



UNICRUZ – UNIVERSIDADE DE CRUZ ALTA

UNIJUÍ – UNIVERSIDADE REGIONAL DO NOROESTE DO  
ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM  
ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE

**CAROLINA BALDISSERA GROSS**

**NÍVEIS DE FRAGILIDADE, APOIO SOCIAL E  
AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE DA  
POPULAÇÃO IDOSA EM UM MUNICÍPIO DO  
NOROESTE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL,  
BRASIL**

2016

**CAROLINA BALDISSERA GROSS**

**NÍVEIS DE FRAGILIDADE, APOIO SOCIAL E AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO  
PRIMÁRIA DE SAÚDE DA POPULAÇÃO IDOSA EM UM MUNICÍPIO DO  
NOROESTE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL, BRASIL**

Dissertação apresentada no Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Atenção Integral à Saúde – PPGAIS, associação ampla entre Universidade de Cruz Alta (UNICRUZ) e Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUÍ), como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Evelise Moraes Berlezi

Coorientadora: Profa. Dra. Adriane Cristina Bernat Kolankiewicz

**Ijuí, RS**

**2016**

G878n Gross, Carolina Baldissera.  
Níveis de fragilidade, apoio social e avaliação da atenção primária de saúde da população idosa em um município do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, Brasil / Carolina Baldissera Gross. – Ijuí, 2016.  
103 f.: il. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) – Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (Campus Ijuí). Atenção Integral à Saúde.

"Orientadora: Evelise Moraes Berlezi."

"Coorientadora: Adriane Cristina Bernat Kolankiewicz.

1. Envelhecimento. 2. Idoso fragilizado. 3. Atenção primária à saúde. 4. Apoio social. I. Berlezi, Evelise Moraes. II. Kolankiewicz, Adriane Cristina Bernat. III. Título.

CDU: 616-053.9(816.5)  
614-053.9(816.5)

UNIVERSIDADE DE CRUZ ALTA E UNIVERSIDADE REGIONAL DO NOROESTE  
DO RIO GRANDE DO SUL

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM ATENÇÃO INTEGRAL  
À SAÚDE

A Comissão Examinadora, abaixo assinada,  
aprova a Dissertação de Mestrado

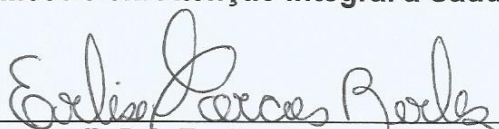
**NÍVEIS DE FRAGILIDADE, APOIO SOCIAL E AVALIAÇÃO DA  
ATENÇÃO PRIMARIA DE SAÚDE DA POPULAÇÃO IDOSA EM UM  
MUNICÍPIO DO NOROESTE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL**

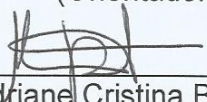
elaborada por:

**CAROLINA BALDISSERA GROSS**

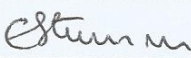
Como requisito parcial para a obtenção do grau de


**Mestre em Atenção Integral à Saúde**

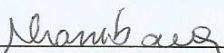
  
\_\_\_\_\_  
Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Evelise Moraes Berlezi  
(Orientadora)

  
\_\_\_\_\_  
Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Adriane Cristina Bernat Kolankiewicz  
(Co-orientadora)

COMISSÃO EXAMINADORA

  
\_\_\_\_\_  
Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Eniva Miladi Fernandes Stumm- (UNIJUI)

  
\_\_\_\_\_  
Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Teresinha Heck Weiller - (UFSM)

  
\_\_\_\_\_  
Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Marinês Tambara Leite - (UFSM)

Ijuí, 03 de maio de 2016

*Aos meus queridos avós,  
Augusto e Olinda*

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço o carinho, o apoio e a compreensão dos meus familiares, Augusto, Olinda, Márcia e, principalmente, do meu filho Gabriel, neste período de intensa formação.

Agradeço a minha orientadora Evelise pela confiança em me desafiar a este estudo, fazendo com que eu caminhasse em áreas desconhecidas até então, ampliando meu olhar.

Agradeço a minha co-orientadora Adriane Kolankiewicz por instigar essa caminhada de formação.

Agradeço a querida companheira de andanças Andressa Pagno, por permanecer por perto com seu conhecimento, mas principalmente, com sua amizade.

Agradeço ao querido Jardel Pimentel, pela companhia e confiança durante a pesquisa, que se tornaram aspectos de uma amizade.

Agradeço a todos que integraram a equipe de pesquisa, sem vocês esta pesquisa não seria possível.

Agradeço a todos aqueles docentes, colegas, amigos que se fizeram interlocutores durante esse percurso formativo. Agradeço com carinho especial às colegas: Fernanda Bottega, Daiana Dessuy Vieira, Vanessa Bonfada, Vivian Bittencourt e Tais Paz, que pra além de colegas o mestrado uniu como amigas.

Agradeço às instituições de ensino UNIJUÍ e UNICRUZ por disponibilizar espaços de formação.

Agradeço a CAPES, pelo incentivo à formação.

Agradeço aos profissionais da RAS, pelo apoio e informações durante a pesquisa.

Agradeço, especialmente, a todos os idosos que nos receberam em suas residências e nos oferecem seu tempo e atenção.

**MUITO OBRIGADA!**

## SUMÁRIO

<b>Lista de Quadros e Figuras</b> .....	I
<b>Lista de Tabelas</b> .....	II
<b>Lista de Abreviaturas</b> .....	IV
<b>Resumo</b> .....	V
<b>Abstract</b> .....	VI
<b>1. Apresentação</b> .....	15
<b>2. Referencial Teórico</b>	
2.1. Transição demográfica e epidemiológica: desafios ao cuidado da população idosa.....	18
2.2. O processo de envelhecimento e a Síndrome de Fragilidade .....	22
2.3. Apoio social e Síndrome de Fragilidade .....	24
2.4. Atenção primária e a população idosa .....	26
<b>3. Objetivos</b> .....	30
<b>4. Casuística e Método</b>	
4.1. População do Estudo .....	31
4.2. Local do Estudo .....	31
4.3. Critérios de Inclusão e Exclusão .....	33
4.4. Tamanho da Amostra .....	33
4.5. Procedimentos .....	35
4.6. Instrumentos e Variáveis .....	35
4.6.1. Dados sociodemográficos .....	36
4.6.2. Apoio social .....	36
4.6.3. Avaliação de Fragilidade .....	37
4.6.4. Avaliação de Presença e Extensão dos Atributos da Atenção Primária .....	40
4.7. Controle da qualidade da coleta e gerenciamento de dados .....	40
4.8. Aspectos Éticos .....	41
4.9. Análise Estatística .....	42
Referências bibliográficas .....	43
<b>5. Artigo 1 - Níveis de fragilidade de idosos e sua associação com as características sociodemográfica</b> .....	45
Referências bibliográfica .....	59
<b>6. Artigo 2 - Relação do apoio social com as características sociodemográficas e os níveis de fragilidade dos idoso</b> .....	51
Referências bibliográfica .....	73
<b>7. Artigo 3 - Avaliação da qualidade da atenção primária à saúde sob a perspectiva do idoso</b> .....	74
Referências bibliográfica .....	87

<b>8. Considerações finais.....</b>	<b>88</b>
<b>Anexos</b>	
Anexo 1 - Protocolo de pesquisa.....	90
Anexo 2 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	98
Anexo 3 – Autorização da Secretaria Municipal de Saúde para a realização da Pesquisa.....	100
Anexo 4 – Parecer consubstanciado do Comitê de Ética e Pesquisa.....	101



## LISTA DE QUADROS E FIGURAS

Figura 1 – Tríade da Síndrome de Fragilidade segundo modelo proposto por Fried e colaboradores.....	22
Figura 2 – Localização do município de Ijuí.....	30
Quadro 1 – Descrição das Estratégias de Saúde da Família (ESF) da região urbana do município de Ijuí, e suas respectivas áreas de abrangência, número de famílias e pessoas adscritas. 2015.....	31
Quadro 2- População com idade igual ou superior a 60 anos, cadastrada por ESF, no município de Ijuí.....	33
Quadro 3 - Representação do calculo do apoio social da Escala Social do Medical Outcomes Study.....	36
Quadro 4 - Fórmula para calcular Gasto Calórico durante atividade física.....	38

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - Características sociodemográficos: idade, instrução e renda familiar de acordo com o sexo dos idosos adstritos as ESFs da região urbana de um município do noroeste do Estado do RS, Brasil. 2015.....	49
<b>Tabela 2</b> - Características sociodemográficos: estado civil e moradia de acordo com o sexo dos idosos adstritos adstritos as ESFs da região urbana de um município do noroeste do Estado do RS, Brasil. 2015.....	50
<b>Tabela 3</b> - Distribuição da frequência dos componentes da fragilidade, sua classificação, associação na população idosa adscrita às ESF da região urbana de um município do noroeste do Estado do RS, Brasil. 2015.....	51
<b>Tabela 4</b> – Distribuição da frequência dos níveis de fragilidade de acordo com as características sociodemográficas (moradia, estado civil e renda familiar) por sexo da população idosa adscrita às ESF da região urbana de um município do noroeste do Estado do RS, Brasil. 2015.....	52
<b>Tabela 5</b> – Distribuição da frequência dos níveis de fragilidade de acordo com as características sociodemográficas (faixa etária, estado civil e instrução) por sexo da população idosa adscrita às ESF da região urbana de um município do noroeste do Estado do RS, Brasil. 2015.....	53
<b>Tabela 01</b> – Estatística descritiva das opções de resposta do questionário MOS-SSS.....	65
<b>Tabela 02</b> – Comparação de médias de apoio social segundo as características sociodemográficas da população idosa de um município do noroeste do Estado do RS – Brasil. 2015.....	66
<b>Tabela 03</b> – Comparação de médias de apoio social segundo sexo e níveis de fragilidade da população idosa do município de Ijuí, RS – Brasil. 2015.....	68
<b>Tabela 01</b> – Frequências de respostas do questionário PCATool, na perspectiva de idosos residente e adscritos às ESFs da região urbana de um município do Noroeste do Estado do RS Brasil. 2015.....	77

**Tabela 02** – Escores dos atributos essenciais e derivados na perspectiva de idosos residente e adscritos às ESFs da região urbana de um município do Noroeste do Estado do RS Brasil.

2015.....79

**Tabela 03** – Caracterização sociodemográfica dos idosos segundo escore geral para APS, de um município da região noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, Brasil.

2015.....80

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

APS – Atenção Primária de Saúde

AS – Apoio social

CNS – Conselho Nacional de Saúde

ESF – Estratégia de Saúde da Família

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

PCATool - Primary Care Assessment Tool

SIAB – Sistema de Informações da Atenção Básica

SM – Salário mínimo

SSS-MOS – Escala Social do Medical Outcomes Study

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

## RESUMO

GROSS, C. B. Níveis de fragilidade, Apoio Social e Avaliação da Atenção Primária de Saúde da População idosa em um município do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, Brasil.

Trata-se de um estudo observacional, transversal, analítico, de base populacional, com idosos adscritos às Estratégias Saúde da Família que atendem a região urbana de um município do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. O estudo teve por objetivo classificar a população idosa conforme os níveis de fragilidade, analisar a relação do apoio social com as características sociodemográficas e os níveis de fragilidade dos idosos, e avaliar a presença e a extensão dos atributos da Atenção Primária de Saúde na perspectiva dos idosos. Os dados foram obtidos por meio de entrevistas domiciliares, envolvendo quatro instrumentos validados de pesquisa: variáveis sociodemográficas, Escala de Apoio Social-Social Support Survey of the Medical Outcomes Study (MOS), Fenótipo de fragilidade proposto por Fried e colaboradores e o PCATool (Primary Care Assessment Tool). O estudo identificou que a maioria dos participantes foram do sexo feminino (60,9 %); predominantemente na faixa de 60 a 70 (51%). Na análise das características sociodemográficas comparando os sexos verificou-se associação estatisticamente significativa nas variáveis estado civil e moradia. Os resultados da classificação de fragilidade indicaram que 36,9% são idosos não frágeis; 45,4% são pré-frágeis e 17,7% são frágeis. Na análise dos componentes da fragilidade comparando os sexos verificou-se associação estatisticamente significativa na variável fadiga, sendo esta variável mais referida por idosas. E na análise das características sociodemográficas comparando os sexos e os níveis de fragilidade verificou-se associação estatisticamente significativa nas variáveis: idade para ambos os sexos, estado civil para ambos os sexos, e instrução para o sexo feminino. Verificaram-se diferenças significativas na comparação de médias das dimensões do Apoio social segundo as características sociodemográficas para os homens divorciados, e para ambos os sexos com renda inferior a um salário mínimo. E a presença de diferenças significativas na dimensão de Interação social positiva quando comparados os níveis de fragilidade. O escore geral da avaliação da APS foi de 6,7. O escore dos atributos essenciais foi de 7,2. Os atributos com melhores escores foram sequencialmente: Acesso de primeiro contato – Utilização; Longitudinalidade; e Coordenação – Integração de Cuidado. Os três atributos com menores resultados, foram sequencialmente: Orientação comunitária, considerado um atributo derivado da Atenção Primária à Saúde; Integralidade - Serviços disponíveis; Coordenação – Sistema de informação. Estes dados nos remetem para a importância dos diagnósticos e intervenções precoces em relação aos efeitos do declínio normal e patológico do envelhecimento, sendo esta uma questão chave para a saúde pública atual. Bem como a relevância das relações sociais na saúde da pessoa idosa. A avaliação mediana no atendimento recebido pelos idosos na APS. Demonstrando a necessidade de desenvolvimento e consolidação de ações que valorizem a atenção ao idoso no âmbito da Atenção Primária à Saúde, objetivando um modelo com fluxo de ações de promoção de saúde, prevenção, acompanhamento e tratamento de doenças e encaminhamento para centros de avaliação e reabilitação especializados em geriatria.

**Descritores:** Envelhecimento, Idoso Fragilizado, Atenção Primária à Saúde, Apoio Social.

## ABSTRACT

GROSS, C. B. Frailty classification, Social Support and Primary Health Care Evaluation of the elderly population in a municipality of Northwest of Rio Grande do Sul State, Brazil.

This is an observational, cross-sectional, analytical, population-based elderly ascribed to one of the ESF attending urban area of the municipality of Ijuí, Rio Grande do Sul, Brazil. The study aimed to classify the elderly population as the weak levels, analyze the relationship between social support with sociodemographic characteristics and levels of frailty of the elderly, and evaluate the presence and extent of the Primary Health Care attributes from the perspective of elderly. The data so obtained through home interviews, involving four validated research instruments: sociodemographic variables, Social-Social Support Scale Support Survey of the Medical Outcomes Study (MOS) Phenotype of fragility proposed by Fried and colleagues and PCATool (Primary Care Assessment Tool). The study found that most participants were female (60.9%); predominantly in the range of 60 to 70 (51%). In the analysis of sociodemographic characteristics comparing the sexes we found a statistically significant association in the variables marital status and housing. The results of the fragility classification indicated that 36.9% are not frail elderly; 45.4% are pre-frail and 17.7% are fragile. In analyzing the fragility of components comparing the sexes we found a statistically significant association in the variable fatigue, and this variable most reported by elderly. And the analysis of sociodemographic characteristics comparing the sexes and the fragility levels found a statistically significant association in the variables: age for both sexes, marital status for both sexes, and education for women. There were significant differences in the dimensions of the means of comparison of social support according to sociodemographic characteristics for divorced men, and for both sexes earning less than minimum wage. The presence of significant differences in the size of positive social interaction when compared to the level of fragility. The overall score of the assessment of the APS was 6.7. The score of the essential attributes was 7.2. The attributes with better scores were sequentially: first contact Access - Use; longitudinality; and Coordination - Care Integration. The three attributes with lower results were sequentially: Community Orientation, considered a derived attribute of APS; Completeness - available services; Coordination - Information System. These data refer to us the importance of early diagnosis and interventions in relation to the effects of normal and pathological decline of aging, this being a key issue for the current public health. And the importance of social relations in the health of the elderly. The median assessment in the care received by the elderly in the APS. Demonstrating the need for development and consolidation of actions that enhance the care for the elderly within the APS, aiming a model with flow of health promotion, prevention, monitoring and treatment of disease and referral to assessment centers and specialized rehabilitation in geriatrics.

**Keywords:** Aging, Frail Elderly, Primary Health Care, Social Support.

## 1. APRESENTAÇÃO

Este estudo teve origem a partir da construção de um projeto matricial de pesquisa no ano de 2014 intitulado “A Saúde do Idoso na Atenção primária”, vinculado ao Grupo de Pesquisa sobre o Envelhecimento Humano (GERON) da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUÍ). Este projeto foi apresentado ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Atenção Integral à Saúde, associação ampla entre as Universidade de Cruz Alta (UNICRUZ) e UNIJUÍ, vinculado a Linha I de Pesquisa do Programa: Processos saúde-doença-cuidado. O Projeto A Saúde do Idoso na Atenção Primária teve como base o estudo do Envelhecimento de forma interdisciplinar, visando os aspectos epidemiológicos, assistenciais e educacionais em saúde, com foco no cuidado integral à pessoa idosa.

O envelhecimento da população apresenta várias questões, tais como: Como podemos cuidar das pessoas com o objetivo de permanecerem independentes e ativas à medida que envelhecem? Como podemos promover a saúde e as políticas de prevenção, especialmente aquelas direcionadas às pessoas mais velhas? Já que as pessoas estão vivendo por mais tempo, como a qualidade de vida das pessoas pode ser melhorada? Quais são os efeitos do envelhecimento populacional para o sistema de atenção à saúde?

O envelhecimento populacional é um fenômeno vivenciado a nível mundial e tem unido pesquisadores, profissionais, gestores e sociedade, desde o final da década de 90 para pensar e propor políticas de atenção à população idosa. Foi neste período que a Organização Mundial da Saúde adotou o termo “envelhecimento ativo”, como uma proposta que amplia o conceito até então utilizado de “envelhecimento saudável”, para incluir além dos cuidados em saúde, outros fatores que afetam o modo como os indivíduos e as populações envelhecem (OMS, 2005).

Desta forma, o estudo do Envelhecimento abarca de forma integral, os aspectos da vida dos indivíduos. Visto que, o processo de envelhecimento decorre da maneira como foram vivenciadas as outras etapas da vida, envolvendo neste processo aspectos biológicos, psicológicos e sociais. O aspecto biológico do envelhecimento apresenta diminuição da reserva funcional. Este fato por si só aumenta o risco do idoso desenvolver incapacidades, quando somado a doenças crônicas, esse risco aumenta exponencialmente, ou seja, independente da presença de doença é fundamental que todo o indivíduo idoso tenha acompanhamento e intervenções nos diferentes níveis de atenção: promoção, prevenção, manutenção e reabilitação; com o objetivo de manter a capacidade funcional e consequente

qualidade de vida.

Contudo, ainda é um grande desafio para sistema de saúde brasileiro pensar nesse acompanhamento e detecção precoce de condições que interfiram na saúde do idoso; o sistema de saúde está preparado para atuar em situações de agudização das doenças crônicas e não está organizado para a atenção ao indivíduo numa perspectiva interdisciplinar e integral.

Neste sentido, o Ministério da Saúde adotou os indicadores de fragilidade no envelhecimento, como uma avaliação com potencial de reversibilidade por meio de intervenções clínicas em casos de fragilização, bem como indicador de medidas preventivas para a população livre da fragilidade. A avaliação de fragilidade possibilita a classificação e organização da demanda por níveis de fragilidade e atenção.

Outro aspecto importante referente ao envelhecimento é o aspecto social, o qual inclui dimensões de apoio e interação social da pessoa idosa. O apoio social é um dos determinantes de saúde das populações, referenciado ora como fator de proteção para o envelhecimento ativo, ora como fator de risco, na medida em que é a qualidade do apoio social que determina sua função de proteção ou risco para a saúde da pessoa idosa.

Tanto a avaliação da fragilidade, quanto a orientação em saúde no âmbito familiar e comunitário, bem como o trabalho com os determinantes sociais de saúde são pertinentes à Atenção Primária a Saúde. Um serviço de APS pode ser considerado provedor de cuidado integral quanto mais for orientado pelos atributos essenciais da APS, aumentando seu poder de interação com os indivíduos e com a comunidade ao apresentar também os atributos derivados (Saúde, 2010).

