

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
CAMPUS SENADOR HELVÍDIO NUNES DE BARROS
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

VIVIANY DE SOUSA ARAUJO

**AVALIAÇÃO CLÍNICO-FUNCIONAL DE IDOSOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE**

PICOS – PIAUÍ

2019

VIVIANY DE SOUSA ARAUJO

**AVALIAÇÃO CLÍNICO-FUNCIONAL DE IDOSOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Bacharelado em Enfermagem, da Universidade Federal do Piauí, Campus Senador Helvídio Nunes de Barros, como parte dos requisitos necessários para obtenção do Grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Larissa Gomes Machado.

PICOS – PIAUÍ

2019

FICHA CATALOGRÁFICA
Serviço de Processamento Técnico da Universidade Federal do
Piauí Biblioteca José Albano de Macêdo

A663a Araujo, Viviany de Sousa.
Avaliação clínico-funcional de idosos na
atenção primária à saúde. / Viviany de Sousa
Araújo. -- 2019.

56 f.
CD-ROM: 4 ¾ pol.

Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em
Enfermagem) – Universidade Federal do Piauí, Picos, 2019.
“Orientador(A): Profa. Dra. Ana Larissa Gomes Machado.”

1. Saúde do Idoso. 2. Enfermagem – Avaliação (Idoso). 3.
Atenção Primária à Saúde. I. Título.

Elaborada por Rafael Gomes de Sousa CRB 3/1163

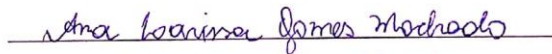
VIVIANY DE SOUSA ARAUJO

**AVALIAÇÃO CLÍNICO-FUNCIONAL DE IDOSOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE**

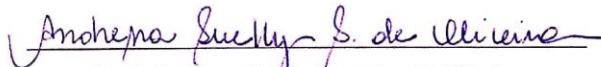
Monografia apresentada ao Curso de Bacharelado em Enfermagem, da Universidade Federal do Piauí, Campus Senador Helvídio Nunes de Barros, como parte dos requisitos necessários para obtenção do Grau de Bacharel em Enfermagem.

Data de aprovação: 17 / 06 / 19

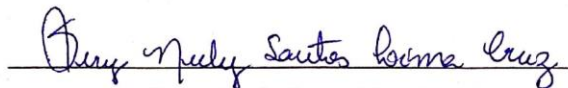
BANCA EXAMINADORA:



Prof. Ana Larissa Gomes Machado
Doutora em Enfermagem
Presidente da Banca



Prof. Andressa Suelly Saturnino de Oliveira
Doutora em Enfermagem
2º. Examinador



Enf. Sery Neely Santos Lima Cruz
Mestre em Saúde da Mulher
3º. Examinador

Dedico este trabalho a Deus, pois sem ele eu não teria forças para essa longa jornada, a minha orientadora e aos meus amigos que me ajudaram na conclusão dessa monografia.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a **Deus**, por me abençoar com o dom da vida, por me encher de força e coragem para trilhar esse percurso, e em seu nome cuidar dos que necessitam. Ele que sempre me ouviu e me apoiou quando pensei em desistir. Obrigada Senhor!

Aos meus pais, **Leizonete e Ant^o Wanderley**, agradeço por me proporcionar crescimento, pelo ensino da moral e incentivo na educação, por não medirem esforços para que eu concluísse o tão sonhado ensino superior!

Ao meu melhor amigo, namorado e noivo, **Denes Bruno**, por ser meu porto seguro, por me encorajar nas minhas decisões, por acalmar meus anseios e estar sempre ao meu lado! Obrigada meu bem, te amo!

Às minhas irmãs de sangue, **Valéria e Vivia**, pela paciência e auxílio nos momentos em que precisei.

Às minhas irmãs de vida, **Bruna, Carol, Leonísia, Livia e Naiara**, que viveram comigo os melhores e mais difíceis momentos da graduação, proporcionando lembranças inesquecíveis. Que nossa amizade vença todas as fronteiras!

Aos **professores** que partilharam os seus saberes, proporcionando o meu crescimento intelectual. Em especial, a minha amiga e orientadora **Ana Larissa**, que com toda sua paciência me auxiliou nesse trabalho, repassando seu vasto conhecimento. Agradeço a todos vocês!

Ao **GPeSC - Saúde do adulto e idoso**, que foi para mim mais uma família. Que me proporcionou grandes oportunidades. Agradeço a todos vocês por me ajudarem nessa coleta de dados! Sem vocês esse estudo não seria possível.

Aos **profissionais da saúde** deste município, por disponibilizar seu tempo para auxiliar na coleta dos dados. E aos **idosos** que aceitaram participar desta pesquisa e com paciência responder a tantos questionamentos. Muito obrigada! Espero que este estudo traga benefícios a cada um de vocês.

À minha banca examinadora, Prof^a **Andressa Suelly**, Prof^a **Nádyá Moura** e Enf^a **Sery Neely**, por aceitar participar deste momento e pelas considerações que irão engradecer este trabalho. Obrigada!

Por fim, sou grata a **todas as pessoas** que me apoiaram na produção deste trabalho e ao longo de todos os desafios da graduação!

“Saber envelhecer é a grande sabedoria da vida. (Henri Amiel) ”

RESUMO

Sabe-se que diversas doenças que comprometem a qualidade de vida podem acompanhar o processo de envelhecimento, dificultando e/ou impossibilitando a pessoa idosa de exercer sua autonomia e viver com independência. A fragilidade é um dos eventos que culminam com um estado de maior vulnerabilidade da pessoa idosa e está associada ao maior risco de desfechos clínicos adversos e declínio funcional. Esta pesquisa objetivou analisar a condição clínico-funcional de idosos na atenção primária à saúde. Trata-se de um estudo descritivo e transversal, de natureza quantitativa, realizado no período de agosto de 2018 a junho de 2019, em unidades da Estratégia Saúde da Família, localizadas no município de Picos-PI. A população foi composta por 4895 idosos cadastrados nas Unidades Básicas de Saúde da zona urbana, resultando numa amostra de 356 idosos. A coleta de dados ocorreu por meio da aplicação de um instrumento contendo as características socioeconômicas dos idosos e do Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional para determinar os estratos clínico-funcionais dos participantes. Quanto à análise, os dados foram tabulados em planilhas do Excel for Windows 2013, com posterior transferência para o Programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), na versão em língua portuguesa. Após análises estatísticas, os resultados foram apresentados em tabelas e gráficos e discutidos de acordo com a literatura pertinente. O estudo obteve aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Piauí, Campus de Picos-PI, com Parecer n. 2.389.117. Após análise e discussão dos dados, foi traçado o perfil dos idosos participantes da pesquisa, sendo mulheres (63,8%), com idade entre 60 e 74 anos (64%), casadas ou em união estável (57%), que se consideravam pardas (49,2%). Quanto à escolaridade, a maioria era composta por analfabetos (39,3%), com renda pessoal mensal maior que um salário mínimo (81,5%), com uma média de R\$998,00. Grande parte dos idosos tem filhos (90,2%), moram com os familiares (58,4%) e frequentam grupos de convívio social (58,7%). Foi possível observar que os idosos participantes apresentaram-se, em maioria, em risco de fragilização (39%), tendo como destaque alguns marcadores de fragilidade, a saber: a autopercepção da saúde ruim ou péssima (44,1%), desânimo, tristeza e desesperança (44,7%), capacidade aeróbica e/ou muscular (23,6%) e a polifarmácia (15,7%). Foi significativa a associação entre os estratos clínico-funcionais e os marcadores de fragilidade faixa etária ($p < 0,001$), autopercepção da saúde ($p < 0,001$) e declínio funcional ($p < 0,001$). Este estudo reflete uma população idosa em risco de fragilização que necessita de atenção integral por equipe multiprofissional, com foco na promoção do envelhecimento saudável, na prevenção da incapacidade funcional e da fragilidade, na elaboração de intervenções e de terapêutica individual adequada. A análise dos dados desta pesquisa mostrou que os idosos participantes apresentaram-se, em maioria, em risco de fragilização. Destacando-se os marcadores de fragilidade: autopercepção da saúde ruim ou péssima, desânimo, tristeza e desesperança, circunferência da panturrilha menor que 31 centímetros e a polifarmácia. A análise dos dados desta pesquisa mostrou que os idosos participantes apresentaram-se, em maioria, em risco de fragilização. Destacando-se os marcadores de fragilidade: autopercepção da saúde ruim ou péssima, desânimo, tristeza e desesperança, circunferência da panturrilha menor que 31 centímetros e a polifarmácia.

Palavras-chave: Fragilidade. Idoso. Enfermagem. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

It is known that several diseases that compromise the quality of life can accompany the aging process, making it difficult and/or impossible for the elderly people to exercise their autonomy and live independently. Frailty is one of the events that culminate in a state of greater vulnerability of the elderly people and it is associated with greater risk of adverse clinical outcomes and functional decline. This study aimed to analyze the clinical-functional condition of elderly people in primary health care. This is a descriptive and cross-sectional study with a quantitative approach carried out between August 2018 and June 2019 in units of the Family Health Strategy, located in the municipality of Picos-PI. The population was composed of 4895 elderly people enrolled in the Basic Health Units of the urban zone, resulting in a sample of 356 elderly people. Data were collected through the application of an instrument containing the socioeconomic characteristics of the elderly people and the Clinical Functional Vulnerability Index to determine the clinical-functional strata of the participants. The data were tabulated and analyzed using the SPSS software. The study was approved by the Ethics and Research Committee of the Federal University of Piauí, Campus of Picos-PI, with Opinion n. 2,389,117. After the analysis and discussion of the data, the profile of the elderly participants was drawn and 63.8% were women, age between 60 and 74 years (64%), married or in a stable union (57%), self-declared people of brown color (49.2%). As for education, the majority were illiterate (39.3%), with monthly personal income higher than a minimum wage (81.5%), with an average of R\$998.00. Most of the elderly people have children (90.2%), they live with their families (58.4%) and they go to social group meetings (58.7%). It was possible to observe that the majority of the elderly participants presented a great risk of frailty (39%), highlighting some markers of frailty: self-awareness about their poor or bad health condition (44.1%), discouragement, sadness and hopelessness (44.7%), calf circumference less than 31 cm (23.6%) and polypharmacy (15.7%). It was found a significant association between clinical-functional strata and markers of age group frailty ($p < 0.001$), self-awareness of health condition ($p < 0.001$) and functional decline ($p < 0.001$). This study reflects an elderly population at risk of frailty that requires full-time attention from a multiprofessional team, focusing on the promotion of healthy aging, the prevention of functional incapacity and frailty, the elaboration of interventions and adequate individual therapy. Given this context, the nurse must increasingly know the aging process and seek strategies that can promote the autonomy and independence of the elderly people, through the provision of individualized care, especially to those who are frail or at risk of becoming frail.

Keywords: Frailty. Elderly People. Nursing. Primary Health Care.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição de idosos cadastrados nas Unidades Básicas de Saúde da zona urbana do município de Picos, Piauí	21
Tabela 2	Perfil sociodemográfico dos idosos. Picos-PI, 2019	28
Tabela 3	Marcadores de fragilidade nos idosos investigados. Picos-PI, 2019 ...	31
Tabela 4	Associação entre marcadores de fragilidade e os estratos clínico-funcionais. Picos-PI, 2019	33

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Classificação do estrato clínico-funcional dos idosos. Picos-PI, 2019	29
Gráfico 2	Percentual de idosos frágeis e pré-frágeis por unidade básica de saúde. Picos-PI, 2019	30

LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
AGA	Avaliação Geriátrica Ampla
AVD	Atividade de Vida Diária
AVDB	Atividade de Vida Diária Básica
AVDI	Atividade de Vida Diária Instrumental
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
DP	Desvio Padrão
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FIBRA	Estudo sobre Fragilidade em Idosos Brasileiros
GPeSC	Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IIQ	Intervalo Interquartil
IVCF-20	Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional
MEEM	Mini Exame do Estado Mental
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua
PIBIC	Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SABE	Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento
SPSS	Programa Statistical Package for the Social Sciences
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPI	Universidade Federal do Piauí

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	OBJETIVOS	16
2.1	Geral	16
2.2	Específicos	16
3	REVISÃO DE LITERATURA	17
4	MÉTODO	22
4.1	Tipo de Estudo	22
4.2	Local e período	22
4.3	População e amostra	22
4.3.1	Critérios de inclusão	23
4.3.2	Critérios de exclusão	23
4.4	Coleta de dados	24
4.5	Variáveis do estudo	25
4.5.1	Socioeconômicas	25
4.5.2	Cognitivas	25
4.5.3	Marcadores de fragilidade	26
4.6	Análise dos dados	27
4.7	Aspectos éticos	27
5	RESULTADOS	29
6	DISCUSSÃO	36
7	CONCLUSÃO	41
	REFERÊNCIAS	42
	ANEXOS	47
	ANEXO A – Mini Exame do Estado Mental	48
	ANEXO B – Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional-20	49
	ANEXO C – Parecer Consubstanciado do CEP	50
	APÊNDICES	53
	APÊNDICE A – Variáveis Socioeconômicas	54
	APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ...	55

1 INTRODUÇÃO

A população brasileira manteve a tendência de envelhecimento dos últimos anos e ganhou 4,8 milhões de idosos desde 2012, superando a marca dos 30,2 milhões em 2017, segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (IBGE, 2018).

