de TCC, um exemplo a ser seguido, muito obrigada por tudo, você vai longe.

Estes são os mais profundos e sinceros agradecimentos de Evandro e Julliana.

Até aqui nos ajudou o Senhor!

## RESUMO

O presente estudo teve como objetivo identificar o perfil dos profissionais envolvidos, sensibilizar sobre a importância na identificação dos idosos frágeis e demonstrar a importância da educação permanente como instrumento de intervenção. Trata-se de uma pesquisa descritiva de natureza qualitativa. Após a análise dos dados, houve a inquietação para algumas respostas, levando-nos a selecionar as que se corroboram para a divisão em quatro categorias, que expressam a importância da educação permanente no rastreamento de fragilização de pessoas idosas, a saber: O processo de fragilização atrelado ao comprometimento da capacidade funcional, A importância de instrumentos de rastreamento para identificação do idoso frágil, O ACS como elo entre a comunidade e a equipe de saúde na identificação do idoso frágil e Desafios para identificação do idoso frágil na Atenção Primária a Saúde. Observaram-se inicialmente algumas deficiências por parte dos profissionais quanto à caracterização do processo de fragilização e seus reais conceitos, bem como a utilização de instrumentos para sua identificação, logo após as capacitações ficaram evidente o empoderamento por parte dos profissionais quanto a real necessidade de conhecer o processo de fragilização em todas as suas dimensões, e a forma correta na utilização dos instrumentos de identificação do idoso frágil, portanto podemos afirmar que a educação permanente constitui-se como um importante instrumento de transformação, capaz de mudar realidades e pensamentos, e promover benefícios dentro da saúde coletiva tanto para os usuários quanto para os profissionais que nela atuam.

Palavras chave: Idoso, Educação Permanente, Síndrome da fragilidade.

## **ABSTRACT**

The present study aimed to identify the profile of the professionals involved, to raise awareness about the importance of identifying fragile elderly and to demonstrate the importance of permanent education as an intervention tool. This is a descriptive research of a qualitative nature. After analyzing the data, there was concern for some answers, leading us to select the ones that are corroborated for the division into four categories, which express the importance of continuing education in the screening of older people, namely: The process of embrittlement linked to impairment of functional capacity, The importance of screening instruments to identify the fragile elderly, The ACS as a link between the community and the health team in identifying the fragile elderly and Challenges for identifying the fragile elderly in Primary Health Care. It was observed initially some deficiencies on the part of the professionals regarding the characterization of the process of embrittlement and its real concepts, as well as the use of instruments for its identification, soon after the capacitations became evident the empowerment on the part of the professionals as the real need to know the process of fragilization in all its dimensions, and the correct way to use the instruments of identification of the fragile elderly, therefore we can affirm that permanent education constitutes an important instrument of transformation, capable of changing realities and thoughts, and promote benefits for the users as well as for the professionals who work in it.

Key words: Elderly, Permanent Education, Fragility Syndrome.

## LISTA DE ABREVIATURAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AGA	Avaliação Geriátrica Ampla
APS	Atenção Primária à Saúde
AVD	Atividades de Vida Diária
AIVD	Atividades Instrumentais de Vida Diária
CF	Capacidade funcional
ESF	Estratégia Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
SF	Síndrome da Fragilidade
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
VES-13	<i>VulnerableElders Survey-13</i>

## SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO DO ESTUDO .....	9
2 CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA DE PESQUISA .....	11
2 QUESTÃO NORTEADORA .....	12
<b>CAPÍTULO III- REVISÃO DE LITERATURA .....</b>	<b>14</b>
1 O PROCESSO DE FRAGILIZAÇÃO EM PESSOAS IDOSAS .....	14
2 NOVA CARDENETA DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA .....	15
3 RASTREIO DE FRAGILIZAÇÃO ATRAVÉS DO VES 13 .....	15
4 A POLITICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE .....	16
5 A IMPORTÂNCIA DA EDUCAÇÃO PERMANENTE COM OS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE .....	17
<b>CAPÍTULO IV- METODOLOGIA .....</b>	<b>19</b>
1 LOCAL DE ESTUDO .....	19
2 PARTICIPANTES DA PESQUISA .....	21
2.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO .....	21
3 COLETA DE DADOS .....	21
4 ANÁLISE DOS DADOS .....	22
5 QUESTÕES ÉTICAS E LEGAIS .....	22
7 RISCOS E BENEFÍCIOS .....	23
<b>CAPÍTULO V- RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>23</b>
1 O PROCESSO DE FRAGILIZAÇÃO ATRELADO AO COMPROMETIMENTO DA CAPACIDADE FUNCIONAL .....	25
2 A IMPORTÂNCIA DE INSTRUMENTOS DE RASTREIO PARA IDENTIFICAÇÃO DO IDOSO FRÁGIL .....	28
3 AS DIFICULDADES NA IDENTIFICAÇÃO DO IDOSO FRÁGIL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA .....	30
4 O ACS COMO ELO ENTRE A COMUNIDADE E A EQUIPE DE SAÚDE NA IDENTIFICAÇÃO DO IDOSO FRÁGIL .....	32
<b>CAPÍTULO VI- CONCLUSÃO .....</b>	<b>33</b>
REFERÊNCIAS .....	34
APÊNDICE A .....	38
QUESTIONÁRIO .....	38
APÊNDICE B .....	39
TERMO DE ESCLARECIMENTO .....	39
ANEXO 1 .....	41

## CAPÍTULO I - INTRODUÇÃO

---

### 1 APRESENTAÇÃO DO ESTUDO

O processo de envelhecimento, por muito tempo estigmatizado como sinônimo de doença, fragilidade e perda, atualmente tem ganhado destaque em estudos e em espaços de esclarecimento junto à sociedade. Tal fato justifica-se em números pelo aumento da população idosa no Brasil, e ainda pelo aumento da expectativa de vida da população, tendo em vista que em 2030 a expectativa de vida do brasileiro atinja a faixa dos 75 a 78 anos, sendo maior para mulheres do que para homens, predominando nas regiões Sul e Sudeste (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA -IBGE, 2017).

Além disso, estes demonstram a necessidade de investigação da variação dos aspectos epidemiológicos e sócio-demográficos dessa população, concomitante a isso, o declínio fisiológico e estrutural decorrente do processo de envelhecimento, bem como o aumento de doenças crônicas não transmissíveis. Contudo, não é válido associar categoricamente o envelhecimento a estes fatores, pois envelhecer de forma alguma é sinônimo de adoecer. Porém, quando a senilidade afeta a senescência, revela aspectos observados não tratados durante toda a vida até então, que quando associados a condições epidemiológicas e sócio-demográficas resultam na síndrome da fragilidade.

O termo fragilidade relacionado ao processo de envelhecimento foi explicado primariamente por volta dos anos 2000, pela geriatra e epidemiologista Linda Fried, estudado e reconhecido como síndrome da fragilidade (SF) que está associada ao maior risco de ocorrência de desfechos clínicos adversos, como declínio funcional, quedas, hospitalização, institucionalização e morte (FRIED et al., 2001). A SF é um estado clínico em que há um aumento na vulnerabilidade de um indivíduo para o desenvolvimento de maior dependência e/ou mortalidade quando exposto a um estressor. A fragilidade pode ocorrer como resultado de uma série de doenças e condições médicas (MORLEY et al., 2013).

No Brasil, a Atenção primária que entabula o cuidado a saúde da população, a saúde da pessoa idosa é estabelecida por meio de ações preventivas e terapêuticas. Um dos instrumentos que sugerem a pesquisa de fragilidade é a Avaliação Geriátrica Ampla (AGA), utilizada por profissionais especializados em gerontogeriatría, durante a consulta, com um tempo estimado de 60 a 90 minutos em sua aplicação para identificar o idoso em situação de fragilidade. Contudo, pode-se considerar a AGA como um procedimento diagnóstico de alto custo, que necessita ser bem indicada. Torna-se, portanto, fundamental a utilização de

instrumentos de triagem rápida, aplicados por qualquer profissional de saúde, como os agentes comunitários de saúde ou técnicos de enfermagem, capazes de conhecer o idoso de risco (MORAES et al., 2016).

Por conseguinte, além da citada AGA, a literatura discorre outros instrumentos viáveis nesse processo, porém com baixos índices de aplicação nos serviços de saúde brasileiros no Brasil, de simples e rápida aplicação (5 a 10 minutos), que avaliam as principais dimensões consideradas preditoras de declínio funcional e/ou óbitos em idosos. À exemplo de tais instrumentos, destaca-se aqui o VES-13 (*Vulnerable Elders Survey-13*), desenvolvido com o objetivo de identificar a vulnerabilidade associada aos componentes biofisiológicos dos idosos residentes na comunidade (MAIA et al, 2012).

Parte-se do pressuposto que um instrumento como o VES-13, possui características de utilização totalmente viáveis para a atenção primária, e que seus resultados promoveriam à atenção integral a saúde da pessoa idosa de forma mais ampla, tendo em vista que, todo esse processo possa ser facilitado pela equipe multiprofissional, dada a fixação do VES-13 na atual Caderneta de Saúde da pessoa Idosa desde 2016, e integra um conjunto de iniciativas que tem por objetivo qualificar a atenção ofertada às pessoas idosas no Sistema Único de Saúde, sendo um instrumento proposto para auxiliar no bom manejo da saúde da pessoa idosa (BRASIL, 2016).

Para esses profissionais, a identificação adequada de idosos frágeis ou em risco de fragilização necessita ser simples e rápida (MORAES et al., 2016). Logo, viabilizar um instrumento eficaz, de baixo custo e de possível aplicação pela equipe multiprofissional é substancial para subsidiar as políticas públicas e a aquisição de cuidados que atendam a pessoa idosa de forma integral a lhe garantir um processo de envelhecimento de forma mais saudável.