A identificação da presença e extensão dos atributos essenciais e derivados da APS, por meio de um instrumento de avaliação, a partir da perspectiva da população idosa é de fundamental importância tanto para o reconhecimento e manutenção dos atributos presentes, quanto, para identificação da ausência ou ineficiência de atributos, objetivando a melhoria e fortalecimento da APS a partir dos resultados encontrados.

O conhecimento destes aspectos relativos à fragilidade, o apoio social e a presença de atributos da APS é de fundamental importância para o cuidado no envelhecimento e a atenção à população idosa. No Relatório Mundial sobre Envelhecimento e Saúde apresentado pela Organização Mundial de Saúde no ano de 2015, foi destacada a diversidade das capacidades e necessidades de saúde dos idosos, que advém de eventos que ocorrem ao longo de toda vida. Frequentemente, esses eventos são passíveis de modificações, aspecto que ressalta a importância do enfoque de ciclos de vida para um entendimento adequado do processo de



envelhecimento, bem como a abordagem do Envelhecimento a partir de um enfoque social, com a meta de construir um mundo favorável aos idosos. Nesta perspectiva, requer-se a transformação dos sistemas de saúde, substituindo os modelos curativos baseados na doença pela prestação de atenção integrada e centrada nas necessidades da população idosa (OMS, 2015).

Desta forma, o referencial teórico desta pesquisa foi construído a partir do panorama do envelhecimento populacional, como ocorre este processo, do ponto de vista demográfico e epidemiológico e, conseqüentemente, os desafios que se apresentam ao cuidado da população idosa. Sequencialmente, são tecidas considerações sobre o envelhecimento e a fragilidade como processos complexos e distintos, o primeiro como um processo próprio do desenvolvimento humano, o segundo como um processo identificável e passível de intervenções. Considerações sobre determinantes sociais de saúde são introduzidas na sequência, a partir da reflexão acerca da relação entre apoio social e fragilidade. A efetividade do cuidado orientado pela APS é apresentada como ponto fundamental para responder ao panorama do envelhecimento populacional.

Neste contexto teórico os objetivos do projeto de estudo *A Saúde do Idoso na Atenção Primária* foi de analisar a relação do apoio social com as características sociodemográficas e os níveis de fragilidade dos idosos; e avaliar a qualidade da Atenção Primária de Saúde aos idosos do município de Ijuí, RS, Brasil.

A presente dissertação foi organizada a partir de três artigos:

- Níveis de fragilidade de idosos e sua associação com as características sociodemográfica.
- Relação do apoio social com as características sociodemográficas e os níveis de fragilidade dos idosos.
- Avaliação da qualidade da atenção primária à saúde sob a perspectiva do idoso.

A apresentação da dissertação está organizada: referencial teórico; casuística e método; artigos; e considerações finais.

## **2. REFERENCIAL TEÓRICO**

### **2.1. Transição demográfica e epidemiológica: desafios ao cuidado da população idosa**

O século XXI será marcado por profundas transformações da estrutura populacional em diversos países, inclusive no Brasil. Estas mudanças relacionam-se ao aumento da população idosa (Chaimowicz, 2009). Atualmente, e pela primeira vez na história, a maioria das pessoas irão viver além dos 60 anos de idade. Uma criança nascida no Brasil, neste ano de 2015, possui a expectativa de viver 20 anos a mais que uma criança nascida neste mesmo território há 50 anos (OMS, 2015).

O aumento na expectativa de vida, combinado com as quedas nas taxas de fecundidade levam ao rápido envelhecimento populacional (OMS, 2015). O entendimento desse fenômeno leva em consideração transformações demográficas e epidemiológicas e características sociais e economias das populações (Chaimowicz, 2009).

Assume-se que atualmente se vive no Brasil, assim como em vários países do mundo, um novo paradigma demográfico (Camarano, 2014). Segundo Chaimowicz (2009) a transição demográfica designa “um conjunto de modificações do tamanho e estrutura etária da população que frequentemente acompanham a evolução socioeconômica” de um país. Estas modificações possuem três fases distintas: (1) elevada mortalidade e fecundidade; (2) queda da mortalidade e crescimento populacional; e (3) queda da fecundidade e envelhecimento populacional (Chaimowicz, 2009).

No Brasil, nas primeiras décadas do século XX, a taxa de mortalidade era muito elevada, aspecto que freava o crescimento da população, apesar das taxas de fecundidade muito altas. As doenças transmissíveis eram as principais causas de mortalidade e de morbidade, atingindo principalmente a população infantil (Chaimowicz, 2009).

O declínio da mortalidade iniciou-se na década de 40, com o advento da estreptomicina, penicilina, imunizações e a terapia de reidratação oral (Chaimowicz, 2009). A redução da mortalidade infantil aliada à alta fecundidade gerou um crescimento populacional elevado no período entre 1950 e 1970 (Camarano, 2009). Desencadeando um processo de “rejuvenescimento” da população, o Brasil era naquele momento um país jovem de jovens.

Durante a década de 60, como resultado de mudanças socioculturais associadas ao crescimento da população urbana e a disponibilidade de métodos contraceptivos, as taxas de fecundidade começaram a declinar. A partir dos anos 1970, esse declínio acelerou e foi

acompanhada pela contínua redução da mortalidade (Camarano, 2014). Tal aspecto é importante de ser analisado pois “A redução da proporção de crianças em um país ou região leva ao aumento da proporção de adultos e depois idosos, ou seja, uma população envelhecida” (Chaimowicz, 2009).

Esses dois processos ocorreram em curto período de tempo e, simultaneamente, em quase todos os países em desenvolvimento, no Brasil, eles ainda estão em curso, há projeções que ocorram até metade do presente século, no entanto, não se pode afirmar quais são seus limites (Camarano, 2014).

Outra característica do envelhecimento populacional é o aumento da proporção de idosos com mais de 80 anos entre os próprios idosos (Chaimowicz, 2009). Uma população que necessita ser analisada de forma singular pois,

“Esses idosos constituem uma população bastante distinta dos idosos jovens se considerarmos a prevalência de doenças e o grau de dependência funcional; eles consomem recursos elevados do sistema de saúde e provocam marcante impacto na dinâmica familiar, social e econômica.” (Chaimowicz, 2009)

A transição demográfica articula-se com a transição epidemiológica, a qual refere-se à modificação dos padrões de morbidade, invalidez e morte que caracterizam uma população e que ocorrem em conjunto com outras transformações demográficas e sociais e envolve três mudanças básicas na população: (1) a substituição das doenças transmissíveis por doenças não-transmissíveis e causas externas entre as primeiras causas de morte; (2) o deslocamento da carga de morbimortalidade dos mais jovens para os mais idosos; (3) a transformação de uma situação de predomínio de mortalidade para outra em que a morbidade é dominante (Chaimowicz, 2009).

Há uma correlação direta entre os processos de transição demográfica e epidemiológica. Os adultos, que a partir da transição demográfica vivem o envelhecimento passam a conviver com fatores de risco para doenças crônico-degenerativas (Chaimowicz, 2009). Dados epidemiológicos apontam para o aumento dos anos de vida, no entanto, esses anos a mais, frequentemente, vêm acompanhados de doenças crônicas e incapacidades funcionais (Mendes, 2011; Santos, 2007).

Modificando o perfil de saúde da população, modifica-se a demanda sobre o sistema de saúde. Modificando a demanda, o próprio sistema de saúde deve ser repensado, visto que, os “sistemas de atenção à saúde constituem respostas sociais, deliberadamente organizadas, para responder às necessidades, demandas e preferências das sociedades” (Mendes, 2011). Desta

forma, para que os sistemas de saúde cumpram com seu papel, eles devem ser articulados a partir das necessidades de saúde apresentadas pela população, há a necessidade de conhecer as características e os determinantes de saúde da população.

Ham (2007) citado por (Mendes, 2011) apresenta a relação existente entre demanda de saúde da população e organização do sistema de saúde a partir de uma análise histórica, na qual, até a primeira metade do século XX, os sistemas de saúde se voltaram para as doenças infecciosas e, na segunda metade daquele século, para as condições agudas. O autor afirma que a partir do século XXI, os sistemas de atenção à saúde devem ser reformados profundamente para dar conta da atenção às condições crônicas.

As doenças crônicas e as limitações funcionais apresentam forte impacto no âmbito da saúde pública, visto que, apresentam efeitos adversos na qualidade de vida dos indivíduos, causam mortes prematuras, geram custos econômicos enormes para as famílias, as comunidades e o país (Mendes, 2011).

As pessoas portadoras das doenças crônicas reduzem as atividades laborais ou se afastam permanentemente do mercado de trabalho; a sociedade sofre enorme perda de produtividade e qualidade de vida da população; os gestores de saúde sentem dificuldades com os custos crescentes e os limitados resultados em relação ao manejo dessas doenças. Tal situação convoca mudanças profundas nos sistemas de atenção à saúde (Mendes, 2011).

Em seu estudo Mendes (Mendes, 2011) apresenta duas organizações de sistema de saúde: os sistemas fragmentados e as redes de atenção à saúde. Os sistemas fragmentados, caracterizados por um conjunto de pontos de atenção à saúde, isolados e sem comunicação uns dos outros, tendem a se voltar para a atenção pontualmente às condições e aos eventos agudos.

Enquanto que os sistemas integrados tendem a atuar, equilibradamente, sobre as condições agudas e crônicas. Os sistemas integrados são caracterizados pela comunicação entre os pontos de atenção, cuidado compartilhado, co-responsabilização e atenção colaborativa realizada por equipes multiprofissionais e pessoas usuárias e suas famílias (Mendes, 2011).

Para que este cuidado compartilhado e integral seja possível os serviços de saúde estruturam-se numa rede de pontos de atenção à saúde, composta por equipamentos de diferentes densidades tecnológicas que devem ser distribuídos, espacialmente, de forma otimizada (Mendes, 2011).

O sistema de saúde se organiza em três níveis de atenção: primária, secundária e terciária. Os pontos de atenção secundária e terciária ofertam serviços especializados de maior

densidade tecnológica (Mendes, 2010).

A atenção primária caracteriza-se pelos cuidados primários de saúde, que são aqueles cuidados essenciais à saúde que refletem e incidem nas condições de saúde da população, mas também, articula-se com as condições econômicas, políticas e socioculturais dos países e comunidades, representando o primeiro nível de contato entre indivíduos e famílias e sistema de saúde (Starfield, 2002; Mendes, 2011).

A atenção primária é concebida de forma articulada e multidisciplinar, sendo ela a responsável pelo acompanhamento e organização da circulação das pessoas pelos níveis de atenção à saúde, objetivando a melhoria na qualidade de vida tanto do indivíduo quanto do coletivo. Seu foco está nos determinantes de saúde, dando relevância ao meio social e físico em que a pessoa vive e trabalha, sem deixar de considerar as relações existentes nestes contextos (Starfield, 2002; Mendes, 2011).

As doenças crônicas e incapacidades funcionais não são consequências inevitáveis do processo de envelhecimento (Veras, 2009). O diagnóstico precoce e as intervenções de prevenção e promoção de saúde adequadas permitem, se não a reversão, diminuir tais agravos de saúde (Mendes, 2010). A prevenção é considerada a chave para mudar o quadro atual de saúde. Segundo Veras (Veras, 2009) a prevenção é efetiva em qualquer nível, mesmo nas fases mais tardias.

Frente a tal desafio para a saúde pública, é imprescindível efetivar uma lógica de cuidado preventiva e promocional de saúde, que acompanhe os indivíduos continua e pró-ativamente, atuando sobre os determinantes sociais da saúde, os fatores de riscos biopsicológicos e, também, sobre as condições de saúde manifestas. Esta lógica de cuidado é a lógica que organiza a atenção primária. (Mendes, 2011).

Agrega-se a esta temática as políticas públicas que possuem a função de fundamentar e nortear as práticas de cuidado e proteção da população. As políticas públicas, tais como a Política Nacional de Atenção Básica (Brasil, 2006), a Política Nacional do Idoso (Brasil, 1994), o Estatuto do Idoso (Brasil, 2003), Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (Brasil, 2006), são elementos já constituídos, que deveriam reger os serviços de atenção à saúde, mas que, no entanto, observam-se dificuldades e fragilidades na sua efetivação na prática cotidiana.

Podemos atribuir tal dificuldade a um descompasso apresentado por Mendes (2011) (Mendes, 2010) entre o que rege os serviços de saúde, as condições de saúde da população e a organização dos serviços de saúde. Ainda apresentam um sistema fragmentado de saúde, sem estratificação de riscos e voltado para as condições de saúde estabelecidas, realizando assim,

intervenções curativas e reabilitadoras, ou seja, incide em agravos e doenças já existentes, e não em ações promocionais e preventivas de saúde.

## **2.2. O processo de envelhecimento e a Síndrome de fragilidade**

Por muito tempo, inclusive na área da saúde, se vinculou a imagem do envelhecimento a convivência com doenças e limitações. No entanto, Hayflick (1996), contrapõem essa associação afirmando que o envelhecimento não é sinônimo de doença, visto que, em qualquer fase da vida, o ser humano é suscetível aos mais diversos tipos de patologias. (Hayflick, 1996).

O processo de envelhecimento é complexo, desta forma, sua conceituação e abordagem deve acompanhar tal complexidade. Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) o envelhecimento é “um processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio-ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte” (Brasil, 2006).

Desta forma, podemos entender o envelhecimento como um processo natural, de diminuição progressiva da reserva funcional dos indivíduos, o que, em condições normais, não provoca qualquer problema. No entanto, com interferências tais como doenças, acidentes e estresse emocional, pode desencadear uma patologia ou fragilidade que requer assistência. Da mesma forma que algumas interferências podem levar à fragilização, a adoção de estilos de vida mais saudáveis e ativos minimizam efeitos do envelhecimento (Brasil, 2006).

O envelhecimento é singular e contextualizado, ligado à história de vida de cada indivíduo, o que o torna de difícil definição. Quando uma pessoa se torna idosa? Os limites do envelhecer são flutuantes em termos de complexidade fisiológica, psicológica e social (Veras, 2001).

Um conceito que responde a tal complexidade do processo do envelhecimento é a *idade funcional*. Os efeitos da idade funcional incidem na saúde física, orgânica, funcional e psicológica de cada indivíduo, sendo a idade funcional o reflexo mais fiel da integridade do indivíduo durante o processo de envelhecimento (Papalia, 2010).

A idade funcional é a resultante da interação entre a herança genética e os elementos do meio ambiente, incluindo o elemento cultural (Papalia, 2010). A idade funcional pode ser avaliada a partir da capacidade funcional do idoso, ou seja, da capacidade desse idoso manter as habilidades físicas e mentais necessárias para uma vida independente e autônoma (Brasil, 2006).

Na perspectiva de buscar parâmetros para pensar e atuar no processo do envelhecimento, desfazendo a associação entre envelhecimento e patologia, o estudo da fragilização no processo do envelhecimento ganha importante relevância.

A partir da década de 90 o conceito “ser frágil” muitas vezes empregado ao idoso, passa a ser questionado e gradativamente é substituído pela condição “tornar-se frágil” (Brasil, 2006). Nesta perspectiva “tornar-se frágil” é um processo, ocorrendo ao longo do tempo, e abrindo possibilidades de intervenções clínicas.

O fenômeno da fragilidade tem levantado crescente interesse na literatura internacional (Fried, 2003) (Fried, 2001) e nacional (Neri, 2011), a partir de estudos atuais sobre tal temática.

A fragilidade não possui uma definição consensual. A definição adotada pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2006) é a definição apresentada por um grupo de pesquisador da Universidade Johns Hopkins, liderado pela médica epidemiologista Linda P. Fried. Segundo a qual, a fragilidade é uma síndrome clínica, de natureza multifatorial, caracterizada por diminuição das reservas de energia e por resistência reduzida aos estressores, condições essas que resultam do declínio acumulativo dos sistemas fisiológicos associados ao envelhecimento (Fried, 2003).

Segundo estes autores, os três principais componentes da Síndrome de Fragilidade são: alterações neuromusculares (Sarcopenia), alterações neuroendócrinas e alterações imunológicas (Fried, 2003).

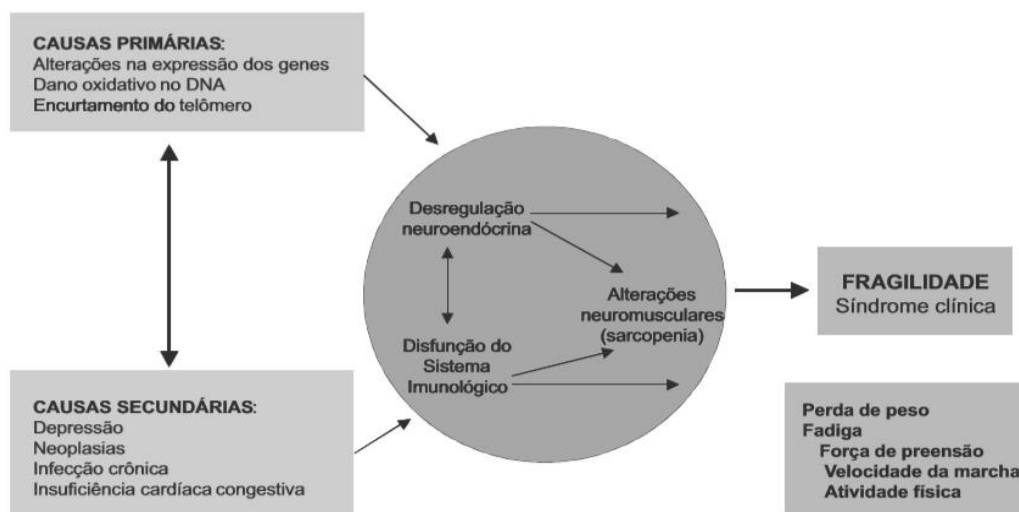


Figura 01 – Tríade da Síndrome de Fragilidade segundo modelo proposto por Fried e colaboradores.

FONTE: (Brasil, 2006)

É de fundamental importância o estabelecimento de critérios que possibilitem a identificação das pessoas idosas que se encontram em uma condição subclínica da síndrome e,

portanto, passíveis de intervenções preventivas. Bem com a identificação daqueles cuja síndrome já se instalou, e necessitam de intervenções que adiem ou amenizem os efeitos da síndrome, permitindo preservar por mais tempo a autonomia e independência dos idosos (Brasil, 2006).

O fenótipo relacionado à fragilidade inclui cinco componentes (Fried, 2001), passíveis de mensuração:

1. Perda de peso não intencional: maior de 4,5 Kg ou superior a 5% do peso corporal no último ano;
2. Fadiga auto-referida;
3. Diminuição da força de preensão palmar, medida com dinamômetro e ajustada para gênero e índice de massa corporal (IMC);
4. Baixo nível de atividade física medida pelo dispêndio semanal de energia em kcal (com base no auto-relato das atividades e exercícios físicos realizados) e ajustado segundo o sexo;
5. Diminuição da velocidade de marcha em segundos: distância de 4,5 m ajustada para sexo e altura.

O fenótipo seria resultado de um ciclo, de início não especificado. O ciclo é representado por espiral com potencial decrescente de reserva de energia de múltiplos sistemas (Fried, 2003). O indivíduo que apresenta três ou mais componentes do fenótipo enquadra-se em idoso frágil, aquele com um ou dois componentes apresenta indicativo de alto risco de desenvolvimento da síndrome de fragilidade (Fried, 2001).

### **2.3. Apoio social e Síndrome de fragilidade**

Os efeitos das relações sociais na saúde e vice-versa é tema central de vários estudos. Segundo a Teoria da Interação Social de Durkheim (1951), a integração social promove um sentido de significado e propósito para a vida. A integração social acontece através de um comprometimento que as pessoas têm com o outro, em instância mais ampla, com a ordem social, refletindo no posicionamento subjetivo da pessoa. Os contatos sociais desenvolvem um sentimento de pertencimento, aspecto importante para a subjetividade do indivíduo.

Disponer de pessoas que ofereçam variadas modalidades de apoio em situações de necessidade, pode ser de fundamental importância para a pessoa que vivencia uma situação de fragilidade física e/ou psíquica (Woo, 2005), muitas vezes desencadeadas pelo processo de



envelhecimento.

