

**Universidade Federal de Minas Gerais**

**Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família**

**Warley Júnior de Andrade**

**ESTUDO DESCRITIVO SOBRE A FRAGILIDADE DE IDOSOS RESIDENTES NA  
ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA ELÍZIO  
MACHADO DE CASTRO DO MUNICÍPIO DE PASSA TEMPO/MG**

**BELO HORIZONTE/MINAS GERAIS**

**2010**

**Universidade Federal de Minas Gerais**

**Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família**

**Warley Júnior de Andrade**

**ESTUDO DESCRITIVO SOBRE A FRAGILIDADE DE IDOSOS RESIDENTES NA  
ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA ELÍZIO  
MACHADO DE CASTRO DO MUNICÍPIO DE PASSA TEMPO/MG**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao Curso de Especialização  
em Atenção Básica em Saúde da Família,  
Universidade Federal de Minas Gerais,  
como requisito parcial para obtenção do  
Certificado de Especialista.

Orientador: Alisson Araújo

**BELO HORIZONTE/MINAS GERAIS**

**2010**

**ESTUDO DESCRITIVO SOBRE A FRAGILIDADE DE IDOSOS RESIDENTES NA  
ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA ELÍZIO  
MACHADO DE CASTRO DO MUNICÍPIO DE PASSA TEMPO/MG**

Warley Junior de Andrade\*

Alisson Araújo\*\*

**RESUMO**

O envelhecimento populacional é considerado um fenômeno mundial, produzindo uma população cada vez mais propensa a agravos de saúde com o envelhecimento. O presente trabalho é fruto de um estudo descritivo e transversal sobre a fragilidade de idosos residentes na área de abrangência da Unidade de Saúde da Família Elízio Machado de Castro do município de Passa Tempo/MG. Tem como objetivo geral estudar as características dos idosos frágeis residentes nesta área. O estudo baseou-se na análise de dados secundários do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e no Cadastro e Identificação de Risco da Pessoa Idosa proposto pela Coordenação Estadual de Atenção ao Idoso da Secretaria de Saúde de Minas Gerais (SES/MG) tendo como mês e ano base Maio de 2010. As patologias mais comuns entre os idosos e aqueles considerados frágeis foram hipertensão, diabetes mellitus, doença pulmonar obstrutiva crônica e osteoporose. Observou também predominância do sexo feminino na população estudada tanto geral quanto frágil. O trabalho permitiu identificar a distribuição e prevalência das patologias mais associadas a fragilidade em idosos e nos idosos em geral, favorecendo a proposição de planos de intervenção à saúde desta população do estudo. No entanto, ainda são necessários mais pesquisas sobre a fragilidade da população idosa brasileira para melhor compreensão desses agravos e conseqüentes propostas de intervenção.

**Palavras-chave:** idoso, fragilidade, funcionalidade, atenção básica.

\* Enfermeiro da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Passatempo/MG. Aluno do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família-CEABSF do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva-NESCON da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais - FMUFMG.

\*\* Enfermeiro. Mestre e Doutorando em Saúde da Criança e do Adolescente pela FMUFMG. Orientador. CEABSF do NESCON da FMUFMG.

**DESCRIPTIVE STUDY ON THE FRAGILITY OF ELDERLY RESIDENTS IN THE  
AREA OF COVERAGE OF FAMILY HEALTH UNIT ELÍZIO MACHADO DE  
CASTRO MUNICIPALITY PASSA TEMPO / MG**

Warley Junior de Andrade\*

Alisson Araújo\*\*

**ABSTRACT**

Population aging is considered a worldwide phenomenon, producing a population increasingly prone to health disorders in aging. This work is the result of a descriptive and cross about the fragility of elderly residents in the area covered by the Family Health Unit Elizio Machado de Castro in the city of Passa Tempo / MG. Aims at investigating the characteristics of the frail elderly residents in this area. The study was based on secondary data analysis of the Information System (SIAB) and the Registration and Identification of Risk Elderly proposed by the State Coordination Elderly Care Health Secretariat of Minas Gerais (SES / MG) with the month and year basis in May 2010. The most common diseases among the elderly and those considered vulnerable were hypertension, diabetes mellitus, chronic obstructive pulmonary disease and osteoporosis. He also observed female predominance in the population studied both general and fragile. The study identified the distribution and prevalence of pathological conditions associated with frailty in elderly people and the elderly in general, favoring the proposition of intervention plans to the health of the study population. However, more research is still needed on the frailty of the elderly population to understand these problems and consequent intervention proposals.

**Keywords:** elderly, frailty, functionality, primary care.

\*Nurse of the Department of Health in Passatempo/MG. Student of the Specialization Course in Primary Health Care Family-CEABSF the Center for Education in Public Health-NESCON School of Medicine, Federal University of Minas Gerais - FMUFMG.

\*\* Nurse. Master and Doctorate in Child and Adolescent Health by FMUFMG. Advisor. CEABSF of the NESCON FMUFMG.

## 1- INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

O envelhecimento populacional é considerado como um fenômeno mundial. Projeções recém publicadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) estimam que, entre 1990 e 2025, a população idosa aumentará cerca de sete a oito vezes em países como a Colômbia, Quênia, Malásia, Tailândia e Gana. Tais projeções indicam também que, em 2025, entre os dez países que possuem maior número de idosos, encontrar-se-á o Brasil (LIMA-COSTA et al, 2000). De acordo com o Estatuto do Idoso Brasileiro (2006) em seu artigo primeiro, título I, das disposições preliminares, considera-se idoso todo indivíduo com idade igual ou superior a 60 anos (ESTATUTO DO IDOSO, 2006).

Verifica-se, assim uma tendência mundial dirigida sob a perspectiva do envelhecimento dos países desenvolvidos e em desenvolvimento (como é o caso do Brasil). Esse processo de envelhecimento populacional se deu a partir de 1960, na medida em que houve um declínio da taxa de fecundidade bem como uma queda da taxa de mortalidade, o que resultou em um crescimento demográfico. Ainda temos a redução dessas taxas associadas à ampliação dos sistemas de proteção social e melhorias das condições de saneamento, habitação, alimentação e trabalho. Assim, observamos uma mudança na pirâmide etária, onde temos o estreitamento de sua base e o alargamento de seu ápice. Há que se refletir, porém, que essa transição demográfica não se fez sinônimo de melhoria da qualidade de vida da população. Nesse contexto tem-se a modificação do perfil de saúde da população, isto é, começam a predominar as condições crônico-degenerativas que implicam a necessidade de cuidados e, portanto, uma maior utilização dos serviços de saúde (CHAIMOWICZ, 1997).

Esse envelhecimento populacional trará várias complicações sociais, exigindo a preparação dos países para atender às demandas das pessoas com 60 anos ou mais. Apesar disso, essas modificações sócio-demográficas não vem ocorrendo de forma homogênea, sendo que há importantes diferenças e uma grande diversidade nos níveis de fatores socioeconômicos. O resultado da interação desses aspectos ambientais, estado de saúde física e mental, influencia na qualidade de vida do idoso, sendo estes pontos fundamentais para os índices de morbimortalidade (MACIEL E GERRA, 2007). Nesse meio, introduzimos como agentes a favorecer um processo menos incapacitante, atuando na melhoria da qualidade e capacidade funcional dessas pessoas (CHAIMOWICZ, 1997).

Considerando esse novo paradigma, surge no campo da epidemiologia o conceito de capacidade funcional para melhor definir e operacionalizar a saúde do idoso. Esta nova visão,

com ênfase na avaliação da funcionalidade, significa a valorização de uma vida autônoma, mesmo sendo o idoso portador de uma ou mais enfermidades (ROSA et al.).