Para isso, é necessário que a equipe de saúde responsabilize-se pela integralização do cuidado do idoso da comunidade em que atua a fim de identificar idosos vulneráveis para prevenção de agravos. Portanto, a equipe de saúde deve valer-se de uma capacitação eficaz sobre o uso da nova caderneta e do instrumento VES-13 nela inserido, para resultados favoráveis equivalentes a condições de saúde adequadas para a população idosa junto a ela.

Faz-se necessária, então, a formação de profissionais críticos, aptos a trabalhar em equipe e agir de acordo com a realidade social na identificação do idoso frágil por meio de um instrumento. A educação permanente importante instrumento para essa formação em saúde visa ao atendimento das necessidades básicas de saúde da população, estimulando a reflexão crítica acerca das ações executadas nos serviços de saúde e abrindo espaço ao diálogo entre os

diversos saberes, pois assegura participação multiprofissional em atividades educativas (COUTINHO, et al. 2017).

Na realidade da atenção básica, o Agente Comunitário de Saúde (ACS) assume papel essencial em busca da melhoria da qualidade de vida da população: tornando-se o vínculo direto entre os serviços de saúde e a comunidade, mediando as necessidades da população e os cuidados disponíveis com ações de apoio, orientação, acompanhamento e educação em saúde.

Desse modo, a educação permanente em saúde propõe mudanças na formação do profissional, superando o modelo de mera transferência de conhecimentos ao estimular o diálogo e o compartilhamento de experiências por meio das práticas em grupo promovidas com os ACS, onde abre-se espaço de livre expressão que favorece a mudança de comportamento almejada, fazendo-se então, valer disso para a construção deste estudo (SOUSA, et al. 2014; MENDONÇA, et al.2014).

A preservação da autonomia e independência nos idosos atualmente se constitui como um fator de extrema importância no que diz respeito à qualidade de vida, tendo em vista que o aumento da expectativa de vida da população tem crescido significativamente, e com isso novos desafios tem surgido, requerendo uma adequação tanto nas práticas profissionais quanto em nível de políticas públicas (MAIA, et al. 2012).

O maior quantitativo de pessoas idosas relaciona-se diretamente com o possível aumento de incapacidades. Identificar o risco de fragilização neste grupo etário torna-se primordial para a diminuição da perda de independência e fomentação de um envelhecimento ativo (BRASIL, 2006).

Portanto, a utilização de instrumentos que contribuam para uma assistência eficaz, particularmente o VES-13, é um avanço significativo no que concerne a identificação precoce de possíveis casos de fragilização e com isso traçar medidas que visem a melhoria na qualidade de vida dos idosos.

## **2 CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA DE PESQUISA**

O crescente aumento da população idosa tende a gerar uma necessidade maior quanto à qualidade dos serviços prestados nas unidades de saúde, e esta é uma realidade que precisa ser trabalhada, pois ainda hoje a rotina de trabalho tende a afetar a qualidade dos cuidados oferecidos a esta população.

A Atenção Primária constitui-se como um dos pilares na prevenção das doenças, entretanto poucos profissionais utilizam instrumentos que levariam à prática do cuidado integral e da integralidade a saúde principalmente de grupos de idosos.

Tendo em vista a atuação dos ACS's junto à comunidade em que está inserido e seu importante papel como agente de mudança, sabendo que suas atividades estão atreladas a concepções de saúde ampliadas que incluam determinantes biopsicossociais por meio de um olhar para toda a família e não apenas sobre o indivíduo (BRASIL, 2009). Os ACS's têm como especificidade o fato de não terem como exigência para o ingresso na profissão a conclusão prévia de curso técnico específico na área da saúde, contudo, evidencia-se a falta de um saber institucionalizado do ACS durante o exercício de suas atividades, o que pode ser fator agravante da fragilização do conhecimento repassado à comunidade (ANDRADE e CARDOSO, 2017).

Além disso, a partir de entrevistas realizadas com ACS's, pontuam que, apesar do caráter preventivo das orientações realizadas por esses profissionais, as visitas domiciliares estão centradas no reforço da assistência médica e pouco consideram a dinâmica familiar e comunitária (GOMES et al ,2009).

Para tal, é premente a capacitação dos ACS's frente ao exponencial processo de envelhecimento, ratificando junto aos mesmos a importância na aquisição de conhecimentos relacionados à velhice, bem como fatores que podem influenciar negativamente no processo de envelhecer e dentre eles, destaca-se o processo de fragilização.

## **2 QUESTÃO NORTEADORA**

Quais as concepções dos agentes comunitários em saúde quanto à utilização de instrumentos que auxiliem na identificação de fragilização das pessoas idosas no distrito D'AGUA no município de Belém/PA? De que forma a educação permanente pode interferir na melhoria da prática desses profissionais?

## **CAPÍTULO II- OBJETIVOS**

---

### **GERAL**

- Promover capacitações para os profissionais Agentes Comunitários de saúde do distrito D'AGUA no município de Belém/PA sobre o processo de fragilização e a nova Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

### **ESPECÍFICOS**

- Identificar o perfil dos profissionais envolvidos na capacitação.
- Sensibilizar os agentes comunitários de saúde do distrito D'AGUA no município de Belém/PA sobre a importância na identificação do risco de fragilização nas pessoas idosas da atenção primária
- Capacitar os profissionais envolvidos para a utilização da nova Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, ratificando o VES-13 como instrumento de identificação de fragilização.
- Identificar o impacto da educação permanente no processo de trabalho do agente comunitário em saúde com enfoque na importância do rastreamento da fragilização em pessoas idosas.

## **CAPÍTULO III- REVISÃO DE LITERATURA**

---

### **1 O PROCESSO DE FRAGILIZAÇÃO EM PESSOAS IDOSAS**

A palavra “Frágil” até hoje é entendida como sinônimo de fraqueza ou algo negativo, principalmente quando isso se refere a pessoa idosa, que devido ao seu declínio físico-funcional por muito tempo foi visto como uma figura de fragilidade. Porém, através de estudos foi possível observar que o Idoso não é “frágil”, mas que possui maior risco para adquirir a fragilidade, o que atualmente é considerada uma Síndrome Geriátrica.

Para entender o processo de fragilização é preciso lembrar que o mesmo é um fenótipo que se manifesta por cinco componentes: perda de peso não intencional, auto relato de fadiga e/ou exaustão, diminuição da força muscular, lentidão na velocidade de marcha e baixo nível de atividade física (SOUSA, et al. 2014). Podendo ter sua classificação em: Pré-frágil, Frágil ou Não frágil. A presença de três ou mais componentes caracteriza o idoso frágil, a presença de um a dois identifica aqueles com alto risco de desenvolverem a síndrome (pré-frágil) (NUNES et al, 2015).

O idoso passa por diversas alterações fisiológicas normais, que é chamada de “senescência”, existem fatores que irão influenciar na qualidade dessas alterações como: histórico de hábitos alimentares, uso de drogas, estilo de vida, aspectos ambientais e sociais. Desse modo, a fragilização é um fator determinante no declínio funcional do idoso, entende-se que a Fragilidade potencializa diversas patologias, sendo sua avaliação fundamental para a homeostase e estabilidade social da pessoa idosa, sendo “preditora” de desfechos adversos como: comorbidades, quedas, uso de serviços de saúde, estado de saúde, institucionalização, incapacidade, impacto negativo na qualidade de vida, mortalidade” (SOUSA, et al. 2014). A Fragilidade aumenta o risco de comprometimento cognitivo, e da mesma forma idosos com comprometimento cognitivo apresentam maior probabilidade de desenvolver a fragilidade.

Os Instrumentos de Avaliação da Fragilização são fundamentais para mensurar o grau de fragilidade do idoso e desse modo atuar como método de estratégia de prevenção e tratamento. Desse modo destaca-se a importância de se instalar essas ferramentas nas Unidades de Saúde e que sejam disponibilizadas capacitações para os profissionais de saúde, para que seja possível um novo olhar sobre o Processo de Fragilização e sua repercussão na qualidade de vida do Idoso.

## **2 NOVA CARDENETA DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA**

A Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa integra um conjunto de iniciativas que tem por objetivo qualificar a atenção ofertada às pessoas idosas no Sistema Único de Saúde, instrumento proposto para auxiliar no bom manejo da saúde da pessoa idosa, sendo usada tanto pelas equipes de saúde quanto pelos idosos, por seus familiares e cuidadores. É muito importante que seu preenchimento se dê por meio de informações cedidas pela pessoa idosa, por seus familiares e/ou cuidadores, para compor o Plano de Cuidado, a ser construído em conjunto com os profissionais de saúde. A Caderneta permitirá o registro e o acompanhamento pelo período de cinco anos, de informações sobre dados pessoais, sociais e familiares, sobre suas condições de saúde e seus hábitos de vida, identificando suas vulnerabilidades, além de ofertar orientações para o seu autocuidado. (BRASIL, 2017).

## **3 RASTREIO DE FRAGILIZAÇÃO ATRAVÉS DO VES 13**

O processo de envelhecimento populacional tem ocorrido de forma constante e crescente, e tem trazido consigo novas necessidades, tanto na forma de pensar como também de viver a velhice na sociedade. Sendo constantemente associados ao processo de envelhecer estigmas negativos, como o declínio biológico e dificuldades funcionais, ao longo do tempo tem se associado ao processo de envelhecer a doença e a dependência, que constantemente tem sido aceitos como características normais e inevitáveis desta fase (ALVES JÚNIOR, 2012).

É de grande importância conhecer o padrão de vulnerabilidade do idoso, podendo ocorrer um melhor reconhecimento dos reais fatores de risco para o processo de fragilização, pois a vulnerabilidade mantém influência direta sobre a qualidade de vida. Sendo a identificação de pessoas idosas em risco de fragilização um importante instrumento de construção de políticas públicas adequadas (RAMOS, 2006), observa-se na utilização do VES-13 um importante instrumento que tem como objetivo rastrear os idosos vulneráveis, ou seja, aqueles que apresentam maior risco de declínio funcional e mortalidade.