Sabe-se que associadas ao processo de envelhecimento podem surgir diversas doenças e incapacidades que comprometem a qualidade de vida do idoso. Esses fatores dificultam e/ou impossibilitam a pessoa idosa de exercer sua autonomia e viver com independência. O crescimento no número de idosos nos próximos anos resultará em maior número de indivíduos fragilizados (VIEIRA, 2017).

Nessa perspectiva a Coordenação de Saúde da Pessoa Idosa define como uma de suas prioridades, a construção de uma proposta de Modelo de Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa, com o objetivo de contribuir para a organização da atenção e ampliação do acesso qualificado da população idosa no âmbito do SUS. O cuidado deve ser orientado a partir da funcionalidade global da pessoa idosa, considerando o risco de fragilidade existente e o seu grau de dependência (capacidade de execução), buscando a autonomia (capacidade de decisão) possível, do sujeito em questão. Assim, ficam estabelecidos dois grandes eixos norteadores para a integralidade de ações: o enfrentamento das fragilidades da pessoa idosa, família, cuidadores e sistemas de saúde; promoção da saúde e da integração social, em todos os pontos de atenção (BRASIL, 2014).

Entre as condições que podem comprometer o envelhecimento bem sucedido, citam-se os marcadores de fragilidade, os quais são determinantes para a preservação da autonomia e independência do idoso. A fragilidade não possui uma definição consensual, para Brasil (2006) 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.

Moraes et al. (2016) consideram como fragilidade multidimensional a redução da reserva homeostática ou da capacidade de adaptação às agressões biopsicossociais e, conseqüentemente, aumento da vulnerabilidade ao declínio funcional e suas conseqüências.

A identificação da fragilidade/estratificação (idoso independente e autônomo; idoso em risco de fragilização; e idoso frágil) é fundamental para o planejamento das ações em saúde, definição de metas terapêuticas e priorização do cuidado. Uma estratégia fundamental para esta identificação é lançar mão da avaliação multidimensional, que reconhece e ajuda no planejamento do cuidado, em especial ao idoso frágil, sendo necessariamente realizada por equipe interdisciplinar.

A pessoa idosa sempre estará vinculada à atenção básica (AB), independentemente de ser assistida em outro ponto de atenção, sendo a AB responsável pelo acompanhamento do caso, de forma articulada e integrada aos outros pontos de atenção. No elenco de atividades e prioridades das equipes das Unidades Básicas de Saúde (UBS), encontram-se a identificação e o registro das condições de saúde da população idosa, com destaque para a população idosa frágil ou em processo de fragilização, no território. O cuidado da pessoa idosa inicia-se com a corresponsabilidade entre profissionais da atenção básica e dos profissionais que atuam nos demais pontos de atenção dos diferentes componentes, possibilitando as articulações necessárias para potencializar as ações desenvolvidas pela Rede de Atenção à Saúde (RAS) (BRASIL, 2014).

Estar ao lado e cuidar de um idoso frágil é um grande desafio tanto para os profissionais quanto para cuidadores e família. Pois nesse momento após ser classificado como idoso frágil às estratégias para melhorar sua autonomia e independência deverão ser criadas e investidas. Nesse momento os profissionais da área da saúde desenvolverão um plano de cuidados a fim de planejar e implementar as ações necessárias para a manutenção ou recuperação da saúde do idoso. Nele irá definir claramente quais são os problemas de saúde do paciente, as intervenções mais apropriadas para a melhoria da sua saúde, as justificativas para as mudanças e quais profissionais e equipamentos de saúde necessários para a implementação das intervenções (ESTEVAM et al., 2018). No idoso frágil todos esses pontos são complexos e multifatoriais, mas cabe a equipe multidisciplinar trabalhar e pensar de forma interdisciplinar afim de decidir melhores evidências disponíveis e aplicáveis ao caso (BARDES, 2012).

Na atenção à saúde do idoso, deve-se ter em vista a identificação dos riscos e a recuperação precoce para minimizar o impacto das condições crônicas na funcionalidade e no contexto global da vida (VERAS et al., 2013). Assim, os atendimentos contínuos de idosos frágeis devem ter como foco a avaliação e

monitoramento da capacidade funcional, a avaliação e monitoramento dos medicamentos, a redução dos riscos de queda e o monitoramento do autocuidado e do trabalho dos cuidadores e da família (MENDES, 2011).

Os argumentos teóricos reforçam a importância de que o indivíduo se mantenha ativo, sujeito no processo de decisão, tanto na identificação das necessidades como na natureza das ações a serem desenvolvidas no cuidado à saúde (CASTRO et al., 2012). Mediante critérios prévios de avaliação, o enfermeiro pode diagnosticar um déficit devido à diminuição nas habilidades de autocuidado ou ao aumento quantitativo ou qualitativo da demanda de cuidados ou a ambos (SILVA et al., 2007). Além disso, a este profissional, dentre outras ações de cuidado, cabe orientar, incentivar, auxiliar e buscar alternativas que promovam a saúde e o bem-estar do idoso juntamente com sua família, de modo que esta também contribua para o estabelecimento de ações que denotem o autocuidado. Reforça-se que manter a capacidade funcional, preservando a autonomia e independência durante o processo de envelhecimento, é uma meta fundamental para indivíduos e governantes, na medida em que há perspectivas crescentes de as pessoas viverem mais, também é real o risco de ficarem mais frágeis (MOREIRA; CALDAS, 2007).

Diante disso, questiona-se: qual a condição clínico-funcional dos idosos acompanhados na atenção primária à saúde?

Dada a necessidade de entender e conhecer os fatores associados ao estado de fragilidade clínico-funcional na atenção primária, enfatiza-se a relevância desse estudo no entendimento de que o processo de fragilização é multifatorial e influencia a qualidade de vida das pessoas idosas. A elaboração de estudos acerca dessa questão propicia uma melhor assistência de enfermagem prestada aos idosos por meio da elucidação da importância da identificação precoce dos fatores de risco à fragilização, prevenindo esse processo e/ou retardando consequências.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

- Analisar a condição clínico-funcional de idosos na atenção primária à saúde.

2.2 Específicos

- Identificar os principais marcadores de fragilidade dos idosos investigados;
- Verificar a associação entre os marcadores de fragilidade (faixa etária, sexo, autopercepção da saúde e declínio funcional) e os estratos clínico-funcionais apresentados.

3 REVISÃO DE LITERATURA

A população brasileira está em trajetória de envelhecimento e, até 2060, o percentual de pessoas com mais de 65 anos passará dos atuais 9,2% para 25,5%. Ou seja, um em cada quatro brasileiros será idoso (IBGE, 2017). A situação torna-se ainda mais desafiadora para países como o Brasil, onde há uma série de particularidades que potencializam os impactos negativos do envelhecimento populacional para o sistema de seguridade social e, conseqüentemente, para a saúde dos próprios idosos.

Entre os principais aspectos a serem observados nessa conjuntura, estão pobreza, baixo nível de escolaridade, desigualdade social, questões de gênero, maus tratos, falta de apoio social formal, baixos valores de aposentadorias e pensões, alta prevalência de múltiplas doenças crônicas, atividades de lazer escassas, desinformação, preconceito e desrespeito e a incongruência do sistema de saúde diante do envelhecimento populacional (GEIB, 2012).

Segundo Leite et al. (2012), o aumento da expectativa de vida desencadeou mudanças nos perfis demográficos e epidemiológicos da população brasileira, o que resultou no crescimento no número de idosos. Esta condição tem relação com a diminuição das doenças transmissíveis, contrapondo-se a elevação das crônicas e não-transmissíveis. Exemplos de idosos com problemas crônicos de saúde e incapacidades são encontrados pelos profissionais de saúde nos diversos níveis de atenção à saúde e, quando identificados tardiamente, dificultam a aplicação de intervenções que possam subvertê-los ou minimizá-los (OLIVEIRA; MENEZES, 2011).

A senescência é representada por inevitáveis modificações estruturais, fisiológicas e funcionais no organismo. Para alguns indivíduos, tais mudanças são acentuadas e ocasionam o aumento do risco de morbimortalidade, enquanto os demais se mantêm robustos, mesmo em idade avançada. Diante da heterogeneidade do processo de envelhecimento, o conceito de fragilidade tem sido cada vez mais discutido (SOUSA, 2018).

A fragilidade é considerada como uma inevitável consequência do envelhecimento que está relacionada com os diferentes processos de doenças crônicas não transmissíveis, caracterizando assim, uma síndrome multidimensional que aumenta a vulnerabilidade no idoso, obtendo como resultado a diminuição das

reservas fisiológicas e um aumento do declínio funcional associado com múltiplas mudanças físicas (FHON et al., 2012).

Somando a isso, o ponto de vista mais difundido sobre fragilidade é o que a define como síndrome clínica geriátrica envolvendo declínio das reservas de energia, desregulação neuroendócrina, rebaixamento da função imune e diminuição da resistência a estressores, resultantes do processo normativo de envelhecimento fisiológico, ou senescência, em interação com riscos atuais e acumulados à saúde e a funcionalidade (NERI et al., 2013).

O estado da arte sugere a existência de alguns fatores determinantes na instalação da síndrome, entre eles os genéticos, doença subclínica e sequelas de patologias agudas ou trauma, estilos de vida/meio ambiente e idade (STRANDBERG; PITKALA; TILVIS, 2011). Chen, Mao, e Leng (2014) hipotetizam que os fatores anteriormente referidos são potencializados ou ativados por mecanismos inflamatórios e imunológicos, causando alterações musculoesqueléticas (dinapenia, sarcopenia, osteopenia), endócrinas (alterações hormonais) e cardiovasculares (fadiga, arteriosclerose). Segundo os mesmos autores, o processo desenvolve-se numa primeira fase pela instalação de sinais e sintomas típicos de fragilidade (fenótipo) e, finalmente, pelo surgimento de resultados adversos em saúde como quedas, incapacidade e dependência. Nesta trajetória existe maior potencial de reversibilidade em situações de pré-fragilidade, sendo que a síndrome atinge um ponto de difícil retorno após a instalação da incapacidade/dependência (STRANDBERG; PITKALA; TILVIS, 2011).

Indivíduos frágeis compõem um subconjunto de idosos portadores de maior susceptibilidade a desfechos adversos de saúde, tais como morte, incapacidade e hospitalização em virtude da redução de sua capacidade para responder a condições de estresse, vulnerabilidade que também os predispõe a doenças crônicas, anorexia, sarcopenia, osteopenia, déficits cognitivos e incapacidade (NERI et al., 2013). Outros desfechos adversos relacionados são morbidades, sintomas depressivos, piora da capacidade funcional e institucionalização (FRIED, 2001). Entretanto, ainda são necessárias pesquisas sobre a temática para ampliar o conhecimento do papel dessas variáveis na melhora e/ou piora da condição de fragilidade e seus componentes, uma vez que resultam em maior possibilidade de recuperação do idoso (LEE, et. al., 2014).

Uma vez que os fatores relacionados à síndrome não são plenamente conhecidos, seu entendimento é de suma importância para que medidas de ação direcionadas possam ser planejadas e executadas. Muitos desses agravos podem ser prevenidos no nível da atenção primária em saúde, desde que os profissionais estejam atentos aos fatores que determinam a gênese da síndrome e sensibilizados para a importância da detecção precoce (ESPINOZA; FRIED, 2007. LEVERS; ESTABROOKS; KERR, 2006. KAISER; BANDINELLI; LUNENFELD, 2010).