A funcionalidade é um dos atributos fundamentais do envelhecimento humano, pois trata da interação entre as capacidades física e psicocognitiva para a realização de atividades no cotidiano e as condições de saúde, interação essa mediada pelas habilidades e competências desenvolvidas ao longo do curso da vida (PERRACINI, FLÓ, 2009)

Segundo Perracini *et al* (2002) caracteriza idosos frágeis com sendo mais velhos, com várias comorbidades e limitações em atividades da vida diária. Clinicamente, apresentam alterações que traduzem uma maior vulnerabilidade biológica, como sarcopenia, perda de peso, diminuição da capacidade imunológica, dentre outras. Qualquer ruptura no equilíbrio adaptativo desses idosos, física, psicológica ou social, proporciona uma súbita aceleração do declínio de saúde e da capacidade funcional. Hogan et al (2003) citado por Teixeira (2008) classificaram 34 definições de fragilidade em três grupos: dependência nas atividades de vida diária (AVDs), vulnerabilidade e doenças (TEIXEIRA, 2008).

A funcionalidade relacionada à fragilidade está associada a maiores níveis de mortalidade e de comorbidades, pior saúde, maior dependência funcional, aumento do risco de institucionalização e maior prevalência de síndromes geriátricas, com quedas, imobilismo, insuficiência cognitiva e incontinência urinária (FLÓ, 2009)

Essa associação entre envelhecimento e aparecimento de múltiplas doenças sistêmicas levaria à perda da capacidade adaptativa e a um declínio na funcionalidade, o que caracteriza a fragilidade.

Estudos com a população considerada frágil são escassos no Brasil e no mundo. No entanto, o impacto social e econômico gerado pela população idosa considerada frágil, desperta o interesse pela necessidade de novos estudos.

Atuante como enfermeiro da Estratégia de Saúde da Família/ESF no município de Passa Tempo/MG, o autor deste trabalho percebe que a realidade enfrentada no cotidiano de seu trabalho não é diferente em relação aos demais municípios brasileiros. Há uma parcela considerável de idosos no município, carentes de ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde em consonância com os princípios estabelecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Chama também atenção no referido município a grande demanda de idosos, principalmente de idosos frágeis, que necessitam e buscam inúmeros cuidados da equipe de saúde da família qual o autor é integrante.

Diante dos fatos mencionados justifica-se a realização de um estudo no qual será feita uma caracterização em relação às principais condições de saúde e doença desses idosos

assistidos pela Unidade de Saúde da Família Elízio Machado de Castro do município de Passa Tempo/MG.

## **2- ALGUNS ASPECTOS RELEVANTES DA LITERATURA**

O envelhecimento pode ser conceituado como um processo dinâmico e progressivo onde ocorrem modificações tanto morfológicas como funcionais bioquímicas e psicológicas, acarretando redução da reserva funcional dos órgãos e aparelhos (CHAIMOWICZ, 1997).

Os idosos, particularmente os mais velhos, constituem o segmento que mais cresce da população brasileira (LIMA-COSTA et al, 2003). De acordo com os dados da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), entre 1991 e 2002 o número de habitantes com 60 anos ou mais de idade aumentou duas e meia vezes mais do que o resto da população do país (IBGE, 1992-2002). Projeções geográficas indicam que esse número poderá ultrapassar, nos próximos 25 anos, a marca de 30 milhões (ESTATUTO DO IDOSO, 2006). De acordo com a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI, 2006) essa população, em sua maioria, possui baixo nível sócio-econômico e educacional e uma alta prevalência de doenças crônicas causadoras de limitações funcionais de incapacidade.

Diante disso a PNSPI (2006) apresenta como diretrizes: promoção do envelhecimento saudável e ativo, atenção integral à saúde da pessoa idosa, estímulo a participação e fortalecimento do controle social, estímulo às ações intersetoriais visando a integralidade da atenção, formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa e apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas (PNSPI, 2006). Dessa forma, envelhecer deve ser com saúde, de forma ativa, livre de qualquer tipo de dependência funcional, o que exige promoção da saúde em todas as idades. Verifica-se então a necessidade de atenção à pessoa idosa que atue na prevenção do surgimento de incapacidades.

Segundo Verbrugge e Jette (1994), a incapacidade funcional é a dificuldade experimentada em realizar atividades em qualquer domínio da vida em decorrência de um problema físico ou de saúde. A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2001) em sua classificação Internacional de Funções, Incapacidade e Saúde (CIF, 2001), vê a incapacidade e as funções de uma pessoa como a interação dinâmica entre condições de saúde- doenças, lesões, traumas, etc- e fatores constitucionais, incluindo atributos pessoais e ambientais.

Diante do conceito de incapacidade funcional, acredita-se que um indivíduo idoso que apresente uma alteração na condição de saúde ou uma patologia, venha apresentar-se frágil e/

ou vice-versa. Ainda não existe um consenso sobre a definição de fragilidade. Sabe-se que fragilidade assim como a incapacidade envolve uma interação de fatores biológicos, psicológicos e sociais no curso da vida. Fragilidade pode ser definida como uma síndrome clínica, de natureza multifatorial, caracterizada por um estado de vulnerabilidade fisiológica resultante da diminuição de reservas de energia e habilidade de manter ou recuperar a homeostase após um evento desestabilizante (ARANTES, 2009). É uma síndrome complexa e envolve declínios em múltiplos domínios fisiológicos, incluindo força e massa muscular, flexibilidade, equilíbrio, coordenação e função cardiovascular, que geram risco elevado para quedas, declínio funcional, hospitalização e morte. A fragilidade leva à deterioração da qualidade de vida, aumento da sobrecarga dos cuidadores e altos custos com cuidados à saúde. (FRIED et al, 2004)

Bergman et al (2004) citado por Teixeira (2008) observaram que fragilidade é um entidade multidimensional, resultante da interação de fatores biológicos, psicológicos, sociais e sociais no curso da vida. Sob esta perspectiva a história individual influencia na velhice, que pode ser frágil ou não, dependendo dos recursos e déficits pessoais em um contexto particular (TEIXEIRA, 2008)

De acordo com a PNSPI (2006), incapacidade funcional e limitações físicas, cognitivas e sensoriais não são conseqüências inevitáveis do envelhecimento. A prevalência da incapacidade aumenta com a idade, mas a idade sozinha não prediz incapacidade.

Diversos estudos brasileiros (PARAHYBA E SIMÕES, 2006; DACHS E SANTOS 2006; LIMA-COSTA et al, 2003) baseados na Pesquisa Nacional e Amostragem por Domicílios (PNAD) 1998 e 2003 apontam a relação entre incapacidade funcional, condições de saúde, uso de medicamentos e uso de serviços de saúde. Outro estudo (LIMA-COSTA et al, 2004) aponta a relação entre incapacidade funcional e auto-avaliação de saúde.

Em estudo sobre a “Influência dos fatores biopsicossociais sobre a capacidade funcional de idosos residentes no Nordeste do Brasil”, Maciel e Guerra (2007), mostram a relação entre variáveis sócio-demográficas, de saúde física e neuropsiquiátrica com a capacidade funcional, concluindo que tais variáveis revelam uma complexa relação entre o estado de saúde e possíveis fatores de risco de declínio físico.

Percebe-se então uma maior necessidade de serviços sociais e médicos e por mais tempo, pois um maior número de doenças e/ou condições crônicas estão associadas com o aumento do número de pessoas idosas. A presença de incapacidade gera gastos para o indivíduo, a família, para o sistema de saúde e para a sociedade.