O *The Vulnerable Elders Survey* (VES-13) foi desenvolvido nos Estados Unidos, utilizando dados da população de 65 anos ou mais usuária do Medicare, e tinha o objetivo de rastrear idosos com risco de deterioração da saúde. É um instrumento simplificado, com tempo médio de aplicação de cinco minutos e constituído por 13 itens, que contemplam idade, saúde auto-referida, capacidade funcional e condição física (LUZ et al, 2013).

Para a sua utilização no Brasil, houve estudos baseados na adaptação transcultural do instrumento, onde ocorreu tradução, revisão, teste e reteste, onde se reafirmou a eficácia em seu uso para a identificação de idosos frágeis e intervenções baseadas nas necessidades encontradas (MAIA, et al. 2012)

O VES-13 ou Protocolo de Identificação do Idoso Vulnerável é um instrumento simples e eficaz, capaz de identificar o idoso vulnerável residente na comunidade, com ênfase nos dados encontrados, É composto por quatro indicadores: idade, auto percepção da saúde, presença de limitações físicas, e incapacidades. De acordo com os escores, os idosos são classificados em três categorias de risco para fragilidade, sendo: idoso robusto (pontuação menor ou igual a 2); idoso pré-frágil (de 3 a 6 pontos); e idoso frágil (de 7 pontos até 10 pontos) (BRASIL, 2012).

O instrumento pode ser aplicado por qualquer profissional da equipe da Atenção Básica, visando à avaliação da funcionalidade do idoso, Quando o ACS e/ou o técnico de enfermagem identificar pelo escore um idoso em risco de fragilização ou fragilizado deverá encaminhar ao enfermeiro/médico para avaliação. O VES-13 poderá ser aplicado em pessoas com 60 anos ou mais que comparecerem nos estabelecimentos de saúde ou que forem visitados em seus domicílios. A avaliação deverá ser realizada anualmente e quando houver um evento que apresente modificação em relação à avaliação anterior que comprometa a funcionalidade do idoso, bem como após qualquer internação hospitalar.

#### **4 A POLITICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE**

Atualmente é expressiva a necessidade que encontramos quanto à capacitação dos profissionais nas unidades básicas de saúde, pois são muitos os desafios que se apresentam frente à real necessidade da população que busca os serviços, por tanto se faz necessária a busca pelo aperfeiçoamento dos Profissionais. Então surge a educação permanente como um importante instrumento de transformação, pelo fato de permear o processo de trabalho de vários profissionais, pois a oferta de educação permanente aos profissionais de saúde se constitui em uma ferramenta potente de gestão do trabalho, o que contribui não apenas para a valorização e satisfação do trabalhador, como também para melhor qualificação do processo de trabalho (Seidl, et al. 2014).

O Ministério da Saúde (MS) instituiu a Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004, que constitui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), tendo como finalidade formar e capacitar os profissionais da saúde para atenderem às reais necessidades populacionais, oferecendo às instituições vinculadas ao Sistema Único de Saúde (SUS)

financiamento para incentivo de ações que capacitem os funcionários, melhorando seu atendimento, com embasamento teórico-prático, a fim de melhorar o atendimento aos usuários, pois seu objetivo é facilitar a interação de todos os profissionais da área da saúde e incentivar a multidisciplinaridade como uma estratégia importante na formação de profissionais atuantes na consolidação dos princípios do SUS.

A educação permanente atualmente tem sido considerada um instrumento importante na construção da competência profissional, contribuindo para a organização do trabalho. Sendo definida como um processo de ensino- aprendizagem, onde o principal objetivo é a transformação das práticas profissionais e a sistematização do trabalho a partir das reais necessidades populacionais e da problematização da saúde. Pois a educação permanente se ancora na interface aprendizagem e trabalho, por meio do desenvolvimento profissional e institucional, da educação para o conhecimento e educação para o trabalho, construção do saber e invenção de práticas no trabalho (AURÉLIO PINTO e al., 2014).

Portanto a educação permanente segue sendo um importante instrumento na busca pela qualificação profissional e da transformação das práticas, tornando-se necessária a disseminação de conhecimento e atividades inerentes ao serviço de forma crítica, reflexiva, compromissada e eficiente, mesmo havendo vários desafios para capacitar profissionais, os esforços precisam ser intensificados a fim de que as estratégias de educação permanente em saúde tragam benefícios em larga escala para a consolidação da ESF e de um sistema de saúde centrado na AB (ARANTES; SHIMIZU; MERCHÁN-HAMANN, 2016).

## **5 A IMPORTÂNCIA DA EDUCAÇÃO PERMANENTE COM OS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE**

O Agente Comunitário de Saúde (ACS) desempenha papel de mediador entre os saberes técnicos e populares, entre equipe de saúde e comunidade. Ao mesmo tempo em que faz parte da equipe de saúde, também faz parte da comunidade; ao mesmo tempo em que seu exercício é para comunidade, é também da comunidade; ao mesmo tempo em que se alimenta de saberes técnico-científicos, também está embebido da cultura local de saúde, uma das potencialidades inerentes ao trabalho do ACS está na possibilidade de superação da dicotomia existente entre os saberes técnicos e os saberes da população, em direção a construção de discursos que promovam compreensões e vivências ampliadas do conceito de saúde. Dessa forma, ele se destaca como agenciador de ações e práticas emancipadoras em saúde.

O ACS é um trabalhador que corrobora imensamente nas práticas de educação em saúde, se não aquele que mais dissemina esse ato na equipe multiprofissional da qual faz

parte. Isso porque ele está na Unidade Básica de Saúde, realizando, no seu dia-a-dia, tal responsabilidade. Diante disso se considera o ACS como um ator social que exerce uma representatividade única, ao ser elo entre a comunidade e os serviços de saúde, buscando, fundamentalmente, proporcionar melhor qualidade de vida e bem estar à população assistida por ele por meio da realização de suas atribuições (GALAVOTE, et al. 2011) .

Nessa mesma perspectiva, o ACS tem um papel estratégico na identificação das demandas da comunidade. A partir do momento que ele leva as atividades da UBS extramuros, antes centrada somente em um núcleo, possibilita a participação social, conseqüentemente, influencia os usuários a se apropriarem dos serviços ofertados (CAMPOS, et al. 2011).

Dessa forma, possuem o conhecimento de que estratégias carece a população. Assim, na realização de estratégias de educação em saúde, os ACS necessitam ser capacitados com excelência, embora, frequentemente, se mostrem inseguros sobre as temáticas. Nesse sentido, faz-se necessário que recebam mais atenção por parte dos gestores e dos profissionais de saúde para que respaldem tais capacitações. Acrescentam-se, ainda, outros fatos que interferem no desenvolvimento das atividades do ACS, como: a falta de percepção que eles têm a respeito da sua importância na ESF; e o papel diferenciado que exercem por meio da promoção da educação em saúde extramuros, que possibilita a ida dos serviços de saúde para além da Unidade Básica de Saúde (UBS).

O ACS cumpre papel estratégico junto à ESF, por ser considerado “o elo inicial do trabalho, aquele que recebe e encaminha as demandas individuais e coletivas da comunidade, bem como aquele que será o principal porta-voz do modelo de saúde que se implementa”, afirmam Malfitano e Lopes (2009).

## **CAPÍTULO IV- METODOLOGIA**

---

Trata-se de uma pesquisa descritiva de natureza qualitativa.

A pesquisa descritiva exige do investigador uma série de informações sobre o que deseja pesquisar. Esse tipo de estudo pretende descrever os fatos e fenômenos de determinada realidade (TRIVIÑOS, 1987).

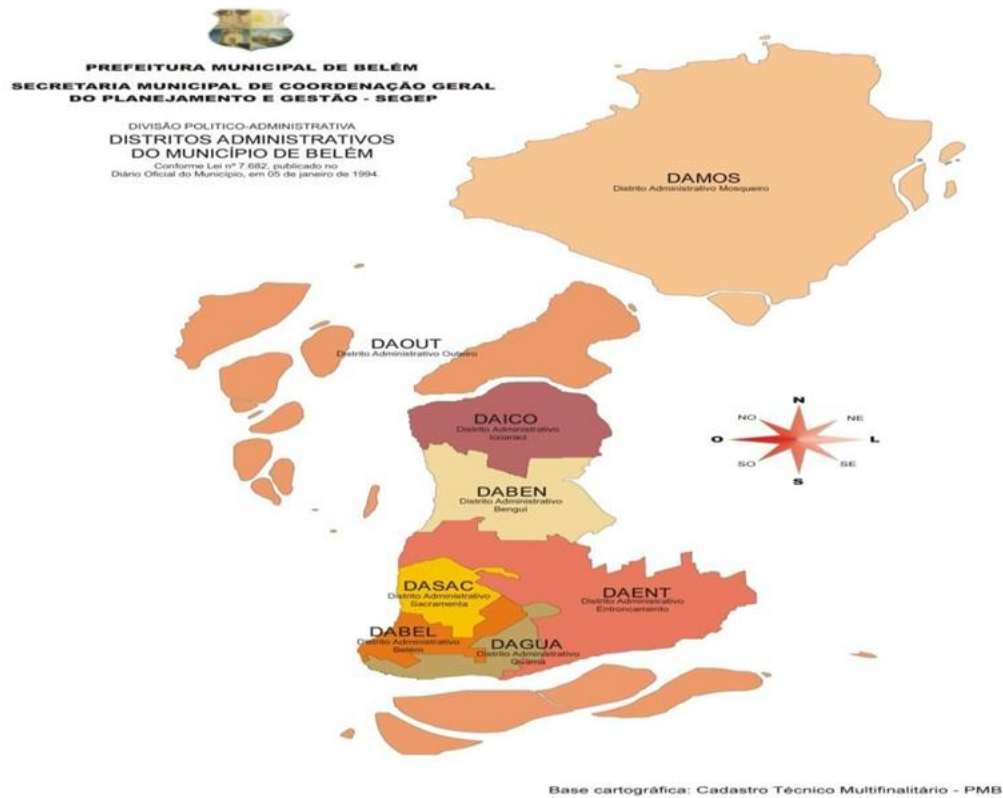
Na pesquisa qualitativa, o cientista é ao mesmo tempo o sujeito e o objeto de suas pesquisas. O desenvolvimento da pesquisa é imprevisível, o conhecimento do pesquisador é parcial e limitado. O objetivo da amostra é de produzir informações aprofundadas e ilustrativas: seja ela pequena ou grande, o que importa é que ela seja capaz de produzir novas informações.

A pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2001).

### **1 LOCAL DE ESTUDO**

O estudo aconteceu no Distrito Administrativo do Guamá (Distrito D'água) no município de Belém, abrangendo todas as estratégias de saúde da família que compõe esta região.

Entre 08 Distritos Administrativos, os quais funcionam como unidade de planejamento territorial, esse Distrito é composto pelos seguintes bairros: Montese (Terra Firme), Condor e parte dos bairros do Jurunas, Batista Campos, Cidade Velha, Cremação, Guamá, Canudos, São Brás, Marco e Curió-Utinga, conforme Lei nº 7.682, publicado no Diário Oficial do Município, em 05 de janeiro de 1994. Ocupando uma área de 14,40km<sup>2</sup>, tendo 342.742 habitantes sendo 161.969 homens e 180.773 mulheres, vivendo em área urbana, segundo o Anuário Estatístico do Município de Belém.



Fonte: CODEM/PMB

No contexto da saúde o DÁGUA apresenta 07 Unidades de Saúde da Família (USF), 5 Unidades Municipais de Saúde (UMS), 01 Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e 01 Pronto Socorro Municipal.

Em relação à População Residente por grupo de idade, segundo os Distritos Administrativos e Bairros, observa-se que o Distrito mais populoso é o DAGUA com 342.742 habitantes, e como o alvo dos resultados deste estudo é a população idosa, este distrito ocupa o 1º lugar em número de habitantes com idade entre 60 a 79 anos, totalizando 27.632 idosos. Logo, cerca de 9,36% da população residente do Distrito D'água equivale a população idosa.

**Tabela 1 - População idosa residente por grupo de idade do distrito d'água**

F	GRUPO EM IDADE	NÚMERO DE HABITANTES
	60 A 79	27.632
	80 A 99	4.394
	100 +	55
	TOTAL	32.081

Fonte: IBGE / Nota: Censo Demográfico 2010

## **2 PARTICIPANTES DA PESQUISA**

Participaram do estudo os agentes comunitários de saúde que estavam vinculados as 6 estratégias de saúde da família do Distrito D'água. Atualmente o distrito apresenta o total de 120 ACS distribuídos nas Estratégias Saúde da Família, desses, 89 participaram da pesquisa justificado ao fato de estarem presentes nos encontros deste estudo.

Para a análise dos dados qualitativos, optou-se por trabalhar com os 29 agentes comunitários de saúde da ESF Terra Firme, uma vez que a mesma é utilizada como campo de prática pela Faculdade de enfermagem.

### **2.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO**

#### ➤ Inclusão

- Agentes comunitários de saúde que estejam atuantes nas áreas vinculadas às estratégias de saúde da família do distrito D'água e que participaram dos encontros previamente agendados.

#### ➤ Exclusão

- Agentes comunitários de saúde que faltaram aos encontros previamente agendados para as capacitações

## **3 COLETA DE DADOS**

A Coleta dos dados deu-se inicialmente por um levantamento do quantitativo de agentes comunitários de saúde presentes no Distrito D'ÁGUA no município de Belém/PA. Após isso, os profissionais foram divididos em 4 turmas e informados sobre o encontro previamente agendados.

Posteriormente foram realizados 4 encontros (1 turma em cada encontro), onde em todos ocorreram as seguintes etapas: O acolhimento e explicações completas sobre o estudo e a disponibilização e solicitação de assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Posteriormente, foi disponibilizado um questionário com perguntas abertas sobre o processo de fragilização e a atuação do agente comunitário de saúde na identificação deste fenômeno na pessoa idosa

O segundo momento foi permeado pela capacitação dos profissionais para uso da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa e a aplicabilidade do instrumento (VES-13) na rotina diária de atendimento das pessoas idosas, apresentando todos os passos para utilização do mesmo e sanando posteriores dúvidas para sua utilização.

O Terceiro momento foi para compartilhamento de experiências, realizando-se novamente a aplicação do questionário, utilizado antes do processo de intervenção e estabelecimento de estratégias de intervenção por estes profissionais para minimização da fragilização das pessoas idosas da sua área. O momento do compartilhamento de experiências foi gravado e transcrito.

#### **4 ANÁLISE DOS DADOS**

Foi realizada a análise de conteúdo de Bardin (2010) a partir dos dados obtidos nos encontros realizados com os participantes da pesquisa.

O método de Análise de Conteúdo precede as seguintes fases para a sua condução: a) organização da análise; b) codificação; c) categorização; d) tratamento dos resultados, inferência e interpretação dos resultados. A fase de organização da análise se subdivide em pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados em bruto e interpretação desses resultados. Sendo a pré-análise a primeira etapa da organização da análise é por meio dela que o pesquisador começa a organizar o material para que se torne útil a pesquisa. Nesta fase, o analista deve sistematizar as ideias iniciais em etapas (BARDIN, 2010).

#### **5 QUESTÕES ÉTICAS E LEGAIS**

O projeto foi submetido à análise do Comitê de Ética em pesquisa da UFPA/ICS, com o número: 60122016.9.0000.0054, de acordo com as diretrizes da Resolução 466/12, que trata das pesquisas envolvendo seres humanos. Esta Resolução permeia as diretrizes sobre pesquisa que envolve seres humanos, assegurando direitos e deveres da comunidade científica, e em especial dos participantes da pesquisa fazendo referências da bioética tais como autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos mesmos. Desta forma, buscou-se atender aos referenciais básicos éticos e científicos. Considerando a dignidade humana e pela proteção dos participantes desta pesquisa que envolve seres humanos, foi elaborado o TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido).

O respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe após consentimento livre e esclarecido dos participantes, que por si manifestem a sua anuência a participação na pesquisa.

O TCLE contendo o assunto e o objetivo da pesquisa foi entregue ao participante para leitura até a compreensão e sua assinatura, para que o mesmo tivesse ciência da seriedade da pesquisa, confidencialidade dos dados informados, a da não lucratividade da mesma e a garantia de desistência a qualquer momento durante a coleta de dados. A coleta de dados aconteceu somente após a leitura e assinatura do TCLE e o esclarecimento de qualquer dúvida sobre a pesquisa. Foram assinados em duas vias o TCLE ficando uma via com o participante e a outra com o pesquisador.

Ratifica-se que caso o participante da pesquisa não saiba ler ou escrever, o mesmo consentiu a realização da coleta dos dados após a leitura do TCLE pelo pesquisador com a autorização do registro da polpa digital do participante no TCLE em duas vias.

## **7 RISCOS E BENEFÍCIOS**

Os riscos que podem ocorrer durante o estudo envolvendo os participantes e pesquisador foram mínimos. Porém destaca-se o risco de exposição de privacidade dos participantes. Para contornar este risco, as informações prestadas pelos participantes do estudo foram feitas em um ambiente reservado, climatizado e com conforto, tomando-se medidas necessárias para permanência no ambiente somente o entrevistador e entrevistado, de modo a preservar sua identidade, bem como a liberdade de recusa na participação da pesquisa e ainda abandonar a qualquer instante a mesma sem que isso lhe traga quaisquer tipos de prejuízo.

No decorrer na pesquisa foi utilizado um formulário com identificação somente numérica dos participantes, preservando a identidade civil dos mesmos.

Quanto aos benefícios que o estudo poderá gerar a partir dos resultados encontrados, ressalta-se as ações de educação em saúde tanto individuais e/ou coletivas que poderão ser revistas para o melhor controle da saúde dos idosos.

## **CAPÍTULO V- RESULTADOS E DISCUSSÃO**

---

Participaram das capacitações o total de 89 ACS, sendo que destes, somente 77 responderam à caracterização das variáveis expostas no questionário, conforme tabela a seguir:

**Tabela 2** – Características demográficas e de trabalho dos agentes comunitários de Saúde. Belém/PA, 2018 (n=77)

Variáveis	Frequência	Porcentagem
<b>Faixa etária</b>		
20-29	10	13,0
30-39	43	55,8
40-49	17	22,1
50-59	7	9,1
<b>Sexo</b>		
Feminino	57	74,0
Masculino	20	26,0
<b>Formação Profissional</b>		
Sim	30	39,0
Não	47	61,0
<b>Participação em capacitações</b>		
Sim	76	98,7
Não	1	1,3
<b>Grau de satisfação com o trabalho</b>		
Muito satisfeito	11	14,3
Satisfeito	48	62,3
Pouco satisfeito	16	20,8
Insatisfeito	2	2,6

Para análise das respostas escritas no questionário e faladas no quarto momento da capacitação, optou por analisar os participantes que estavam vinculados à ESF Terra firme, totalizando 29 agentes.

Para a identificação dos entrevistados, optou-se por um sistema de classificação de acordo com o número do questionário de cada participante. Para cada um seguirá um número de acordo com a ordem que ocorreu a entrevista (ex: A1, A2, A3. A4...).