Segundo Cobb (1976) e Cassel (1976) a ruptura de laços sociais aumenta a suscetibilidade a doenças (Chor, 2001). De acordo com estes autores, os laços sociais teriam influência na manutenção da saúde, favorecendo condutas adaptativas em situações de estresse (Griep, 2005).

A rede de suporte social de cada indivíduo e as relações que se dão em seu interior constitui seguramente um aspecto decisivo durante todas as etapas da vida, não sendo diferente, no processo de envelhecimento. Desta forma, dentre os determinantes de saúde relacionados ao envelhecimento, um atualmente apresenta sua relevância, o suporte social, visto que, nas últimas três décadas, pesquisadores tem-se tomado de tal temática, apontando a importância da rede e suporte social nos desfechos de saúde (Chor, 2001; Woo, 2005; Paúl, 2005).

O apoio social é definido por diversos autores, com enfoques funcionais diferenciados. Segundo Caplan (1974) citado por (Griep, 2003) o apoio social é definido pela existência de um sistema de relações formais e informais pelas quais os indivíduos recebem ajuda emocional, material ou de informações, para enfrentarem situações estressoras.

Para outro autor, Bowling (1997) citado por (Griep, 2003) há uma rede social, a qual é formada por pessoas, as quais o indivíduo mantém contato ou alguma forma de vínculo social. Nesta perspectiva o apoio social é definido pela funcionalidade desta rede social. Um aspecto importante nesta definição é a percepção do indivíduo sobre a disponibilidade do apoio por parte de sua rede social.

A rede de apoio, segundo Paúl (2005), é formada por diversas estruturas da vida social de um indivíduo, como a participação em grupos sociais ou laços familiares, e possuem variadas funções, tanto explícitas, instrumentais ou afetivas.

A apoio social proveniente destas redes de apoio, referem-se sobretudo a três aspectos (Paúl, 2005): (1) a integração social, ou seja, a frequência de contato com outros indivíduos; (2) o apoio recebido, correspondente à quantidade de ajuda efetivamente oferecida por elementos da rede de apoio e (3) o apoio enquanto percepção do indivíduo.

Embora haja inúmeras medidas de apoio social, as medidas de apoio percebidas pelo indivíduo são aquelas que parecem expressar um efeito mais forte e consistente na saúde e no bem-estar dos idosos (Paúl, 2005).

Pensar o apoio social e a associação deste aos efeitos do processo de envelhecimento é questionar-se sobre a associação entre determinantes sociais e saúde. Estudos citados por Paúl (Paúl, 2005) apontam que o nível de apoio social é preditor de causas de mortalidade (Uchino,

2004) e que o apoio social é determinante chave do envelhecimento bem sucedido (Rowe e Kahn, 1998).

A interação social pode ter como efeito na saúde dos indivíduos tanto desfechos positivos, quanto negativos, dependendo da forma como são vivenciadas as relações sociais (Ramos, 2002). As relações interpessoais, as quais constituem o apoio social podem apresentar-se ora como resultado, ora como variável mediadora ou até como determinante do envelhecimento ativo (Paúl, 2005)

Um exemplo é o convívio com parentes, este é considerado positivo na medida em que a família permite à pessoa idosa a manutenção da sua autoderminação e autonomia. A preservação da autonomia a nível psicológico, ou seja, controle e decisão acerca de sua vida e participação social é aspecto central na perspectiva de um processo de envelhecimento saudável. (Ramos, 2002).

A literatura sugere que características sociais, tais como gênero, idade, estado civil, nível educacional, coabitação, podem influenciar no apoio e nas redes sociais (Pinto 2006). Bem como, sugere-se que a rede e o apoio social podem influenciar como determinante de saúde dos indivíduos e coletivos.

Acredita-se que a fisiopatologia de algumas síndromes relacionadas ao processo do envelhecimento, dentre elas a síndrome de fragilidade, possam ser agravadas devido à rupturas de laços sociais (Amaral, 2013). A fragilidade constitui-se em “uma síndrome multidimensional envolvendo uma interação complexa dos fatores biológicos, psicológicos e sociais no curso de vida individual” (Brasil, 2006) esta síndrome culmina com um estado de maior vulnerabilidade, associado ao maior risco de ocorrência de desfechos clínicos adversos, como quedas, hospitalização, institucionalização e morte (Fried, 2001).

Para alguns autores a ausência ou a debilidade do apoio social afeta os sistemas de defesa do organismo, tornando o individuo mais suscetível a doenças (Woo, 2005). De acordo com esta ideia, o laço e o apoio social vivenciado de forma positiva teria influencia na manutenção da saúde, favorecendo condutas adaptativas em situações de estresse. Idosos que possuem redes sociais compostas por familiares e amigos e que recebem suporte sob a forma de amor, afeição, preocupação e assistência tendem a ter menos dificuldade para lidar com o estresse do que idosos que não possuem este apoio (Ramos, 2002).

#### **2.4. A atenção primária e a população idosa**

As repercussões das profundas transformações sociais decorrentes do Envelhecimento

ainda são pouco contempladas, visto que, este é o início de um processo em curso. No âmbito da saúde o desafio é a concretização de cenários em que os avanços científicos e tecnológicos permitam a população alcançar idades avançadas de forma independente, não fragilizada e livre de diversas doenças, aproximando a expectativa de vida ao limite biológico máximo (Veras, 2003).

A população idosa é a que proporcionalmente utiliza mais serviços de saúde. Segundo Lourenço (Lourenço, 2005) o sistema de saúde não está estruturado para atender à demanda crescente deste segmento etário. O sistema de atenção à saúde encontra-se fragilizado, não criando condições de utilização dos recursos da melhor e mais adequada forma (Veras, 2003).

Este cenário leva ao consumo de mais recursos do que seria necessário, elevando custos, sem que necessariamente se obtenha os resultados esperados, em decorrência dos estágios avançados de agravos de saúde em que incidem as intervenções (Lourenço, 2005). Ou seja, a recuperação da saúde e a manutenção e elevação da qualidade de vida ficam assim comprometidas.

Os idosos não constituem uma população homogênea, mas sim composta por subgrupos, e nesta perspectiva a assistência à saúde da população idosa deve englobar as diferentes condições de saúde desse segmento, respeitando suas especificidades (Lourenço, 2005).

Segundo Lourenço (Lourenço, 2005) a compreensão da priorização de ações de saúde voltadas para o idoso saudável, aliadas a programas qualificados para os idosos com agravos de saúde, é uma concepção aceita por muitos gestores, no entanto, pouco implementada.

A efetividade da Atenção Primária à Saúde é um ponto fundamental neste contexto. Os cuidados primários de saúde representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, devendo encontrar-se o mais próximo possível de onde as pessoas vivem e trabalham e constituir-se no primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (OMS, 1978; Mendes, 2011; Starfield, 2002).

Para que se compreendam as ações, programas políticas implantadas, como também os efeitos dessas intervenções, faz-se necessário o desenvolvimento de processos avaliativos (Brasil, 2009).

A avaliação da Atenção Primária à Saúde fundamenta-se em seus atributos, conforme propostos por Starfield (Starfield, 2002), sendo estes definidos como essenciais e derivados. Os atributos essenciais da APS são: acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação da atenção. Os derivados são compostos pela atenção à saúde centrada na família (orientação familiar), orientação comunitária e competência cultural.

O *Acesso de primeiro contato* do indivíduo com o sistema de saúde compreende a acessibilidade e utilização do serviço de saúde como fonte de cuidado a cada novo problema ou novo episódio de um mesmo problema de saúde, com exceção das verdadeiras emergências e urgências médicas (Starfield, 2002; Saúde, 2010).

A *Longitudinalidade* é a existência de uma fonte continuada de atenção, assim como sua utilização ao longo do tempo. Desta forma, a relação entre a população e sua fonte de atenção deve se refletir em uma relação interpessoal intensa que expresse a confiança mútua entre os usuários e os profissionais de saúde (Starfield, 2002; Saúde, 2010).

O leque de serviços disponíveis e prestados pelo serviço de atenção primária, é concebido como a *Integralidade*, e incluindo tanto ações de caráter biopsicossocial do processo saúde-doença, como ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação adequadas ao contexto da APS, bem como, os encaminhamentos para atendimentos em outros níveis de atenção (Starfield, 2002; Saúde, 2010).

A *Coordenação da atenção* pressupõe a continuidade do atendimento pelo mesmo profissional, ou por meio de prontuários médicos, além do reconhecimento de problemas abordados em outros serviços e a integração deste cuidado no cuidado global do paciente (Starfield, 2002; Saúde, 2010).

Os atributos derivados qualificam as ações dos serviços da APS. Os quais devem ser guiados pela *Atenção à saúde centrada na família*, também denominada *Orientação familiar*, a qual considerar o contexto familiar e seu potencial de cuidado e, também, de ameaça à saúde, incluindo o uso de ferramentas de abordagem familiar (Starfield, 2002; Saúde, 2010).

O reconhecimento por parte do serviço de saúde das necessidades em saúde da comunidade através de dados epidemiológicos e do contato direto com a comunidade; sua relação com ela, assim como o planejamento e a avaliação conjunta dos serviços constitui a *Orientação comunitária* (Starfield, 2002; Saúde, 2010). Sendo a *Competência cultural* a capacidade dos profissionais de saúde e da equipe em se adaptar saúde às características culturais especiais da população para facilitar a relação e a comunicação com a mesma (Starfield, 2002; Saúde, 2010).

Nesta perspectiva cabe a avaliação da efetividade e a (re)organização dos modelos assistenciais, sendo que estes devem responder a esse desafio de modo propositivo (Veras, 2003).

No presente estudo, questionou-se a relação entre as demandas pela população idosa, o apoio social percebido pelos mesmos e o cuidado prestado aos idosos pelos profissionais atuantes nas Estratégias de Saúde da Família do município.

Na conjunção dos fatos relatados sobre o envelhecimento populacional e da organização do cuidado na rede pública, tendo a ESF como um recurso, a presente investigação traz como reflexões fundamentais do modo como está acontecendo o cuidado à pessoa idosa na Atenção Primária de Saúde do município. Para uma análise desta população é de fundamental importância conhecer as características sociodemográficas dos idosos, bem como sua percepção do apoio social e suas condições de saúde. Destacando destes dados os elementos necessários para análise da relação entre demanda da população e o cuidado prestado.

Para, além disso, um dos focos do presente trabalho constituir-se no ponto de articulação, de trocas entre a Universidade (pesquisa/extensão) e a Rede de Atenção à Saúde do município, desenvolvendo tecnologias e ações que agreguem resolutividade nos serviços de saúde e qualidade de vida à população. Levando sempre em consideração, que um estudo serve de subsídio e fomento a outros estudos.

Os resultados do estudo estão apresentados em forma de artigos. No primeiro artigo apresentamos os níveis de fragilidade dos idosos resistentes na área urbana e adscritos às Estratégias de Saúde da Família (ESFs) do município de Ijuí. O segundo artigo é constituído pela avaliação do apoio social pelos idosos e a correlação do apoio social com as condições de saúde dos idosos, no presente trabalho representadas pela avaliação de fragilidade. O terceiro artigo apresenta a avaliação da qualidade da atenção primária pela população idosa do município. Na sequência apresentamos o método utilizado para atingir os objetivos do presente estudo.

### **3. OBJETIVOS**

#### **Objetivos gerais:**

Analisar a relação do apoio social com as características sociodemográficas e os níveis de fragilidade dos idosos residentes no município de Ijuí, RS, Brasil.

Avaliar a qualidade da Atenção Primária de Saúde aos idosos do município de Ijuí, RS, Brasil.

#### **Objetivos específicos:**

Caracterizar o perfil sociodemográfico dos idosos residentes em áreas adscritas as ESFs da região urbana do Município de Ijuí, RS, Brasil;

Mensurar o apoio social percebido por idosos residentes no município de Ijuí, RS, Brasil;

Classificar a população idosa do município de Ijuí, RS, Brasil, conforme os níveis de fragilidade;

Avaliar a presença e a extensão dos atributos da Atenção Primária de Saúde aos idosos do município de Ijuí, RS, Brasil.

## 4. CASUÍSTICA E MÉTODO

O presente trabalho caracteriza-se como um estudo observacional, transversal, analítico, de base populacional.

Cada população apresenta uma dinâmica própria de seus elementos. O estudo observacional, transversal caracteriza-se pela observação direta de determinada quantidade planejada de indivíduos em uma única oportunidade (Medronho, 2004). Pode-se pensar o estudo observacional como uma fotografia, em que o momento é congelado, e desta fotografia são coletados dados.

No estudo de base populacional, as unidades de observação são selecionadas aleatoriamente. Segundo Medronho (2004), a seleção acontece por meio de método orientado pelo acaso, entre todos os indivíduos que compõe a população do estudo.

### 4.1. População do Estudo

A população do estudo é constituída por idosos com idade igual ou superior a 60 anos, ambos os sexos, adscritos às Estratégias de Saúde da Família (ESF) da área urbana do município de Ijuí/RS.

### 4.2. Local do Estudo

O estudo foi desenvolvido no município de Ijuí localizado na Região Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul – Brasil, especificamente juntos as populações idosas adscritas as ESF da área urbana de Ijuí.

O Município de Ijuí, localizado no Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, a 495 km da capital Porto Alegre, está entre os 10 melhores municípios em qualidade de vida no estado. É conhecido também como Terra das Culturas Diversificadas, Cidade Universitária, Colmeia do Trabalho e Terra das Fontes de Água Mineral.



**Figura 2 – Localização do município de Ijuí.**

Fonte: site Wikipedia

Segundo estimativas do IBGE no ano de 2014 o município de Ijuí tem uma população de 82.563 habitantes. Na faixa etária do estudo estima-se uma população de 11.490 idosos;

destes 4.917 homens e 6.573 mulheres (IBGE, 2014).

Na área da saúde, o município tem em seu território hospitais equipados para atendimento de média e alta complexidade, que prestam assistência integral a toda Região Macro Missioneira. O Município de Ijuí possui três hospitais, cinco Unidades Básicas de Saúde, onde sua distribuição geográfica procura abranger a totalidade da população referenciada para cada unidade e quinze equipes Estratégia Saúde da Família, que visa à reorganização e fortalecimento da Atenção Básica, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, abrangendo 61% da população ijuicense. Sendo que destas, doze (12) equipes atendem a população da área urbana, universo do presente estudo e as demais atendem a área rural do município.

As Unidades de Saúde com ESF são:

**QUADRO 1 – Descrição das Estratégias de Saúde da Família (ESF) da região urbana do município de Ijuí, e suas respectivas áreas de abrangência, número de famílias e pessoas adscritas. 2015**

	Área de abrangência	Numero de famílias	Numero de pessoas
ESF nº 1 Luiz Fogliatto	Bairros Luiz Fogliatto e Alvorada	1.099	3.640
ESF nº 2 Tancredo Neves	Bairros Tancredo Neves, Colonial e parte do 15 de Novembro.	798	2.774
ESF nº 3 Glória	Bairro Glória	1.350	4.127
ESF nº 4 Herval	Bairros Herval e Ferroviário	545	1.728
ESF nº 5 Pindorama	Bairros Pindorama, parte do São Geraldo, parte do Lulu Ilgenfritz e parte do Thomé de Souza	1.041	3.122
ESF nº 6 Thomé de Souza	Bairros Thomé de Souza, parte do Lulu Ilgenfritz e Osvaldo Aranha.	1.436	4.415
ESF nº 7 Centro Social Urbano	Bairros Industrial, Universitário e Morada do Sol	719	2.170
ESF nº 8 Centro Social Urbano	Bairros Elisabeth e parte do São Geraldo	938	2.591
ESF nº 12 Assis Brasil	Bairro Assis Brasil	772	2.155
ESF nº 13 Mundstock	Bairros Mundstock, Burtet, Hammarstron.	916	2.656
ESF nº 14 Getúlio Vargas	Bairro Getúlio Vargas	558	1.871
ESF nº 15 Getúlio Vargas	Bairro Getúlio Vargas	615	1.863

Fonte: Fonte: SIAB (2014)



A Rede de Atenção à Saúde do município de Ijuí conta ainda com Núcleo de Apoio a Saúde da Família – NASF, Unidade de Atendimento 24 horas, Centro Municipal de Saúde, Centro Regional de Referência em Saúde do Trabalhador – CEREST, Serviço de Atendimento Especializado em DST/HIV/AIDS – SAE, Centro Especializado em Odontologia – CEO, Centros de Atendimento Psicossocial – CAPS e Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Salvar.

### **4.3. Critérios de Inclusão e Exclusão**

Para compor a amostra do estudo serão utilizados os seguintes critérios de inclusão e exclusão.

#### **Inclusão:**

- Apresentar idade igual ou superior a 60 anos;
- Residir no meio (zona) urbana do município de Ijuí e estar adscrito a uma Unidade de Saúde com ESF ;

#### **Exclusão:**

- Idoso que realizou procedimento cirúrgico a menos de 30 dias;
- Idosos que não apresentem condições para responder aos instrumentos de coleta e que tenham cuidadores com tempo inferior a 30 dias.

Os idosos acamados foram incluídos na amostra. Pela incapacidade de realizarem a avaliação de fragilidade, foram classificados como “frágeis”. Os idosos que não apresentaram condições físicas ou psíquicas para responderem ao protocolo de pesquisa, e acompanhados pelo mesmo cuidador por um período superior a um mês, foram incluídos na amostra. Nestes casos, a entrevista foi realizada com o cuidador.

### **4.4. Tamanho da Amostra**

Segundo dados coletados no SIAB, no mês de Outubro de 2014, o número total de idosos acima de 60 anos cadastrados em ESFs no município de Ijuí foi de 7.094. Para o estudo a amostra foi calculada a partir do total de idosos residentes na área urbana 5.269. Deste total 2203 (41,8%) são do sexo masculino e 3066 (58,2%) do sexo feminino. A tabela a seguir apresenta a quantidade de idosos acima de 60 anos, por sexo e por ESF.

Para estimar o tamanho da amostra definiu-se por um erro amostral tolerável de 5% o que definiu um tamanho inicial de amostra de 372 idosos, representando 7% da população do estudo. Considerando o percentual da representatividade optou-se por uma representação mínima de 12% chegando a um tamanho de amostra de 636 idosos.

A seleção dos idosos foi realizada através da técnica de amostragem estratificada proporcional. Esta técnica divide a população em subgrupos de acordo com determinadas características como faixa etária, selecionando uma amostra aleatória de cada um desses estratos. Os *estratos* devem ser definidos em função da sua relação com o objetivo do estudo e devem ser mutuamente exclusivos (cada elemento da população apenas deve estar incluído num estrato) (Medronho, 2004) e exaustivos (nenhum elemento da população pode ficar fora de um estrato). No presente estudo definiu-se para o delineamento que cada ESFs é uma unidade do estrato e em cada uma das unidades retirou-se proporcionalmente o número de idosos considerando o tamanho da amostra do estudo e pela diferença entre a população masculina e feminina optou-se em definir o número de sujeitos por sexo.