A PNSPI (2006) demonstra que ao envelhecimento populacional desafia a habilidade de produzir as políticas de saúde que respondam às necessidades das pessoas idosas. Além disso, os idosos diferem de acordo com a sua história de vida, com seu grau de independência funcional e com a demanda por serviços mais ou menos específicos. Todos necessitam, contudo de uma avaliação pautada no conhecimento do processo de envelhecimento e de suas peculiaridades e adaptações à realidade sócio-cultural em que estão inseridos. Faz-se, portanto, necessário que os serviços que prestam atendimento aos idosos respondam a necessidades específicas e distingam-se pela natureza da intensidade dos serviços que ofereçam.

A partir daí a Política Nacional do Idoso (Lei número 8842/94 e Decreto Lei número 1948/96) que assume que o principal problema que pode afetar o idoso é a perda da sua capacidade funcional, isto é, a perda das habilidades físicas e mentais necessárias para a realização de atividades básicas e instrumentais da vida diária (PNSPI, 2006). E, em 19/10/2006 é promulgada a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), pela portaria número 2528 GM/MS, com a finalidade de recuperar, manter e promover a autonomia dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para este fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

### **3- OBJETIVO**

#### **3.1 Objetivo geral:**

Caracterizar os idosos residentes na área de abrangência da Unidade de Saúde da Família Elízio Machado de Castro, bairro Calafate, do município de Passa Tempo/MG.

#### **3.2 Objetivos específicos:**

Descrever os principais problemas de saúde que acometem a população de idosos frágeis e os idosos em geral assistidos pela Equipe de Saúde da Família Elízio Machado de Castro.

Conhecer e caracterizar a população idosa frágil da área de abrangência desta Unidade de Saúde da Família.

Identificar grupos de idosos de maior associação entre condição de saúde e fragilidade para a proposição de planos de intervenção de promoção, prevenção e recuperação da saúde desses idosos.

## **4- METODOLOGIA**

### **4.1 Desenho do estudo**

Estudo transversal e descritivo sobre identificação e caracterização de idosos em geral e frágeis residentes na área de abrangência da Unidade de Saúde da Família Elízio Machado de Castro em Passa Tempo/MG. O estudo, com mês e ano base de Maio de 2010, baseou-se na análise de dados secundários das seguintes fontes:

1. Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) da referida unidade.
2. Cadastro e Identificação de Risco da Pessoa Idosa (ANEXO A), proposto pela Coordenação Estadual de Atenção ao Idoso da Secretaria de Saúde de Minas Gerais (SES/MG). Esse cadastro foi instituído pela equipe e realizado pelos agentes comunitários de saúde após capacitação, orientação e supervisão do enfermeiro e médico da equipe. O cadastro utiliza um instrumento que possui os seguintes domínios: “identificação do idoso”, “classificação de risco” e “outras doenças”. No domínio “identificação do idoso” encontra-se: nome, número do cartão SUS, data de nascimento, escolaridade, endereço, documento de identidade e sexo. No domínio “classificação de risco” há dois itens com respostas dicotômicas (sim ou não), sendo 1-acima de 80 anos; e 2-60 anos ou mais com as seguintes alternativas: tem urina solta (incontinência urinária); não é capaz de controlar as fezes (incontinência fecal), usa mais de cinco medicamentos continuamente, tem mais de cinco doenças confirmadas, tem esquecimento progressivo que impede atividades normais, teve queda nos últimos seis meses, foi internado nos últimos seis meses, está acamado, mora só, mora em asilo (institucionalizado), tem dependência para as atividades do dia. A resposta afirmativa da questão número 1 ou a qualquer item da questão número 2 considera o idoso como frágil. No domínio “outras doenças” incluem: alcoolismo, doença de Parkinson, hipertensão arterial, doença de Alzheimer, acidente vascular cerebral, doença pulmonar obstrutiva crônica, osteoporose, diabetes, fraturas, pneumonia. Nesse domínio ainda consta: se faz uso de prótese dentária removível, se foi ao dentista no

último ano, quais os medicamentos que faz uso, se possui alergia, se o cartão vacinal está em dia e um espaço para citar outras doenças não mencionadas acima.

#### **4.2 Local e População-Alvo do Estudo**

O estudo foi realizado no município de Passa Tempo/MG, localizado na região Alto Rio Grande, a cerca de 160 quilômetros da capital Belo Horizonte. O município possui uma população de 8783 habitantes (IBGE, 2009). Os principais meios de sobrevivência são a agropecuária e o artesanato. Este município possui um hospital privado, prestador de serviços ao SUS, com 42 leitos (IBGE, 2001), 03 Unidades Básicas de Saúde (UBS) com suas respectivas Equipes de Saúde da Família (ESF), divididas em três áreas, a saber: I, II e III.

Compreendendo as zonas rural e urbana, a população total de idosos (pessoas acima de 60 anos) no município é de 2384 habitantes (27,1%). A área I foi escolhida como de estudo por ser o autor deste trabalho integrante da equipe em que atua: a Equipe de Saúde da Família I (PSF I), com sede na Unidade de Saúde da Família Elízio Machado de Castro, no bairro Calafate deste município. A população-alvo do estudo foram os idosos residentes na área de atuação desta equipe. Esta área é dividida em oito micro-áreas sendo seis rurais, uma urbana e uma mista. A população geral da área de abrangência é de 2758 moradores cadastrados e a de idosos 472.

#### **4.3 Análise dos dados**

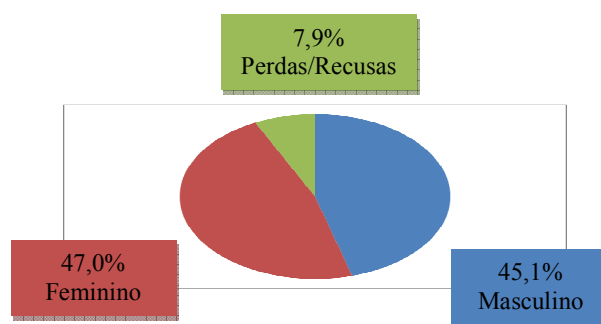
Os dados foram trabalhados por meio de estatística descritiva e apresentados através de tabelas e figuras que mostram a frequência dos dados em números absolutos e relativos, cruzando, às vezes, algumas variáveis.

### **5- RESULTADOS E DISCUSSÃO**

De acordo com o SIAB, no mês de maio de 2010, estavam cadastrados 472 idosos moradores da área de abrangência estudada, sendo 232 idosos (49,1%) do sexo masculino e 240 (50,9%) do sexo feminino. Em relação ao Cadastro e Identificação de Risco da Pessoa

Idosa, do total de 472 idosos foram analisados os dados de 435(92,2%) idosos tendo também como mês e ano base, maio de 2010. Dos cadastros analisados, 111 idosos (25,5%) encontram-se na área urbana e 324 (74,5%) na área rural. De acordo com a Figura 1, fizeram parte do estudo 213 idosos (45,1%) do sexo masculino e 222 (47,0%) do feminino; tiveram-se ainda as perdas e recusas de 37 idosos (7,9%).

**FIGURA 1 – DISTRIBUIÇÃO DOS IDOSOS SEGUNDO O SEXO E PERDAS/RECUSAS NO ESTUDO. ÁREA DE ABRANGÊNCIA DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA ELÍZIO MACHADO DE CASTRO. PASSO TEMPO/MG. MAIO/2010.**



A Tabela 01 apresenta os dados em relação à distribuição dos idosos entre faixa etária, fragilidade e sexo. A análise superficial da tabela evidencia um maior número de mulheres idosas e em estado de fragilidade. Além disso, pode-se observar que 174 (40%) do total de idosos são frágeis.