Após a análise dos dados, houve a inquietação para algumas respostas, levando-nos a selecionar as que se corroboram para a divisão em quatro categorias, que expressam a importância da educação permanente no rastreamento de fragilização de pessoas idosas, a saber:

O processo de fragilização atrelado ao comprometimento da capacidade funcional, A importância de instrumentos de rastreamento para identificação do idoso frágil, O ACS como elo entre a comunidade e a equipe de saúde na identificação do idoso frágil e Desafios para identificação do idoso frágil na Atenção Primária a Saúde.

## **1 O PROCESSO DE FRAGILIZAÇÃO ATRELADO AO COMPROMETIMENTO DA CAPACIDADE FUNCIONAL**

Capacidade funcional (CF) pode ser definida como o potencial que os idosos apresentam para decidir e atuar em suas vidas de forma independente, no seu cotidiano (FIEDLER e PERES, 2008). E a incapacidade funcional refere-se à dificuldade ou necessidade de ajuda para o indivíduo executar tarefas no seu dia-a-dia (ALVES, LEITE e MACHADO, 2008), abrangendo dois tipos de atividades: Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD) e Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) (PINTO, et al.2017).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) em sua Classificação Internacional de Funções, Incapacidade e Saúde (CIF, 2001) vê a incapacidade e as funções de uma pessoa como a interação dinâmica entre condições de saúde e fatores contextuais, incluindo atributos pessoais e ambientais (BRASIL, 2006; PEREIRA; BORIM; NERI, 2017; PINTO, et al.2016).

Sabe-se que o fenótipo de fragilidade é estabelecido por marcadores, que incluem: declínios associados à idade na massa corporal magra, força, resistência, equilíbrio, desempenho na marcha e baixa atividade. Sabe-se então, que estes marcadores implicam diretamente na manutenção da funcionalidade, entendida como a capacidade de executar autonomamente tarefas de prática corrente e necessárias a qualquer indivíduo (FRIED, et al. 2001; PEREIRA; BORIM; NERI, 2017).

Por outro lado, a incapacidade funcional revela-se na limitação da atividade (perspectiva individual da funcionalidade) e na restrição da participação (perspectiva social da funcionalidade) dos indivíduos.

Observou-se esses aspectos nas falas dos participantes da pesquisa:

*“Idoso frágil, é aquele que tem dificuldades de andar ou fazer alguma tarefa do dia a dia.”* (Participante A4).

*“Idoso frágil é aquele que tem suas atividades diária limitadas ‘por causa’ da idade ou saúde afetada.”* (Participante A9).

*“Idoso frágil é aquele que não consegue mais realizar suas atividades como fazia anteriormente.”* (Participante A11).

*“É possível identificar um idoso frágil ‘por quanto’ maior for a idade, se ele tem maior limitação física, (...) e se apresenta incapacidades.”* (Participante A 10).

Assim, o comprometimento da CF do idoso não compromete apenas seu processo de viver; impacta também as relações sociais no meio de pertencimento, por ocasionar maior vulnerabilidade e dependência na velhice caracterizando-o como idoso frágil (SILVA, et al. 2014):

*“Idoso frágil é aquele que precisa de outra pessoa para fazer ‘as coisas’”.* (Participante A 6).

*“Idoso frágil é aquele que precisa de ajuda para andar sozinho, ler, pegar algum objeto; onde os sentidos por consequência da idade ou de alguma outra coisa, ficam comprometidos.”* (Participante A 5).

*“Idoso frágil, é aquele que sem independência e sem autonomia.”*(Participante A 15).

As alterações biopsicossociais no envelhecimento influenciam o estado mental, físico e social e, por isso, os componentes socioambientais tornam-se difusores do processo de fragilização na população idosa (BALSINHA;PEREIRA, 2014), ocasionando o comprometimento da CF.

Por conseguinte a isso, o processo de envelhecimento resulta da diminuição progressiva de reserva funcional dos indivíduos e, associado ao estilo de vida, pressupõe o surgimento de doenças crônicas e outras condições que podem levar o indivíduo à condição de fragilidade (TIER, et al. 2014).

Considerando que as doenças crônicas não transmissíveis e as incapacidades funcionais causam impacto na família, no sistema de saúde e no cotidiano dos idosos, uma vez que ocasionam mais vulnerabilidade e dependência, a referida condição de saúde culmina, em geral, em um quadro de fragilidade (GALLUCCI, et al. 2008). Além disso, a fragilidade pode ocorrer como resultado de uma série de doenças e condições médicas (MORLEY, et al.2013).

No Brasil, os profissionais de saúde na atenção primária tendem a considerar um idoso como frágil baseando-se em sua aparência geral, ou quando tal indivíduo apresenta múltiplas doenças ou comorbidades.

Fato esse, evidenciado nas falas dos sujeitos do estudo:

*“Idoso frágil, é aquele que precisa de ajuda para executar as tarefas do dia a dia porque apresenta alguma doença crônica que venha afetar sua saúde fisicamente ou mentalmente.”* (Participante A2).

*“Idoso frágil pra mim, seria aquele que se encontra com a saúde debilitada, que possui doenças crônicas.”* (Participante A 12).

*“Idoso frágil é o idoso doente, com hipertensão ou diabetes, por exemplo.”* (Participante A17).

Ressalta-se que incapacidade funcional e limitações físicas, cognitivas e sensoriais não são consequências inevitáveis do envelhecimento (BRASIL, 2006). Logo, incapacidade e envelhecimento não estão diretamente alinhados, e quando isso ocorre, dá-se a presença de fatores anteriormente descritos. Atentando para a importante diligência por parte dos profissionais e serviços de saúde, para a identificação do processo de fragilização e fatores associados à pessoa idosa (MAIA, et al. 2012).

Reitera-se que tanto a fragilidade física como as alterações cognitivas, podem predispor o idoso a perda da capacidade funcional e autonomia, resultando em pior qualidade de vida. Dessa forma, torna-se importante a identificação precoce da síndrome nesta população, bem como a avaliação das funções cognitivas pela equipe de saúde.

À vista disso, no cenário do envelhecimento, a OMS propõe a Política do Envelhecimento Ativo, bem como a Portaria nº 2.528/2006 do Ministério da Saúde, que estabelece a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa que visam aumentar a expectativa de uma vida saudável e a qualidade de vida para todas as pessoas que estão envelhecendo, fortalecendo capacidade funcional destas e identificar as que são frágeis, fisicamente incapacitadas e que requerem cuidados (BRASIL, 2006; OMS, 2002).

## 2 A IMPORTÂNCIA DE INSTRUMENTOS DE RASTREIO PARA IDENTIFICAÇÃO DO IDOSO FRÁGIL

A SF pode ser reversível ou postergável, caso seja identificada precocemente, por meio da identificação precoce (FRIED et al, 2001).

Por este fato, no Brasil surgem as Estratégias de Saúde da Família (ESF), com evidente papel de instrumento de reorganização e reestruturação do sistema público de saúde. Nesse contexto, a avaliação dos idosos nas ESF, grupo etário que possui grande demanda nesses serviços, deve incluir não só o diagnóstico das moléstias, mas também uma compreensão quanto aos aspectos funcionais. Estes envolvem, além da saúde física e mental, as condições sócio-econômicas e de capacidade de autocuidado, as quais irão revelar o grau de independência funcional do idoso. A avaliação da capacidade funcional torna-se, portanto, essencial para a escolha do melhor tipo de intervenção e monitorização do estado clínico-funcional dos idosos (BARBOSA, et al. 2014)

Para isso, a utilização de instrumentos de avaliação da capacidade funcional, são imprescindíveis para conhecer o perfil dessa população para a definição de estratégias de promoção da saúde para os idosos, visando retardar ou prevenir incapacidades (MAIA, et al. 2012).

Para um instrumento de rastreamento é mais importante a identificação de grupos mais vulneráveis ao agravo em questão, do que a precisão. Assim, a identificação de pessoas idosas em processo de fragilização (pré-frágeis + frágeis), possibilitaria a reorganização da atenção a elas, priorizando sua avaliação mais apurada e identificando a presença da síndrome e os possíveis fatores a ela associados, permitindo o estabelecimento de um plano terapêutico singular, eficiente e resolutivo (NUNES et al. 2015; MAIA, et al. 2012). Como observa-se por meio da fala de alguns sujeitos da pesquisa:

*“A identificação do idoso frágil é importante, pois por meio disso, podemos identificar e traçar alternativas junto com a equipe para tornar a vida dos idosos mais agradável.”* (Participante A 21).

*“Ao identificar um idoso frágil é importante comunicar médico e enfermeiro para que se intervenha adequadamente.”* (Participante A 20).

*“Identificar esse tipo de idoso (frágil), é importante para realizar um trabalho em conjunto com a equipe de saúde.”* (Participante A 9).

A existência de instrumentos já validados internacionalmente para a identificação da síndrome da fragilidade (ROLFSON, 2006). Corrobora os entraves encontrados para aplicação de parte desses instrumentos no Brasil, a exemplo: a Avaliação Geriátrica Ampla (AGA), com aplicabilidade estabelecida nos serviços e saúde no Brasil, que por sua vez, deve ser aplicada por equipe profissional especializada e leva de 60-90 minutos para sua aplicação (MORAES, 2016). A AGA permite um processo diagnóstico global e amplo, envolvendo o paciente e sua família, com a finalidade de verificar a saúde do idoso como um todo. Entretanto, a utilização da AGA no contexto da atenção primária é inviável, apresentando uma relação custo-benefício insatisfatória em saúde pública.

Assim, pode-se considerar a AGA como um procedimento diagnóstico de alto custo, que necessita ser bem indicada. Torna-se, portanto, fundamental a utilização de instrumentos de triagem rápida, aplicados por qualquer profissional de saúde, como os agentes comunitários de saúde ou técnicos de enfermagem, capazes de reconhecer o idoso de risco (MORAES, et al. 2016).