**QUADRO 02 – População com idade igual ou superior a 60 anos, cadastrada por ESF, no município de Ijuí.**

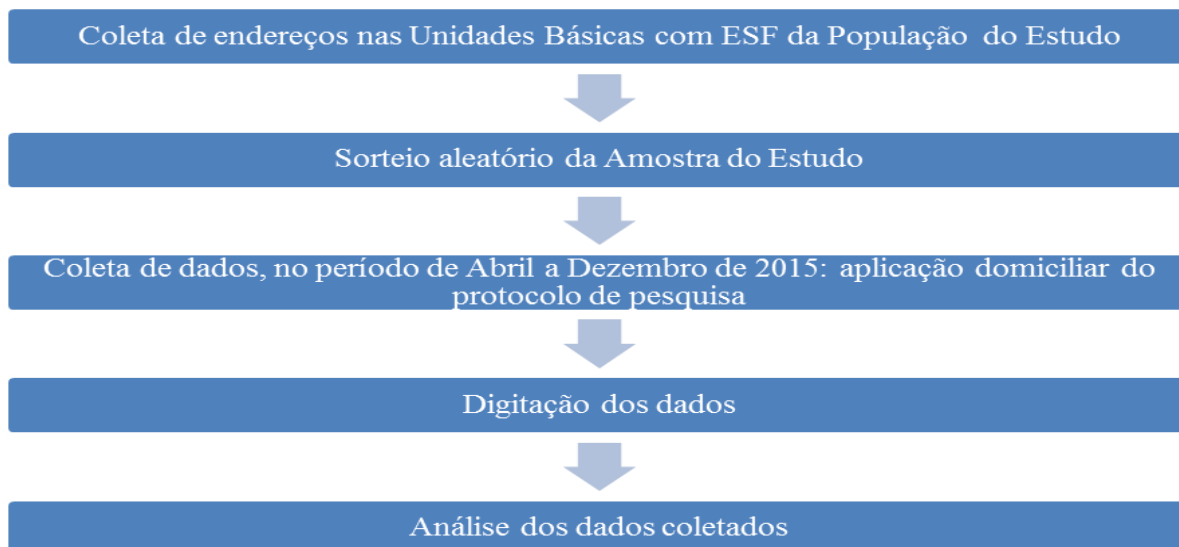
ESF	População Masculina	*Amostra por sexo masculino	População Feminina	*Amostra por sexo feminino	Total da população	Amostra por estrato
ESF 1	192	23	206	25	398	48
ESF 2	127	16	156	18	283	34
ESF 3	271	33	377	46	648	79
ESF 4	115	14	165	20	280	34
ESF 5	211	25	353	42	564	67
ESF 6	302	36	442	53	744	89
ESF 7	153	18	200	24	353	42
ESF 8	262	33	375	45	637	78
ESF 12	190	23	292	35	482	58
ESF 13	204	25	284	35	488	60
ESF 14	80	10	87	11	167	21
ESF 15	96	11	129	15	225	26
<b>Total</b>	<b>2203</b>	<b>267</b>	<b>3066</b>	<b>369</b>	<b>5269</b>	<b>636</b>

\*Valores ajustados

A amostra do estudo foi retirada da população por sorteio simples a partir da lista fornecida por cada ESF, para reposição de possíveis perdas será sorteado 10% a mais de idosos. Destaca-se que a amostra será por sexo, ou seja, cada ESF terá sorteado um  $n$  de mulheres e um  $n$  de homens, definido pela estratificação proporcional.

#### 4.5. Procedimentos

Os procedimentos e logística da realização do estudo seguiram a seguinte ordem sequencial:



#### 4.6. Instrumentos e Variáveis

Os dados desse estudo foram coletados por meio de entrevista utilizando um protocolo de pesquisa (Anexo X) composto por um questionário para caracterização sociodemográficas do usuário, um questionário de avaliação do Apoio Social e pelo instrumento PCATool-Brasil versão Adulto.

O protocolo de pesquisa foi aplicado de forma presencial pela própria mestranda juntamente com uma equipe de voluntários de campo composta por acadêmicos de cursos de graduação e pós-graduação da UNIJUÍ selecionado como VOLUNTÁRIOS, os quais foram previamente submetidos a treinamento, com carga horária de 20 horas, no qual foram abordados conteúdos relacionados à pesquisa propriamente dita e a técnicas de abordagem para entrevista.

##### 4.6.1. Dados sociodemográficos

O instrumento de dados sociodemográficos foi elaborado pela mestranda e composto pelas seguintes questões:

- Sexo – masculino x feminino;
- Idade – foram registradas com variável contínua, e registro da data de nascimento; para posteriormente serem tabuladas em faixas com intervalos de dez anos;
- Estado civil – foi registrado conforme as cinco possibilidades apresentadas: casado/a; viúvo/a; solteiro/a; divorciado/a.

- Escolaridade – foi registrada conforme as sete possibilidades apresentadas: analfabeto; ensino fundamental incompleto; ensino fundamental completo; ensino médio incompleto; ensino médio completo; ensino superior incompleto; ensino superior completo.

- Renda familiar – foi apresentada a seguinte questão: Qual a renda mensal das pessoas que moram em sua casa, incluindo o/a senhor/a? Foram apresentadas cinco possibilidades de resposta: <1, SM; 1 a 3 SM; 3,1 a 5,0 SM; 5,1 a 10 SM; mais que 10 SM.

- Arranjos de moradia – foi avaliado com base na pergunta Com quem o/a senhor/a mora? Comportando sete possibilidade de respostas sim ou não: sozinho; com o cônjuge; com filho(s); com neto(s); com bisneto(s); com outros parentes; com pessoa de fora da família. O entrevistado indicou todas as alternativas correspondentes à sua realidade.

#### **4.6.2. Apoio Social**

O apoio social foi avaliado com a utilização do instrumento Medical Outcomes Study (SSS-MOS). O questionário desenvolvido originalmente para o estudo “Medical Outcomes Study” (MOS), realizado em usuários dos serviços de saúde das cidades de Boston, Chicago e Los Angeles, que apresentavam uma ou mais doenças crônicas, tais como, hipertensão, diabetes, doença coronariana ou depressão, e caracteriza-se por ser um instrumento que avalia o apoio social de maneira multidimensional, sendo curto, de fácil aplicação.

Em 2001, o questionário foi avaliado em um Estudo Pró-Saúde o grau de correlação entre as perguntas, e também entre cada pergunta com a dimensão a que pertencia, obtendo resultados adequados para a conservação de todos os itens da versão traduzida (Chor, 2001) (Griep, 2005).

Desse modo, o questionário mantém a estrutura original de 19 questões, abrangendo cinco dimensões de apoio social:

- Apoio material – questões de 01 a 04 – referentes à provisão de recursos materiais e instrumentais;

- Apoio afetivo – questões de 05 a 07 – referentes demonstração física de amor e afeto;

- Apoio emocional – questões de 08 a 11 – referentes às expressões de sentimento, compreensão e confiança;

- Apoio de informação – questões de 12 a 15 – avaliam a disponibilidade das pessoas obterem conselhos e orientações;

- Interação social positiva – questões de 16 a 19 – referentes à disposição das pessoas em se divertir e relaxar.

Cada questão é respondida baseada em cinco opções de respostas: 1 (“nunca”); 2

(“raramente”); 3 (“às vezes”); 4 (“quase sempre”) e 5 (“sempre”).

A escolha por este instrumento para a composição do protocolo se deu a partir da validade e confiabilidade do instrumento apresentados em outros estudos (Chor, 2001) (Griep, 2003). Levando-se em consideração que a construção de índices para mensuração de fenômenos de natureza subjetiva não é tarefa fácil, sendo recomendada a utilização de índices já existentes.

Os escores padronizados de cada uma das cinco dimensões de apoio social foram obtidos pela soma dos pontos totalizados pelas perguntas de cada uma das dimensões e divididos pelo escore máximo possível na mesma dimensão. O resultado da razão (total de pontos obtidos/pontuação máxima da dimensão) foi multiplicado por 100. A média corresponde à soma dos pontos obtidos pelo MOS-SSS dividido por N (numero da população) (Griep, 2005).

### **Quadro 3 – Representação do calculo do apoio social da Escala Social do Medical Outcomes Study.**

<b>Índice padronizado</b>		<b>Soma dos pontos obtidos nas perguntas</b>	
<b>de cada dimensão</b>	<b>=</b>	<hr/>	<b>X 100</b>
		<b>Máximo de pontos que poderiam ser obtidos</b>	
		<b>de acordo com o número de perguntas de</b>	
		<b>cada dimensão do apoio social</b>	

Fonte: adaptado de Griep (2005)

#### **4.6.3. Avaliação de Fragilidade**

Para avaliar as medidas de fragilidade serão utilizados os critérios propostos por Fried (Fried, 2001), seguindo o modelo utilizado pelo estudo de fragilidade com idosos brasileiros, visando posterior comparação entre os dados encontrados, a saber: autor-relato de fadiga, lentidão na marcha, fraqueza, baixo nível de atividade física e perda de peso não intencional (Neri, 2011).

1. Perda de peso não intencional no último ano: será avaliada por meio de um item de auto-relato em que será perguntado ao idoso se houve perda de peso não intencional nos últimos 12 meses. Em caso de resposta afirmativa, será perguntado a quantia em quilos da perda de peso, sendo registrada a resposta no protocolo.

Serão utilizados como ponto de corte para perda de peso não intencional no último ano 4,5 quilos ou 5% do peso corporal de cada idoso.

2. Fadiga: será avaliada por dois itens escalares de auto-relato extraídos da Escala de depressão do Center for Epidemiological Studies-DepressionI (CES-D) validado para

aplicação em indivíduos idosos (Batistoni, 2007). As questões apresentadas serão: Senti que tive que fazer esforço para fazer tarefas habituais; Não consegui levar adiante minhas coisas. Cada questão apresenta quatro possibilidades de resposta: sempre, na maioria das vezes, poucas vezes e nunca/raramente.

Serão considerados, para pontuação deste critério, os idosos que responderam “sempre” ou “quase sempre” a qualquer uma das duas perguntas que aferirem essa condição.

3. Força de preensão manual: será avaliada por meio de dinamômetro E-Clear EH101, colocado na mão dominante de cada idoso. O teste será realizado em posição sentada; o braço do idoso será aduzido e a flexão do antebraço deverá formar um ângulo de 90º em relação ao braço. A um comando verbal o idoso deverá apertar com força a alavanca do aparelho; alcançada a maior força, ele deverá afrouxar a mão (Santos, 2012).

A baixa força de preensão manual corresponderá aos valores localizados entre os 20% menos da distribuição das médias das três tentativas realizadas, médias estas ajustadas por sexo e índice de massa corporal (Kg/m<sup>2</sup>).

4. Baixa velocidade da marcha: será referenciado ao tempo (em segundos) que cada idoso levará para percorrer, em passos usuais, uma distância de 4,6 metros demarcada no chão plano por fita. Antes e depois desta linha, serão acrescentadas linhas de 2 metros cada um. O primeiro trecho de 2 metros será usado para saída e aceleração e o tempo para percorrê-lo não será computado. O mesmo acontecerá com o trecho posterior à linha de 4,6 metros, que servirá para desaceleração. Será permitido ao idoso utilizar bengala ou andador. Serão realizadas 3 tentativas, que serão cronometradas. Logo após cada uma, o examinador anotará o resultado no protocolo (Guralnik, 1994).

A baixa velocidade da marcha será indicada pelos 20% valores mais lentos do tempo gasto pelos idosos para percorrer o trecho de 4,6 metros. Estes valores serão resultado do cálculo da média das três medidas de cada idoso, médias essas ajustadas pela mediana da altura para homens e para mulheres.

5. Nível de atividade física: a avaliação será realizada por meio de auto-relato sobre a frequência semanal e a duração de exercícios físicos e esportes ativos e de atividades domésticas realizadas na semana anterior a entrevista. Será utilizado como base os itens do Minnesota Leisure Time Activity Questionnaire, validado para o Brasil por Lustosa et al. (Lustosa, 2011). A presente pesquisa utilizará esse instrumento modificado segundo apresentado por Fattori et al. (Fattori, 2013).

Dezesseis itens desse instrumento adaptado foram usados para avaliar a prática de exercícios físicos e esportes ativos, objetivando identificar se o idoso realiza: caminhadas,

subir escadas como forma de fazer exercícios, ciclismo, dança de salão, ginástica e alongamento, hidroginástica, corrida, musculação, natação, assim como esportes ativos como voleibol, basquetebol, futebol, além de atuar como árbitro em jogos de futebol. Houve dois itens abertos para que o idoso relatasse a realização de algum tipo de exercício ou esporte que não estivesse contemplado nos itens apresentados.

Onze itens foram utilizados para investigar o desempenho de atividades domésticas variadas, sendo elas: limpeza e arrumação (de intensidade leves a moderada), pesadas de limpeza, cozinhar, cortar grama com cortador elétrico e com cortador manual, manter e formar a horta e jardim, fazer trabalhos de carpintaria em casa, pintar, consertar e construir partes internas e externas da casa. Da mesma forma que no domínio anterior, houve dois itens abertos para que o idoso relatasse a realização de algum tipo de atividade doméstica que não estivesse contemplado nos itens apresentados.

Os exercícios físicos e as atividades domésticas foram considerados para a derivação de medida do nível de gasto calórico semanal dos idosos. Para a medida de atividade em termos do gasto calórico semanal foi considerada a classificação de Ainsworth e colaboradores (Ainsworth, 2000).

Segundo essa classificação, cada um dos itens corresponde a uma pontuação de intensidade absoluta em equivalentes metabólicos. O método para calcular o gasto energético por minuto em cada atividade leva em conta o peso corporal do indivíduo e o número de equivalentes metabólicos necessários para realizar a atividade. Especificamente, 1 MET é igual a  $0,0175 \text{ Kcal} \times \text{Kg}^{-1} \times \text{min}^{-1}$ . A fórmula para calcular o gasto calórico durante uma atividade física é a seguinte:

#### **Quadro 4 – Fórmula para calcular Gasto Calórico durante atividade física**

$$\text{Gasto energético (Kcal/min)} = 0,0175 \text{ Kcal} \times \text{Kg}^{-1} \times \text{min}^{-1} \times \text{MET} \times \text{peso corporal (Kg)}$$

Fonte: adaptado de Ainsworth, (2000)

Para o cálculo do gasto calórico semanal em atividades de lazer e em atividades domésticas foram considerados os itens a que cada idoso respondeu afirmativamente. Os itens foram multiplicados pelo número de dias na semana e pelo número de minutos por dia.

A partir dos dados obtidos na avaliação os idosos foram classificados segundo os perfis:

- Idosos frágeis: presença de 3 a 5 critérios;
- Idosos pré-frágeis: presença de 1 ou 2 critérios;
- Idosos não-frágeis: ausência de critérios;

#### **4.6.4. Avaliação de presença e extensão dos atributos da Atenção Primária**

Os Serviços de Atenção Primária foram avaliados a partir do instrumento PCATool. O instrumento Primary Care Assessment Tool (PCATool), criado na Johns Hopkins Primary Care Policy Center (PCPC) (SHI, 2001) com base no modelo de avaliação da qualidade de serviços de saúde proposto por Donabedian (Donabedian, 2005).

O instrumento avalia o quanto os serviços de saúde estão orientados para os atributos definidores da Atenção Primária a Saúde, a partir de respostas de profissionais/gestores de saúde (versão Profissionais), de usuários (versão Adulto) ou de cuidadores (versão Criança). No presente estudo será utilizada a versão reduzida para usuários adultos.

O manual do instrumento completo foi elaborado pelo Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde do Brasil (BRASIL, 2010b). Originalmente o PCATool apresenta versões autoaplicáveis, sendo que ao adaptá-lo para a realidade brasileira cada versão do instrumento foi transformada em uma ferramenta aplicável por meio de entrevista.

A versão reduzida do PCATool-ADULTO-BRASIL é composta por 23 itens, contemplando os atributos essenciais e derivados da APS. São eles: Afiliação, Utilização, Acesso – Primeiro Contato, Longitudinalidade, Coordenação do Cuidado e Sistema de Informações, Integralidade – Serviços Disponíveis e Prestados, Enfoque Familiar e Orientação Comunitária.

A avaliação de reprodutibilidade da escala na versão reduzida revelou que o instrumento pode seguramente ser utilizado para avaliar os serviços de APS (Oliveira, 2013).

As respostas são do tipo Likert, com intervalo de um a quatro para cada atributo. As respostas possíveis para cada um dos itens foram: “com certeza sim” (valor=4), “provavelmente sim” (valor=3), “provavelmente não” (valor=2), “com certeza não” (valor=1) e “não sei / não lembro” (valor=0).

Os escores para cada um dos atributos foram calculados pela média aritmética simples dos valores das respostas dos itens que compõe cada atributo. Os escores dos atributos, Geral, Essencial e Derivado foram, então, dicotomizados em duas categorias, representando Baixo Escore, quando  $<6,6$ , e Alto Escore, quando  $\geq 6,6$ .

#### **4.7. Controle de qualidade da coleta e gerenciamento de dados**

O estudo foi conduzido de forma sistematizada quanto ao controle de qualidade da coleta e gerenciamento de dados.



A pesquisa foi realizada por uma equipe de pesquisa, composta por cerca de 10 pessoas, dentre elas as pesquisadoras e acadêmicos voluntários selecionados por meio de edital de “voluntários”, que foi divulgado nos cursos da área da saúde da universidade.

Todas as equipes de pesquisa devem realizar atividades semelhantes e preencher funções parecidas. Buscando esta padronização dos membros da equipe, foi realizado um treinamento, no qual foram abordadas questões relativas à abordagem dos pesquisadores e conhecimento e apropriação dos instrumentos da pesquisa.

Para identificar a qualificação da equipe, a integridade na aplicação dos instrumentos e na tentativa de evitar a necessidade de revisões no protocolo de pesquisa após o início da coleta de dados, foi realizado um teste-piloto, com 30 sujeitos.

Os testes-pilotos são importantes para orientar decisões sobre como delinear as abordagens de recrutamento, aferições e intervenções; bem como, fornecer uma ideia sobre a natureza da população de estudo, dados sobre factibilidade de medidas, reações subjetivas e detecção de algum desconforto que o instrumento possa ter gerado, para detectar se houve itens do protocolo que não foram compreendidos e se há outras formas de melhorar o estudo.

Foram realizadas reuniões sistemáticas da equipe de pesquisa, com todos os membros da equipe, constituindo-se de um espaço para exposição e solução de problemas, discussões científicas e atualizações relacionadas ao projeto.

#### **4.8. Aspectos éticos**

O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul sob o CAAE 38494514.8.0000.5350.

#### **Riscos**

Os entrevistados poderão ficar constrangidos, tendo em vista que os questionários aplicados poderão trazer lembranças, sentimentos e desconforto.

#### **Benefícios**

O benefício deste estudo é o diagnóstico populacional das condições de saúde da população idosa, de um município de médio porte, com um percentual de idosos significativo na população. A identificação de indicadores de apoio social, fragilidade de idosos e presença e extensão dos atributos da Atenção Primária deverão contribuir para o desenvolvimento de modelos de rastreamento e diagnóstico da síndrome da fragilidade eficientes e capazes de identificar, precocemente, condições que podem gerar incapacidades. Além disso, o

diagnóstico dos idosos do município de Ijuí, com relação à fragilidade poderá apoiar os gestores e trabalhadores no planejamento de ações de saúde que possam reduzir estes indicadores prevenindo dependência e promovendo qualidade de vida.

#### **4.9. Análise Estatística**

Os questionários, depois de codificados e revisados, foram digitados e armazenados no programa Software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) (versão 18.0).

Foram utilizadas ferramentas da estatística descritiva e analítica considerando a natureza da variável, quantitativa ou qualitativa. Para a estatística descritiva utilizar-se medidas de tendência central, de dispersão e variabilidade; frequência relativa e absoluta.

As diferenças nas frequências e nas médias foram testadas pelo qui-quadrado e teste de ANOVA (análise da variância), respectivamente. Para as comparações dos escores dos grupos independentes, foi empregado o teste de Kruskal-Wallis com comparações.

Após detectada rejeição da hipótese de igualdade, os grupos foram comparados dois a dois pelo mesmo teste (Kruskal-Wallis). Testes não paramétricos foram empregados por se tratar de variáveis resultantes de escalas (escores) para as quais esses tipos de testes são mais adequados. Os testes foram considerados significativos quando  $p < 0,05$ .