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. Para esses profissionais, a identificação adequada de idosos frágeis ou em risco de fragilização necessita ser simples e rápida (MORAES et al., 2016).

A Avaliação Geriátrica Ampla (AGA) é a principal ferramenta utilizada para identificar o idoso frágil e deve ser aplicada por equipe geriátrico-gerontológica especializada, na qual diversas escalas ou instrumentos são utilizados (MORAES, 2012). Além disso, 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 (MORAES et al., 2016). Entretanto, a utilização da AGA no contexto da atenção primária é inviável, apresentando uma relação custo-benefício insatisfatória em saúde pública (MORAES, E. N.; MORAES, F. L., 2016).

Assim, um instrumento de triagem multidimensional objetivo, simples e de rápida aplicação torna-se de grande importância. Com essa finalidade, o Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional (IVCF-20) foi construído de forma interdisciplinar, com a participação de vários profissionais da equipe geriátrico-gerontológica especializada na atenção ao idoso. O IVCF-20 é um questionário que contempla aspectos multidimensionais da condição de saúde do idoso, sendo constituído por 20 questões distribuídas em oito seções: idade (1 questão), auto-percepção da saúde (1 questão), incapacidades funcionais (4 questões), cognição (3 questões), humor (2 questões), mobilidade (6 questões), comunicação (2 questões) e comorbidades múltiplas (1 questão). Cada seção tem pontuação específica que perfazem um valor máximo de 40 pontos. Quanto mais alto o valor obtido, maior é o risco de vulnerabilidade clínico-funcional do idoso. Este instrumento pode ser utilizado como triagem inicial na atenção básica. Entretanto, é fundamental ressaltar que o IVCF-20 não substitui a avaliação realizada por equipe geriátrica-

gerontológica especializada. O idoso frágil necessita de abordagem especializada, em uma unidade de referência para o idoso, e a avaliação multidimensional completa é imprescindível para um correto projeto terapêutico interdisciplinar (MORAES et al., 2016).

A identificação da presença de fatores clínicos adversos à saúde do idoso associada à avaliação criteriosa dos marcadores de fragilidade física permite a gestão adequada da síndrome, com elaboração de intervenções efetivas no cuidado aos idosos (SOUSA, 2018).

A avaliação do estado de saúde do idoso tem como objetivo principal desenvolver estratégias intervencionistas para prevenir, tratar ou reabilitar o indivíduo. Diante desse contexto, o enfermeiro deve conhecer cada vez mais o processo de envelhecimento e buscar estratégias que possam promover a autonomia e independência do idoso, através da prestação de um cuidado individualizado, especialmente àqueles com fragilidade ou que estejam em risco para desenvolvê-la. Para isso, é necessário utilizar ferramentas que avaliem o estado de saúde dessa população, subsidiando cuidados futuros (MACIEL, 2016).

Considerando o processo de envelhecimento populacional e evidências sobre a relação entre fragilidade e presença do cuidador, é importante que, no processo de cuidado em saúde, seja estimulado o desempenho do idoso para realização das atividades básicas e instrumentais de vida diária, com foco na aquisição de habilidades e competências com destreza e segurança, pois essas atividades contribuem com a perda da autonomia, da independência e favorecem o isolamento social, sendo, portanto, essencial a busca por estratégias que auxiliem o desempenho dessas atividades, maximizando sua funcionalidade e postergando as perdas que levam à fragilidade (MORAES, 2017).

Como o idoso frágil é o maior consumidor dos serviços de atenção à saúde e promoção da saúde demanda tempo prolongado e exige mudanças comportamentais e de hábitos de vida, com investimentos em ações diagnósticas e terapêuticas, é preciso cautela em aplicá-las, pois sua expectativa de vida não é longa o suficiente para se beneficiar dessas intervenções. Como forma de melhorar a saúde do idoso frágil sugere-se: a) desprescrição segura de medicamentos inapropriados; b) metas terapêuticas individualizadas, conforme estrato clínico-funcional, e compartilhadas com a família; c) adequado tratamento de condições subdiagnosticadas; d) reabilitação; e e) prevenção secundária, quando a expectativa

de vida for longa e passível de alterações medicamentosas, dietéticas ou do estilo de vida (MORAES, 2017).

Quanto aos idosos em risco de fragilização intervenções capazes de melhorar a autonomia e independência, prevenindo o declínio funcional enfatizando: a) suspensão de medicação inadequada; b) definição individualizada de metas terapêuticas; c) priorizar o atendimento; d) diagnosticar e tratar as condições médicas subdiagnosticadas e/ou subtratadas; e) reabilitação. Para idosos robustos, apenas prevenção primária (MORAES et al, 2016; MORAES, 2017).

Conforme visto, é desafiante para os enfermeiros cuidar da pessoa idosa em condição de vulnerabilidade clínico funcional em um contexto de RAS não estruturada, em que diagnosticar e intervir, o mais precocemente possível, nos fatores que contribuem com a fragilidade, se torna essencial para estabelecer ações de promoção da saúde e manutenção da capacidade funcional, integrando o idoso ao contexto social por maior tempo e independência possível (FREITAS, 2018).

4 MÉTODO

Trabalho de Conclusão de Curso desenvolvido como parte de um projeto do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC) da Universidade Federal do Piauí UFPI/Picos.

4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo com delineamento descritivo e transversal, de natureza quantitativa, com finalidade em pesquisa aplicada na área de ciências da saúde. Segundo Gil (2017), as pesquisas descritivas têm como objetivo a descrição das características de determinada população ou fenômeno. Podem ser elaboradas também com a finalidade de identificar possíveis relações entre variáveis.

4.2 Local e período

O estudo foi realizado no período de 01 de agosto de 2018 a 31 de julho de 2019, em unidades da Estratégia de Saúde da Família (ESF), localizadas na zona urbana do município de Picos-PI.

4.3 População e amostra

A população foi composta por idosos cadastrados nas Unidade de Saúde da Família (USF). Foram selecionadas as USF localizadas na zona urbana do município (TABELA 1).

Tabela 1 - Distribuição de idosos cadastrados nas Unidades de Saúde da Família da zona urbana do município de Picos, Piauí.

USF	POPULAÇÃO	AMOSTRA
Unidade A	222	16
Unidade B	80	6
Unidade C	92	8
Unidade D	66	4
Unidade E	223	16
Unidade F	272	20
Unidade G	145	11
Unidade H	187	14
Unidade I	296	22
Unidade J	333	25
Unidade K	178	12

Unidade L	190	15
Unidade M	238	18
Unidade N	240	19
Unidade O	291	20
Unidade P	230	16
Unidade Q	78	5
Unidade R	269	19
Unidade S	310	22
Unidade T	193	14
Unidade U	55	4
Unidade V	84	7
Unidade X	74	6
Unidade W	143	10
Unidade Y	187	13
Unidade Z	219	14
TOTAL	4895	356

Fonte: Dados do pesquisador.

Para o cálculo do tamanho da amostra, foi utilizado como desfecho um percentual de 50% (P=50% e Q=50%), haja vista que esse valor proporciona um tamanho máximo de mostra, sendo fixados o nível de significância ($\alpha=0,05$) e o erro tolerável de amostragem de 5%, $t^{25\%}=1,96$. Tendo em vista que a população considerada é finita, foi aplicada a fórmula a seguir:

$$n = t^{25\%} \times P \times Q \times N / e^2(N - 1) + t^{25\%} \times P \times Q$$

Onde, n= amostra; t=grau de confiança; N=população; e=Erro; P=Prevalência, Q=Prevalência complementar. A amostra foi composta de 356 participantes e foi estratificada, com divisão proporcional entre todas as unidades de saúde da zona urbana do município.

4.3.1 Critérios de inclusão

- Ter idade igual ou superior a 60 anos de idade;
- Manter comunicação verbal preservada.

4.3.2 Critério de exclusão

- Apresentar déficits cognitivos que impeçam responder o instrumento de coleta de dados.

Para avaliar se o idoso apresenta déficit cognitivo foi aplicado o Mini Exame do Estado Mental (MEEM) (ANEXO A), que é um teste de avaliação cognitiva que tem por objetivo auxiliar na investigação de possíveis déficits em indivíduos com risco de desenvolver uma síndrome demencial; composto por questões agrupadas em sete categorias, cada uma delas desenhada para avaliar funções cognitivas específicas: orientação para o tempo (5 pontos), memória imediata (3 pontos), atenção e cálculo (5 pontos), evocação (5 pontos), lembrança de palavras (3 pontos), linguagem (8 pontos) e capacidade construtiva visual (1 ponto). O MEEM foi traduzido e adaptado para o Brasil e tem um escore de 0 a 30 pontos. Para a análise dos dados, esta variável foi dicotomizada em sem e com déficit cognitivo, a partir dos seguintes pontos de corte: para aqueles identificados como analfabetos será de 13 pontos; aqueles com escolaridade baixa (1 a 4 anos de estudo incompletos) ou média (4 a 8 anos de estudo incompletos) de 18 pontos e com escolaridade alta (8 anos ou mais de estudo) de 26 pontos (BERTOLUCCI et al., 1994).

4.4 Coleta de dados

A fim de integrar pesquisa e ensino, a coleta de dados foi desenvolvida como parte das atividades acadêmicas do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí por meio do Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva (GPeSC/UFPI) – linha Saúde do Adulto e Idoso. Foi realizado treinamento da equipe acerca do objeto de estudo, metodologia científica e instrumentos de coleta de dados.

A coleta de dados ocorreu por meio da aplicação de formulário em encontro agendado na UBS, no período de setembro de 2018 a março de 2019. Foram utilizados para obtenção dos dados um instrumento com as características socioeconômicas e o Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional-20 (IVCF-20) (ANEXO B), o qual tem caráter multidimensional e alta confiabilidade que se propõe a avaliar os principais marcadores de fragilidade do idoso.

O IVCF-20 consiste em um instrumento desenvolvido e validado no Brasil a partir de outros instrumentos de triagem rápida, amplamente citados na literatura (CARMO, 2014). Os principais objetivos deste instrumento são a estruturação e direcionamento da consulta geriátrica, o planejamento de demanda programada no Sistema Único de Saúde (SUS) e na Saúde Suplementar, indicação de intervenções interdisciplinares capazes de melhorar a autonomia e independência do idoso e a

identificação do idoso frágil, sendo o último, a base desse estudo. Trata-se de um instrumento de caráter multidimensional, simples e de rápida aplicação (10 a 15 minutos) que avalia oito dimensões que precedem o declínio funcional nos idosos, a saber: idade, sexo, autopercepção da saúde, atividades de vida diária (AVD), cognição, humor, mobilidade, comunicação e comorbidades múltiplas. A avaliação sugere pontos de corte entre 0 a 6, 7 a 14 e ≥ 15 que indicam, respectivamente, idosos com baixo risco (robustos), moderado risco (em risco de fragilização) e alto risco de vulnerabilidade clínico-funcional (frágeis ou dependentes) (MORAES; LANNA, 2014).

A aplicação do IVCF-20 aconteceu em uma sala previamente reservada na UBS. Na ocasião o pesquisador explicou as etapas da pesquisa e apresentou os benefícios do estudo para a sua saúde e comunidade em geral. As variáveis socioeconômicas são: idade, sexo, estado civil, raça/cor, escolaridade, renda pessoal, possui filhos, com quem convive atualmente, frequenta algum local de convívio social (APÊNDICE A).

4.5 Variáveis do estudo

4.5.1 Socioeconômicas

- Idade: em anos;
- Sexo: consideram-se feminino e masculino;
- Estado civil: opções solteiro, união estável/casado e viúvo;
- Escolaridade: analfabeto, níveis fundamental, médio ou superior, as três últimas opções também devem considerar as opções completo ou incompleto;
- Renda pessoal: o valor deve ser registrado em reais;
- Filhos: possui ou não, se sim quantos são;
- Convivência em casa: questionar com quem convive atualmente, ex.: esposo, filhos, cuidador, sozinho;
- Convívio social: questionar se frequenta algum grupo, se sim especificar qual, ex.: grupo de idosos promovido pela UBS, grupos religiosos, dentre outros.