É importante inferir que a avaliação da pessoa idosa é possível por meio de outros instrumentos, eficientes e multidimensionais na identificação de fatores que ocasionem a fragilidade por meio do comprometimento da capacidade funcional.

Foi desenvolvida uma escala que pretendia medir a incapacidade e servir para planejar e avaliar intervenções em idosos. Este instrumento avalia o nível de independência da pessoa idosa no que se refere à realização das atividades instrumentais (AIVD) Lawton e Brody (1969). Apesar de não possuir padrões satisfatórios de adaptação e validação para o Brasil, é amplamente utilizada em pesquisas nacionais e é referenciada como ferramenta para a avaliação funcional do idoso na atenção básica, desde 2006 (CRUZ, et al. 2017).

Além disso, há a existência da Escala de Fragilidade de Edmonton (EFS) Trata-se de escala abrangente, uma vez que considera aspectos relativos a cognição, humor e suporte social, que também podem ser indicadores de fragilidade entre idosos. Essa escala foi validada e considerada confiável para uso rotineiro (FERNANDES, et al. 2013).

Contudo, para este estudo foi realizada atividades de educação permanente para a aplicabilidade do instrumento *VulnerableEldersSurvey* (VES-13) ou Protocolo de Identificação do Idoso Vulnerável. É um instrumento simples e eficaz, capaz de identificar o idoso vulnerável residente na comunidade, com ênfase nos dados referentes à idade, auto percepção da saúde, presença de limitações físicas e incapacidades. É composto por quatro indicadores: idade, auto percepção da saúde, presença de limitações físicas, e incapacidades, totalizando 13 itens. De acordo com os escores, os idosos são classificados em três categorias

de risco para fragilidade, sendo: idoso robusto (pontuação menor ou igual a 2); idoso pré-frágil (de 3 a 6 pontos); e idoso frágil (pontuação de 7 pontos até 10 pontos) (MAIA, 2012).

Desse modo, o VES-13, preconizado pelo Ministério da Saúde e presente na Caderneta de Saúde da pessoa Idosa desde 2016, possibilita à equipe multiprofissional de saúde, a compreensão e avaliação dos marcadores de fragilidade na pessoa idosa, sendo abrangente aplicável e resoluto. Levando em conta isto, a fala dos participantes da pesquisa reafirmam isto:

*“É possível identificar um idoso frágil utilizando o Protocolo do Idoso Vulnerável, onde vamos investigar se ele (idoso) é avançado em idade, se tem uma auto percepção da saúde ruim, se tem limitações físicas e se apresenta incapacidades. (Participante A 21).*

*“Por meio do preenchimento do VES-13 é possível avaliar as características desse idoso de forma rápida para intervir e comunicar a equipe de saúde para que essa venha intervir também.” (Participante A 18).*

Estudos comprovam que o VES-13 está pronto a ser utilizado em nosso meio auxiliando na identificação precoce de idosos mais vulneráveis. Outros determinantes da vulnerabilidade, como a social, podem ser detalhados durante o acompanhamento dos idosos que forem rastreados pelo referido instrumento, criando-se, assim, intervenções e critérios de acompanhamento, de acordo com as necessidades identificadas (MAIA, et al. 2012).

### **3 AS DIFICULDADES NA IDENTIFICAÇÃO DO IDOSO FRÁGIL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

A Atenção Primária à Saúde (APS), também conhecida como Atenção Básica é o primeiro nível de atenção em saúde. É composta por um conjunto de ações, de caráter individual e coletivo, que engloba a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde. O seu objetivo é impactar positivamente a saúde das coletividades através de uma atenção integral à saúde (BRASIL, 2009). Levando em consideração a organização da atenção à saúde do idoso no âmbito da APS que não deve privilegiar o diagnóstico e o tratamento de doenças, mas, antes, importa que os atores envolvidos ofertem um cuidado a esse grupo populacional, que contemple, adicionalmente, a promoção à saúde e ações preventivas e curativas, articuladas, de modo a garantir a integralidade do cuidado.

A busca pela integralidade tem se tornado um desafio dentro da APS, sendo difícil operacionalizá-la em proposições práticas, sobretudo porque a cultura biomédica, centrada no tratamento medicamentoso e com ênfase na produção ambulatorial, ainda prevalece nesse nível de atenção, na medida em que tem como foco a doença e suas consequências, e não o indivíduo em todas as suas dimensões (AQUINO et. al., 2014). A atenção voltada para o modelo biomédico é evidenciada pela fala dos entrevistados anterior à capacitação:

*“Idoso frágil é aquele que precisa de ajuda pra tomar remédio.”* (Participante A 14)

*“Idoso frágil é o idoso doente.”* (Participante A 17).

O conceito de fragilidade está diretamente relacionado com a questão funcional, sendo considerado idoso frágil aquele que apresenta dependência e perda de autonomia. Com a evolução do conhecimento sobre a fisiopatologia do declínio funcional e a disfunção de vários Sistemas orgânicos, este conceito tem mudado (FERRIOLLI,2011). São propostos como critérios de fragilidade “a presença de perda de peso não intencional, fraqueza muscular, fadiga, baixo nível de atividade física e diminuição da velocidade de marcha”. Estes fatores levam ao agravamento de comorbidades, doenças, quedas, institucionalização, hospitalização, incapacidade e morte (DUARTEeLEBRÃO,2011).

Portanto a fragilidade como algo inerente ao envelhecimento pode levar a uma intervenção tardia pelos profissionais de saúde, reduzindo a chance de reabilitação. Diante disso, surge a necessidade de uma atenção eficaz que possa evitar ao máximo a perda de autonomia e da independência.

As diferentes dimensões de atuação na atenção primária à saúde exigem instrumentalização adequada para qualificar o profissional, e assim fortalecer o vínculo com a comunidade. A formação profissional faz-se necessária, em atividade de educação permanente, para que os profissionais possam dar conta das suas reais atribuições junto à APS e comunidade (COSTA et al., 2013). Evidencia-se mediante as falas anteriores à capacitação, as dificuldades encontradas na utilização de recursos fornecidos para o auxílio de sua função profissional:

*“Sabemos que para o nosso trabalho ser efetivado, não depende só de nós, mas do apoio de toda equipe e que precisamos de recursos.”* (Participante A 15).

*“Seria melhor se todos os profissionais fossem capacitados pra que o serviço (identificação do idoso frágil) pudesse ser uma responsabilidade todos.”* (Participante A 7).

#### **4 O ACS COMO ELO ENTRE A COMUNIDADE E A EQUIPE DE SAÚDE NA IDENTIFICAÇÃO DO IDOSO FRÁGIL**

Dentre os profissionais que compõe a equipe de saúde da família, o ator de grande importância é o agente comunitário de saúde (ACS), que faz o elo permanente com a comunidade, desenvolvendo atividades de promoção da saúde, prevenção de doenças e vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares individuais e coletivas, além de manter a equipe informada de todos os dados coletados e acompanhar todas as famílias e indivíduos com problemas de saúde, sob sua responsabilidade, orientando-os quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis (BRASIL, 2011).

Observa-se com clareza a consciência que o profissional tem quanto a sua importância enquanto agente transformador, e o seu poder de atuação frente as demandas encontradas, tal realidade evidencia-se através da fala dos profissionais envolvidos no estudo:

*“Nós (os ACSs), somos de grande importância, porque somos uma espécie de porta voz entre eles (os idosos) e a Estratégia.”* (Participante A 5).

*“O ACS é a ponte entre a ESF e a comunidade, a peça principal que faz o idoso ter acesso ao serviço de saúde.”* (Participante A 12).

*“O ACS é fundamental pois pode evitar agravos à saúde do idoso (...) é o elo de ligação entre família, comunidade e serviço.”* (Participante A 14).

*“O ACS é o profissional que mais tem contato com a realidade do idoso, então pode identificar (a fragilidade) e comunicar a equipe de saúde por meio da visita domiciliar.”* (Participante A13).

O trabalho do ACS é de fundamental importância para a concretização da ESF e efetivação do conceito ampliado de saúde (COSTA et al., 2013). Ele desponta como “elo” entre o serviço e a comunidade, por estar mais próximo desta e partilhar do mesmo universo sociocultural (MARZARI et al.,2011).

## **CAPÍTULO VI- CONCLUSÃO**

---

Através dos resultados obtidos neste estudo, constatou-se a importância da educação permanente como fator determinante na atuação profissional perante a identificação do risco de fragilização em pessoas idosas, levando em consideração que o estudo ocorreu em etapas distintas, observou-se inicialmente algumas dificuldades por parte dos profissionais quanto à caracterização do processo de fragilização e seus reais conceitos, bem como a utilização de instrumentos para sua identificação, logo após as capacitações ficou evidente a mudança de pensamento por parte dos profissionais quanto a real necessidade de conhecer o processo de fragilização em todas as suas dimensões, e a forma correta na utilização dos instrumentos de identificação do idoso frágil, bem como sua extrema importância dentro da equipe multiprofissional, pois sua atuação promove um importante elo de comunicação entre a comunidade e a equipe.

Posteriormente as capacitações a equipe foi acompanhada de forma individual durante as visitas domiciliares, e constatou-se a eficiência por parte da maioria dos ACSs quanto ao preenchimento da caderneta de saúde da pessoa idosa, e a aplicação do VES 13 para o rastreamento do processo de fragilização em pessoas idosas, evidenciando as mudanças obtidas através das capacitações, portanto podemos afirmar que a educação permanente constitui-se como um importante instrumento de transformação, capaz de mudar realidades e pensamentos, e promover benefícios dentro da saúde pública tanto para os usuários quanto para os profissionais que nela atuam.