**TABELA 1 – DISTRIBUIÇÃO DOS IDOSOS SEGUNDO A FAIXA ETÁRIA, O SEXO E A FRAGILIDADE. ÁREA DE ABRANGÊNCIA DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA ELÍZIO MACHADO DE CASTRO. PASSA TEMPO/MG. MAIO/2010.**

	MASCULINO	FEMININO
Idade		
60 a 69	130 (61%)	131 (59%)
70 a 79	66 (31%)	68 (30,6%)
80 e mais	17 (8%)	23 (10,4%)
Fragilidade		
Frágil	75 (35,2%)	99 (44,6%)
Não Frágil	138 (64,8%)	123 (55,4%)
Total	213	222

Os resultados desse estudo corroboram com os achados da literatura, onde há maior predomínio de idosos na faixa etária de 60 aos 69 anos, prevalecendo maior número de mulheres, como encontrado por Caetano et al (2008) e Meireles et al (2007). A expectativa de vida ao atingir 60 anos também acompanha o sexo, com mais de 19,3 anos de vida para as mulheres contra 16,8 anos para os homens, conforme Piccini et al (2006).

De acordo com Veras (2004) a maioria dos idosos brasileiros é do gênero feminino e este fato possui algumas explicações, tais como maior exposição do sexo masculino a acidentes de trabalho e morte por causas externas, diversidade do consumo de tabaco e álcool, neoplasias, doenças cardiovasculares e tomada de condutas frente às doenças. Geralmente as mulheres são mais atentas e conhecem mais as doenças, procuram mais atendimentos a serviços de saúde frente a determinados sintomas e, também, pelo fato de haver redução significativa na mortalidade materna em relação ao passado. No entanto, esse mesmo autor, acredita que diversas condições que levam à mortalidade masculina, em breve, serão estendidas às mulheres devido à forte competitividade e inserção da mulher na luta pela igualdade de oportunidades e ampliação de espaço.

A presença de maior número de mulheres idosas apresenta repercussões importantes nas demandas por políticas públicas e na gestão do cuidado. Meireles et al (2007) acreditam que a maioria dessas mulheres seja viúva, com menor escolaridade e renda, com grande

possibilidade de experimentar piores condições de saúde, requerendo maior assistência tanto do Estado quanto das famílias.

Meireles et al (2007) ressalta em seu estudo sobre as características de idosos em área de abrangência do programa de saúde da família que na faixa etária de 80 anos ou mais, há maior predomínio da população idosa masculina. No entanto, se observa o oposto no presente onde as mulheres ainda são a maioria nessa faixa etária.

Em relação à fragilidade observa-se que dos 435 idosos, 174 idosos, ou seja, 40% dos indivíduos são frágeis. Dentre estes, 56,9% são do sexo feminino e 43,1% do masculino. A fragilidade é menor na população de idosos de sexo masculino (35,2%) e maior na de sexo feminino (44,6%). Atualmente os dados sobre os idosos frágeis no Brasil não são conhecidos (PEREIRA, 2009). No entanto, o Ministério da Saúde (2006) realizou, ao verificar a transição epidemiológica, segundo os indicativos propostos pelo Global Burden Disease Study (GBD), uma análise da população brasileira. Os resultados mostram que ainda é grande a mortalidade por doenças por doenças infecto-contagiosas (12,5%), porém a morbidade dessa população por doenças crônicas não-transmissíveis chega a 61,5%. Esse dado leva a crer que a possibilidade de encontrarmos indivíduos frágeis em nosso país é grande.

A síndrome da fragilidade aumenta com o envelhecimento 10% a 25% acima de 60 anos e 46% acima dos 80 anos de idade (HEKMAN, 2006). De acordo com o IBGE (2002), a faixa etária de idosos que mais cresceu no Brasil foi aquela de 75 anos ou mais, faixa etária alta e muito susceptível à síndrome de fragilidade.

Fried et al (2004), estudando uma amostra de idosas da comunidade, verificaram que a síndrome da fragilidade aumentava com a idade, associava-se a mulheres, aos afro-descendentes, menor nível educacional e de renda, pior estado de saúde e maior número de comorbidades crônicas e incapacidades. De acordo com Perracini e Fló (2009) comorbidades e incapacidades nem sempre determinam a síndrome de fragilidade, no entanto podem contribuir para o desfecho final do indivíduo em tornar-se frágil, assim como outros comprometimentos clínicos.

A funcionalidade relacionada à fragilidade está associada a maiores níveis de mortalidade e de co-morbidades, pior saúde, maior dependência funcional, aumento do risco de institucionalização e maior prevalência de síndromes geriátricas, como quedas, imobilismo, insuficiência cognitiva e incontinência urinária (PERRACINI e FLÓ, 2009)

O projeto Saúde, Bem Estar e Envelhecimento (SABE) que é um estudo multicêntrico realizado em sete cidades da América Latina e Caribe com idosos de 60 anos ou mais investigou questões importantes sobre funcionalidade e atividades básicas e instrumentais de

vida diária. A prevalência de incapacidade funcional para realizar ao menos uma atividade básica de vida diária (ABVD), mensurada a partir do relato da presença de dificuldade foi de 18,6% em Buenos Aires, 13,8% em Bridgetown, 23,7% em São Paulo, 22,3% em Santiago, 20,5% em Havana, 19,4% na Cidade do México e 16,8% em Montevideú. Para as atividades instrumentais de vida diária (AIVD), as prevalências foram de 28,7%, 23,5%, 40,3%, 31,8%, 27,8%, 28,6% e 17,0% respectivamente. As variáveis associadas à incapacidade funcional foram: apresentar maior número de doenças crônicas, apresentar artrose, doença cardiovascular e depressão, ser mulher, ter idade avançada, má auto-avaliação do estado de saúde e ter declínio cognitivo. As associações mais fortes foram encontradas em relação às atividades instrumentais (MENÉNDEZ et al, 2005).

Por meio desses dados é possível perceber que a população idosa brasileira apresenta-se à frente em relação à incapacidade em realizar ABVD (23,7%) e AIVD (40,3%). Os dados do estudo realizado com a população idosa do município de Passa Tempo mostra que há grande prevalência de doenças crônicas entre os idosos, como hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, osteoporose, acidente vascular encefálico (AVE), o que predispõe a maiores dificuldades e dependência, podendo levar à síndrome de fragilidade.

A Tabela 02 mostra as principais condições de saúde que afetam os idosos em geral do estudo em relação ao sexo. As condições de saúde são: alcoolismo, acidente vascular cerebral (AVC), diabetes, Parkinson, doença pulmonar obstrutiva crônica, fraturas, hipertensão arterial sistêmica, osteoporose, pneumonia e Alzheimer.