4.5.2 Cognitivas

- Orientação temporal: questionar em que dia estamos e marcar os acertos para ano, semestre, mês, dia e dia da semana;

- Orientação espacial: perguntar onde estamos e marcar os acertos para estado, cidade, bairro, rua e local;
- Memória imediata e lembrança de palavras: dizer três palavras para que o entrevistado repita, seguir o instrumento e depois será questionado quais palavras havia falado no tempo anterior, ex. caneca, tijolo e tapete;
- Atenção e cálculo: será questionado se o entrevistado sabe fazer cálculos, se sim será indagado qual o resultado da subtração de cem por sete, conforme houver acertos seguirá com 4 subtrações do resultado anterior por sete; se não solicite que solete a palavra “mundo” de trás para frente;
- Linguagem: mostrar uma caneta e um relógio e pedir para o entrevistado nomeá-los; repetir a frase “nem aqui, nem ali, nem lá”, entregar um papel e pedir que pegue-o com a mão direita, dobre ao meio e coloque no chão; escrever em um papel a frase “feche os olhos” e pedir que leia e execute a ação; pedir que escreva uma frase completa; copiar o desenho mostrado no instrumento.

4.5.3 Marcadores de fragilidade

- Idade: serão considerados os intervalos de 60 a 74 anos, de 75 a 84 anos e igual ou superior a 85 anos;
- Auto-percepção da saúde: pedir que compare sua saúde com a de pessoas da mesma idade e caracterizar em 1- excelente, muito boa ou boa ou 2- regular ou ruim;
- Atividades de vida diária: questionar se por conta da condição física deixou de fazer compras; deixou de controlar seu dinheiro, gastos ou pagar as contas de casa; se deixou de realizar pequenos trabalhos domésticos; e se deixou de tomar banho sozinho;
- Cognição: perguntar se algum familiar ou amigo falou que está ficando esquecido; se o esquecimento piorou nos últimos meses; se está impedindo a realização de alguma atividade do cotidiano;
- Humor: questionar se no último mês ficou com desânimo, tristeza ou desesperança; se no último mês perdeu o interesse ou prazer em atividades anteriormente prazerosas;

- Mobilidade: para avaliar a capacidade de alcance, preensão e pinça perguntar se consegue elevar os braços acima do nível do ombro e se consegue manusear ou segurar pequenos objetos; quanto a capacidade aeróbica e/ou muscular perguntar se teve perda de peso não intencional, avaliar se o Índice de Massa Corporal (IMC) menor que 22 Kg/m², se a circunferência da panturrilha é menor que 31 cm e se o tempo gasto no teste de velocidade da marcha (4m) é maior que cinco segundos; sobre a marcha, pergunte se o idoso tem dificuldade de caminhar capaz de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano e se teve duas ou mais quedas no último ano; acerca da continência esfinteriana questione se em algum momento teve perda de urina ou fezes sem querer;
- Comunicação: indague se o idoso tem algum problema de visão ou audição capaz de impedir alguma atividade do cotidiano, sendo permitido o uso de óculos ou lentes de contato e de aparelhos de audição;
- Comorbidades múltiplas: questione se o idoso possui cinco ou mais doenças crônicas, se faz uso regular de cinco ou mais medicamentos diferentes por dia e se teve internação nos últimos seis meses.

4.6 Análise dos dados

As variáveis quantitativas foram descritas por média e desvio padrão (DP) ou mediana e intervalo interquartil (IIQ) e as variáveis qualitativas por frequências absolutas e relativas. Os dados foram tabulados em planilhas do Excel for Windows 2013, com posterior transferência para o Programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), na versão 20.0 em língua portuguesa. Para associação das variáveis foi utilizado o teste quiquadrado. Após análises estatísticas, os resultados foram apresentados em tabelas e gráficos e discutidos de acordo com a literatura pertinente.

4.7 Aspectos éticos

Essa pesquisa foi realizada de acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde que preconiza tratar o ser humano com dignidade, respeitando a sua autonomia, comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos (beneficência); garantindo que danos previsíveis sejam evitados (não maleficência); certificando a igual consideração dos interesses

envolvidos, não perdendo o sentido de sua destinação sócio-humanitária (justiça e equidade) (BRASIL, 2012).

O estudo obteve aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Piauí (UFPI), Campus de Picos-PI, com Parecer n. 2.389.117 (ANEXO C). Todos os participantes da pesquisa foram informados sobre os seus objetivos e, após sua anuência, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B), o qual lhes garantiu o anonimato e a liberdade de continuar ou não participando do estudo.

O risco da pesquisa para os participantes foi o de constrangimento por não entenderem ou não saberem responder os questionamentos direcionados, todavia, o pesquisador assegurou que os instrumentos fossem aplicados em sala reservada e que eles puderam questionar a qualquer momento da entrevista para que suas dúvidas fossem esclarecidas.

Quanto aos benefícios, o estudo se propôs a analisar o grau de vulnerabilidade dos idosos, assumindo o compromisso de classificá-los de acordo com a fragilidade que apresentarem. Deste modo, o estudo promoverá melhorias no atendimento do idoso, pois a partir da classificação clínico-funcional será possível definir melhor o plano de cuidados adequado para o idoso evitando hospitalizações desnecessárias e identificando precocemente o risco de fragilidade de cada idoso avaliado.

5 RESULTADOS

Após análise das variáveis foi possível traçar o perfil sociodemográfico dos idosos participantes do estudo (Tabela 1).

Tabela 2- Perfil sociodemográfico dos idosos. Picos-PI, 2019.

VARIÁVEIS	N	%	ESTATÍSTICA Média ± DP Mediana (IIQ)
Faixa etária			72,85 ± 8,965
60 – 74	228	64,0	
75 – 84	93	26,1	
≥ 85	35	9,8	
Sexo			
Feminino	227	63,8	
Masculino	129	36,2	
Estado civil			
União Estável/Casado	203	57,0	
Viúvo	109	30,6	
Solteiro	44	12,4	
Cor da pele			
Parda	175	49,2	
Branca	123	34,6	
Negra	47	13,2	
Outra	11	3,1	
Escolaridade			
Analfabeto	140	39,3	
Fundamental incompleto	121	34,0	
Fundamental completo	35	9,8	
Médio completo	35	9,8	
Médio incompleto	7	2,0	
Superior completo	16	4,5	
Superior incompleto	2	0,6	
Renda			998,00 (346)
≥ 1 salário mínimo	290	81,5	
< 1 salário mínimo	66	18,5	
Possui filhos			4 (4)
Sim	321	90,2	
Não	35	9,8	
Com quem mora			
Familiares	208	58,4	
Cônjuge	105	29,5	

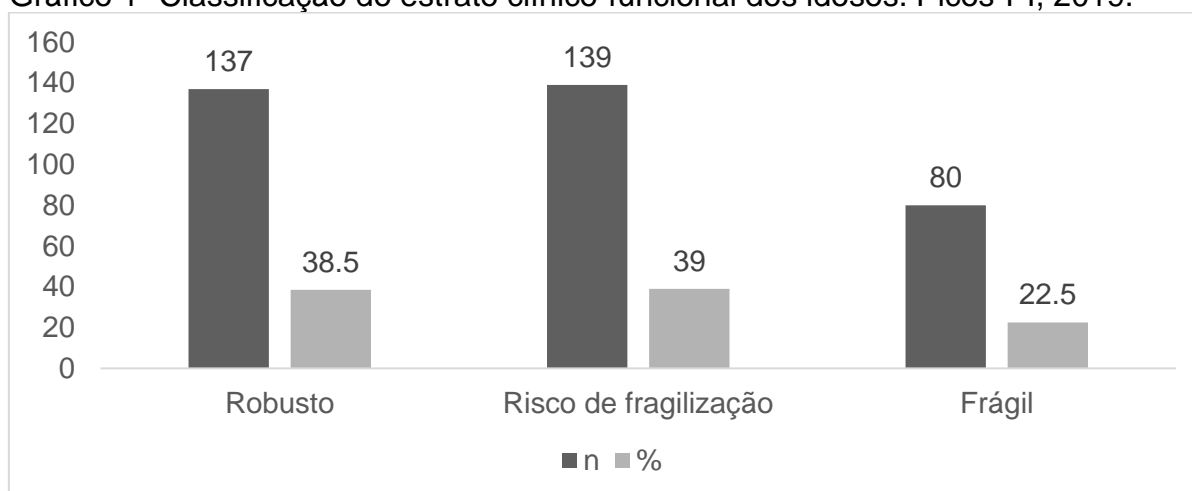
Sozinho	41	11,5
Familiares + cuidadores	2	0,6
Frequenta grupo de convívio social		
Sim	209	58,7
Não	147	41,3

Fonte: Dados da pesquisa.

Os participantes do estudo eram predominantemente do sexo feminino, (63,8%), com idade entre 60 e 74 anos (64%), casados ou em união estável (57%), consideravam-se pardos (49,2%). Quanto à escolaridade, a maioria era composta por analfabetos (39,3%), com renda pessoal mensal maior que um salário mínimo (81,5%), com uma média de R\$998,00. Grande parte dos idosos tem filhos (90,2%), moram com os familiares (58,4%) e frequentam grupos de convívio de social (58,7%), como grupos religiosos, grupos de atividades da UBS, entre outros.

No gráfico a seguir apresenta-se a classificação do estrato clínico-funcional dos idosos participantes do estudo (Gráfico 1).

Gráfico 1- Classificação do estrato clínico-funcional dos idosos. Picos-PI, 2019.

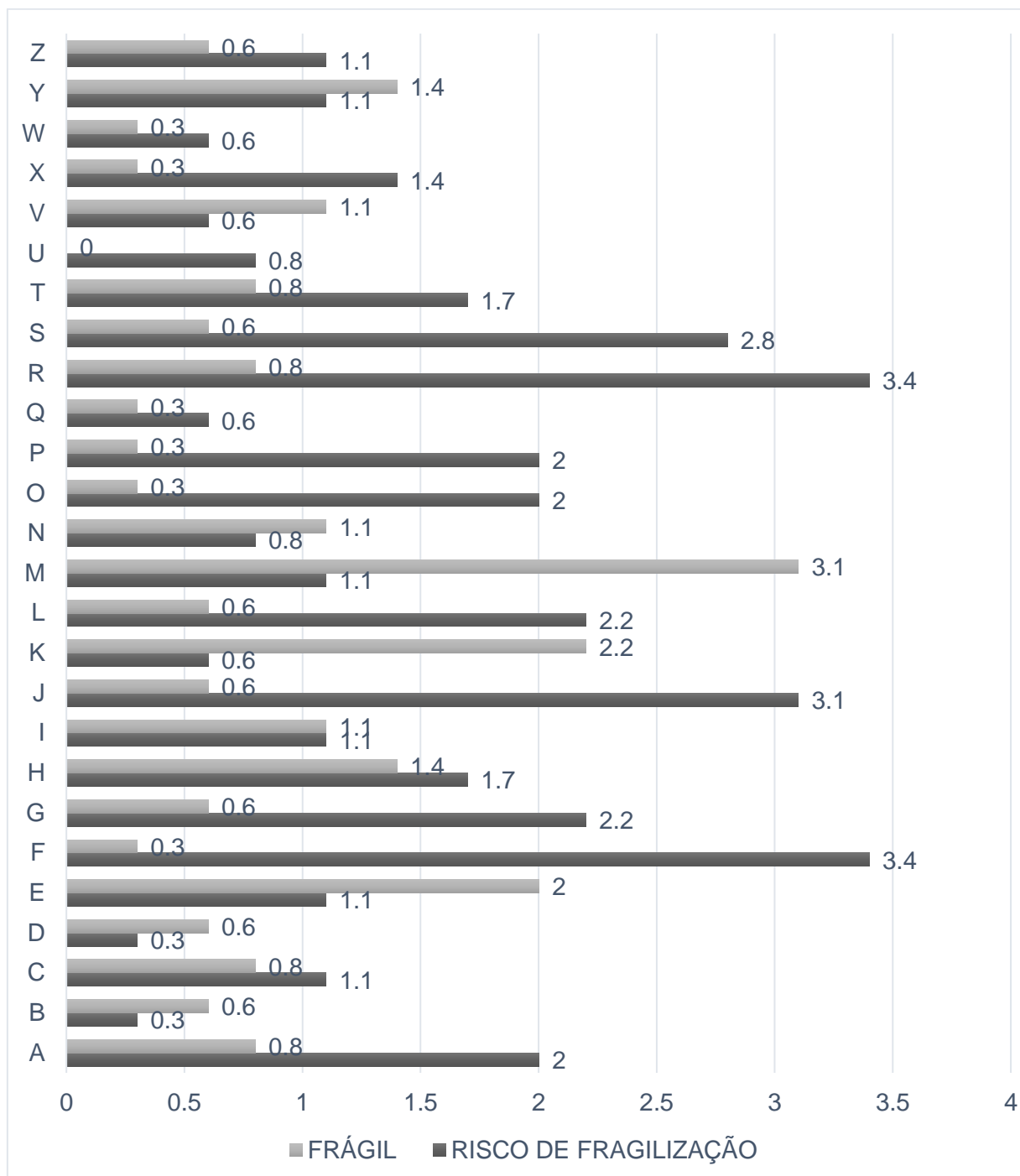


Fonte: Dados da pesquisa.