Levando em consideração a importância da educação permanente, observamos o enfermeiro como peça chave, sendo ele responsável pela identificação das necessidades de sua equipe quanto às dificuldades encontradas durante o desempenho de suas funções profissionais, bem como promover meios e capacitações que venham a solucionar as dificuldades evidenciadas pela equipe, portanto o enfermeiro se configura como um importante ator desde o princípio da promoção em saúde oferecendo suporte para sua equipe, bem como atuando em conjunto com a mesma na resolução dos problemas encontrados na prática.

## REFERÊNCIAS

- ALVES JÚNIOR, E. DE D. **Envelhecimento e Atividade Física: diversos olhares sobre a prevenção de quedas, Niterói:** GEF/UFF/Anima/Brazilfoundation, 2012.
- ALVES, L.C.; LEITE, I.C.; MACHADO, C.J. **Conceituando e mensurando a incapacidade funcional da população idosa: uma revisão de literatura.** CiencSaude Colet. Rio de Janeiro, V.13, n.4, p.1199-1207, 2008.
- ANDRADE, V.M.P; CARDOSO, C.M. **Visitas Domiciliares de Agentes Comunitários de Saúde: Concepções de Profissionais e Usuários.** Psico-USF, Bragança Paulista, Vol. 22, n. 1, p. 87-98, 2017.
- ANGELIM, A.E.S; SILVA, C.M.L. **Metodologia de Pesquisa-Ação aplicada a ações interventivas do Centro de Referência de Assistência Social – CRAS I, Salgueiro – PE.** Revista multidisciplinar e de psicologia. Pernambuco. Vol.10, n.31, p. 81-99, 2016.
- AQUINO, R. et al. **Estratégia de Saúde da Família e reordenamento do sistema de serviços de saúde.** In: PAIM, J. S.; Saúde Coletiva: teoria e prática. Rio de Janeiro, p. 353-371, 2014.
- ARANTES, L. J.; SHIMIZU, H. E.; MERCHÁN-HAMANN, E. **The benefits and challenges of the Family Health Strategy in Brazilian Primary Health care: a literature review.** Ciência Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1499-1510, 2016.
- AURÉLIO PINTO, H. et al. **Atenção Básica e Educação Permanente em Saúde: cenário apontado pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).** Divulga Saúde Debate, Rio de Janeiro, v. 51, p. 145-160, 2014.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo.** 4. ed. Lisboa: Edições70, 2010.
- BALSINHA, C. M.; PEREIRA, G. M. **A avaliação do paciente idoso em Medicina Geral e Familiar: desafios e oportunidades.** RevPortMed Geral Fam. Lisboa, V.30, n. p.196-201, 2014.
- BARBOSA, R.B.; ALMEIDA, M.J.; BARBOSA, R.M.; BARBOSA, L.A.R.R. **Avaliação da capacidade funcional dos idosos e fatores associados à incapacidade.** Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, V.19, n.8, p.3317-3325, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta de saúde da pessoa idosa.** Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília-DF, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica.** Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006.** Brasília-DF, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento**. Brasília-DF, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. **Atenção à Saúde do Idoso: Aspectos Conceituais**. Brasília-DF, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004**. Brasília-DF, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual para utilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa [recurso eletrônico]**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília-DF, 2016.

CAMPOS, R. O. et al. **Saúde mental na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em uma grande cidade brasileira**. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, V. 16, n. 12, p. 4643-4650. 2011.

COUTINHO, S.K.S.F. et al. **Brazilian stork network: an experience in continuing education with community health Workers**. *Sobral*, V.16 n.01, p. 74-79, 2014.

COSTA, S.M. et al. **Agente Comunitário de Saúde: elemento nuclear das ações em saúde**. *Ciências e Saúde Coletiva*.v. 18, n. 7, 2013.

CRUZ, D.T.; VIEIRA, M.T.; BASTOS, R.R.; LEITE, I.C.G. **Fatores associados à fragilidade em uma população de idosos da comunidade**. *Rev Saúde Púb, São Paulo*, V.51, n. 106, p.2-14, 2017.

DUARTE, Y.A.O.; LEBRÃO, M.L. **Fragilidade e envelhecimento**. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p.1285-1298.

FERNANDES, H.C.L.; GASPAR, J.C.; YAMASHITA, C.H.; AMENDOLA, F.; ALVARENGA, M.R.M.; OLIVEIRA, M.A.C. **Avaliação da fragilidade de idosos atendidos em uma Unidade da estratégia saúde da família**. *Texto Contexto Enferm, Florianópolis*, V.22, n.2, p.423-3. 2013.

FERRIOLLI, E. et al. **O Idoso frágil**. In: FREITAS, E.v. et al (Org.). *Tratado de Geriatria E Gerontologia*. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p. 1014-1018.

FIEDLER, M.M.; PERES, K.G.; **Capacidade funcional e fatores associados em idosos do sul do Brasil: um estudo de base populacional**. *CadSaude Publica*, Rio de Janeiro, V.24, n.2, p.409-415, 2008.

FRIED, L.P. et al. **Frailty in older adults: evidence for a phenotype**. *The journals of gerontology Biological sciences and medical sciences Gerontological Society of America*. Washington-EUA, V.53 n.3, p. 146-56, mar 2001.

GALAVOTE, H. S. et al. **Desvendando os processos de trabalho do agente comunitário de saúde nos cenários revelados na Estratégia Saúde da Família no município de Vitória**. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, V.16, n. 1, p. 231-310, jan 2011.

GALLUCCI, M.; ONGARO, F.; AMICI, G.P.; REGINI, C. **Frailty, disability and survival in the elderly over the age of seventy: evidence from the trevisolongeva study.** Arch GerontolGeriat, V.5, p. 281-3, 2008.

GOMES, K. O. et al. **A práxis do agente comunitário de saúde no contexto do programa saúde da família: Reflexões estratégicas.** Saúde e Sociedade. São Paulo, Vol. 18 n. 4, p. 744-755. 2009.

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [online]. **Projeção da população do brasil e das unidades da Federação.** 2017.

LAWTON, M. P., BRODY, M. H. **Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living.** The Gerontologist, V.9, n.3, p.179-186, 1969.

LODI, M.D.F; THIOLENT, M.J.M; SAUERBRONN, J.F.R. **Uma Discussão Acerca do Uso da Pesquisa-ação em Administração e Ciências Contábeis.** Sociedade, Contabilidade e Gestão. Rio de Janeiro, Vol. 13. n.1, p.1-12, 2017.

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

MAIA, F.O.M. et al. **Adaptação transcultural do Vulnerable Elders Survey -13 (VES-13): contribuindo para a identificação de idosos vulneráveis.** Revista da Escola de Enfermagem da USP. São Paulo, V.46, n.Esp, p.116-22, 2012.

MALFITANO, A.P.S.; LOPES, R.E. **Educação popular, ações em saúde, demandas e intervenções sociais: o papel dos agentes comunitários de saúde.** Cad CEDES. Campinas, V.29, n.79, p. 361-72, 2009.

MARZARI, C.K.; JUNGES, J.R.; SELLI, L. **Agentes comunitários de saúde: perfil e formação.** Ciência e Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v.16, n. 1, p. 873-80, 2011.

MENDONÇA, G.M.M. et al. **Abordagem grupal como estratégia de cuidado no pré-natal.** Sanare, Sobral, Vol. 13 n. 2, p. 78-85, 2014.

MORAES, E. N. et al. **Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional-20 (IVCF-20): reconhecimento rápido do idoso frágil.** Revista de Saúde Pública. São Paulo, V.50, n.81, p.1-10, 2016.

MORLEY, J. et al. **Frailty Consensus: A Call to Action.** Journal of the American Medical Directors Association. V.14, n.6, p.392-7, Jan 2013.

NUNES, P.D.; DUARTE, Y.A.O.; SANTOS, J.L.F.; LEBRÃO, M.L. **Rastreamento de fragilidade em idosos por instrumento autorreferido.** Revista de saúde pública, V.49, n.2, p. 1-9, 2015.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde.** Organização Mundial da Saúde. 2001.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Política do Envelhecimento Ativo**. Organização Mundial da Saúde. 2002.

PEREIRA, A.A.; BORIM, F.S.A.; NERI, A.L. **Ausência de associação entre o índice de fragilidade e a sobrevivência de idosos no Brasil: Estudo FIBRA**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, V. 33, n.5, p. 1-15, 2017.

PINTO, H.A. et al. **Capacidade funcional para atividades da vida diária de idosos da Estratégia de Saúde da Família da zona rural**. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, V.21, n.11, p. 3545-3555, 2016.

RAMOS, L. R. **Epidemiologia do envelhecimento**. In: Freitas, E.V. et al. (Orgs.). Tratado de Geriatria e Gerontologia. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

SEIDL, H.; VIEIRA, S. P.; FAUSTO, M. C. R.; LIMA, R. C. D.; GAGNO, J. **Gestão do trabalho na Atenção Básica em Saúde: uma análise a partir da perspectiva das equipes participantes do PMAQ-AB**. Saúde Debate, Rio de Janeiro, V. 38, n. esp, p. 94-108, 2014.

SILVA, L.W.S.; SOUZA, T.F.; SOUZA, T.O.; SOUZA, M.C.; SOUZA, M. **Percepções da pessoa idosa quanto aos cuidados fisioterapêuticos no seu envelhecer**. Revista Kairós Gerontologia, São Paulo, V.17, n.1, pp.69-86, 2014.

SOUSA, L.B.S. et al. **Capacitação de agentes comunitários de saúde em pequenas urgências: compartilhando experiências**. Sanare, Sobral, Vol. 13 n. 2 p. 57-62. 2014.

TIER, C.G.; SANTOS, S.S.C.; POLL, M.A.; HILGER, R.M. **Health and social conditionsofelderlyaccompaniedbyprimaryattention in Sobral - CE**.Rev Rene. Ceará, V.15, n.4, p.668-75, 2014.