**TABELA 2 – PREVALÊNCIA DE CONDIÇÕES DE SAÚDE DE IDOSOS EM GERAL SEGUNDO O SEXO. ÁREA DE ABRANGÊNCIA DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA ELÍZIO MACHADO DE CASTRO. PASSA TEMPO/MG. MAIO/2010.**

CONDIÇÃO DE SAÚDE	MASCULINO	PREVALÊNCIA (%)	FEMININO	PREVALÊNCIA (%)
Alcoolismo	09	4,2	02	0,9
AVC	04	1,9	03	1,4
Diabetes	12	5,6	35	15,8
Parkinson	02	0,9	04	1,8
DPOC	12	5,6	04	1,8
Fraturas	01	0,4	03	1,4
Hipertensão	116	54,5	141	63,5
Osteoporose	03	1,4	12	5,4
Pneumonia	01	0,4	03	1,8
Alzheimer	02	0,9	01	0,5

Levando-se em conta uma população geral de idosos analisados de 435 (213 homens e 222 mulheres) permite-se a seguinte descrição: a condição de saúde com maior prevalência entre os idosos é a hipertensão arterial (59,1%) seguida pelo diabetes mellitus (10,8%). Em relação ao sexo percebe-se que a condição de saúde que mais afeta o sexo masculino é hipertensão arterial sistêmica (54,5%) seguida pelo diabetes mellitus e doença pulmonar obstrutiva crônica (5,6% cada uma), alcoolismo (4,2%), acidente vascular cerebral (1,9%) e Alzheimer (0,9%). Já para as mulheres observa-se que a condição de saúde mais prevalente é a hipertensão arterial sistêmica (63,5%), seguida de diabetes mellitus (15,8%), osteoporose (5,4%), Parkinson (1,8) e fraturas e pneumonia (1,3% cada uma).

Os achados acima se associam fortemente ao envelhecimento, pois do ponto de vista da saúde, surgem novos problemas, destacando-se as conseqüências das doenças crônicas. A transição epidemiológica leva a uma elevação dos coeficientes por doenças não-infecciosas, particularmente cardiovasculares, neoplasias e diabetes (LAURENTI, 2005).

Diversos estudos longitudinais mostram que existe uma relação crescente entre longevidade e as deficiências e incapacidades, indicando que a população está vivendo mais e com um grau crescente de problemas crônicos (VERBRUGGE, 1994). Mudar a idade da incidência ou aparecimento das principais doenças crônicas ou do aparecimento das principais



doenças crônicas leva a uma maior prevalência de deficiências e incapacidades nas idades avançadas.

Em estudo sobre as causas de mortes em idosos no Brasil, Vasconcelos (2004) encontrou que entre as causas de morte declaradas, as doenças do aparelho circulatório aparecem como o principal grupo de causas de mortes entre esta população.

Dentre as doenças crônicas mais comuns que afetam a população brasileira encontra-se a hipertensão arterial sistêmica. A prevalência da hipertensão arterial sistêmica no Brasil atinge 50% da população idosa (BRASIL, 2001). Os dados desta pesquisa superam esta relação ao apresentar uma prevalência de 59,1% da população estudada no município de Passa Tempo. Meireles et al (2007) encontraram valores de 51,5% para mulheres e 62,5% para homens em estudo sobre caracterização da população idosa no Paraná. No presente estudo foram encontrados 54,5% para homens e 63,5% para mulheres, resultados assim muito próximos ao deste estudo paranaense. Além disso, vale ressaltar que a prevalência da hipertensão no o sexo feminino é maior nas duas investigações.

A hipertensão arterial sistêmica possui relação com 80% dos casos de acidente vascular encefálico (AVE) e 60% dos casos de infarto agudo do miocárdio (IAM). Esta patologia é, sem dúvidas, o principal fator de risco para as doenças cardiovasculares, sendo a principal causa de morte, o AVE, tendo com origem a hipertensão não controlada (Brasil,2001).

O diabetes mellitus é um grupo de distúrbios heterogêneos caracterizado por níveis elevados de glicose no sangue ou hiperglicemia. Pode ser o tipo I, ou insulino-dependente, que acomete cerca de 5% a 10% das pessoas com diabetes e caracteriza-se por início súbito, geralmente antes dos 30 anos de idade. O diabetes mellitus tipo II, ou insulino-independente acomete de 90 a 95% das pessoas com diabetes e ocorre mais freqüentemente em pessoas com mais de 30 anos de idade (Meireles, 2007).

Na população adulta brasileira a prevalência de diabetes é de 7,6% e o Ministério da Saúde estima que há cinco milhões de portadores dessa patologia no país. O diabetes acomete todas as faixas etárias independente de raça, sexo ou condição socioeconômica, representando a quarta principal causa básica de morte (BRASIL, 2001).

No presente estudo 15,8% das mulheres apresentam diabetes, enquanto que essa condição aparece em 5,6% dos homens. Neste estudo não se realizou a estatísticas de indivíduos com a presença de diabetes e hipertensão simultaneamente, no entanto sabe-se que essas patologias associadas constituem os principais fatores de risco para as doenças

cardiovasculares. Além disso, esses agravos podem ser tratados na atenção básica em 80% dos casos (BRASIL, 2001).

Laurenti et al (2005) encontraram em seus estudos sobre o perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina no ano de 2002, que do total de internações masculinas de pacientes acima de 60 anos em hospitais do Sistema Único de Saúde (SUS) ou a este sistema conveniados correspondiam a 29,4% por doenças cardiovasculares e 20,1 por doenças do aparelho respiratório e aos 80 anos e mais de idade 30,5% e 25,1%, respectivamente.

A literatura permite observar que as mulheres são mais acometidas por doenças endócrinas nutricionais e metabólicas, como o diabetes, e doenças do aparelho circulatório, como a hipertensão e que os homens são mais acometidos por doenças do aparelho respiratório, como a doença pulmonar obstrutiva crônica (VASCONCELOS, 2004).

Outra patologia prevalente nas mulheres idosas presentes neste estudo é a osteoporose, correspondendo a 5,4% dos casos. A osteoporose é uma doença sistêmica que resulta em reduzida massa óssea e aumento da porosidade do osso, levando à fragilidade mecânica e conseqüente predisposição a fraturas. Esta doença atinge homens e mulheres, porém a maior incidência está entre as mulheres após a menopausa, em função do declínio acentuado dos hormônios. A etiologia da osteoporose pode ser considerada multifatorial, uma vez que inclui fatores relacionados à hereditariedade, etnia, idade avançada, sexo feminino, baixo peso corporal, deficiência hormonal, excessivo consumo de álcool, inatividade física, tabagismo e fatores nutricionais (CARVALHO et al, 2004).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), existem hoje no Brasil, cerca de 10 milhões de pessoas acometidas pela osteoporose. Um terço das mulheres brancas acima de 65 anos de idade têm o diagnóstico de osteoporose e 8 em cada 10 doentes nunca imaginaram que poderiam ser afetados pela enfermidade (PINTO NETO et al, 2002).

O projeto SABE (2003) mediu em São Paulo a prevalência de oito condições ou doenças crônicas, baseando-se na resposta à pergunta sobre o fato de o médico ou outro profissional de saúde ter dito ao entrevistado se o mesmo tinha determinada doença. Para as oito condições questionadas, verificou-se uma maior prevalência para três condições nos homens, a saber: problema cardíaco, doença pulmonar obstrutiva crônica e embolia/derrame. Esses achados corroboram com o presente estudo onde a hipertensão arterial, diabetes, doença pulmonar obstrutiva crônica e acidente vascular encefálico/cerebral acometem a população estudada.

Ainda em relação ao sexo masculino, observa-se uma prevalência de 4,2% de alcoolismo. Analisando idosos atendidos em serviço de emergência de saúde mental, Almeida

(1999) encontrou uma prevalência de 4,1% de idosos com diagnóstico de alcoolismo. Esse dado é bastante parecido daquele que foi encontrado no presente estudo. No entanto, deve se levar em conta a diferença metodológica entre os dois estudos, pois em um deles o diagnóstico era realizado por profissional habilitado, enquanto no outro não havia diagnóstico, e sim auto-referido da condição alcoolismo ou não.