A maior parte dos idosos encontrava-se em risco de fragilização (39%) ou eram robustos (38,5%). Observa-se, contudo, que quando somados os percentuais de idosos frágeis com os que estão em risco de fragilização, obtém-se um percentual de 61,5% da amostra. Esse dado demonstra que o grupo estudado já apresenta um perfil de idosos pré-frágeis e frágeis, requerendo um olhar diferenciado da equipe da atenção básica.

Para melhor visualização do comportamento da fragilidade entre os idosos nas diferentes UBS pesquisadas, elaborou-se o Gráfico 2.

Gráfico 2- Percentual de idosos frágeis e pré-frágeis por unidade básica de saúde. Picos-PI, 2019.



Fonte: Dados da pesquisa.

No estrato Risco de Fragilização houve empate entre as unidades F e R, com percentual de 3,4%. Os idosos frágeis encontraram-se, em maior número, na unidade K (2,2%).

Cada marcador de fragilidade foi verificado quanto às frequências absolutas e relativas, como se observa na Tabela 3.

Tabela 3- Marcadores de fragilidade nos idosos investigados. Picos-PI, 2019.

MARCADORES DE FRAGILIDADE		n	%
IDADE	60 – 74	228	64,0
	75 – 84	93	26,1
	≥ 85	35	9,8
AUTO-PERCEPÇÃO DA SAÚDE	Excelente/Muito Boa/ Boa	199	55,9
	Regular/Ruim	157	44,1
ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA (AVD)	Deixou de fazer compras		
	Não	274	77,0
	Sim	82	23,0
	Deixou de controlar seu dinheiro		
	Não	272	76,4
	Sim	84	23,6
	Deixou de realizar pequenos trabalhos domésticos		
	Não	298	83,7
	Sim	58	16,3
	Deixou de tomar banho sozinho		
Não	339	95,2	
Sim	17	4,8	
COGNIÇÃO	Algum familiar falou que você está ficando esquecido		
	Não	219	61,5
	Sim	137	38,5
	Este esquecimento está piorando		
	Não	274	77,0
	Sim	82	23,0
HUMOR	Esquecimento impede a realização de alguma atividade		
	Não	292	82,0
	Sim	64	18,0
	Desânimo, tristeza ou desesperança		
Não	197	55,3	
Sim	159	44,7	
MOBILIDADE	Perdeu o interesse/prazer em atividades anteriormente prazerosas		
	Não	261	73,3
	Sim	95	26,7
	Incapaz de elevar os braços acima do nível do ombro		
	Não	335	94,1
	Sim	21	5,9
MOBILIDADE	Incapaz de manusear/segurar pequenos objetos		
	Não	343	96,3
	Sim	13	3,7
	Perda de peso não intencional		
	Não	318	89,3
Sim	38	10,7	
Capacidade aeróbica e/ou muscular	IMC < 22 Kg/m²		
	Não	290	81,5
Sim	66	18,5	

	CP < 31 cm		
	Não	271	76,1
	Sim	85	23,9
	Teste de velocidade da marcha > 5 seg		
	Não	316	88,8
	Sim	40	11,2
Marcha	Dificuldade para caminhar		
	Não	263	73,9
	Sim	93	26,1
	≥ 2 quedas no último ano		
	Não	279	78,4
	Sim	77	21,6
Continência esfincteriana	Perde urina ou fezes sem querer		
	Não	315	88,5
	Sim	41	11,5
COMUNICAÇÃO	Visão		
	Não	206	57,9
	Sim	150	42,1
	Audição		
	Não	284	79,8
	Sim	72	20,2
COMORBIDADES MÚLTIPLAS	Polipatologia		
	Não	344	96,6
	Sim	12	3,4
	Polifarmácia		
	Não	300	84,3
	Sim	56	15,7
	Internação recente		
	Não	323	90,7
	Sim	33	9,3

Fonte: Dados da pesquisa.

Após análise dos marcadores de fragilidade, notou-se não haver frequências elevadas nos diferentes aspectos avaliados, mas merecem destaque a autopercepção da saúde relatada como ruim ou péssima por 44,1% dos participantes, e a maior presença de idosos com dependência para AVD instrumental (23,6%), quando comparada à AVD básica (4,8%).

Outro dado que chamou a atenção foi o humor, pois 44,7% dos idosos relataram ter desânimo, tristeza ou desesperança nos últimos meses e 26,7% perderam o interesse em atividades anteriormente prazerosas.

No que concerne à mobilidade, em todos os itens avaliados houve predominância de respostas referente à boa mobilidade, porém deve-se considerar que acerca da capacidade aeróbica/muscular dos idosos, a circunferência da panturrilha menor que 31cm esteve presente em 23,6% dos participantes, demonstrando a presença de sarcopenia entre eles. No que tange às comorbidades múltiplas, a polifarmácia foi o item mais presente na amostra estudada (15,7%).

Analizou-se também a associação entre os estratos clínicos funcionais e

alguns marcadores de fragilidade, dentre eles idade, sexo, autopercepção da saúde e declínio funcional (Tabela 4).

Tabela 4- Associação entre marcadores de fragilidade e os estratos clínico-funcionais. Picos-PI, 2019.

Marcadores de Fragilidade	Classificação do estrato clínico-funcional n (%)			TOTAL	valor de p*
	Robusto	Risco de fragilização	Frágil		
Faixa Etária					p <0,001
60 – 74	110 (80,3)	86 (61,9)	32 (40,0)	228 (64,0)	
75 – 84	27 (19,7)	41 (29,5)	25 (31,2)	93 (26,1)	
≥ 85	-	12 (8,6)	23 (28,8)	35 (9,8)	
Sexo					p = 0,046
Feminino	80 (58,4)	87 (38,3)	60 (75,0)	227 (63,8)	
Masculino	57 (41,6)	52 (37,4)	20 (15,5)	129 (36,2)	
Autopercepção da Saúde					p <0,001
Excelente, muito boa ou boa	108 (78,8)	69 (49,6)	22 (27,5)	199 (55,9)	
Regular ou ruim	29 (21,2)	70 (50,4)	58 (72,5)	157 (44,1)	
Declínio Funcional					
AVDB** Não	134 (97,8)	138 (99,3)	67 (83,8)	339 (95,2)	p <0,001
Sim	3 (2,2)	1 (0,7)	13 (16,2)	17 (4,8)	
AVDI*** Não	129 (94,2)	87 (62,6)	17 (21,2)	233 (65,4)	p <0,001
Sim	8 (5,8)	52 (37,4)	63 (78,8)	123 (34,6)	

Fonte: Dados da pesquisa. *p: teste Quiquadrado

AVDB: Atividade de Vida Diária Básica *AVDI: Atividade de Vida Diária Instrumental

Apenas em relação ao sexo não houve associação estatística significativa entre as variáveis. Em relação à faixa etária ($p < 0,001$), observa-se que a fragilidade foi mais predominante nos idosos entre 60 a 74 anos (40%), e entre os idosos com 85 anos e mais o estrato clínico-funcional mais frequente foi o frágil (28,8%), indicando menor número de idosos robustos com o aumento da idade.

No tocante à autopercepção da saúde ($p < 0,001$), os idosos com estrato clínico-funcional de fragilidade apresentavam autopercepção da saúde regular ou ruim (72,5%). Considerando o declínio funcional apresentado, observou-se que os idosos com dependência para as AVD instrumentais ($p < 0,001$) apresentaram mais fragilidade (78,8%) que os idosos com dependência para AVD básicas (16,2%).

6 DISCUSSÃO

A maioria dos idosos dessa pesquisa eram do sexo feminino, corroborando com um estudo transversal realizado na cidade de Ribeirão Preto-SP por Fluetti et al. (2018) em que 57,1% dos 56 idosos integrantes da pesquisa eram mulheres. Os dados do IBGE também apontam para uma feminização da velhice, em que cerca de 55,8% das pessoas idosas são mulheres (IBGE, 2010).

Em relação a faixa etária, o estudo de Augusti, Falsarella e Coimbra (2017) mostrou média de idade de 72 anos em pesquisa realizada com 306 idosos em Amparo-SP, condizendo com a presente pesquisa que apresenta a mesma média de idade. Estes dados refletem o envelhecimento gradual da população.

Quanto ao estado civil, a maior parte dos idosos eram casados ou viviam em união estável com o companheiro (a), assim como no estudo de Silva et al. (2016) em que 49,7%, de uma amostra de 55352 idosos, eram casados.

Acerca da cor de pele autorreferida, nesse estudo foram considerados as opções parda, branca, negra e outra, com predomínio de respostas da cor parda. Enquanto Carneiro et al. (2015) estabeleceu as alternativas branca (33,7%) e não branca (66,3%).

Em estudo atual realizado em Minas Gerais com 656 idosos, 69,3% relataram renda pessoal mensal maior que um salário mínimo, correspondendo com este estudo em que os participantes apresentavam essa renda (CARNEIRO et al., 2019).

No que se refere à escolaridade, sabe-se que no contexto desses idosos não havia acesso à educação para todos, tendo como prioridade o trabalho agropecuário de subsistência. Corroborando com este fato, os idosos participantes deste estudo são analfabetos, porém em outro estudo realizado em Campina Grande-PB, mostrou-se que 66,27% dos idosos tinham o ensino fundamental incompleto. Destaca-se que a escolaridade não atua diretamente na fisiopatologia da fragilidade, porém, interfere no estilo e na qualidade de vida do idoso e, conseqüentemente, pode influenciar o processo de fragilização (HIRSCH et al., 2006).

O estudo de Santos et al. (2015), investigou dentro do perfil sociodemográfico, o arranjo familiar, considerando as opções morar sozinho (56,8%) ou conviver com familiares (43,2%). Além destas opções, esta pesquisa abordou também a convivência apenas com o cônjuge ou com cuidadores. Contrapondo o estudo de Santos et al., houve predominância de idosos que moram com familiares.

Além disso, nesse estudo foi possível observar que grande parte dos idosos possuíam filhos. Semelhante a essa pesquisa, um estudo realizado por Campos et al. (2016) com 335 idosos em Minas Gerais identificou que esses idosos tinham dois ou mais filhos (82,7%) e dois ou mais netos (78,8%).

Do mesmo modo, verificou-se nesse estudo que os idosos participantes frequentam grupos de convívio social, como grupos religiosos, grupos de atividades das unidades de atenção primária, além de outros. Corroborando com estudos publicados na área como a pesquisa desenvolvida por Previato et al. (2019), em um levantamento com idosos participantes de grupos de convivência, onde 50% dos idosos apontaram a dança como atividade em grupo que mais gostavam, seguido de atividades físicas (27%), passeios (20%) e atividades manuais (2%). As atividades de lazer promovidas pelo grupo, como as atividades manuais, viagens e passeios, promoveram momentos socializantes, ocupacionais e lúdicos.

Os resultados dessa pesquisa confirmaram que a maior parte dos idosos participantes encontrava-se em risco de fragilização ou eram robustos. O que de fato é comum em estudos sobre fragilidade como mostra Preto et al. (2018), onde a prevalência de pré-fragilidade e robustez foi, respectivamente, de 46,2% e 33,3%, e os demais 20,5% dos idosos apresentaram situação de fragilidade. O Estudo sobre Fragilidade em Idosos Brasileiros (FIBRA) avaliou 3.478 idosos (65 anos e mais), em sete cidades brasileiras por meio de amostra por conveniência, encontrando 51,8% de pré-frágeis, 39,1% de não-frágeis e 9,1% de frágeis (NERI et al, 2013).