Os valores de  $p$  foram interpretados sobre a hipótese de que a casuística constitui uma amostra estratificada proporcional de uma população de características similares. Para verificar a consistência interna do instrumento MS-MOSS e PCATool na amostra estudada foi aplicado o coeficiente Alpha de Cronbach. Para todos os casos foi utilizada uma confiabilidade de 95%.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amaral, F. L. J. S., Guerra, R. O., Nascimento, A. F. F. et al.** Apoio social e síndrome da fragilidade em idosos residentes na comunidade . *Ciênc. saúde coletiva*, 2013. 18(6): 1835-1846.
- Ainsworth, B. E., Haskell W. L., Whitt M. C. et al.** Compendium of Physical Activities: an update of activity codes and MET intensities. *Med Sci Sports Med Sci Sports Exerc* 2000; 32(9 Suppl):S498-504.
- Brasil.** Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Caderno de Atenção Básica. 2006. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica - Brasília. Vol. 19.
- Brasil.** Lei nº 10.741, de 1º de Outubro de 2003. Estatuto do Idoso. Brasília. Câmara dos Deputados. 2003.
- Brasil. Ministério da Saúde.** Caderno de Auto-Avaliação nº 4. Equipe Saúde da Família. Brasília : Departamento de Atenção Básica, 2009. - Vol. 3. ed.
- Brasil.** Portaria nº 1.395, de 9 de dezembro de 1999. Política Nacional de Saúde do Idoso. Brasília. Câmara dos Deputados. 1999.
- Brasil.** Lei nº 8.842, de 4 de Janeiro de 1994. Política Nacional do Idoso. Brasília. 1994.
- Brasil, Ministério da Saúde.** Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool pcatool – Brasil. Brasília. 2010. p. 80.
- Brasil, Saúde Ministério da Saúde.** Política Nacional de Atenção Básica. Brasília. 2006.
- Chaimowicz, F.** Saúde do idoso. Belo Horizonte. Nescon/UFMG, Coopmed., 2009.
- Chor, D., Griep, R. H., Lopes, C. S., et al.** Medidas de rede e apoio social no Estudo Pró-Saúde: pré-testes e estudo piloto. *Cad. Saúde Pública*, 2001. - Vols. 17(4):887-896.
- Donabedian, A.** Evaluating the Quality of Medical Care. *The Milbank Quarterly*. 2005. 83(4). 691–729.
- Fattori A., Santimaria, M. R., Alves, R. M., et al.** Influence of blood pressure profile on frailty phenotype in community-dwelling elders in Brazil – FIBRA study. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 2013. Vols. 56. 343–349.
- Fried L. P., Walston J. M.** Frailty and failure to thrive. In: Hazard WR, Blass JP, Ettinger WH Jr, Halter JB, Ouslander J (eds). *Principles of Geriatric Medicine and Gerontology*. 5th ed. New York: McGraw-Hill; 2003.
- Fried L., Tangen C., Walston J., et al.** Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2001; 56:M146-56.
- Griep, R. H., Chor, D., Faerstein, E. et al.** Apoio social: confiabilidade teste-reteste de escala no Estudo Pró-Saúde. Rio de Janeiro. *Cad. Saúde Pública*. 2003. 19(2):625-634.

- Griep, R. H., Chor, D., Faerstein, E. et al.** Validade de constructo de escala de apoio social do Medical Outcomes Study adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. *Cad. Saúde Pública*, 2005. 21(3):703-714.
- Guralnik J., Simonsick E., Ferrucci L., et al.** A short physical performance battery asseising lower extremity function: association with self-reported disability and prediction of mortality and nursing home admission. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 1994; 49:85-94.
- Hayflick L.** Como e por que envelhecemos. Rio de Janeiro: Campus, 1996.
- Santos K.T., Fernandes M. H., Reis L.A, Coqueiro RS, Rocha SV.** Depressive symptoms and motor performance in the elderly: a population based study. *Rev Bras Fisioter*, 2012; 16(4):295-300.
- Lourenço, R. A., Martins, C. S. F., Sanchez, M. A., et al.** Assistência ambulatorial geriátrica: hierarquização da demanda. *Rev Saúde Pública*, 2005. 39(2): 311-8.
- Lustosa, L. P., Pereira, D. S., Dias, R. C., et al.** Tradução e adaptação transcultural do Minnesota Leisure Time Activities Questionnaire em idosos. *Geriatrics & Gerontologia*, 2011. 5(2):57-65.
- Medronho, R. A.** Epidemiologia. São Paulo: Atheneu, 2002.
- Mendes, E. V.** As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.
- Mendes, E. V.** As redes de atenção à saúde. *Ciênc. saúde coletiva*. 2010. 15(5).
- Neri, A.** FIBRA Campinas: fundamentos e metodologia de um estudo sobre fragilidade em idosos da comunidade. In: *Fragilidade Saúde e Bem Estar em Idosos*. Capinas: Alínea, 2011.
- Papalia, D. E., Olds, S. W., Feldman, R. D.** Desenvolvimento Humano. 10. Ed. Tradução de Carla Filomena Marques Pinto Vercesi. Porto Alegre: AMGH, 2010.
- Paúl, C.** Envelhecimento activo e redes de suporte social. *Sociologia: Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*. 2005. 15. 275-287.
- Ramos, M. P.** Apoio social e saúde entre idosos. *Sociologias*. 2002. 4(7): 156-175.
- Shi, L., Starfield, B., Xu J.** Validating the adult primary care assessment tool. *J Fam Pract*, 2001. 50(2): 161-75.
- Batistoni, S. S. T., Neri A. L., Cupertino, A. P. F. B.** Validade da escala de depressão do Center for Epidemiological Studies entre idosos brasileiros. *Rev Saude Publica*, 2007. 41(4):598-605.
- Starfield, B.** Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília. UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.
- Veras, R.** Desafios e conquistas advindas da Longevidade da população: o Setor da Saúde e

as suas necessárias transformações In: Velhice numa perspectiva de futuro saudável. Organização: Renato Veras. Rio de Janeiro: UERJ, UnATI, 2001.

**Veras, R.** Em busca de uma assistência adequada à saúdedo idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. Cad Saúde Pública. 2003. 19(3):705-715.

**Veras, R.** Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. Rev Saúde Pública . 2009. 43(3):548-54.

**Woo J., Goggins, W., Sham, A., et al.** Social Determinants of Frailty . Gerontology. 2005. 51:402–408.

**Organização Mundial de Saúde (OMS).** Declaração de Alma-Ata. Conferência internacional sobre Cuidados primários de saúde [Conferência]. - Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978. Disponível: <http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>, 1978.

## 5. ARTIGO 1

### Níveis de fragilidade de idosos e sua associação com as características sociodemográfica

#### RESUMO

**Objetivo:** Verificar a associação da fragilidade com as características sociodemográficas.

**Método:** Estudo observacional, transversal, de base populacional, com 555 idosos adscritos a uma das Estratégias Saúde da Família que atendem a região urbana de um município da região noroeste do Estado do Rio grande do Sul, Brasil. Os dados foram coletados no período de abril a dezembro de 2015, por meio de um questionário contendo variáveis sociodemográficas e avaliação da fragilidade, os mesmos foram analisados de forma descritiva e analítica. **Resultados:** Os componentes mais referidos foram: fadiga; fraqueza e lentidão. A classificação de fragilidade indicou 36,9% idosos não frágeis; 45,4% pré-frágeis e 17,7% frágeis. Encontrou-se associação entre fragilidade e idade, estado civil e instrução.

**Conclusão:** Os níveis de fragilidade da população idosa e a associação destes com dados sociodemográficos reforçam a importância de diagnósticos precoces e a necessidade da atenção integral aos idosos incluindo determinantes sociais de saúde no cuidado.

**Palavras-Chave:** Envelhecimento. Idoso Fragilizado. Atenção Primária à Saúde.

#### ABSTRACT

**Objective:** Verify the combination of the fragility with sociodemographic characteristics.

**Method:** This is an observational, cross-sectional and population-based study, with 555 elderly people registered in one of the Family Health Strategies that cover the urban area of a city in the northwestern region of the State of Rio Grande do Sul, Brazil. Data were collected in the period from April to December 2015, through a questionnaire containing sociodemographic variables and assessment of fragility. **Results:** The most mentioned components were: fatigue, muscle weakness and slowness of gait. Data were analyzed in a descriptive and analytical way. The classification of fragility indicated 36,9% non-fragile elderly people; 45,4% pre-fragile and 17,7% fragile. It was found an association between fragility and age, civil status and schooling level. **Conclusion:** The fragility levels of the elderly population and their association with sociodemographic data reinforce the importance of early diagnosis and the need for comprehensive care for the elderly including social determinants of health in care.

**Key Words:** Aging, Frail Elderly, Primary Health Care

## INTRODUÇÃO

O processo de envelhecimento é complexo, sua conceituação e abordagem deve acompanhar tal complexidade. O envelhecimento é “um processo sequencial, individual, cumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio-ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte”<sup>(1)</sup>.

Observamos um aumento da população idosa brasileira, acompanhado pelo aumento de três anos na Esperança de vida ao nascer na última década. No Rio Grande do Sul esse aumento é de 2,6 anos na Esperança de vida ao nascer. É o segundo estado brasileiro com maior proporção de idosos (13,5 %)<sup>(2)</sup>.

O crescimento relativo da população idosa, por grupos etários, foi expressivo, com destaque para o grupo etário de 80 anos ou mais que apresentou um aumento de 69,4%<sup>(2)</sup>. Apontando para a presença do processo de longevidade na população brasileira.

Este aumento da população idosa apresenta a necessidade de mudanças nas percepções de saúde e envelhecimento. Por muito tempo, se vinculou a imagem do envelhecimento a convivência com doenças e limitações, levando a uma condição de dependência. No entanto, as populações idosas são caracterizadas por grande diversidade nos níveis de capacidade física e mental<sup>(3)</sup>. Desta forma, o envelhecimento não é sinônimo de patologias.

Interferências no processo de envelhecimento, tais como doenças, acidentes e estresse emocional, podem desencadear uma patologia ou fragilidade que requer assistência. Por outro lado, a adoção de estilos de vida mais saudáveis e ativos minimizam efeitos do envelhecimento<sup>(1)</sup>.

A fragilidade não possui uma definição consensual. A definição adotada pelo Ministério da Saúde<sup>(1)</sup> para a fragilidade é de uma síndrome clínica, de natureza multifatorial, caracterizada por diminuição das reservas de energia e por resistência reduzida aos estressores, condições essas que resultam do declínio acumulativo dos sistemas fisiológicos associados ao envelhecimento<sup>(4)</sup>.

É de fundamental importância o estabelecimento de critérios que possibilitem a identificação das pessoas idosas que se encontram em uma condição subclínica da síndrome e, portanto, passíveis de intervenções preventivas. Bem com a identificação daqueles cuja síndrome já se instalou, e necessitam de intervenções que adiem ou amenizem os efeitos da síndrome, permitindo preservar por mais tempo a autonomia e independência dos idosos<sup>(1)</sup>.

Na perspectiva de buscar parâmetros para pensar e atuar no processo do envelhecimento,

desfazendo a associação com patologias, estudar a fragilização no processo do envelhecimento ganha relevância. O fenômeno da fragilidade tem levantado crescente interesse na literatura nacional e internacional<sup>(4-5)</sup>.

A partir deste contexto, entendemos a importância na atualidade de ter este diagnóstico da população idosa em um município no interior do Estado do Rio Grande do Sul. O objetivo do estudo foi verificar a associação da fragilidade com as características sócio demográficas.

## **MÉTODOS**

Este estudo é parte da pesquisa “A saúde do idoso na atenção primária” da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul – Unijuí; aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa sob parecer consubstanciado 961.205/2015.

Pesquisa de delineamento transversal, analítico, de base populacional; realizado em município de médio porte localizado na região noroeste do Estado do Rio Grande do Sul-Brasil, 2015. A população do estudo foram idosos, com idade igual ou superior a 60 anos, ambos os sexos, adstritos a doze Unidades com Estratégias Saúde da Família (ESF), área urbana do município.

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística sobre (2014) a população geral do município era de 82.563 habitantes e 11.490 idosos, representando 13,9% da população; 4.917 (42,8%) homens e 6.573 (57,8%) mulheres. Para estabelecer o tamanho da amostra utilizaram-se os dados do Sistema de Atenção Básica (SIAB, 2014); o número total de idosos cadastrados em ESFs na área urbana era de 5.269; deste total 2203 (41,8%) do sexo masculino e 3056 (57,9%) feminino. Considerando a taxa de envelhecimento populacional optou-se por uma representatividade superior a 10% da população de idosos das ESFs. Calculou-se uma amostra aproximada de 738 idosos, sem reposição, considerando até 30% de perdas. Para melhor representação foi utilizada amostragem estratificada proporcional; considerando cada ESFs um estrato; e em cada estrato, retirou-se proporcionalmente homens e mulheres por sorteio simples a partir de listagem de idosos fornecidos por cada unidade.

Foram excluídos do estudo idosos que realizaram procedimento cirúrgico em um período inferior a 30 dias e aqueles que não apresentavam condições física e/ou psíquicas para responder aos instrumentos de coleta e que possuíam cuidadores com tempo inferior a 30 dias. Idosos acamados e os idosos sem condições psíquicas e/ou físicas de responder o questionário participaram do estudo, entretanto o questionário foi respondido pelo cuidador com tempo superior a um mês.



Após aplicar os critérios de inclusão e exclusão e respostas válidas obteve-se 555 idosos; os motivos de perda foram: internação recente; óbitos; migração domiciliar e não consentimento em participar da pesquisa.

A coleta de dados foi realizada no espaço domiciliar do idoso pela equipe de pesquisadores. Para a obtenção das variáveis de interesse utilizou-se instrumento elaborado pelos pesquisadores (entrevista estruturada/anamnese) e avaliação físico funcional. Para caracterizar o perfil sócio demográfico da população foi realizada entrevista estruturada contendo as seguintes informações: idade, gênero, status conjugal, renda pessoal e nível de escolaridade. Para avaliar a fragilidade foi utilizado os critérios estabelecidos por Fried<sup>(6)</sup>: velocidade da marcha, força de preensão; nível de atividade física; e, fadiga auto referida.

**A perda de peso não intencional no último ano**, esta variável foi coletada a partir do auto relato e por meio do acompanhamento na carteira do idoso; a **Força de preensão manual** foi avaliada através da dinamometria, usando como pontos de corte para mulheres a categorização da força de preensão manual de acordo com o Índice de Massa Corporal (IMC)<sup>(7)</sup>.

**A velocidade da marcha** foi mensurada através da cronometragem do tempo em segundos que cada idoso leva para percorrer 4,6 metros, em passo usual<sup>(8)</sup>. A avaliação do **nível de atividade física** foi identificada com base em itens do *Minnesota Leisure Time Activity Questionnaire*<sup>(9)</sup>.

Foram considerando idosos 120 minutos semanais em exercícios físicos e esportes ativos de intensidade vigorosa (> 6 MET) ou aqueles que acumulam mais de 150 minutos semanais em exercícios físicos e esportes ativos de intensidade moderada (de  $\geq 3$  MET a  $\leq 6$  MET). E a Fadiga foi avaliada através de questionamento extraído da CES- D (CENTER FOR EPIDEMIOLOGICAL STUDIES – DEPRESSION) a partir das seguintes perguntas: (1) sente que teve que fazer esforço para fazer tarefas habituais; (2) não consegue levar adiante as suas atividades.<sup>(10-11-12)</sup>

A partir da avaliação dos critérios de fragilidade os idosos foram categorizados em: Frágil (idosos que se apresentaram de três ou mais critérios de fragilidade; Pré frágil (idosos que apresentaram de um ou dois critérios de fragilidade; e, Não-frágil (idosos que não apresentaram nenhum dos critérios de fragilidade)<sup>(6)</sup>.

Os dados obtidos foram analisados por meio do *software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) (versão 18.0)*. Foram utilizadas ferramentas da estatística descritiva e analítica considerando a natureza da variável, quantitativa ou qualitativa. Para a estatística descritiva utilizou-se medidas de tendência central, de dispersão e variabilidade. Para a

estatística analítica de variáveis quantitativas foi utilizado o teste de comparação de médias não paramétricas. Para testar a hipótese de dependência das variáveis utilizou-se o teste do qui-quadrado de Pearson. Para todos os casos será utilizada uma confiabilidade de 95%.

## RESULTADOS

Participaram 555 idosos, representando uma taxa de resposta de 87,26%. A média de idade foi de 71,1  $\pm$ 8,3 anos, variando de 60 a 102 anos. A maioria do sexo feminino (60,9 %); em ambos os sexos, encontravam-se predominantemente na faixa de 60 a 70 (51%). Com relação ao estado civil (64%) eram casados. Destaca-se a característica de viuvez feminina.

Dentre os dados de instrução a maioria dos idosos apresentaram baixos níveis de escolaridade, ensino fundamental incompleto (65%). Em relação à moradia, a maioria residia com cônjuge (63,2%), existem mais homens residindo com cônjuge, que mulheres; de outra forma, existem mais mulheres residindo com filhos, que homens. Quanto a renda familiar 66,7% dos idosos possuíam um e três salários mínimos (SM) e somente 1,6% acima de 10 SM. Dados que podem ser observados nas tabelas 1 e 2.

**Tabela 1** - Características sociodemográficos: idade, instrução e renda familiar de acordo com o sexo dos idosos adstritos as ESFs da região urbana de um município do noroeste do Estado do RS, Brasil. 2015.

Variáveis		Feminino n (%)	Masculino n (%)	Total n (%)	p*
Idade	60  ---- 70	189(55,9)	94(43,3)	283(51)	0,295
	70  ---- 80	93(27,5)	77(35,5)	170(30,6)	
	80  ---- 90	48(14,2)	42(19,4)	90(16,2)	
	90 ou mais	8(2,4)	4(1,8)	12(2,2)	
Instrução**	Analfabeto	45(13,4)	15(6,9)	60(10,8)	0,158
	Ens. Fund. Inc.	212(62,9)	148(68,2)	360(65)	
	Ens. Fund. Com.	37(11)	20(9,2)	57(10,3)	
	Ens. Médio Inc.	11(3,3)	11(5,1)	22(4)	
	Ens. Médio Com.	20(5,9)	14(6,5)	34(6,1)	
	Ens. Superior Inc.	2 (0,6)	4(1,8)	6(1,1)	
	Ens. Superior Com.	10(3,0)	5(2,3)	15(2,7)	
Renda Familiar	<1 SM	42(12,4)	23(10,6)	65(11,7)	0,685
	1 a 3 SM	226(66,9)	144(66,4)	370(66,7)	
	3,1 a 5,0 SM	53(15,7)	39(18,0)	92(16,6)	
	5,1 a 10 SM	13(3,8)	6(2,8)	19(3,4)	
	10 > SM	4(1,2)	5(2,3)	9(1,6)	

Fonte: Dados da pesquisa, 2015. \*teste de qui-quadrado de Pearson. \*\* valor válido para 554 entrevistados.

Salário mínimo (SM) nacional em Abril/2015 = R\$788,00.

Na análise das características sociodemográficas comparando os sexos verificou-se associação estatisticamente significativa nas variáveis estado civil e moradia.

**Tabela 2** - Características sociodemográficos: estado civil e moradia de acordo com o sexo dos idosos adstritos adstritos as ESFs da região urbana de um município do noroeste do Estado do RS, Brasil. 2015.

Variáveis		Feminino n (%)	Masculino n (%)	Total n (%)	p*
Estado civil	Casado	189(53,2)	166(46,8)	355 (64,0)	0,000
	Viúvo	113(33,4)	28(12,9)	141 (25,4)	
	Solteiro	18(5,3)	12(5,5)	30(5,4)	
	Divorciado	18(5,3)	11(5,1)	29(5,2)	
Moradia	Cônjuge	191(56,5)	160(73,7)	351(63,2)	0,000
	Sozinho	57(16,9)	22(10,1)	79(14,2)	
	Filho(s)	68(20,1)	21(9,7)	89(16,0)	
	Não parente	6(1,8)	6(2,8)	12(2,2)	
	Neto(s)	5(1,5)	-	5(0,9)	
	Bisneto(s)	-	1(0,5)	1(0,2)	
	Outros parentes	11(3,3)	7(3,2)	18(3,2)	

Fonte: Dados da pesquisa, 2015. \*teste de qui-quadrado de Pearson.

Em relação à fragilidade, o componente com maior pontuação foi à fadiga (31,8%), seguido, sequencialmente, de fraqueza muscular (18,0%); lentidão de marcha (17,8%); baixo nível de gasto energético (16,7%) e perda de peso (14,9%). Os resultados da classificação de fragilidade indicaram que 36,9% da amostra são idosos não frágeis; 45,4% são pré-frágeis e 17,7% são frágeis. As amostras por sexo seguiram a mesma tendência, com resultados semelhantes, conforme Tabela 3.

Na análise dos componentes da fragilidade comparando os sexos verificou-se associação estatisticamente significativa na variável fadiga, sendo esta variável mais referida pela amostra de mulheres idosas.