O alcoolismo em idosos pode estar associado a complicações médicas, dificuldades financeiras, tabagismo e maior frequência de eventos estressores de vida. Problemas relacionados ao uso de álcool podem estar presentes em aproximadamente 1-10% dos idosos vivendo na comunidade. Isso indica que o alcoolismo é um importante problema de saúde do idoso e que fatores associados ao quadro clínico desses pacientes podem ser diferentes daqueles observados entre adultos e jovens (ALMEIDA, 1999).

Em relação aos quadros demenciais observou uma prevalência de 0,9% de demência de Alzheimer em homens e 0,45% nas mulheres. As demências são doenças altamente impactantes em idosos, pois se caracterizam por déficits progressivos de diversas funções cognitivas, levando ao prejuízo do pensamento e planejamento, perdas funcionais e sociais, além de alterações do comportamento, com conseqüente perda de independência funcional (KATO, 2009).

Em estudo realizado na cidade de Catanduva, São Paulo, Herrera et al observaram uma prevalência de 7,1% e que a prevalência nessa cidade dobra a cada cinco anos a partir dos 65 anos. Em outro estudo realizado na cidade de São Paulo, foi observado um valor de 6,8%, com uma prevalência estimada de 12,9%. Os achados desses estudos não se assemelham com o presente, mesmo não identificando o tipo de demência.

As demências podem ter várias causas, dentre elas doença de Alzheimer, demência frontotemporal, demência vascular, demência com corpúsculos de Lewy, síndromes Parkinsonianas com demência (Doença de Parkinson, atrofia de múltiplos sistemas e outras), doença de Huntington, hidrocefalia, traumatismo de crânio, tumores de sistema nervoso central e outros. No entanto, a doença de Alzheimer é considerada a causa mais prevalente, equivalendo a 50% a 60% dos casos (HERRERA, 2002). É causada por degeneração neuronal associada à presença de alterações microscópicas, como os emaranhados neurofibrilares e as placas senis (NITRINI, 2005).

A doença de Parkinson é uma patologia degenerativa crônica e progressiva, conseqüente à degeneração dos neurônios dopaminérgicos da parte compactada da substância negra, uma das estruturas nervosas que fazem parte de um conjunto de núcleos dispersos na substância branca subcortical. A etiologia desse processo degenerativo ainda não é conhecida,

mas atualmente se admite que fatores genéticos e ambientais associados sejam responsáveis pelas disfunções mitocondriais e oxidativas associadas à degeneração (PERRACINI E FLÓ, 2009)

Superada apenas pela doença de Alzheimer, a doença de Parkinson é a segunda doença neurovegetativa mais prevalente em idosos. Sua prevalência aumenta em 10 vezes após a sexta década de vida, embora o número de casos em pessoas na quarta ou quinta décadas de vida venha ampliando progressivamente nos últimos anos. Atualmente, 10% dos acometidos pela doença têm idade inferior a 45 anos. A prevalência mundial da doença é de 0 a 3% na população em geral, alcançando de 1 a 2% na população com idade acima de 65 anos, aumentando para 4% e 5% na população com mais de 85 anos de idade. No presente estudo, 1,8% das mulheres e 0,9% dos homens são portadores da doença de Parkinson, corroborando com os dados encontrados na literatura (PIEMONTE, 2009).

Foram relatados, durante a pesquisa, três casos de pneumonia entre as mulheres e um entre os homens. Sabe-se que a pneumonia se desenvolve quando há um hospedeiro susceptível à inoculação viral ou bacteriana. Os fatores de risco que contribuem para o desenvolvimento da pneumonia em idosos são má nutrição, antibioticoterapia prévia, qualidade de vida pobre, precária higiene oral, desordens de deglutição, imobilismo. Pacientes idosos com pneumonia grave, freqüentemente apresentam mais doenças de base, porém não mais que os indivíduos jovens. Em pacientes maiores de 65 anos de idade com pneumonia grave, doenças preexistentes como doença pulmonar obstrutiva crônica estão presentes em 48% dos indivíduos, doenças cardíacas em 16%, diabetes em 18% e doenças malignas em 12% dos casos (ALMEIDA et al 2004).

A tabela 03 descreve as doenças mais prevalentes entre os idosos frágeis de acordo com o sexo.

**TABELA 3 – PREVALÊNCIA DE CONDIÇÕES DE SAÚDE DE IDOSOS FRÁGEIS SEGUNDO O SEXO. ÁREA DE ABRANGÊNCIA DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA ELÍZIO MACHADO DE CASTRO. PASSA TEMPO/MG. MAIO/2010.**

CONDIÇÃO DE SAÚDE	MASCULINO	PREVALÊNCIA (%)	FEMININO	PREVALÊNCIA (%)
Alcoolismo	5	6,6	0	0,0
AVC	2	2,6	1	1,0
Diabetes	6	8,0	25	25,3
Parkinson	2	2,6	3	3,0
DPOC	8	10,7	5	5,1
Fraturas	0	0,0	2	2,0
Hipertensão	46	61,3	73	73,7
Osteoporose	2	2,6	7	7,1
Pneumonia	0	0	3	3,0
Alzheimer	2	2,6	1	1,0

Lembrando que 174 idosos foram identificados como frágeis (75 homens e 99 mulheres), a análise da tabela 3 mostra as condições de saúde mais prevalentes entre os idosos frágeis. No sexo masculino a hipertensão arterial sistêmica (61,30%), a doença pulmonar obstrutiva crônica (10,7%) e o diabetes mellitus (8,0%) são as três mais prevalentes. Entre as idosas há maior prevalência é a de hipertensão arterial sistêmica (73,7%), diabetes mellitus (25,5%) e osteoporose (7,1%).

A seguir, a Tabela 4 mostra a distribuição dos idosos em relação às patologias que os afetam e a presença de fragilidade.

**TABELA 4 – DISTRIBUIÇÃO DOS IDOSOS POR PRINCIPAIS CONDIÇÕES DE SAÚDE SEGUNDO O SEXO E A FRAGILIDADE. ÁREA DE ABRANGÊNCIA DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA ELÍZIO MACHADO DE CASTRO. PASSA TEMPO/MG. MAIO/2010.**

CONDIÇÃO DE SAÚDE	Nº IDOSOS MASCULINO	Nº IDOSOS MASCULINO	% IDOSOS MASCULINO	Nº IDOSOS FEMININO	Nº IDOSOS FEMININO	% IDOSOS FEMININO
	FRÁGIL	GERAL	FRÁGIL	FRÁGIL	GERAL	FRÁGIL
Alcoolismo	5	9	55,5%	0	0	0,0%
AVC	2	4	50,0%	1	3	33,3%
Diabetes	6	12	50,0%	25	35	71,4%
Parkinson	2	2	100,0%	3	4	75,0%
DPOC	8	12	66,6%	4	4	100,0%
Fraturas	0	0	0,0%	2	3	66,6%
Hipertensão	46	116	54,5%	73	141	51,7%
Osteoporose	2	3	66,6%	7	12	58,3%
Pneumonia	0	0	0,0%	3	3	100,0%
Alzheimer	2	2	100,0%	1	1	100,0%

De acordo com a tabela anterior a Doença de Parkinson (100%), a Doença de Alzheimer (100%), a Osteoporose e a DPOC (66,6% cada uma) associam-se fortemente a fragilidade em idosos do sexo masculino. Já no grupo de idosas a fragilidade está mais associada à presença de DPOC (100%), Pneumonia (100%), Doença de Alzheimer (100%), Doença de Parkinson (75%) e o Diabetes (71,4%) e as Fraturas (66,6%). Desta forma, idosos acometidos por esses agravos citados necessitam de acompanhamento sistemático e contínuo da equipe de saúde da família, pois tendem fortemente a serem classificados como frágeis. Além disso, a proposição de planos de intervenção de promoção, prevenção e recuperação da saúde desses idosos devem priorizar a abordagem desses agravos tanto com o objetivo de assistir idosos acometidos quanto os ainda não-acometidos.