Foi realizada associação entre os percentuais dos níveis de fragilidade e pré-fragilidade com as UBS da zona urbana do município. Dentre as 26 unidades, a maior parte de idosos frágeis foi encontrada na Unidade K. Quanto ao estrato risco de fragilização, houve empate entre as unidades F e R. Todas essas unidades apresentam, em comum, uma população de baixa condição socioeconômica, com difícil acesso ao serviço de saúde devido a geografia do bairro, entre outros.

A autopercepção de saúde, medida subjetiva e abrangente da condição de saúde, é um indicador capaz de avaliar de maneira eficaz, rápida e de baixo custo a saúde e o contexto de vida de grupos populacionais (AGUILAR-PALACIO; CARRERA-LASFUENTES; RABANAQUE, 2015). Neste estudo a autopercepção da saúde foi relatada como excelente, muito boa ou boa por pouco mais que a metade dos participantes.

Um estudo longitudinal que utilizou a base de dados do Estudo Saúde, Bem-

Estar e Envelhecimento (SABE), com amostra constituída de 1.399 idosos, mostrou que entre os idosos frágeis, 54,7% apresentavam multimorbidade e comprometimento nas ABVD (DUARTE et al, 2018). Já nessa pesquisa notou-se maior presença de idosos com dependência para AVD instrumental, quando comparada à AVD básica.

Um dado que chamou a atenção foi o humor, pois quase metade dos idosos relataram ter desânimo, tristeza ou desesperança nos últimos meses e alguns perderam o interesse em atividades anteriormente prazerosas. A cognição envolve habilidades que permitem ao sujeito compreender e resolver os problemas do cotidiano; o humor/comportamento é o estímulo que impulsiona a realização de atividades e/ou participação social, incluindo os comportamentos afetados por outras funções mentais, como percepção sensorial, pensamento e consciência. (MORAES et al., 2016).

Duarte et al. (2018) afirmam que a fragilidade, apesar de não ser uma condição inerente somente ao envelhecimento normal, pode se desenvolver como um resultado de alterações fisiológicas, independentemente da presença de doença ou incapacidade, como sarcopenia e anorexia relacionadas ao envelhecimento. Nesse estudo, acerca da capacidade aeróbica/muscular dos idosos, a circunferência da panturrilha menor que 31 cm esteve presente em parte dos participantes, demonstrando a presença de sarcopenia entre eles. No que tange às comorbidades múltiplas, a polifarmácia foi o item mais presente na amostra estudada. Em estudo realizado em Montes Claros-MG, a prevalência de polifarmácia foi de 23,5%. Os medicamentos mais usados pelos idosos do estudo foram os anti-hipertensivos (652) seguidos dos hipoglicemiantes (170), anti-lipêmicos (125), anti-agregante plaquetário (117) e anti-inflamatórios não esteroidais (86). É preciso analisar a prática de polifarmácia com cautela. Muitas vezes, ela se faz necessária para os idosos, principalmente quando se tem indicação clara, é bem tolerada e possui boa relação custo-eficácia. Em contrapartida, as implicações advindas dessa situação precisam ser criteriosamente avaliadas quanto ao seu risco/benefício e frequentemente monitoradas (CARNEIRO et al. 2018).

Acerca da associação entre o sexo e a fragilidade não houve associação estatística significativa ($p=0,046$). Corroborando com dados do Estudo SABE, em que entre os idosos pré-frágeis e frágeis em 2006, 59,4% e 68% eram do sexo feminino, respectivamente, no entanto, não existiram diferenças estatisticamente

significativas nas proporções entre as variáveis fragilidade e sexo ($p > 0,05$) (ALVES; DUARTE; LEBRÃO, 2016).

Relacionando a faixa etária e fragilidade ($p < 0,001$), houve predominância de idosos frágeis entre 60 e 74 anos, e entre os idosos com 85 anos ou mais, indicando menor número de idosos robustos com o aumento da idade. O mesmo foi observado no estudo de Carneiro et al (2017) em que houve maior prevalência da fragilidade em faixas etárias maiores, sendo 41,3% entre 65 e 79 anos e 65,2% com 80 anos ou mais. Durante o processo de envelhecimento, ocorre uma diminuição gradual da reserva fisiológica e conseqüente declínio acumulado em vários sistemas fisiológicos, propiciando a condição de fragilidade (BOUILLON et al., 2013).

Os resultados do estudo de Carneiro et al (2019) evidenciam uma associação significativa da piora da fragilidade em idosos que residem na comunidade com a autopercepção negativa do estado de saúde. Corroborando com essa pesquisa, quando associada a autopercepção da saúde com a fragilidade ($p < 0,001$), observou-se que os idosos frágeis apresentavam autopercepção da saúde regular ou ruim.

O declínio cognitivo potencializa as perdas físicas e funcionais entre os idosos, tornando-os mais vulneráveis e frágeis, aumentando, conseqüentemente, o risco de mortalidade entre eles. As dificuldades em pelo menos uma AIVD segue esse mesmo caminho. Idosos em declínio funcional são mais vulneráveis e mais susceptíveis a evoluírem para um estágio de fragilidade e óbito (ALVES; DUARTE; LEBRÃO, 2016). Neste estudo observou-se que os idosos com dependência para as AVD instrumentais ($p < 0,001$) apresentaram mais fragilidade que os idosos com dependência para AVD básicas.

Vale ressaltar que a presença de fragilidade não significa, necessariamente, que o idoso será dependente em relação às AVD. Pesquisadores afirmam que, quando o idoso se torna dependente e frágil, as atividades mais complexas são as primeiras a serem afetadas e, em seguida e em menor proporção, as mais simples e rotineiras (MELLO; ENGSTROM; ALVES, 2014). As limitações no desempenho das AVD exercem um impacto negativo na qualidade de vida dos idosos, elevando o risco para dependência, institucionalização e morte (FERNANDES et al, 2013).

A fragilidade não tem uma definição consensual, mas é válida a associação com fatores de risco para o entendimento da prevenção desta síndrome. Nesse estudo foi possível associar significativamente esta síndrome com diversos fatores,

como faixa etária elevada, autopercepção da saúde negativa, polifarmácia e declínio funcional.

7 CONCLUSÃO

A análise dos dados desta pesquisa mostrou que os idosos participantes apresentaram-se, em maioria, em risco de fragilização. Destacando-se os marcadores de fragilidade: autopercepção da saúde ruim ou péssima, desânimo, tristeza e desesperança, circunferência da panturrilha menor que 31 centímetros e a polifarmácia.

Foi significativa a associação entre os estratos clínico-funcionais e alguns marcadores de fragilidade, como faixa etária, autopercepção da saúde e declínio funcional, não havendo a mesma associação com o sexo. A fragilidade predominou em idosos entre 60 e 74 anos que consideraram sua saúde regular ou ruim e com maior declínio funcional nas atividades de vida diária instrumentais.

Este estudo reflete uma população idosa em risco de fragilização que necessita de atenção integral por equipe multiprofissional, com foco na promoção do envelhecimento saudável, na prevenção da incapacidade funcional e da fragilidade, na elaboração de intervenções e de terapêutica individual adequada, visto que esta condição pode estar presente logo no começo da terceira idade.

As dificuldades da pesquisa referiram-se ao acesso aos locais de coleta, recusa de alguns idosos em participar da pesquisa e a difícil comunicação com alguns profissionais de saúde responsáveis pelas unidades de saúde. Por outro lado, os resultados devem contribuir para o aumento das evidências científicas relacionadas ao tema fragilidade, e para incentivo aos profissionais de saúde de todos os níveis de atenção, em especial a primária, da prevenção da fragilidade por meio da realização da avaliação do estrato clínico-funcional dos idosos.

Diante do exposto nessa pesquisa, infere-se que a população idosa necessita de uma atenção integral e especializada para promoção de um envelhecimento digno e saudável. Visto que parte dessa população já se encontra em estado de pré-fragilidade, é primordial que seja feita a busca ativa destes idosos para avaliação e determinação de um correto projeto terapêutico. Mediante esse resultado, o profissional enfermeiro, dentro da equipe multiprofissional de saúde, pode realizar planejamento de suas atividades afim de oferecer um melhor cuidado a esse público, com ações voltadas a prevenção da fragilidade, ao autocuidado e a preservação da autonomia.

REFERÊNCIAS

AUGUSTI, A. C.; FALSARELLA, G. R.; COIMBRA, A. M. V. Análise da síndrome da fragilidade em idosos na atenção primária - Estudo transversal. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, v. 12, n. 39, 2017. Disponível em:

<https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1353/841>. Acesso em: 15 mai 2019.

BARDES, C. L. **Definindo "A medicina centrada no paciente"**. New England Journal of Medicine, v. 366, p. 782-783, 2012.

BERTOLUCCI, B. H. F., et al. O Miniexame do Estado Mental em uma população geral: impacto da escolaridade. **Arq Neuropsiquiatr**, v.52, n.1, p. 1-7, 1994.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Resolução CNS nº466, de 12 de dezembro de 2012**. Dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 2012. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html.

Acesso em: 29 set 2018.

BRASIL. Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção a saúde do idoso**. Belo Horizonte: SAS/MG, 2006. Disponível:

<http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/LinhaGuiaSaudeIdoso.pdf>. Acesso em: 03 nov 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no sus: proposta de modelo de atenção integral**. XXX Congresso nacional de secretarias municipais de saúde. 2014. Disponível em:

<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/abril/05/diretrizes-cuidado-pessoa-idosa-sus.pdf>. Acesso em: 25 mai 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União, 24 out 2011. Seção 1. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html

Acesso em: 03 nov 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). **Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006**. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2006. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html.

Acesso em: 27 ago 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. **Caderno de Atenção Básica nº 19**. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2006. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/evelhecimento_saude_pessoa_idosa.pdf.

Acesso em: 27 ago 2018.

CAMPOS, A. C. V. et al. Perfil do envelhecimento saudável de idosos brasileiros octogenários. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 24, p. 1-11, 2016. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/2814/281449727015.pdf>>. Acesso em: 17 de mai. 2019.

CARMO, J. A. **Proposta de um índice de vulnerabilidade clínico-funcional para a atenção básica: um estudo comparativo com a avaliação multidimensional do idoso**. 2014. 111f. Dissertação (Mestrado em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2014.

CARNEIRO, J. A. et al. Cuidados em saúde estão associados à piora da fragilidade em idosos comunitários. **Rev Saude Publica**, v. 53, n. 32, 2019. Disponível em: https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rsp/v53/pt_0034-8910-rsp-53-32.pdf. Acesso em: 15 mai 2019.

CARNEIRO, J. A. et al. Prevalência e fatores associados à fragilidade em idosos não institucionalizados. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 69, n. 3, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n3/0034-7167-reben-69-03-0435.pdf>. Acesso em: 15 mai 2019.

CASTRO, E. A. B. et al. Autocuidado após o transplante de medula óssea autólogo no processo de cuidar pelo enfermeiro. **Rev. RENE**, v. 13, n. 5, p. 1152-62, 2012. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/4126/3213>. Acesso em: 25 mai 2019.

CHEN, X.; MAO, G.; LENG, S. X. Frailty syndrome: An overview. **Clinical Interventions in Aging**, n. 9, p. 433-441, 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24672230>. Acesso em: 26 mar 2019.

ESPINOZA, S. E; FRIED, L. P. Risk factors for frailty in the older adult. **Clin Geriatr.**, v. 15, n. 37, 2007. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/252764592_Risk_Factors_for_Frailty_in_the_Older_Adult. Acesso em: 26 mar 2019.

ESTEVAM, C. H. P. G. et al. Caso clínico: cuidados de enfermagem ao paciente idoso frágil. **ÚNICA**, v. 3, n. 4, 2018. Disponível em: <http://co.unicaen.com.br:89/periodicos/index.php/UNICA/article/view/77/75>. Acesso em: 25 mai 2019.

FHON, J. R. S. et al. Síndrome de fragilidade relacionada à incapacidade funcional no idoso. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 25, n. 4, p. 589-594, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n4/aop1812.pdf>. Acesso em: 18 fev. 2019.