**Tabela 3** - Distribuição da frequência dos componentes da fragilidade, sua classificação, associação na população idosa adscrita às ESF da região urbana de um município do noroeste do Estado do RS, Brasil. 2015.

		Masculino n (%)	Feminino n (%)	Total n (%)	p*
<b>Componentes da fragilidade</b>	Perda de peso	31(14,3)	52(15,4)	83(14,95)	0,723
	Fadiga	51(23,5)	126(37,3)	177(31,89)	0,001
	Fraqueza muscular	38(17,5)	62(18,3)	100(18,02)	0,804
	Lentidão de marcha	40(18,4)	59(17,5)	99(17,84)	0,769
	Baixo nível de gasto energético	33(15,2)	60(17,8)	93(16,76)	0,434
<b>Níveis de Fragilidade</b>	Frágil	37(17,1)	61(18,0)	98(17,7)	0,217
	Pré-frágil	93(42,9)	159(47,0)	252(45,4)	0,334
	Não frágil	87(40,1)	118(34,9)	205(36,9)	0,764

Fonte: Dados da pesquisa, 2015. \*teste de qui-quadrado de Pearson.

Na análise das características sociodemográficas comparando os sexos e os níveis de fragilidade verificou-se associação estatisticamente significativa nas variáveis: idade para ambos os sexos, estado civil para ambos os sexos, e instrução para o sexo feminino. Conforme tabela 4 e 5.

**Tabela 4** – Distribuição da frequência dos níveis de fragilidade de acordo com as características sociodemográficas (moradia, estado civil e renda familiar) por sexo da população idosa adscrita às ESF da região urbana de um município do noroeste do Estado do RS, Brasil. 2015.

Características sociodemográficas		Não-frágil n (%)	Pré-frágil n (%)	Frágil n (%)	p*
<b>Moradia</b>	<b>Fem.</b>				0,089
	Cônjuge	74(62,7)	94(59,1)	23(37,7)	
	Sozinho	22(18,6)	24(15,1)	11(18,0)	
	Filho(s)	16(13,6)	31(19,5)	21(34,4)	
	Pessoas de fora da família	2(1,7)	2(1,3)	2(3,3)	
	Neto(s)	1(0,8)	3(1,9)	1(1,6)	
	Bisneto(s)	-	-	-	
	Outros parentes	-	5(3,1)	3(4,9)	
	<b>Masc</b>				0,061
	Cônjuge	68(78,2)	72(77,4)	20(54,1)	
	Sozinho	5(5,7)	12(12,9)	5(13,5)	
	Filho(s)	9(10,3)	5(5,4)	7(18,9)	
	Pessoas de fora da família	3(3,4)	1(1,1)	2(5,4)	
	Neto(s)	-	-	-	
Bisneto(s)	1(1,1)	-	-		
Outros parentes	1(1,1)	3(3,2)	3(8,1)		
<b>Renda familiar</b>	<b>Fem.</b>				0,332
	<1 SM	9(7,6)	23(14,5)	10(16,4)	
	1 a 3 SM	79(66,9)	107(67,3)	40(65,6)	
	3,1 a 5,0 SM	25(21,2)	22(13,8)	6(9,8)	
	5,1 a 10 SM	4(3,4)	5(3,1)	4(6,6)	
	10 > SM	1(0,8)	2(1,3)	1(1,6)	
	<b>Masc</b>				0,715
	<1 SM	6(6,9)	12(12,9)	5(13,5)	
	1 a 3 SM	59(67,8)	58(62,4)	27(73,0)	
	3,1 a 5,0 SM	16(18,4)	19(20,4)	4(10,8)	
	5,1 a 10 SM	3(3,4)	2(2,2)	1(2,7)	
	10 > SM	3(3,4)	2(2,2)	-	

Fonte: Dados da pesquisa, 2015. \*teste de qui-quadrado de Pearson.

**Tabela 5** – Distribuição da frequência dos níveis de fragilidade de acordo com as características sociodemográficas (faixa etária, estado civil e instrução) por sexo da população idosa adscrita às ESF da região urbana de um município do noroeste do Estado do RS, Brasil. 2015.

<b>Características Sociodemográficas</b>		<b>Não-frágil n (%)</b>	<b>Pré-frágil n (%)</b>	<b>Frágil n (%)</b>	<b>p*</b>				
<b>Idade</b>	<b>Fem.</b>	60  ---- 70	82(69,5)	96(60,4)	11(18,0)	0,000			
		70  ---- 80	30(25,4)	46(28,9)	17(27,9)				
		80  ---- 90	6(5,1)	15(9,4)	27(44,3)				
		90 ou mais	-	2(1,3)	6(9,8)				
	<b>Masc.</b>	60  ---- 70	45(51,7)	43(46,2)	6(16,2)		0,000		
		70  ---- 80	31(35,6)	32(34,4)	14(37,8)				
		80  ---- 90	11(12,6)	18(19,4)	13(35,1)				
		90 ou mais	-	-	4(10,8)				
		<b>Estado Civil</b>	<b>Fem.</b>	Casado	71(60,2)	92(57,9)		26(42,6)	0,015
				Viúvo	32(27,1)	48(30,2)		33(54,1)	
Solteiro	7(5,9)			10(6,3)	1(1,6)				
Divorciado	8(6,8)			9(5,7)	1(1,6)				
<b>Masc</b>	Casado		69(79,3)	75(80,6)	22(59,5)	0,044			
	Viúvo		7(8,0)	10(10,8)	11(29,7)				
	Solteiro		15(5,7)	4(4,3)	3(8,1)				
	Divorciado		6(6,9)	4(4,3)	1(2,7)				
<b>Instrução</b>	<b>Fem.</b>	Analfabeto	10(8,5)	24(15,1)	11(18,0)	0,044			
		Ens. Fund. Inc.	69(58,5)	100(62,9)	43(70,5)				
		Ens. Fund. Comp.	19(16,1)	14(8,8)	4(6,6)				
		Ens. Méd. Inc.	8(6,8)	2(1,3)	1(1,6)				
		Ens. Méd. Com.	7(5,9)	11(6,9)	2(3,3)				
		Ens. Sup. Inc.	-	2(1,3)	-				
		Ens. Sup. Com.	4(3,4)	6(3,8)	-				
	<b>Masc</b>	Analfabeto	3(3,4)	6(6,5)	6(16,2)	0,219			
		Ens. Fund. Inc.	60(69,0)	63(67,7)	25(67,6)				
		Ens. Fund. Com.	10(11,5)	8(8,6)	2(5,4)				
		Ens. Méd. Inc.	6(6,9)	3(3,2)	2(5,4)				
		Ens. Méd. Com.	3(3,4)	10(10,8)	1(2,7)				
		Ens. Sup. Inc.	3(3,4)	1(1,1)	-				
		Ens. Sup. Com.	2(2,3)	2(2,2)	1(2,7)				

Fonte: Dados da pesquisa, 2015. \*teste de qui-quadrado de Pearson.

## DISCUSSÃO

O presente estudo obteve um panorama dos idosos de um município do interior do Estado do RS, Brasil. Permitiu identificar que predominam idosos pertencentes a faixa etária de 60 a 70 anos. No que tange a população idosa com idade superior a 80 anos, esta superou a taxa nacional, que é em torno de 14%, e foi pouco inferior às encontradas em países desenvolvidos<sup>(13)</sup>.

Este dado ganha maior relevância quando analisado em relação à proporção dos níveis de fragilidade por faixas etárias. Os níveis de fragilidade aumentam na população à medida que aumenta a idade dos indivíduos, este aumento se acentua para a população feminina na presente investigação. A incidência da Síndrome de fragilidade aumenta com o envelhecimento, 10% a 25% acima de 60 anos e 46% acima dos 80 anos de idade<sup>(14)</sup>, sugerindo que a fragilidade é uma condição progressiva, e ocorre de forma mais significativa a partir dos 80 anos<sup>(15)</sup>. Outro estudo aponta<sup>(6)</sup> que os níveis de fragilidade apresentam associação com a idade e com o sexo, no caso, feminino. A maior prevalência de fragilidade em mulheres pode ser explicada pela maior perda fisiológica de massa muscular durante o processo de envelhecimento feminino, maior propensão ao desenvolvimento de Sarcopenia ou ao fato da maior sobrevivência com maior prevalência de morbidade quando comparadas aos homens<sup>(15)</sup>.

Evidenciou-se que a maioria dos idosos do estudo eram mulheres, corroborando com outros estudos<sup>(8,15)</sup>. Este fator pode estar relacionado à maior longevidade dessas em relação aos idosos do sexo masculino, além de ir ao encontro do panorama de feminilização do envelhecimento, o qual tem sido atribuído à menor exposição a determinados fatores de risco do que os homens, principalmente relacionados ao ambiente de trabalho<sup>(16)</sup>, consumo de tabaco e álcool e a diferença de conduta frente às doenças<sup>(17)</sup>. Geralmente as mulheres são mais atentas em relação às doenças e procuram mais atendimentos a serviços de saúde, e, também, como redução significativa na mortalidade materna em relação ao passado<sup>(17)</sup>, como resposta a ampliação da cobertura da assistência gineco-obstétrica<sup>(16)</sup>.

Houve a predominância de idosos casados, dado frequente em regiões desenvolvidas<sup>(8)</sup>. A presença da viuvez feminina pode ser explicada pelo fato de que mulheres idosas constituíram o maior número de sujeitos deste estudo, mas também, podem estar relacionada com a maior expectativa de vida da população feminina<sup>(2)</sup>.

O índice de analfabetos apresentou resultados menores que os encontrados em outros estudos nacionais com características semelhantes a este<sup>(8,15,16)</sup>; sendo que o índice de maior

expressão no presente estudo, mais da metade da amostra, foi o de idosos que possuíam ensino fundamental incompleto.

Em relação à renda familiar o maior resultado foi de idosos com renda entre um a três salários mínimos, corroborando com os resultados obtidos em um estudo comparativo, em que a maior frequência de renda familiar encontrava-se nesta faixa também<sup>(8)</sup>, no entanto, cabe salientar que, o resultado é significativamente maior.

Cabe salientar que a escolaridade e a renda familiar não atuam diretamente na fisiopatologia da fragilidade, mas interferem no estilo e na qualidade de vida dos indivíduos e, conseqüentemente, nos fatores sociais determinantes da saúde, os quais podem ter influência sobre o processo de fragilização<sup>(15)</sup>.

A maioria dos idosos reside com cônjuge, contrapondo um estudo que compara dados sociodemográficos da população idosa em cidades brasileiras, no qual os maiores índices de idosos residindo com cônjuge ficam em torno de 30%<sup>(8)</sup>. Entre a amostra de homens idosos este índice eleva-se, 73,7% dos homens entrevistados residem com cônjuge. Sendo este um dado interessante para a área da saúde, visto que, ser casado relaciona-se positivamente com boa saúde, principalmente para idosos do sexo masculino<sup>(8)</sup>.

A frequência de idosas residindo com filhos é superior à dos homens idosos na mesma condição. Tal aspecto pode ser efeito da longevidade feminina, poderíamos supor que, a partir do elevado número de viúvas do estudo, estas após perderem o cônjuge passem a residir com os filhos, no entanto ressaltamos que é apenas uma suposição, baseada em relatos de idosos que residem com os filhos.

O resultado de idosos não frágeis corrobora com um estudo comparativo<sup>(8)</sup> em que a média de idosos não frágeis ficou em 39,1%, resultado próximo ao encontrado no presente estudo. A média de idosos pré-frágeis foi menor e a média de idosos frágeis foi elevada se comparada com a média de outras cidades brasileiras<sup>(8)</sup>. Desta forma, temos mais idosos que evoluíram de uma condição pré-frágil para frágil.

Cuidados específicos são necessários para sua condição, que possam contribuir para o adiamento ou a amenização dos efeitos da instalação da síndrome de fragilidade e preservação por mais tempo da autonomia e independência funcional desses idosos<sup>(1)</sup>.

Em relação aos idosos pré-frágeis, que encontram-se em uma condição subclínica da síndrome de fragilidade, estes necessitam de intervenções preventivas, com o objetivo de evitar ou postergar ao máximo a ocorrência das respostas adversas decorrentes da instauração da síndrome<sup>(1)</sup>.

Dentre os componentes de fragilidade, seguindo a tendência de um estudo nacional<sup>(9)</sup>, a



fadiga foi o componente mais presente nos idosos, principalmente nas mulheres idosas. Além da fadiga, os componentes mais prevalentes no estudo foram: a baixa força de preensão manual e a lentidão de marcha.

Se compararmos com dados da literatura nacional e internacional <sup>(7,8,9,4,6,15)</sup>, observamos diferença na prevalência dos componentes de fragilidade. Essas variações podem ser explicadas em função de diferenças em características genéticas e sociodemográficas<sup>(9)</sup>.

Dados epidemiológicos nacionais e internacionais têm mostrado que idosos frágeis e pré-frágeis correspondem a cerca de metade das populações<sup>(18)</sup>, nesse estudo essa soma ultrapassa 60% da população.

## CONCLUSÃO

O estudo identificou que a maioria dos participantes foram do sexo feminino (60,9 %); encontravam-se predominantemente na faixa de 60 a 70 (51%). Sobressai a característica de viuvez feminina. Na análise das características sociodemográficas comparando os sexos verificou-se associação estatisticamente significativa nas variáveis estado civil e moradia.

Em relação à fragilidade, o componente com maior pontuação foi à fadiga (31,8%), seguido, sequencialmente, de fraqueza muscular (18,0%); lentidão de marcha (17,8%); baixo nível de gasto energético (16,7%) e perda de peso (14,9%). Os resultados da classificação de fragilidade indicaram que 36,9% da amostra são idosos não frágeis; 45,4% são pré-frágeis e 17,7% são frágeis. Na análise dos componentes da fragilidade comparando os sexos verificou-se associação estatisticamente significativa na variável fadiga, sendo esta variável mais referida pela amostra de mulheres idosas. E na análise das características sociodemográficas comparando os sexos e os níveis de fragilidade verificou-se associação estatisticamente significativa nas variáveis: idade para ambos os sexos, estado civil para ambos os sexos, e instrução para o sexo feminino.

Como limitação deste estudo pode-se citar o desenho metodológico transversal, o qual não permite evidenciar as causas e consequências da associação entre as variáveis de interesse.

A classificação da população idosa conforme os níveis de fragilidade reforça a importância de diagnósticos precoces em relação aos efeitos do declínio normal e patológico do envelhecimento, caracterizando-se como uma questão chave para a saúde pública atual. A verificação da existência de associação entre dados sociodemográficos e níveis de fragilidade evidenciam a necessidade de atenção integral aos idosos incluindo os determinantes sociais de

saúde no cuidado.

Estes dados devem servir de base para organização da assistência à população idosa, objetivando um modelo integral de atenção à saúde da população idosa, com fluxo de ações de promoção de saúde, prevenção, acompanhamento e tratamento de doenças e referenciamento para centros de avaliação e reabilitação especializados em geriatria.

## REFERÊNCIAS

1. **Ministério da Saúde (BR)**. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Caderno de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília (DF); 2006. Disponível em: [http://www.http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/evelhecimento\\_saude\\_pessoa\\_idosa.pdf](http://www.http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/evelhecimento_saude_pessoa_idosa.pdf).
2. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. [Internet]. Brasília (DF); IBGE; 2009- [citado 2016 mar 08]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoadevida/indicadoresminimos/sinte seindicsociais2009/>.
3. **Organização Mundial da Saúde**. Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde. Genebra: OMS; 2015. Disponível em: <http://www.who.int>.
4. **Fried LP, Walston JM**. Frailty and failure to thrive. In: Hazard WR, Blass JP, Ettinger WH Jr, Halter JB, Ouslander J (eds). Principles of Geriatric Medicine and Gerontology. 5th ed. New York: McGraw-Hill; 2003.
5. **Neri AL**. Caracterização demográfica e socioeconômica das idosos participantes do Estudo Fibra Unicamp In: Fragilidade e qualidade de vida na velhice. Campinas: Alínea; 2013.
6. **Fried L, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al**. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. [Internet]. 2001 [cited 2016 fev 13];56(3):M146-56. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11253156>.
7. **Santos EGS**. Perfil de fragilidade em idosos comunitários de Belo Horizonte: Um estudo transversal. [dissertação]. Belo Horizonte. Universidade Federal de Minas Gerais; 2008.
8. **Neri AL, Yassuda MS, Araújo LF, Eulálio MC, Cabral BE, Siqueira MEC, et al**. Metodologia e perfil sociodemográfico, cognitivo e de fragilidade de idosos comunitários de sete cidades brasileiras: Estudo FIBRA. Cad. Saúde Pública. [Internet]. 2013 [citado 2016 fev 12];29(4):778-92. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n4/15.pdf>.
9. **Fattori A, Neri AL, Yassuda MS, Siqueira MEC**. Indicadores de Fragilidade. Neri, Anita Liberalesso (org.). In: Fragilidade e Qualidade de Vida na Velhice; Editora Alínea, 2013; Campinas,SP;(Coleção Velhice e Sociedade).
10. **Nelson M, Rejeski J, Blair S, Duncan P, Judge J, King A, et al**. Physical activity and public health in older adults: recommendation from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. Circulation. [Internet]. 2007 [citado 2016 jan 22]; 116:1094-105. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17671236>

11. **Batistone S, Neri A, Cupertino A.** Validade da escala de depressão do Center for Epidemiological Studies entre idosos brasileiros. *Rev Saúde Pública*. [Internet]. 2007[citado 2016 jan 22]; 41:589-605. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102007000400014](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000400014).
12. **Radloff L.** The CES-D Scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Appl Psychol Meas*. [Internet]. 1977[citado 2016 jan 22]; 1:385-401. Available from: <http://apm.sagepub.com/content/1/3/385.short>
13. **Camarano AA (Org.)** Novo regime demográfico: uma nova relação entre população e desenvolvimento? Rio de Janeiro : Ipea, 2014. 658. Disponível em: [http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/livro\\_regime\\_demografico.pdf](http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/livro_regime_demografico.pdf).
14. **Hekman PR.** O idoso frágil. In: Freitas EV, Py L, Cançado FAX, et al. *Tratado de geriatria e gerontologia*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p. 926-9.
15. **Mello AA, Engstrom EM, Alves LC.** Fatores associados à fragilidade em idosos: revisão sistemática. *Cad. Saúde Pública*. [Internet]. 2014 [citado 2016 mar 02]. Rio de Janeiro, 30(6):1-25. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n6/pt\\_0102-311X-csp-30-6-1143.pdf](http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n6/pt_0102-311X-csp-30-6-1143.pdf).
16. **Pilge C, Menon MH, Mathias TAF.** Características sociodemográficas e de saúde de idosos: contribuições para os serviços de saúde. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [Internet]. 2011 [citado em 2016 fev 18];19(5)[9telas]. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n5/pt\\_22.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n5/pt_22.pdf).
17. **Veras R.** A era dos idosos: desafios contemporâneos. In: Saldanha AL, Caldas CP. *Saúde do Idoso: a arte de cuidar*. Rio de Janeiro: Interciência; 2004. p. 3-10.
18. **Fattori A, Santimaria MR, Alves RM, Guariento ME, Neri AI.** Influence of blood pressure profile on frailty phenotype in community-dwelling elders in Brazil – FIBRA study. *Arch Gerontol Geriatr*. [Internet]. 2013 [cited 2016 mar 10];56(2):343-9. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22939428>.

## 6. ARTIGO 2

### **Relação do apoio social com as características sociodemográficas e os níveis de fragilidade dos idosos**

#### **Resumo**

**Objetivo:** Analisar a relação do apoio social, características sociodemográficas e os níveis de fragilidade dos idosos residentes em um município do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. **Método:** Estudo observacional, transversal, de base populacional, com idosos adscritos a uma das ESF da área urbana do município. Os dados foram coletados por meio de um questionário contendo variáveis sociodemográficas e o *Medical Outcomes Study* (SSS-MOS), o qual avalia o apoio social e a avaliação de fragilidade. **Resultados:** Verificaram-se diferenças significativas na comparação de médias das dimensões do AS segundo as características sociodemográficas para os homens divorciados, e para ambos os sexos com renda inferior a um salário mínimo. Ainda, verificou-se a presença de diferenças significativas na dimensão de Interação social positiva quando comparados os níveis de fragilidade. **Conclusão:** Esses dados evidenciam a relevância das relações sociais como aspectos protetores da saúde da pessoa idosa.