## APÊNDICE A



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
FACULDADE DE ENFERMAGEM

### QUESTIONÁRIO

<b>1.NOME:</b>	
<b>2.IDADE:</b>	<b>3.SEXO: F ( ) M ( )</b>
<b>4. VOCÊ POSSUI ALGUMA FORMAÇÃO PROFISSIONAL? SE SIM, QUAL(IS):</b>	
<b>5. JÁ PARTICIPOU DE ALGUMA OUTRA CAPACITAÇÃO? S ( ) N ( ) SE SIM: 1X ( ) 2X ( ) 3X ( ) 4OU+ VEZES ( )</b>	
<b>6. HÁ QUANTO TEMPO ATUA COMO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE?</b>	
<b>7. QUAL SEU GRAU DE SATIFASÇÃO COM SUAS ATIVIDADES ENQUANTO ACS?</b> Muito satisfeito ( ) Satisfeito ( ) Pouco satisfeito ( ) Insatisfeito ( )	
<b>QUESTIONÁRIO</b>	
1. O que é um idoso frágil para você?	
2. Como você consegue identificar um idoso frágil nas visitas domiciliares que realiza?	
3. Qual a importância do ACS na identificação do idoso frágil?	
4. O que é um idoso frágil para você?	
5. Como você consegue identificar um idoso frágil nas visitas domiciliares que realiza?	
6. Qual a importância do ACS na identificação do idoso frágil?	

## APÊNDICE B



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
FACULDADE DE ENFERMAGEM

### TERMO DE ESCLARECIMENTO

Você está sendo convidado para participar do estudo cujo título é “**A educação permanente como estratégia de intervenção na identificação do risco de fragilização em pessoas idosas**” a ser realizado com os Agentes Comunitários de saúde do distrito D’AGUA no município de Belém/PA. Essas informações estão sendo fornecidas para sua participação voluntária neste estudo que visa Traçar o perfil dos profissionais envolvidos na capacitação, e Sensibilizar sobre a importância na identificação do risco de fragilização nas pessoas idosas na atenção primária. O participante da pesquisa irá responder a um formulário com perguntas sobre seus dados socioeconômicos, na forma de uma entrevista, a ser registrada em um roteiro pré-elaborado pelo pesquisador. Posteriormente será disponibilizado um questionário com perguntas abertas sobre o processo de fragilização e a atuação do agente comunitário de saúde na identificação deste fenômeno na pessoa idosa, O segundo momento será permeado pela capacitação dos profissionais para uso da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa e a aplicabilidade do instrumento (VES-13) na rotina diária de atendimento das pessoas idosas, O Terceiro momento será para compartilhamento de experiências, ratificando-se novamente a aplicação do questionário utilizado antes do processo de intervenção e estabelecimento de estratégias de intervenção por estes profissionais para minimização da fragilização das pessoas idosas da sua área. O momento do compartilhamento de experiências será gravado para posterior transcrição de informações. Esta pesquisa tem o risco de quebra de sigilo das informações e constrangimento para o participante, porém para garantir sua segurança sua identidade será codificada e na divulgação dos resultados seu nome não irá aparecer, pois usaremos como códigos os termos ACS 1, ACS 2, e assim sucessivamente. Não serão realizadas imagens. Será minimizado o risco de exposição. Caso não saiba alguma pergunta ou lhe provoque constrangimento, você tem liberdade para não responder. Para evitar a preocupação de que seus dados sejam divulgados, deixamos claro que as informações obtidas serão utilizadas somente nesta pesquisa e após cinco anos os formulários serão incinerados. Os resultados poderão ser apresentados em eventos científicos ou outro meio de comunicação e publicados em revistas. Sua participação no estudo é muito importante, pois irá contribuir para sensibilizar e esclarecer profissionais, pacientes e familiares sobre a importância da educação permanente no processo de trabalho do agente comunitário em saúde na identificação do risco de fragilização nas pessoas idosas e as mudanças positivas que a mesma pode exercer na vida da pessoa idosa. A qualquer momento você pode desautorizar os pesquisadores de fazer uso das informações obtidas ou afastar-se da pesquisa sem qualquer prejuízo à continuidade de seu tratamento na instituição. Não há despesas pessoais para você em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se você tiver dúvidas e desejar esclarecimentos sobre a pesquisa poderá fazer contato com o pesquisador responsável: EVANDRO CESAR NATIVIDADE DE SOUSA, End.: TV SÃO PEDRO, nº 372, CEP: 687950-000, MURINIM, BENEVIDES, tel.: (091)

998231484, JULLIANA SANTOS RIBEIRO LIMA End.: Conjunto Paar, Tv Castanhal, Q 63, N 30, Maguari, Ananindeua, tel.: (91) 992331359 ou com a orientadora deste trabalho, Prof<sup>a</sup>. Msc. Daiane de Souza Fernandes End.: Universidade Federal do Pará, FAENF (Faculdade de Enfermagem), Rua: Augusto Correia n°1, Guamá 66000000, Belém/PA Telefone: (091) 32018563. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do ICS/UFPA–Campus da saúde, Faculdade de enfermagem, s/n FONE: (91) 32017735– E-mail: cepccs@ufpa.br, horário de funcionamento de 8h às 16h.<sup>1</sup>

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, APÓS ESCLARECIMENTO

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo. Eu discuti com a pesquisadora do projeto sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do voluntário

\_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha

\_\_\_\_\_  
Assinatura do sujeito que colheu o TCLE

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste voluntário para a participação neste estudo.

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

Nome: EVANDRO CESAR NATIVIDADE DE SOUSA  
End.: TV SÃO PEDRO, n° 372, CEP: 687950-000, MURINIM, BENEVIDES.

Nome: JULLIANA SANTOS RIBEIRO LIMA  
End.: Conjunto Paar, Tv Castanhal, Q 63, N 30, Maguari, Ananindeua  
Belém, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**ANEXO 1**  
**VES 13**

<b>PROTOCOLO DE IDENTIFICAÇÃO DO IDOSO VULNERÁVEL (VES-13)</b>						
<b>1) Idade:</b>		20__	20__	20__	20__	20__
60 a 74 anos	0 pontos					
75 a 84 anos	1 ponto					
≥ 85 anos	3 pontos					
<b>2) Auto-percepção de saúde:</b>		20__	20__	20__	20__	20__
Em geral, comparando com outras pessoas de sua idade, você diria que sua saúde é:	Excelente   0 pts					
	Muito bom   0 pts					
	Bom   0 pts					
	Regular   1 pt					
	Ruim   1 pt					
<b>3) Limitação física:</b>						
Em média, quanta dificuldade você tem para fazer as seguintes atividades físicas:						
<b>PONTUAÇÃO:</b>						
As respostas "muita dificuldade" ou "incapaz de fazer" valem 1 ponto cada. Todavia, a <b>pontuação máxima neste item é de 2 pontos</b> , ainda que a pessoa tenha marcado ter "muita dificuldade" ou ser "incapaz de fazer" as 6 atividades listadas.						
	A) B) C) D) E)	20__	20__	20__	20__	20__
Curvar-se, agachar ou ajoelhar-se?	○ ○ ○ ○ ○					
Levantar ou carregar objetos com peso aproximado de 5kg?	○ ○ ○ ○ ○					
Elevar ou estender os braços acima do nível do ombro?	○ ○ ○ ○ ○					
Escrever ou manusear e segurar pequenos objetos?	○ ○ ○ ○ ○					
Andar 400 metros (aproximadamente quatro quarteirões)?	○ ○ ○ ○ ○					
Fazer serviço doméstico pesado, como esfregar o chão ou limpar janelas?	○ ○ ○ ○ ○					
<b>CHAVE DE RESPOSTAS:</b>						
A) Nenhuma dificuldade						
B) Pouca dificuldade						
C) Média (alguma) dificuldade						
D) Muita dificuldade						
E) Incapaz de fazer (Não consegue fazer)						

**PROTOCOLO DE IDENTIFICAÇÃO DO IDOSO VULNERÁVEL (VES-13)**

**4) Incapacidades:**

**PONTUAÇÃO:**

As respostas positivas ("sim") valem 4 pontos cada. Todavia, a **pontuação máxima neste tópico é de 4 pontos**, mesmo que a pessoa idosa tenha respondido "sim" para todas as perguntas.

	20__	20__	20__	20__	20__
POR CAUSA DE SUA SAÚDE OU CONDIÇÃO FÍSICA, VOCÊ DEIXOU DE FAZER COMPRAS? <input type="radio"/> Sim. <input type="radio"/> Não ou não faz compras por outros motivos que não a saúde.					
POR CAUSA DE SUA SAÚDE OU CONDIÇÃO FÍSICA, VOCÊ DEIXOU DE CONTROLAR SEU DINHEIRO, GASTOS OU PAGAR CONTAS? <input type="radio"/> Sim. <input type="radio"/> Não ou não controla o dinheiro por outros motivos que não a saúde.					
POR CAUSA DE SUA SAÚDE OU CONDIÇÃO FÍSICA, VOCÊ DEIXOU DE CAMINHAR DENTRO DE CASA? <input type="radio"/> Sim. <input type="radio"/> Não caminha dentro de casa por outros motivos que não a saúde.					
POR CAUSA DE SUA SAÚDE OU CONDIÇÃO FÍSICA, VOCÊ DEIXOU DE REALIZAR TAREFAS DOMÉSTICAS LEVES, COMO LAVAR LOUÇA OU FAZER LIMPEZA LEVE? <input type="radio"/> Sim. <input type="radio"/> Não realiza tarefas domésticas leves por outros motivos que não a saúde.					
POR CAUSA DE SUA SAÚDE OU CONDIÇÃO FÍSICA, VOCÊ DEIXOU DE TOMAR BANHO SOZINHO? <input type="radio"/> Sim. <input type="radio"/> Não toma banho sozinho por outros motivos que não a saúde.					
	20__	20__	20__	20__	20__
<b>PONTUAÇÃO TOTAL</b>					