FLUETTI, M. T. et al. Síndrome da fragilidade em idosos institucionalizados. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v. 21, n. 1, 2018. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Jack_Silva_Fhon/publication/324826380_The_frailty_syndrome_in_institutionalized_elderly_persons/links/5aeb9a0c0f7e9b01d3e05d36/The-frailty-syndrome-in-institutionalized-elderly-persons.pdf. Acesso em: 15 mai 2019.

FREITAS, F. F. Q. **Fatores associados à fragilidade em idosos no contexto da atenção primária.** 2018. Dissertação (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte. Disponível em: http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/ENFC-B6HQ4C/fabiana_ferraz_queiroga_freitas.pdf?sequence=1. Acesso em: 19 mai 2019.

FRIED, L. P. et. al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. **J Gerontol A Biol Sci Med Sci.**, v. 56, n. 3, p. 146-56, 2001. Disponível em: <https://academic.oup.com/biomedgerontology/article/56/3/M146/545770>. Acesso em: 26 mar. 2019.

GEIB, L. T. C. Determinantes sociais da saúde do idoso. **Cienc Saude Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 123-33, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n1/a15v17n1.pdf>. Acesso em: 26 mar 2019.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 6. ed. São Paulo: Atlas. 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Número de idosos cresce 18% em 5 anos e ultrapassa 30 milhões em 2017.** PNAD Contínua. 2018. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/20980-numero-de-idosos-cresce-18-em-5-anos-e-ultrapassa-30-milhoes-em-2017>. Acesso em: 29 set 2018.

KAISER, M.J.; BANDINELLI, S.; LUNENFELD, B. Frailty and the role of nutrition in older people: a review of the current literature. **Acta Biomed**, n. 81, p. 37-45, 2010. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/2b0c/f5c6539ef9f5a0c80498b9c31f3189cdea8c.pdf>. Acesso em: 26 mar 2019.

LEE, J. S. W. et. al. Transitions in frailty states among community living older adults and their associated factors. **J Am Med Dir Assoc.**, v. 15, n. 4, p. 281-86, 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24534517>. Acesso em: 26 mar 2019.

LEITE, M. T. et al. Estado cognitivo e condições de saúde de idosos que participam de grupos de convivência. **Revista gaúcha de Enfermagem**, v. 33, n. 4, p. 64-71, 2012. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/273673430_Estado_cognitivo_e_condicoes_de_saude_de_idosos_que_participam_de_grupos_de_convivencia. Acesso em: 18 fev 2019.

LEVERS, M. J.; ESTABROOKS, C. A.; KERR, J. C. R. Factors contributing to frailty: literature review. **J Adv Nurs.**, n. 56, p. 282-91, 2006. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17042807>. Acesso em: 26 mar 2019.

MACIEL, G. M. C. et. al. Avaliação da fragilidade no idoso pelo enfermeiro: revisão integrativa. **R. Enferm. Cent. O. Min.**, v. 6, n. 3, p. 2430-2438, 2016. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/1010/1175>. Acesso em: 26 mar 2019.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. 2. Ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/documentos-de-planejamento-em-saude/elaboracao-do-plano-estadual-de-saude-2010-2015/textos-de-apoios/redes_de_atencao_mendes_2.pdf. Acesso em: 25 mai 2019.

MORAES, E. N. **Atenção à saúde do idoso: aspectos conceituais**. Brasília (DF): Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde; 2012. Disponível em: <https://apsredes.org/pdf/Saude-do-Idoso-WEB1.pdf>. Acesso em: 26 mar 2019.

MORAES, E. N. et al. A new proposal for the clinical-functional categorization of the elderly: Visual Scale of Frailty (VS-Frailty). **J Aging Res Clin Pract.**, v. 5, n. 1, p. 24-30, 2016. DOI:10.14283/jarcp.2016.84.

MORAES, E. N. et. al. Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional-20 (IVCF-20): reconhecimento rápido do idoso frágil. **Rev Saúde Pública**, n. 50, v. 81, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v50/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872016050006963.pdf. Acesso em: 26 mar 2019.

MORAES, E. N. Idosos frágeis e a gestão integral da saúde centrada no idoso e na família. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, v. 20, n. 3, p. 307-8, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v20n3/pt_1809-9823-rbgg-20-03-00307.pdf. Acesso em: 25 mai 2019.

MORAES, E. N; LANNA, F.M. **Avaliação multidimensional do idoso**. 4. ed. Belo Horizonte: Editora Folium. 2014. (Coleção Guia de Bolso em Geriatria e Gerontologia, 1). 200p.

MORAES, E. N, MORAES, F. L. **Avaliação multidimensional do idoso**. 5.ed. Belo Horizonte: Folium; 2016. (Coleção Guia de Bolso em Geriatria e Gerontologia,

MOREIRA, M. D.; CALDAS, C. P. A importância do cuidador no contexto da saúde do idoso. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, v.11, n. 3, p. 520-25, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v11n3/v11n3a19.pdf>. Acesso em: 25 mai 2019.

NERI, A. L. et. al. Metodologia e perfil sociodemográfico, cognitivo e de fragilidade de idosos comunitários de sete cidades brasileiras: Estudo FIBRA. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.29, n. 4, p. 778-792, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n4/15.pdf>. Acesso em: 18 fev 2019.

OLIVEIRA, L. P. B. A.; MENEZES, R. M. P. Representações de fragilidade para idosos no contexto da estratégia saúde da família. **Texto Contexto Enferm**, v. 20, n. 2, p. 301-9, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n2/a12v20n2>. Acesso em: 18 fev 2019.

PREVIATO, G. F. et al. Grupo de convivência para idosos na atenção primária à saúde: contribuições para o envelhecimento ativo. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental**, p. 173-180, 2019. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/6869/pdf_1. Acesso em 17 mai. 2019.

PRETO, L. S. R. et al. Fragilidade e fatores de risco associados em pessoas idosas independentes residentes em meio rural. **Revista de Enfermagem Referência**, n. 16, p. 73-84, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserlVn16/serlVn16a08.pdf>. Acesso em: 17 mai. 2019.

SANTOS, P. H. S. et al. Perfil de fragilidade e fatores associados em idosos cadastrados em uma Unidade de Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 20, n. 6, 2015. Disponível em: https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232015000601917&script=sci_arttext#. Acesso em: 15 mai 2019.

SILVA et al. Fenótipo de fragilidade: influência de cada item na determinação da fragilidade em idosos comunitários – Rede Fibra. **Ciênc. saúde colet.**, v. 21, n. 11, 2016. Disponível em: https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232016001103483&script=sci_arttext&tlng=en#. Acesso em: 15 mai 2019.

SILVA, M. D. S. O. **Educar para o autocuidado num serviço hospitalar**. 2007. Dissertação (Mestrado em Ciências de Enfermagem) - Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Universidade do Porto, Portugal.

SOUSA, J. A. V. et. al. Modelo preditivo de fragilidade física em idosos longevos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, n. 26, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v26/pt_0104-1169-rlae-26-e3023.pdf. Acesso em: 26 mar 2019.

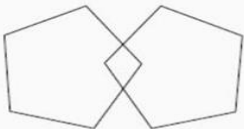
STRANDBERG, T. E.; PITKALA, K. H.; TILVIS, R. S. (2011). Frailty in older people. **European Geriatric Medicine**, v. 2, n. 6, p. 344-355. 2011. Disponível em: <https://researchportal.helsinki.fi/en/publications/frailty-in-older-people>. Acesso em: 26 mar 2019.

VERAS, R. P. et al. Desenvolvimento de uma linha de cuidados para o idoso: hierarquização da atenção baseada na capacidade funcional. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, v. 16, n. 2, p. 385-392, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbpg/v16n2/18.pdf>. Acesso em: 25 mai 2019.

VIEIRA, G. A. C. M. et al. Avaliação da fragilidade em idosos participantes de um centro de convivência. **Rev. Online de Pesquisa: Cuidado é Fundamental**. v. 9, n. 1, p. 114-121, 2017. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/5033/pdf_1. Acesso em 15 mai 2019.

ANEXOS

ANEXO A - Mini Exame do Estado Mental (MEEM)

1. Orientação temporal(0 - 5 pontos)	Em que dia estamos?	Ano Semestre Mês Dia Dia da semana	1 1 1 1 1
2. Orientação espacial(0 - 5 pontos)	Onde estamos?	Estado Cidade Bairro Rua Local	1 1 1 1 1
3. Repita as palavras(0 - 3 pontos)	Peça ao idoso para repetir as palavras depois de dizê-las Repita todos os objetos até que o entrevistado o aprenda (máximo 5 repetições)	Caneca Tijolo Tapete	1 1 1
4. Cálculo	0(a) Sr(a) faz cálculos?	Sim (vá para 4a) Não (vá para 4b)	1 1
4a. Cálculo(0 - 5 pontos)	Se de R\$100,00 fossem tirados R\$ 7,00 quanto restaria? E se tirarmos mais R\$ 7,00? (total 5 subtrações)	93 86 79 72 65	1 1 1 1 1
4b.	Soletre a palavra MUNDO de trás para frente	O D N U M	1 1 1 1 1
5. Memorização	Repita as palavras que disse há pouco	Caneca Tijolo Tapete	1 1 1
6. Linguagem (0-3 pontos)	Mostre um relógio e uma caneta e peça ao idoso para nomeá-los	Relógio Caneta	1 1
7. Linguagem (1 ponto)	Repita a frase:	NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ.	1
8. Linguagem (0-2 pontos)	Siga uma ordem de três estágios:	Pegue o papel com a mão direita Dobre-o ao meio Ponha-o no chão	1 1 1
9. Linguagem (1 ponto)	Escreva em um papel: “feche os olhos”. Peça ao idoso para que leia a ordem e a execute	FECHE OS OLHOS	1
10. Linguagem (1 ponto)	Peça ao idoso para escrever uma frase completa.		1
11. Linguagem (1 ponto)	Copie o desenho:		1

Escores: Analfabetos – 13 pontos; Escolaridade baixa (1 a 4 anos de estudo incompletos) ou média (4 a 8 anos de estudo incompletos) – 18 pontos; Escolaridade alta (8 anos ou mais de estudo) – 26 pontos (BERTOLUCII et al., 1994).

ANEXO B – Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional-20

IVCF-20 (versão do profissional de saúde)