**Descritores:** Apoio social, Envelhecimento, Idoso fragilizado.

#### **Abstract**

**Objective:** To analyze the relationship of social support, sociodemographic characteristics and the levels of fragility of elderly people living in a city in the Northwestern of the State of Rio Grande do Sul, Brazil. **Method:** This is an observational, cross-sectional and population-based study, with elderly people registered in one of the FHS of the urban area of the city. Data were collected by means of a questionnaire containing sociodemographic variables and the Medical Outcomes Study (MOS-SSS), which assesses the social support and the assessment of fragility. **Results:** It was noted significant differences in the comparison of averages of the dimensions of SS according to sociodemographic characteristics for divorced men, and for both sexes with income less than one minimum wage. Moreover, it was noted the presence of significant differences in the dimension of Positive social interaction when the levels of fragility were compared. **Conclusion:** These data emphasize the relevance of social relationships as protective aspects of the health of the elderly person.

**Keywords:** Social support, Aging, Fragile elderly.

### **Introdução**

O Apoio social (AS) é definido pela existência de um sistema de relações formais e informais pelas quais os indivíduos recebem ajuda emocional, material ou de informações, para enfrentarem situações estressoras Caplan (1974) citado por (Griep, 2003). Segundo Cobb (1976) e Cassel (1976) a ruptura de laços sociais aumenta a suscetibilidade a doenças (Chor, 2001). De acordo com estes autores, os laços sociais teriam influência na manutenção da saúde, favorecendo condutas adaptativas em situações de estresse (Griep, 2005).

A rede de apoio social (AS) e as relações que se dão em seu interior constitui seguramente um aspecto decisivo durante todas as etapas da vida das pessoas, não sendo diferente, no processo de envelhecimento. Desta forma, dentre os determinantes de saúde relacionados ao envelhecimento, um atualmente apresenta sua relevância, o AS, visto que, nas últimas três décadas, pesquisadores tem-se tomado de tal temática, apontando a importância da rede e AS nos desfechos de saúde (Chor, 2001) (Woo, 2005) (Paúl, 2005).

Estudos citados por Paúl apontam que o nível de AS é preditor de causas de mortalidade (Uchino, 2004) e que é determinante chave do envelhecimento bem sucedido (Rowe e Kahn, 1998) (Paúl, 2005). A interação social pode ter como efeito na saúde dos indivíduos tanto desfechos positivos, quanto negativos, dependendo da forma como são vivenciadas as relações sociais (Ramos, 2002). As relações interpessoais, as quais constituem o AS podem apresentar-se ora como resultado, ora como variável mediadora ou até como determinante do envelhecimento ativo (Paúl, 2005)

Acredita-se que a fisiopatologia de algumas síndromes relacionadas ao processo do envelhecimento, dentre elas a síndrome de fragilidade, possam ser agravadas devido à rupturas de laços sociais (Amaral, 2013). A fragilidade constitui-se em “uma síndrome multidimensional envolvendo uma interação complexa dos fatores biológicos, psicológicos e sociais no curso de vida individual” (Brasil, 2006) esta síndrome culmina com um estado de maior vulnerabilidade, associado ao maior risco de ocorrência de desfechos clínicos adversos, como quedas, hospitalização, institucionalização e morte (Fried, 2001). Idosos que possuem redes sociais compostas por familiares e amigos e que recebem suporte sob a forma de amor, afeição, preocupação e assistência tendem a ter menos dificuldade para lidar com o estresse do que idosos que não possuem este apoio (Ramos, 2002).

A relevância do presente estudo consiste na lacuna da literatura a respeito da relação do apoio social com a condição de saúde dos idosos. E a partir deste contexto o objetivo deste

estudo foi analisar a relação do apoio social com as características sociodemográficas e os níveis de fragilidade dos idosos residentes no município do noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, Brasil.

### **Método**

Este estudo é parte da pesquisa “A saúde do idoso na atenção primária” da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul – Unijuí; aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa sob parecer consubstanciado 961.205/2015.

Pesquisa de delineamento transversal, analítico, de base populacional; realizado em município de médio porte localizado na região noroeste do Estado do Rio Grande do Sul-Brasil, 2015. A população do estudo foram idosos, com idade igual ou superior a 60 anos, ambos os sexos, adstritos a doze Unidades com Estratégias Saúde da Família (ESF), área urbana do município.

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística sobre (2014) a população geral do município era de 82.563 habitantes e 11.490 idosos, representando 13,9% da população; 4.917 (42,8%) homens e 6.573 (57,8%) mulheres. Para estabelecer o tamanho da amostra utilizaram-se os dados do Sistema de Atenção Básica (SIAB, 2014); o número total de idosos cadastrados em ESFs na área urbana era de 5.269; deste total 2203 (41,8%) do sexo masculino e 3056 (57,9%) feminino. Considerando a taxa de envelhecimento populacional optou-se por uma representatividade superior a 10% da população de idosos das ESFs. Calculou-se uma amostra aproximada de 738 idosos, sem reposição, considerando até 30% de perdas. Para melhor representação foi utilizada amostragem estratificada proporcional; considerando cada ESFs um estrato; e em cada estrato, retirou-se proporcionalmente homens e mulheres por sorteio simples a partir de listagem de idosos fornecidos por cada unidade.

Foram excluídos do estudo idosos que realizaram procedimento cirúrgico em um período inferior a 30 dias e aqueles que não apresentavam condições física e/ou psíquicas para responder aos instrumentos de coleta e que possuíam cuidadores com tempo inferior a 30 dias. Idosos acamados e os idosos sem condições psíquicas e/ou físicas de responder o questionário participaram do estudo, entretanto o questionário foi respondido pelo cuidador com tempo superior a um mês.

Após aplicar os critérios de inclusão e exclusão e respostas válidas obteve-se 555 idosos; os motivos de perda foram: internação recente; óbitos; migração domiciliar e não consentimento em participar da pesquisa.

A coleta de dados foi realizada no espaço domiciliar do idoso pela equipe de pesquisadores. Para a obtenção das variáveis de interesse utilizou-se instrumento elaborado pelos pesquisadores (entrevista estruturada/anamnese) e avaliação físico funcional. Para caracterizar o perfil sócio demográfico da população foi realizada entrevista estruturada contendo as seguintes informações: idade, gênero, status conjugal, renda pessoal e nível de escolaridade. Para avaliar o apoio social de maneira multidimensional foi utilizado o *Medical Outcomes Study* (SSS-MOS) (Sherbourne, 1991). O instrumento contempla cinco dimensões: apoio material, apoio emocional, apoio de informação e interação social positiva. Os escores padronizados de cada uma das cinco dimensões de AS foram obtidos pela soma dos pontos totalizados pelas perguntas de cada uma das dimensões e divididos pelo escore máximo possível na mesma dimensão. O resultado da razão (total de pontos obtidos/pontuação máxima da dimensão) foi multiplicado por 100 (Griep, 2005).

Para avaliar a fragilidade foi utilizado os critérios estabelecidos por Fried (2001): velocidade da marcha, força de preensão; nível de atividade física; e, fadiga auto referida.

A perda de peso não intencional no último ano, esta variável foi coletada a partir do auto relato e por meio do acompanhamento na carteira do idoso; a Força de preensão manual foi avaliada através da dinamometria, usando como pontos de corte para mulheres a categorização da força de preensão manual de acordo com o Índice de Massa Corporal (IMC) (Santos, 2008).

A velocidade da marcha foi mensurada através da cronometragem do tempo em segundos que cada idoso leva para percorrer 4,6 metros, em passo usual (Neri, Yassuda, Araújo, Eulálio, Cabral, Siqueira, et al. 2016). A avaliação do nível de atividade física foi identificada com base em itens do *Minnesota Leisure Time Activity Questionnaire* (Fattori, Neri, Yassuda, Siqueira, 2013) Foram considerando idosos 120 minutos semanais em exercícios físicos e esportes ativos de intensidade vigorosa ( $> 6$  MET) ou aqueles que acumulam mais de 150 minutos semanais em exercícios físicos e esportes ativos de intensidade moderada (de  $\geq 3$  MET a  $\leq 6$  MET). E a Fadiga foi avaliada através de questionamento extraído da CES- D (CENTER FOR EPIDEMIOLOGICAL STUDIES – DEPRESSION) a partir das seguintes perguntas: (1) sente que teve que fazer esforço para fazer tarefas habituais; (2) não consegue levar adiante as suas atividades (Nelson, Rejeski, Blair, Duncan, Judge, King, et al., 2007; Batistone, Neri, Cupertino, 2007; Radloff, 1977).

A partir da avaliação dos critérios de fragilidade os idosos foram categorizados em: Frágil (idosos que se apresentaram de três ou mais critérios de fragilidade; Pré frágil (idosos que apresentaram de um ou dois critérios de fragilidade; e, Não-frágil (idosos que não



apresentaram nenhum dos critérios de fragilidade) (Fried, Tangen, Walston, Newman, Hirsch, Gottdiener, et al., 2001).

Os dados obtidos foram analisados por meio do *software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) (versão 18.0)*. Foram utilizadas ferramentas da estatística descritiva e analítica considerando a natureza da variável, quantitativa ou qualitativa. Para a estatística descritiva utilizou-se medidas de tendência central, de dispersão e variabilidade. Para a estatística analítica de variáveis quantitativas foi utilizado o teste de comparação de médias não paramétricas. Para testar a hipótese de dependência das variáveis utilizou-se o teste do qui-quadrado de Pearson. Para todos os casos será utilizada uma confiabilidade de 95%.

## **Resultados**

Participaram do estudo 555 idosos, a maioria do sexo feminino (60,9 %); em ambos os sexos encontravam-se predominantemente na faixa etária de 60 e 70 anos, mulheres (55,9%) e homens (43,3%); com relação ao estado civil ambos na sua maioria eram casados; mulheres (51,8%) e homens (69,6%); é relevante destacar que o número de mulheres viúvas, em números absolutos, mostra que para cada quatro (4) mulheres viúva um (1) homem encontrava-se na mesma condição.

Quanto ao grau de instrução em ambos os sexos a maioria dos idosos tem baixa escolaridade, ensino fundamental incompleto; além disso, há um número de idosos em condição de analfabetismo e quando comparados os sexos verifica-se que há mais mulheres analfabetas; para cada três (3) mulheres analfabetas um (1) homem está na mesma condição. Com relação à moradia há mais homens residindo com o cônjuge do que as mulheres; as mulheres observa-se que há um número expressivo que residem com os filhos.

Na Tabela 01 apresentamos a análise descritiva das questões do questionário MOS-SSS e avaliação da confiabilidade avaliada por meio do Alfa de Cronbach por dimensão. Observa-se uma maior percentual de respostas na opção *sempre* em ambos os sexos. O Alfa de Cronbach teve a menor variação na dimensão *apoio material e emocional* com  $\alpha=0,84$  e a maior variação na dimensão *apoio afetivo* com  $\alpha=0,88$ .

**Tabela 01: Estatística descritiva das opções de resposta do questionário MOS-SSS.**

Itens	N n (%)		R n (%)		AV n (%)		QS n (%)		S n (%)		Alfa de Cronbach	
	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M		
Apoyo Material	Q1	10(3,0)	3(1,4)	18(5,3)	10(4,6)	18(5,3)	9(4,1)	34(10,1)	19(8,8)	<b>258(76,3)</b>	<b>176(81,1)</b>	0,84
	Q2	13(3,8)	11(5,1)	16(4,7)	8(3,7)	18(5,3)	12(5,5)	33(9,8)	20(9,2)	<b>258(76,3)</b>	<b>166(76,5)</b>	
	Q3	15(4,4)	2(0,9)	15(4,7)	8(3,7)	20(5,9)	10(4,6)	34(10,1)	20(9,2)	<b>253(74,9)</b>	<b>177(81,6)</b>	
	Q4	12(3,6)	2(0,9)	13(3,8)	11(5,1)	19(5,6)	10(4,6)	34(10,1)	22(10,1)	<b>260(76,9)</b>	<b>172(79,3)</b>	
Apoyo Afetivo	Q5	2(0,6)	-	8(2,4)	7(3,2)	23(6,8)	12(5,5)	34(10,1)	23(10,6)	<b>217(80,2)</b>	<b>175(80,6)</b>	0,88
	Q6	3(0,9)	-	8(2,4)	8(3,7)	26(7,7)	14(6,5)	36(10,7)	29(13,4)	<b>265(78,4)</b>	<b>166(76,5)</b>	
	Q7	2(0,6)	-	8(2,4)	7(3,2)	24(7,1)	13(6,0)	36(10,7)	26(12,0)	<b>268(79,3)</b>	<b>171(78,8)</b>	
Apoyo Emocional	Q8	3(0,9)	2(0,9)	9(2,7)	6(2,8)	23(6,8)	13(6,0)	34(10,1)	27(12,4)	<b>269(79,6)</b>	<b>169(77,9)</b>	0,84
	Q9	8(2,4)	4(1,8)	12(3,6)	9(4,1)	19(5,6)	12(5,5)	41(12,1)	19(8,8)	<b>258(76,3)</b>	<b>173(79,7)</b>	
	Q10	8(2,4)	5(2,3)	9(2,7)	8(3,7)	17(5,0)	12(5,5)	46(13,6)	20(9,2)	<b>258(76,3)</b>	<b>172(79,3)</b>	
	Q11	9(2,7)	4(1,8)	8(2,4)	8(3,7)	18(5,3)	11(5,1)	45(13,3)	22(10,1)	<b>258(76,3)</b>	<b>172(79,3)</b>	
Apoyo de informação	Q12	9(2,7)	5(2,3)	10(3,0)	9(4,1)	19(5,6)	13(6,0)	43(12,7)	22(10,1)	<b>257(76,0)</b>	<b>168(77,4)</b>	0,85
	Q13	7(2,1)	5(2,3)	10(3,0)	10(4,6)	20(5,9)	11(5,1)	41(12,1)	22(10,1)	<b>260(76,9)</b>	<b>169(77,9)</b>	
	Q14	9(2,7)	6(2,8)	9(2,7)	12(5,5)	20(5,9)	11(5,1)	44(13,0)	23(10,6)	<b>256(75,7)</b>	<b>165(76,0)</b>	
	Q15	9(2,7)	6(2,8)	9(2,7)	12(5,5)	20(5,9)	11(5,1)	44(13,0)	23(10,6)	<b>156(75,7)</b>	<b>165(76,0)</b>	
Interação Social positiva	Q16	10(3,0)	5(2,3)	24(7,1)	23(10,6)	46(13,6)	24(11,1)	49(14,5)	37(17,1)	<b>209(61,8)</b>	<b>128(59,0)</b>	0,85
	Q17	8(2,4)	4(1,8)	22(6,5)	23(10,6)	47(13,9)	27(12,4)	49(14,5)	37(17,1)	<b>212(62,7)</b>	<b>126(58,1)</b>	
	Q18	9(2,7)	4(1,8)	22(6,5)	10(9,2)	45(13,3)	26(12,0)	49(14,5)	42(19,4)	<b>213(63,0)</b>	<b>125(57,6)</b>	
	Q19	7(2,1)	6(2,8)	23(6,8)	22(10,1)	45(13,3)	25(11,5)	50(14,8)	39(18,0)	<b>213(63,0)</b>	<b>125(57,6)</b>	

**Legenda: Itens: Disponibilidade de alguém** Q1= Que o ajude, se ficar de cama?; Q2= Para leva-lo ao médico? Q3 = Para preparar suas refeições, se você não puder prepara-las? Q4 = Para ajuda-lo nas tarefas diárias, se você ficar doente? Q5= Que lhe demonstre amor e afeto? Q6= Que lhe de um abraço? Q7= Que você ame e faça se sentir querido? Q8= Para lhe ouvir, quando você precisa falar? Q9= Em quem confiar ou para falar de você ou sobre os seus problemas? Q10= Para compartilhar suas preocupações e medos mais íntimos? Q11= Que compreenda seus problemas? Q12= Para lhe dar bons conselhos em uma situação de crise? Q13= Para lhe dar informação que o/a ajude a compreender uma determinada situação? Q14= De quem você realmente quer conselhos? Q15= Para dar sugestões sobre como lidar com um problema pessoal? Q16= Para se divertir junto? Q17= Com quem relaxar? Q18= Com quem distrair a cabeça? Q19= Com quem fazer coisas agradáveis?; N= nunca; R= raramente; AS= às vezes; QS = quase sempre; S= sempre.

Os escores médios das pontuações do AS variaram entre 93,05 ±14,94 (AS afetivo); 92,05 ±16,27 (AS emocional); 91,27 ±18,06 (AS de informação); 90,81 ±17,94 (AS material) e 84,94 ±21,71 (Interação social positiva), com pontuação mínima de 15 e máxima de 100.

**Tabela 02 – Comparação de médias de apoio social segundo as características sociodemográficas da população idosa de um município do noroeste do Estado do RS – Brasil. 2015**