Ainda não existe um consenso sobre a definição de síndrome da fragilidade, porém o que se observa é que seu diagnóstico é complexo e nele as perdas fisiológicas inerentes ao envelhecimento também devem ser contempladas. Múltiplas condições podem iniciar ou acelerar a sua manifestação: doenças físicas, e mentais, comorbidades, inatividade física, medicamentos dentre outras.

Uma das manifestações clínicas mais observadas nessa síndrome inclui a perda de peso causada muitas vezes pelo envelhecimento, que reflete na perda de massa e força musculares, causando a fadiga e o descondicionamento cardiorrespiratório. Dessa forma, leva

o idoso à inatividade física e a dificuldades em realizar as funções diárias e novamente à redução da ingestão de alimentos. É um ciclo vicioso que pode ser acelerado por doenças, imobilidade, depressão e medicamentos. Essas manifestações clínicas podem ser muitas vezes silenciosas e atípicas (incontinências, quedas, delírium e imobilidade), necessitando de uma avaliação ampla, envolvendo toda a equipe de saúde, como o apoio de geriatras e gerontólogos (PEREIRA, 2009).

Atualmente não se conhecem dados numéricos sobre a população idosa frágil no Brasil. Em 2006 o Conselho Nacional de Pesquisas (CNPq) aprovou o projeto Fragilidade em Idosos Brasileiros- REDE FIBRA- um estudo populacional de caráter multicêntrico, liderado por vários pesquisadores do país, tendo como objetivo geral traçar o perfil de fragilidade do idoso brasileiro.

## **6- CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O conceito de fragilidade e a compreensão de sua fisiopatologia têm evoluído ao longo do tempo. Para avaliar e detectar se o idoso é ou vai tornar-se frágil, necessitamos de critérios e instrumentos de avaliação que deverão ser escolhidos diante do contexto apresentado. Com o envelhecimento populacional, ocorre um aumento na prevalência de doenças crônicas e incapacidades e uma mudança no paradigma na saúde pública.

A Organização Mundial de Saúde (2003) criou o Relatório Mundial para Cuidados Inovadores para Condições Crônicas. Segundo esse relatório o tratamento não se baseia na etiologia da doença, mas nas exigências que ela impõe ao sistema. Releva ainda que para o alcance de resultados satisfatórios, os pacientes, o grupo de apoio da comunidade e a equipe de saúde devem ser mantidos informados, motivados e capacitados a trabalharem em parceria, ou seja, a atenção deve ser integrada envolvendo o paciente, a comunidade e a organização de saúde.

Diante dos resultados deste estudo percebe-se que considerar o idoso em suas múltiplas interfaces é uma tarefa difícil, porém de extrema urgência para subsidiar a gestão do cuidado a essa clientela de maneira a preservar a sua independência e promover melhor qualidade de vida. Sendo assim sugere-se: a) a equipe de saúde: conhecer o idoso em sua unicidade e singularidade proporcionando ao idoso o acesso e a integralidade do atendimento; b) ao enfermeiro e ao médico: a promoção de capacitação principalmente dos demais profissionais para prestar assistência de maneira competente e com qualidade, respeitando os

idosos nas suas limitações; c) a gestão dos serviços de saúde conjuntamente com a equipe: o planejamento, a coordenação e o monitoramento de serviços e ações em saúde do idoso instituindo inclusive o uso de instrumentos como o Cadastro e Identificação de Risco da Pessoa Idosa abordado neste trabalho.

Considera-se que os objetivos deste estudo foram alcançados, pois foi possível estudar as características dos idosos em geral e daqueles em estado de fragilidade, descrever seus principais problemas de saúde e propor estratégias de intervenção como as descritas acima e, possivelmente estendê-las até as demais unidades de saúde do município.



## 7- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALMEIDA, J.R; FERREIRA-FILHO, O.F. Pneumonias adquiridas na comunidade em pacientes idosos: aderência ao Consenso Brasileiro sobre Pneumonias. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**. V. 30, n. 3, p. 229-36. 2004.
2. ARANTES, P.M.M; ALENCAR, M.A; DIAS, R.C; DIAS, J.M.D; PEREIRA, L.S.M. Atuação da fisioterapia na síndrome de fragilidade: revisão sistemática. **Revista Brasileira de Fisioterapia**. n. 13, v. 05, p. 365-75. 2009.
3. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Saúde Brasil 2006: uma análise da situação de saúde no Brasil/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Situação de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 620 p. (Série G. Estatística e Informação em Saúde).
4. BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia Prático do Programa de Saúde da Família. Brasília, DF, 2001.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Estatuto do Idoso. Brasília, 2006.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.
7. CAETANO, J.A; COSTA, A.C; SANTOS, Z.M.S; SOARES, E. Descrição dos fatores de risco para alterações cardiovasculares em grupos de idosos. **Texto Contexto Enfermagem**. v. 17, n. 21, p. 327-35. Abr-Jun, 2008.
8. CARVALHO, C.M.R.G; FONSECA, C.C.C; PDROSA, J.I. Educação para a saúde em osteoporose com idosos de um programa universitário: repercussões. **Cadernos de Saúde Pública**. V. 20, n. 3, p. 719-26. Mai/Jun, 2004.
9. CHAIMOWICZ, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. **Revista de Saúde Pública**, v.31, n.2, p. 184-200. 1997
10. DACHS, J.N. W; SANTOS, A.P.R. Auto avaliação dos estados de saúde no Brasil: análise dos dados da PNAD/2003. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.11, n.4, p.887-894. 2006
11. FRIED, L.P; FERRUCCI, L; DARER, J; WILLIAMSON, J.D; ANDERSON G. Untangling the concepts of disability, frailty and comorbidity: implications for improved targeting and care. **Journal Gerontology Medical Science**. n. 59, v. 3. P. 255-63. 2004.
12. GARRIDO, R; MENEZES, P.R. O Brasil está envelhecendo: boas e más notícias por uma perspectiva epidemiológica. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.24, Sl. 3-6. 2002.