ÍNDICE DE VULNERABILIDADE CLÍNICO-FUNCIONAL-20		<i>www.ivcf20.com.br</i>		Pontuação
<i>Responda às perguntas abaixo com a ajuda de familiares ou acompanhantes. Marque a opção mais apropriada para a sua condição de saúde atual. Todas as respostas devem ser confirmadas por alguém que conviva com você. Nos idosos incapazes de responder, utilizar as respostas do cuidador.</i>				
IDADE		1. Qual é a sua idade?	<input type="checkbox"/> 60 a 74 anos ^a <input type="checkbox"/> 75 a 84 anos ^b <input type="checkbox"/> ≥ 85 anos ^c	
AUTO-PERCEPÇÃO DA SAÚDE		2. Em geral, comparando com outras pessoas de sua idade, você diria que sua saúde é:	<input type="checkbox"/> Excelente, muito boa ou boa ^d <input type="checkbox"/> Regular ou ruim ^e	
ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA	AVD Instrumental	3. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de fazer compras? <i>() Sim^f () Não ou não faz compras por outros motivos que não a saúde</i>		Máximo 4 pts
	<i>Responder por favor a estas 4 perguntas cada. Todavia, a pontuação máxima de Item 4 é de 4 pontos, mesmo que o idoso tenha respondido em para todas as questões 3, 4 e 5.</i>	4. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de controlar seu dinheiro, gastos ou pagar as contas de sua casa? <i>() Sim^f () Não ou não controla o dinheiro por outros motivos que não a saúde</i>		
		5. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de realizar pequenos trabalhos domésticos, como lavar louça, arrumar a casa ou fazer limpeza leve? <i>() Sim^f () Não ou não faz mais pequenos trabalhos domésticos por outros motivos que não a saúde</i>		
AVD Básica	6. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de tomar banho sozinho? <i>() Sim^f () Não</i>			
COGNIÇÃO		7. Algum familiar ou amigo falou que você está ficando esquecido? <i>() Sim^f () Não</i>		
		8. Este esquecimento está piorando nos últimos meses? <i>() Sim^f () Não</i>		
		9. Este esquecimento está impedindo a realização de alguma atividade do cotidiano? <i>() Sim^f () Não</i>		
HUMOR		10. No último mês, você ficou com desânimo, tristeza ou desesperança? <i>() Sim^f () Não</i>		
		11. No último mês, você perdeu o interesse ou prazer em atividades anteriormente prazerosas? <i>() Sim^f () Não</i>		
MOBILIDADE	Alcance, preensão e pinça	12. Você é incapaz de elevar os braços acima do nível do ombro? <i>() Sim^f () Não</i>		
		13. Você é incapaz de manusear ou segurar pequenos objetos? <i>() Sim^f () Não</i>		
	Capacidade aeróbica e/ou muscular	14. Você tem alguma das quatro condições abaixo relacionadas? <ul style="list-style-type: none"> • Perda de peso não intencional de 4,5 kg ou 5% do peso corporal no último ano ou 6 kg nos últimos 6 meses ou 3 kg no último mês () ; • Índice de Massa Corporal (IMC) menor que 22 kg/m² () ; • Circunferência da panturrilha a < 31 cm () ; • Tempo gasto no teste de velocidade da marcha (4m) > 5 segundos () . <i>() Sim^f () Não</i>		Máximo 2 pts
	Marcha	15. Você tem dificuldade para caminhar capaz de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? <i>() Sim^f () Não</i>		
		16. Você teve duas ou mais quedas no último ano? <i>() Sim^f () Não</i>		
	Continência esfinteriana	17. Você perde urina ou fezes, sem querer, em algum momento? <i>() Sim^f () Não</i>		
COMUNICAÇÃO	Visão	18. Você tem problemas de visão capazes de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? <i>É permitido o uso de óculos ou lentes de contato.</i> <i>() Sim^f () Não</i>		
	Audição	19. Você tem problemas de audição capazes de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? <i>É permitido o uso de aparelhos de audição.</i> <i>() Sim^f () Não</i>		
COMORBIDADES MÚLTIPLAS	Polipatologia	20. Você tem alguma das três condições abaixo relacionadas? <ul style="list-style-type: none"> • Cinco ou mais doenças crônicas () ; • Uso regular de cinco ou mais medicamentos diferentes, todo dia () ; • Internação recente, nos últimos 6 meses () . <i>() Sim^f () Não</i>		Máximo 4 pts
	Polifarmácia			
	Internação recente (<6 meses)			
PONTUAÇÃO FINAL (40 pontos)				

ANEXO C – Parecer Consubstanciado do CEP

UFPI - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PIAUÍ - CAMPUS
SENADOR HELVÍDIO NUNES



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: FREQUÊNCIA DE SÍNDROME DE FRAGILIDADE CLÍNICO-FUNCIONAL EM IDOSOS NA ATENÇÃO BÁSICA

Pesquisador: Ana Larissa Gomes Machado

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 79420417.8.0000.8057

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ CAMPUS SENADOR HELVÍDIO NUNES

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.389.117

Apresentação do Projeto:

Título: FREQUÊNCIA DE SÍNDROME DE FRAGILIDADE CLÍNICO-FUNCIONAL EM IDOSOS NA ATENÇÃO BÁSICA

Pesquisadora: ANA LARISSA GOMES MACHADO.

Instituição: Universidade Federal do Piauí - UFPI

Trata-se de um estudo descritivo, transversal e de natureza quantitativa. Enquadra-se como um estudo descritivo uma vez que pretende descrever as características de determinada população, associar determinadas variáveis em uma pesquisa e utiliza-se de técnicas padronizadas de coleta de dados, como o questionário (GIL, 2010).

Como critérios de inclusão, serão considerados para fins deste estudo indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos, de ambos os sexos, cadastrados na AB, com funções de linguagem, audição e cognição preservadas – estas serão avaliadas através do Mini Exame do Estado Mental (MEEM) (ANEXO A). O critério de exclusão será apresentar alguma limitação que o impossibilite de responder aos instrumentos aplicados.

A população a ser estudada corresponde a um total de 643 idosos cadastrados na estratégia saúde da família, sendo 333 cadastrados na Unidade A e 310 cadastrados na Unidade B. O município de Picos-PI conta um total de 38 Unidades Básicas de Saúde, sendo 11 da zona rural e 25 da zona

Endereço: CICERO DUARTE 905

Bairro: JUNCO

CEP: 64.607-670

UF: PI

Município: PICOS

Telefone: (89)3422-3003

E-mail: cep-picos@ufpi.edu.br

UFPI - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PIAUÍ - CAMPUS
SENADOR HELVÍDIO NUNES



Continuação do Parecer: 2.389.117

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos foram apresentados de forma satisfatória.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências o que torna o projeto apto para aprovação.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1019734.pdf	27/10/2017 16:26:08		Aceito
Folha de Rosto	FOLHAROSTO.pdf	27/10/2017 16:25:29	Ana Larissa Gomes Machado	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.docx	27/10/2017 16:25:03	Ana Larissa Gomes Machado	Aceito
Outros	AUTORIZA.pdf	28/10/2017 17:54:27	Ana Larissa Gomes Machado	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.docx	28/10/2017 17:53:36	Ana Larissa Gomes Machado	Aceito
Outros	LATTES.pdf	24/10/2017 17:30:37	Ana Larissa Gomes Machado	Aceito
Outros	SOCIODEMO.docx	24/10/2017 17:26:25	Ana Larissa Gomes Machado	Aceito
Outros	MEEM.docx	24/10/2017 17:26:00	Ana Larissa Gomes Machado	Aceito
Outros	IVCF.pdf	24/10/2017 17:25:30	Ana Larissa Gomes Machado	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	24/10/2017 17:23:46	Ana Larissa Gomes Machado	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECLARACAO.pdf	24/10/2017 17:22:36	Ana Larissa Gomes Machado	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TCF.pdf	24/10/2017 17:21:08	Ana Larissa Gomes Machado	Aceito
Declaração de Pesquisadores	ENCAMINHAMENTO.pdf	24/10/2017 17:20:07	Ana Larissa Gomes Machado	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	TCLE.docx	24/10/2017 17:19:08	Ana Larissa Gomes Machado	Aceito

Endereço: CICERO DUARTE 905

Bairro: JUNCO

CEP: 64.607-670

UF: PI

Município: PICOS

Telefone: (89)3422-3003

E-mail: cep-picos@ufpi.edu.br

UFPI - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PIAUÍ - CAMPUS
SENADOR HELVÍDIO NUNES



Continuação do Parecer: 2.389.117

Ausência	TCLE.docx	24/10/2017 17:19:08	Ana Larissa Gomes Machado	Aceito
----------	-----------	------------------------	------------------------------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PICOS, 21 de Novembro de 2017

Assinado por:
LUIZA HELENA DE OLIVEIRA LIMA
(Coordenador)

Endereço: CICERO DUARTE 905

Bairro: JUNCO

CEP: 64.607-670

UF: PI **Município:** PICOS

Telefone: (89)3422-3003

E-mail: cep-picos@ufpi.edu.br

APÊNDICES

APÊNDICE A – Variáveis Socioeconômicas

Nº _____ UBS: _____

Idade: _____ anos

Sexo: () 1-Feminino () 2- Masculino

Estado Civil: () 1- Solteiro () 2- União estável ou casado () 3- Viúvo

Cor da pele: () 1- Branca () 2- Parda () 3- Negra () 4- Outro

Escolaridade: () 1-Nunca estudou

Fundamental () 2-incompleto () 3-completo

Médio () 4-incompleto () 5-completo

Superior () 6- incompleto () 7-completo

Renda pessoal: _____ (valor em reais)

Possui filhos? () 1- Não () 2- Sim, quantos _____

Com quem convive atualmente? _____

Frequenta algum grupo de convívio social? () 1-Não () 2-Sim

Quais? _____

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Página 1 de 2

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Título do projeto: Frequência de Síndrome de Fragilidade Clínico-Funcional em idosos na Atenção Básica

Pesquisador (a) responsável: Dra. Ana Larissa Gomes Machado – Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí – UFPI

Instituição/Departamento: Universidade Federal do Piauí – UFPI, Campus Senador Helvídio Nunes de Barros – CSHNB, Departamento de Enfermagem

Telefone para contato (inclusive a cobrar): (85) 9 9925-8736 ou (88) 9 9451-1843

Prezado Senhor/a:

Você está sendo convidado (a) a responder às perguntas deste formulário de forma totalmente voluntária. Antes de concordar em participar desta pesquisa e responder este questionário, é muito importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento. Os pesquisadores deverão responder todas as suas dúvidas antes que você se decida a participar. Você tem o direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade e sem perder os benefícios aos quais tenha direito.

- Justifica-se essa pesquisa pela necessidade de entender e conhecer os fatores associados ao processo de fragilização, bem como melhorar a assistência de enfermagem prestada à saúde do idoso.
- Objetivo do estudo: Analisar a frequência da Síndrome da Fragilidade Clínico-Funcional em idosos acompanhados na atenção básica.
- Procedimentos: Sua participação consistirá em responder às questões do formulário sociodemográfico, Mini Exame do Estado Mental (MEEM) e Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional (IVCF-20).
- Benefícios: Esta pesquisa trará como benefício a produção de conhecimentos sobre o tema abordado, os quais contribuirão com a melhoria da assistência prestada aos idosos pois a partir da classificação clínico-funcional será possível definir melhor o plano de cuidados adequado para o idoso evitando hospitalizações desnecessárias e identificando precocemente o risco de fragilidade de cada idoso avaliado.
- Riscos: você poderá sofrer o risco de constrangimento por não entender ou não saber responder os questionamentos direcionados, todavia, a pesquisa assegura que os instrumentos serão aplicados em sala reservada e que você pode perguntar a qualquer momento da entrevista para que suas dúvidas sejam esclarecidas.
- O(a) senhor(a) não pagará e nem será remunerado(a) por sua participação. Garantimos, no entanto, que todas as despesas decorrentes da pesquisa serão devolvidas, quando devidas e decorrentes especificamente de sua participação no estudo.
- Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas.
- Sigilo: Se você concordar em participar do estudo, seu nome e identidade serão mantidos em sigilo. A menos que requerido por lei ou por sua solicitação, somente o pesquisador, a equipe do estudo, o Comitê de Ética independente e inspetores de agências regulamentadoras do governo (quando necessário) terão acesso aos dados para verificar as informações do estudo.
- Você terá o direito de retirar o consentimento a qualquer tempo.

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, _____

RG/CPF _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo: **Frequência de Síndrome de Fragilidade Clínico-Funcional em idosos na Atenção Básica**, como sujeito. Fui suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo. Eu discuti com o(a) pesquisador(a) responsável sobre a minha decisão em participar neste 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, ou no meu acompanhamento/ assistência/tratamento neste Serviço. O termo será assinado em duas vias e uma ficará de posse do participante da pesquisa.

Local e data _____

Nome e Assinatura do sujeito ou responsável: _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar

Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome: _____

RG: _____ Assinatura: _____

Nome: _____

RG: _____ Assinatura: _____

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste sujeito de pesquisa ou representante legal para a participação neste estudo.

Picos, ____ de _____ de 2018.

Assinatura do pesquisador responsável

Observações complementares

Se o (a) senhor (a) tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato: Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI – Campus Senador Helvidio Nunes de Barros. Rua Cicero Duarte, 905. Bairro: Junco. – CEP: 64.607-670 – Picos – PI. Tel.: (89) 3422-3003 – email: cep-picos@ufpi.edu.br/web: <http://www.ufpi.br/orientacoes-picos>.



TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA PUBLICAÇÃO DIGITAL NA BIBLIOTECA
"JOSÉ ALBANO DE MACEDO"

Identificação do Tipo de Documento

- () Tese
() Dissertação
(X) Monografia
() Artigo

Eu, Viliany de Sousa Araújo,
autorizo com base na Lei Federal nº 9.610 de 19 de Fevereiro de 1998 e na Lei nº 10.973 de
02 de dezembro de 2004, a biblioteca da Universidade Federal do Piauí a divulgar,
gratuitamente, sem ressarcimento de direitos autorais, o texto integral da publicação
Avaliação clínico-funcional de idosos na atenção
primária à saúde
de minha autoria, em formato PDF, para fins de leitura e/ou impressão, pela internet a título
de divulgação da produção científica gerada pela Universidade.

Picos-PI 29 de agosto de 2019.

Viliany de Sousa Araújo
Assinatura