13. HEKMAN, P.R.W. O idoso frágil. In: FREITAS, E.V; PY, L; CANÇADO, F.A.X; DOLL J; GORGOZONI, M. Tratado de Geriatria e Gerontologia, 2ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, Cap. 95, 2006.
14. HERRERA, E.J. CAMARELLI, P; SILVEIRA, A.S; NITRINI, R. Epidemiological survey of dementia in a community-dwelling Brazilian population. **Alzheimer Disease and Associated Disorders**. V. 16, p. 103-8. 2002.
15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE. Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil, 200. Rio de Janeiro: Estudos e Pesquisas.
16. KATO, E.M. In: Fragilidade no Idoso. PERRACINI, M;R; FLÓ, C.M. Fisioterapia: teoria e prática clínica. Funcionalidade e Envelhecimento. Editores da série: Celso R. F Carvalho e Clarice Tanaka, Guanabara Koogan, Cap. 22, 2009. 557 p.
17. KATZ,S.; FORD, A.B; MOSKOWITZ, R.M; JACKSON, B.A; JAFFE M.W. The index of ADL: a standardized measure of biologic and psychosocial function. **Jama**, 185, p.914-919. 1963.
18. LAURENTI, R; JORGE, M. H, L, P. M; GOLTIEB, S. L, D. Perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 10, n. 1, p. 35-46, 2005.
19. LAWTON, M.P; BRODY, E.M. Assessment of older people: self maintaining and instrumental activities of daily living. **Gerontologist**, 9, p.179-186. 1969.
20. LIMA COSTA, M.F; FIRMO, J.O. A; UCHÔA,E. A estrutura da auto-avaliação da saúde entre idosos: projeto Bambuí. **Revista de Saúde Pública**, v.38, n.6, p.827-834. 2004.
21. LIMA COSTA.M.F; GUERRA,H.L; BARRETO, S.M; GUIMARÃES, R.M. Diagnóstico de saúde da população idosa brasileira: um estudo da mortalidade e das internações hospitalares públicas. **Informe Epidemiológico do SUS**, v.9, n.1, p.24-41. Jan./mar 2000.
22. MACIEL, A.C. C; GUERRA, R.O. Influência dos fatores biopsicossociais sobre a capacidade funcional de idosos residentes no nordeste do Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 10, n.2, p.178-189. 2007.
23. MEIRELES, V. C; MATSUDA, L.M; COIMBRA, J.A.H; MATHIAS, T.A F. Características dos idosos em área de abrangência do Programa Saúde da Família na região Noroeste do Paraná: contribuições para a gestão do cuidado em Enfermagem. **Saúde e Sociedade**. v.16, n. 1, p. 69-80. Jan-Abr, 2007.
24. MENÉNDEZ, J; GUEVARA A; ARCIA, N; DÍAZ E. M. L; MARÍN, C; ALFONSO J.C. In: Fragilidade no Idoso. PERRACINI, M;R; FLÓ, C.M. Fisioterapia: teoria e prática clínica. Funcionalidade e Envelhecimento. Editores da série: Celso R. F Carvalho e Clarice Tanaka, Guanabara Koogan, Cap. 1, 2009. 557 p.

25. NITRINI, R; CARAMELLI, P; BOTTINO, C.M.C; DAMASCENO, B.P; BRUCKI, S.M.D; ANGHINAH, R. Diagnóstico de doença de Alzheimer no Brasil. Critérios diagnósticos e exames complementares. **Arquivos de Neuropsiquiatria**.v. 63, n. 3-A, 713-9. 2005.
26. PARAHYBA, M.I; SIMÕES, C.C.S. A prevalência da incapacidade funcional em idosos no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.11, n.4, p.967-974. 2006.
27. PEREIRA, L.S.M. In: Fragilidade no Idoso. PERRACINI, M;R; FLÓ, C.M. Fisioterapia: teoria e prática clínica. Funcionalidade e Envelhecimento. Editores da série: Celso R. F Carvalho e Clarice Tanaka, Guanabara Koogan, Cap. 4, 2009. 557 p.
28. PERRACINI, M.R; FLÓ, C.M. Fisioterapia: teoria e prática clínica. Funcionalidade e Envelhecimento. Editores da série: Celso R. F Carvalho e Clarice Tanaka, Guanabara Koogan, 2009. 557 p.
29. PICCINI, R.X; FACCHINI, L.A; TOMASI, E; THUMÉ, E; SILVEIRA, D.S; SIQUEIRA, F.V; RODRIGUES, M.A. Necessidade de saúde comum aos idosos: efetividade na oferta e utilização em atenção básica à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 11, n. 3, p. 657-67. Set, 2006.
30. PIEMONTE, M. E.P. In: Fragilidade no Idoso. PERRACINI, M;R; FLÓ, C.M. Fisioterapia: teoria e prática clínica. Funcionalidade e Envelhecimento. Editores da série: Celso R. F Carvalho e Clarice Tanaka, Guanabara Koogan, Cap. 28, 2009. 557 p.
31. PINTO NETO, AM; SOARES, A; URBANETZ, A.A; SOUZA, A.C.A; FERRARI, A.E.M; AMARAL, B; MOREIRA, C. Consenso brasileiro de osteoporose. **Revista Brasileira de Reumatologia**. V. 42, n. 6, p. 343-54. 2002.
32. ROSA, T.E. S; BENÍCIO, M.H. D; LATORRE, M.R.D. O; RAMOS, L.R. Fatores determinantes da capacidade funcional em idosos. **Revista de Saúde Pública**, v.1, n.37, p.40-48. 2003.
33. TEIXEIRA, I.N.D.O. Percepções de profissionais da saúde sobre duas definições de fragilidade no idoso. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 13, n. 4. P. 1181-88.2008.
34. VASCONCELOS, A. M .N. Causas de morte em idosos no Brasil. Trabalho apresentado no XIV Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP, realizado em Caxambu/MG/Brasil.Setembro/2004.
35. VERAS, R.A. A era dos idosos: desafios contemporâneos. In SALDANHA, A.L; CALDAS, C.P. Saúde do Idoso: a arte de cuidar. 2 ed. Rio de Janeiro: Interciência, 2004. p. 3-10.

36. VERBRUGGE, L.M; JETTE, A.M. The disablement process. **Soc Sci Med**, n.1,v.38, p.1-14. 1994.

## ANEXO A

### Cadastro e Identificação de Risco da Pessoa Idosa

Coordenação Estadual de Atenção ao Idoso da Secretaria de Saúde de Minas Gerais (SES/MG)



CADASTRO DO IDOSO					
<b>FICHA DE CADASTRO E IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA IDOSA</b>					
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE MG COORDENADORIA DE ATENÇÃO AO IDOSO					
FICHA		SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA		ANO <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>	
MUNICÍPIO	SEGMENTO	UNIDADE	ÁREA	MICROÁREA	NOME DO ASC
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>

#### IDENTIFICAÇÃO DO IDOSO

NOME:

Nº CARTÃO SUS:

DATA DE NASC.:

ESCOLARIDADE

ENDEREÇO

DOCUMENTO DE IDENTIDADE

SEXO: ( ) MASCULINO ( ) FEMININO

#### CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

A resposta afirmativa a questão nº1 ou a qualquer item da questão nº2 o idoso é considerado frágil

1-ACIMA DE 80 ANOS

( ) SIM ( ) NÃO

2-60 ANOS OU MAIS:

( ) SIM ( ) NÃO

Tem urina solta (Incontinência urinária)?

( ) SIM ( ) NÃO

Não é capaz de controlar as fezes (Incontinência fecal)?

( ) SIM ( ) NÃO

Usa mais de 5 medicamento continuamente?

( ) SIM ( ) NÃO

Tem mais de 5 doenças confirmadas?

( ) SIM NÃO( )

Tem esquecimento progressivo que impede atividades normais?

( ) SIM NÃO( )

Teve queda nos últimos 6 meses?

( ) SIM ( ) NÃO

Foi internado nos últimos 6 meses?

( ) SIM ( ) NÃO

Esta acamado?

( ) SIM ( ) NÃO

Mora só?

( ) SIM ( ) NÃO

Mora em Asilo (Institucionalizado)?

( ) SIM ( ) NÃO

Tem dependência para atividades do dia a dia?

( ) SIM ( ) NÃO

É CONSIDERADO IDOSO FRÁGIL?

( ) SIM ( ) NÃO

Incapacidade/ Comprometimento em quantos Ítems

OUTRAS DOENÇAS		
Alcoolismo( )	Acidente Vascular Cerebral ( )	Diabetes( )
Doenças de Parkinson( )	Doença Pulmonar Obstruída Crônica	Fraturas( )
Hipertensão Arterial( )	Osteoporose( )	Pneumonia( )
Doença de Alzheimer( )		
Faz uso de medicamentos( ) Citar:		
É alérgico? Citar:		
Cartão vacina em dia	( ) sim	( ) não
Outras doenças confirmadas/ Citar:		