Variável	Sexo	Material		Afetivo		Emocional		Informação		Interação Positiva	
		Média	p	Média	p	Média	p	Média	p	Média	p
<b>Sexo*</b>			0,726		0,681		0,996		0,959		0,269
Feminino		90,03 <sup>b</sup>		93,06 <sup>b</sup>		91,92 <sup>b</sup>		91,54 <sup>b</sup>		85,61 <sup>b</sup>	
Masculino		92,03 <sup>b</sup>		93,03 <sup>b</sup>		92,24 <sup>b</sup>		90,85 <sup>b</sup>		83,89 <sup>b</sup>	
<b>Idade**</b>	Fem		0,115		0,095		0,168		0,425		0,525
60  ---- 70		90,16 <sup>b</sup>		94,04 <sup>b</sup>		92,88 <sup>b</sup>		92,01 <sup>b</sup>		86,90 <sup>b</sup>	
70  ---- 80		86,94 <sup>b</sup>		89,75 <sup>b</sup>		88,76 <sup>b</sup>		89,19 <sup>b</sup>		83,49 <sup>b</sup>	
80  ---- 90		94,28 <sup>b</sup>		95,29 <sup>b</sup>		93,65 <sup>b</sup>		93,65 <sup>b</sup>		83,85 <sup>b</sup>	
90 ou mais		97,5 <sup>b</sup>		95,00 <sup>b</sup>		95,63 <sup>b</sup>		95,00 <sup>b</sup>		90,00 <sup>b</sup>	
	Masc		0,621		0,613		0,747		0,639		0,829
60  ---- 70		91,38 <sup>b</sup>		92,50 <sup>b</sup>		91,60 <sup>b</sup>		89,57 <sup>b</sup>		85,05 <sup>b</sup>	
70  ---- 80		91,49 <sup>b</sup>		92,21 <sup>b</sup>		92,08 <sup>b</sup>		91,04 <sup>b</sup>		84,03 <sup>b</sup>	
80  ---- 90		93,69 <sup>b</sup>		95,21 <sup>b</sup>		93,21 <sup>b</sup>		92,50 <sup>b</sup>		81,31 <sup>b</sup>	
90 ou mais		-		98,25 <sup>b</sup>		-		-		81,25 <sup>b</sup>	
<b>Estado civil**</b>	Fem		0,850		0,034		0,523		0,795		0,554
Casado		89,41 <sup>b</sup>		94,46 <sup>b</sup>		92,85 <sup>b</sup>		92,27 <sup>b</sup>		86,69 <sup>b</sup>	
Viúvo		91,02 <sup>b</sup>		90,98 <sup>b</sup>		90,49 <sup>b</sup>		90,22 <sup>b</sup>		84,47 <sup>b</sup>	
Solteiro		88,33 <sup>b</sup>		86,67 <sup>b</sup>		89,17 <sup>b</sup>		91,11 <sup>b</sup>		80,00 <sup>b</sup>	
Divorciado		91,94 <sup>b</sup>		97,78 <sup>b</sup>		93,89 <sup>b</sup>		92,50 <sup>b</sup>		86,94 <sup>b</sup>	
	Masc		0,000		0,000		0,000		0,000		0,038
Casado		93,04 <sup>a</sup>		94,25 <sup>a</sup>		93,43 <sup>a</sup>		92,07 <sup>a</sup>		85,93 <sup>b</sup>	
Viúvo		92,86 <sup>a</sup>		94,04 <sup>a</sup>		94,64 <sup>a</sup>		95,00 <sup>a</sup>		81,25 <sup>b</sup>	
Solteiro		95,00 <sup>a</sup>		90,00 <sup>b</sup>		90,00 <sup>a</sup>		90,00 <sup>a</sup>		70,00 <sup>b</sup>	
Divorciado		71,36 <sup>a</sup>		75,18 <sup>a</sup>		70,45 <sup>a</sup>		62,72 <sup>a</sup>		75,00 <sup>b</sup>	
<b>Instrução**</b>	Fem		0,770		0,651		0,090		0,117		0,546
Analfabeto		88,89 <sup>b</sup>		92,44 <sup>b</sup>		90,78 <sup>b</sup>		90,44 <sup>b</sup>		80,00 <sup>b</sup>	
EF. Inc.		89,93 <sup>b</sup>		92,86 <sup>b</sup>		92,24 <sup>b</sup>		91,60 <sup>b</sup>		86,53 <sup>b</sup>	
EF Comp.		94,19 <sup>b</sup>		96,57 <sup>b</sup>		97,57 <sup>b</sup>		98,11 <sup>b</sup>		87,03 <sup>b</sup>	
EM Inc.		86,36 <sup>b</sup>		89,09 <sup>b</sup>		82,27 <sup>b</sup>		82,27 <sup>b</sup>		87,27 <sup>b</sup>	
EM. Com.		87,00 <sup>b</sup>		90,00 <sup>b</sup>		88,00 <sup>b</sup>		88,50 <sup>b</sup>		84,25 <sup>b</sup>	
ES. Inc.		-		93,50 <sup>b</sup>		80,00 <sup>b</sup>		80,00 <sup>b</sup>		70,00 <sup>b</sup>	
E.S. Com		89,00 <sup>b</sup>		96,70 <sup>b</sup>		89,50 <sup>b</sup>		88,50 <sup>b</sup>		88,50 <sup>b</sup>	
	Masc		0,200		0,898		0,640		0,335		0,915
Analfabeto		-		93,33 <sup>b</sup>		96,33 <sup>b</sup>		97,33 <sup>b</sup>		79,33 <sup>b</sup>	
EF Inc		92,47 <sup>b</sup>		93,56 <sup>b</sup>		91,72 <sup>b</sup>		90,61 <sup>b</sup>		84,16 <sup>b</sup>	
EF Com		88,00 <sup>b</sup>		92,65 <sup>b</sup>		90,75 <sup>b</sup>		82,25 <sup>b</sup>		87,75 <sup>b</sup>	
EM Inc		93,64 <sup>b</sup>		89,09 <sup>b</sup>		92,27 <sup>b</sup>		94,55 <sup>b</sup>		78,18 <sup>b</sup>	
EM Com		87,50 <sup>b</sup>		90,50 <sup>b</sup>		96,07 <sup>b</sup>		95,71 <sup>b</sup>		85,36 <sup>b</sup>	
ES Inc		82,50 <sup>b</sup>		98,25 <sup>b</sup>		-		80,00 <sup>b</sup>		82,50 <sup>b</sup>	
ES Com		88,00 <sup>b</sup>		89,40 <sup>b</sup>		84,00 <sup>b</sup>		80,00 <sup>b</sup>		84,00 <sup>b</sup>	
<b>Moradia**</b>	Fem		0,357		0,099		0,038		0,035		0,538
Cônjuge		90,55 <sup>b</sup>		94,76 <sup>a</sup>		93,64 <sup>b</sup>		93,24 <sup>b</sup>		86,91 <sup>b</sup>	
Sozinho		85,70 <sup>b</sup>		88,07 <sup>a</sup>		86,93 <sup>b</sup>		87,45 <sup>b</sup>		80,88 <sup>b</sup>	
Filho(s)		90,74 <sup>b</sup>		92,75 <sup>b</sup>		91,18 <sup>b</sup>		90,07 <sup>b</sup>		86,62 <sup>b</sup>	
Pessoas de fora da família		90,00 <sup>b</sup>		90,00 <sup>b</sup>		90,00 <sup>b</sup>		90,00 <sup>b</sup>		86,67 <sup>b</sup>	
Neto(s)		90,00 <sup>b</sup>		89,40 <sup>b</sup>		81,00 <sup>b</sup>		76,00 <sup>b</sup>		84,00 <sup>b</sup>	
Bisneto(s)		-		-		-		-		-	
Outros parentes		99,09 <sup>b</sup>		94,55 <sup>b</sup>		98,64 <sup>b</sup>		-		81,36 <sup>b</sup>	
	Masc		0,013		0,004		0,118		0,218		0,027
Cônjuge		93,18 <sup>b</sup>		94,42 <sup>b</sup>		93,66 <sup>b</sup>		92,09 <sup>b</sup>		86,56 <sup>b</sup>	
Sozinho		82,27 <sup>b</sup>		85,77 <sup>b</sup>		86,36 <sup>b</sup>		83,64 <sup>b</sup>		77,27 <sup>b</sup>	

Filho(s)	94,52 <sup>b</sup>	96,52 <sup>b</sup>	90,24 <sup>b</sup>	89,52 <sup>b</sup>	79,52 <sup>b</sup>	
Pessoas de fora da família	80,83 <sup>b</sup>	77,67 <sup>b</sup>	79,17 <sup>b</sup>	80,00 <sup>b</sup>	70,83 <sup>b</sup>	
Neto(s)	-	-	-	-	-	
Bisneto(s)	-	-	-	-	-	
Outros parentes	97,14 <sup>b</sup>	85,71 <sup>b</sup>	94,29 <sup>b</sup>	97,14 <sup>b</sup>	65,71 <sup>b</sup>	
<b>Renda Familiar**</b>	Fem	0,027	0,004	0,001	0,001	0,269
<1, 1 SM	81,55 <sup>a</sup>	84,76 <sup>a</sup>	82,14 <sup>a</sup>	81,90 <sup>a</sup>	79,88 <sup>b</sup>	
1 a 3 SM	90,46 <sup>a</sup>	93,92 <sup>a</sup>	92,79 <sup>a</sup>	92,15 <sup>a</sup>	85,89 <sup>b</sup>	
3,1 a 5,0 SM	94,15 <sup>a</sup>	95,36 <sup>a</sup>	96,32 <sup>a</sup>	97,08 <sup>a</sup>	89,43 <sup>b</sup>	
5,1 a 10 SM	92,31 <sup>b</sup>	96,38 <sup>b</sup>	91,15 <sup>b</sup>	90,00 <sup>b</sup>	82,30 <sup>b</sup>	
10 > SM	92,50 <sup>b</sup>	90,00 <sup>b</sup>	90,00 <sup>b</sup>	90,00 <sup>b</sup>	90,00 <sup>b</sup>	
	Masc	0,253	0,002	0,002	0,015	0,354
<1, 1 SM	85,65 <sup>b</sup>	83,48 <sup>a</sup>	80,43 <sup>a</sup>	79,13 <sup>a</sup>	77,39 <sup>b</sup>	
1 a 3 SM	92,95 <sup>b</sup>	94,26 <sup>a</sup>	92,50 <sup>a</sup>	91,46 <sup>a</sup>	83,65 <sup>b</sup>	
3,1 a 5,0 SM	91,15 <sup>b</sup>	95,05 <sup>a</sup>	96,45 <sup>a</sup>	92,95 <sup>a</sup>	86,54 <sup>b</sup>	
5,1 a 10 SM	96,67 <sup>b</sup>	81,17 <sup>b</sup>	96,67 <sup>b</sup>	-	86,67 <sup>b</sup>	
10 > SM	96,00 <sup>b</sup>	-	-	-	97,00 <sup>b</sup>	

\*Mann-Whitney U; \*\*ANOVA; <sup>a</sup> diferenças de médias significativas, teste Tukey;  $p \leq 0,05$ . <sup>b</sup> diferenças de médias não significativas, teste Tukey;  $p > 0,05$ .

Na comparação de médias das dimensões do AS segundo as características sociodemográficas verificou-se associação estatisticamente significativa nas dimensões apoio material, afetivo, emocional e de informação quando comparadas ao estado civil na amostra masculina.

O teste Tukey apontou diferenças nas médias apresentadas do apoio material, emocional e apoio de informação entre divorciados quando comparados com casados, viúvos e solteiros. Na comparação das médias do apoio afetivo há diferenças entre as médias apresentadas de idosos divorciados quando comparadas as médias de casados e viúvos.

Na amostra feminina a comparação de médias das dimensões do AS verificou-se associação estatisticamente significativa nas dimensões apoio material, afetivo, emocional e de informação quando comparadas a renda familiar. O teste Tukey apontou diferenças nas médias apresentadas do AS citadas acima entre idosas que apresentam renda menor que um salário mínimo quando comparadas com idosas que apresentam renda de um a cinco. Na amostra masculina as diferenças nas médias foram verificadas nas dimensões: afetivo, emocional e de informação, quando comparados idosos com renda inferior a um salário mínimo e aqueles que apresentam renda de um a cinco.

Quanto a classificação dos idosos no que tange a fragilidade 36,9% foram considerados não frágeis; 45,4% são pré-frágeis e 17,7% são frágeis. As relações entre as dimensões de AS e os níveis de fragilidade foram verificadas a partir de testes ANOVA e não apresentaram correlação significativa na maioria das dimensões, exceto, na dimensão de Interação social positiva ( $p = 0,005$ ). Em decorrência deste dado foram realizados testes de Tukey que

demonstraram diferença nas médias se deu na relação entre idosos frágeis, pré-frágeis e não-frágeis em relação a dimensão interação social positiva.

**Tabela 03 – Comparação de médias de apoio social segundo sexo e níveis de fragilidade da população idosa do município de Ijuí, RS – Brasil. 2015**

	<b>Não frágeis</b> <b>Média±DP</b>	<b>Pré frágeis</b> <b>Média±DP</b>	<b>Frágeis</b> <b>Média±DP</b>	<b>ANOVA</b>
<b>Apoio Material</b>				
Feminino	93,47±15,47 <sup>a</sup>	87,80±21,46 <sup>a</sup>	89,18±19,34 <sup>b</sup>	0,049
Masculino	89,48±18,34 <sup>a</sup>	92,15±14,47 <sup>b</sup>	97,70±7,87 <sup>a</sup>	0,026
<b>Apoio afetivo</b>				
Feminino	95,37±11,80 <sup>a</sup>	92,83±15,65 <sup>b</sup>	89,18±18,74 <sup>a</sup>	0,034
Masculino	91,26±16,24 <sup>b</sup>	94,70±11,50 <sup>b</sup>	92,97±17,18 <sup>b</sup>	0,289
<b>Apoio emocional</b>				
Feminino	95,12±11,35 <sup>a</sup>	90,97±17,50 <sup>b</sup>	88,20±20,29 <sup>a</sup>	0,016
Masculino	88,97±19,23 <sup>a</sup>	93,55±14,73 <sup>b</sup>	96,62±8,58 <sup>a</sup>	0,031
<b>Apoio informação</b>				
Feminino	95,55±10,99 <sup>a</sup>	89,53±20,14 <sup>a</sup>	89,01±19,42 <sup>a</sup>	0,008
Masculino	87,81±21,29 <sup>a</sup>	91,13±18,89 <sup>b</sup>	97,30±8,38 <sup>a</sup>	0,036
<b>Interação positiva</b>				
Feminino	88,94±17,78 <sup>a</sup>	85,31±21,72 <sup>b</sup>	79,92±25,94 <sup>a</sup>	0,027
Masculino	83,97±22,31 <sup>b</sup>	86,88±20,16 <sup>a</sup>	76,22±24,84 <sup>a</sup>	0,045

<sup>a</sup> diferenças de médias significativas, teste Tukey;  $p \leq 0,05$ . <sup>b</sup> diferenças de médias não significativas, teste Tukey;  $p > 0,05$ .

Após verificada a existência de diferenças entre as médias, a aplicação de testes de Tukey apontou diferença significativa nas médias da dimensão apoio material na amostra masculina quando comparados idosos Não frágeis e Frágeis; e feminina quando comparados idosos Frágeis e Pré-frágeis. Há diferença significativa nas médias da dimensão apoio afetivo na amostra feminina quando comparados idosos Frágeis e Não-frágeis. Também nas médias da dimensão apoio emocional em ambas as amostras, feminina e masculina quando comparados idosos Não frágeis e Frágeis. Verificou-se diferença significativa nas médias da dimensão apoio de informação na amostra masculina quando comparados idosos Não frágeis e Frágeis; e na amostra feminina quando comparados idosos Frágeis, Pré-frágeis e Não-frágeis. E nas médias da dimensão interação social positiva na amostra masculina quando comparados idosos Pré-frágeis e Frágeis; e na amostra feminina quando comparados idosos Frágeis e Não-frágeis.

## **Discussão**

Este estudo permitiu identificar AS percebido pelos idosos entrevistados, denotando

resultados satisfatórios em todas as dimensões, as análises estatísticas apresentaram resultados que demonstram que, embora os valores das dimensões do apoio social variem, elas estão correlacionadas entre si, indicando que os idosos que percebem um AS maior, o percebem em todas as dimensões. Dado que corrobora com os resultados de outros estudos nacionais (Pinto, 2006) (Luchesi, 2015). Um estudo realizado com idosos na área rural de um município paulista apresentou resultados semelhantes, encontrando entre os maiores escores o apoio emocional e afetivo, e o menor escore a interação social positiva (Pinto, 2006).

Luchesi (Luchesi, 2015) avaliou a relação entre apoio social de idosos com alterações cognitivas os resultados revelaram bons níveis de AS recebido pelos idosos. O estudo apresentado por Pinto (Pinto, 2006) aponta que menos escores de AS foram encontrados em mulheres, analfabetos, viúvos ou solteiros, idosos com renda entre um e dois salários mínimos. No presente estudo foram encontradas diferenças nos escores quando comparados os sexo, no estado civil e na renda familiar.

Um estudo de revisão bibliográfica (Ramos, 2002) acerca das relações sociais e a saúde dos idosos destaca que pessoas casadas apresentam melhores condições de saúde que outras com outros estados civis, visto que as pessoas que não possuem AS formado pelo suporte de familiares e amigos tendem a ter mais dificuldade de lidar com o estresse. A ausência de parentes, especificamente parentes mais próximos tais como cônjuges ou filhos, está associada com doença e mortalidade entre pessoas idosas (Ramos, 2002). Podemos relacionar estes aspectos aos resultados encontrados no presente estudo, os idosos divorciados apesar de apresentarem médias satisfatórias, quando comparadas às médias de outros estados civis apresentam média menores e significativamente diferentes. Podemos atribuir este dado ao fato de que um processo de divórcio geralmente apresenta conflitos emocionais, que por vezes, afastam ou fragmentam as relações familiares, podendo reduzir o apoio social ao idoso.

Especificadamente, em relação ao AS material, cujo escore reflete o acesso dos indivíduos a serviços práticos e a recursos materiais como, por exemplo, ajuda em dinheiro ou empréstimo de utensílios em caso de necessidade emergência, era esperado que idosos vivendo em famílias com maior renda obtivessem melhores escores (Pinto, 2006). Esta associação foi encontrada no presente estudo para a amostra masculina, no entanto, não para a mostra feminina, idosos divorciados apresentaram os menores escores quando comparados os estados civis e as dimensões do apoio.

Escolaridade e renda são fatores de risco para incapacidade e dependência, mas também com condições que, quando desfavoráveis, podem limitar as possibilidades de assistência adequada, expondo os indivíduos à situação de vulnerabilidade (Souza, 2015). O presente

estudo identificou menores escores de AS nos idosos que apresentam renda familiar menor que um salário mínimo, desta forma, a baixa renda pode limitar o acesso dos idosos aos cuidados sociais, comprometendo de forma significativa a sua qualidade de vida.

A interação social dos indivíduos idosos integra ações de outras esferas que não somente a saúde, como a Educação e Ação Social (Motta, 2011). Esse tipo de trabalho preventivo, voltado para indivíduos considerados saudáveis, demanda parcerias entre instâncias da saúde e outras secretarias, buscando efetivar uma rede de atenção à pessoa idosa, que faça frente à ampla gama de necessidades sociais e de saúde específicas que esta população apresenta.

Um estudo que investigou a associação entre a síndrome da fragilidade e o apoio social em uma população de idosos comunitários mostrou que, dentre as variáveis relacionadas com o apoio social, apenas a ajuda nas tarefas domésticas esteve associada significativamente à fragilidade (Amaral, 2013). No presente estudo, não foram observadas associações dos níveis de fragilidade com as dimensões do apoio social, com exceção da dimensão interação social positiva e idosos frágeis.

Ao relacionar os resultados da interação social positiva com os níveis de fragilidade, observamos menores resultados nos idosos frágeis. Este dado apresenta uma relação significativa entre fragilidade e interação social. Segundo Geib (Geib, 2012) o idoso estando debilitado tende a enfraquecer a interação e os contatos afetivos e a colocar em risco o apoio social recebido, o qual se sustenta numa relação de reciprocidade. Assim, as doenças, incapacidades e fragilidades do idoso podem contribuir para o isolamento social, limitando sua participação na comunidade. Limitado a rede social, por sua vez, podem exacerbar-se incapacidades e fragilidades ou ainda, impor-se novas limitações no estilo de vida do idoso.

Cabe ressaltar a dificuldade na busca por literatura que embasassem a discussão dos resultados enfatizando diferenças e similaridades de estudos semelhantes, pela exiguidade de investigações deste tipo, e pelo fato de que o suporte social é uma variável importante, no entanto, não há uniformidade quanto à maneira de avaliar, tampouco é clara a relação existente entre as diversas estratégias e técnicas utilizadas para avaliação (Ribeiro, 1999).

Referimos tais ressalvas, para apontar a necessidade de estudos relacionados à relação entre apoio social e saúde na população idosa, na intenção de ampliar o conhecimento sobre os efeitos dessa relação para essa população, e consolidar uma prática de atenção à saúde de forma integral e global, a qual considere os determinantes sociais de saúde.

## **Conclusão**

O estudo identificou nos participante a predominância do sexo feminino, a maior parte

encontrava-se na faixa etária de 60 e 70 anos; na sua maioria eram casados; ainda cabe destacar a presença da viuvez feminina. A maioria dos idosos tem baixa escolaridade, ensino fundamental incompleto. Com relação à moradia há mais homens residindo com o cônjuge do que as mulheres; ainda, com relação às mulheres observa-se que há um número expressivo delas que residem com os filhos comparado ao número de homens nesta condição. Quanto à renda familiar tanto mulheres como homens situam-se na faixa de renda de 1 a 3 salários mínimos. Na análise das características sociodemográficas comparando os sexos verificou-se associação estatisticamente significativa nas variáveis: idade, estado civil e moradia.

Na relação entre dimensões de AS e características sociodemográficas verificaram-se diferenças significativas na comparação de médias das dimensões do AS segundo as características sociodemográficas para os homens divorciados, e para ambos os sexos com renda inferior a um salário mínimo. As relações entre as dimensões de apoio social e os níveis de fragilidade evidenciaram diferenças significativas na dimensão de Interação social positiva.

Este dado evidencia a relevância das relações sociais na saúde da pessoa idosa, mesmo não podendo traçar uma relação causa-efeito, limitação deste tipo de estudo, é possível afirmar a existência destas características na população, o que é fundamental para o planejamento de programas de políticas públicas que produzam a valorização da pessoa idosa e a manutenção e promoção de relação sociais positivas, como aspectos protetores da saúde da população idosa.

No entanto, mais pesquisas precisam ser desenvolvidas, inclusive pesquisas que incluam dimensões qualitativas da rede e do apoio social aos idosos, para melhor compreendê-los e caracterizá-los. Bem como os serviços de saúde e os gestores necessitam reconhecer a importância do apoio social como parte integrante da prestação de cuidados aos idosos.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amaral, F. L. J. S., Guerra, R. O., Nascimento, A. F. F. et al.** Apoio social e síndrome da fragilidade em idosos residentes na comunidade . *Ciênc. saúde coletiva*, 2013. 18(6): 1835-1846.
- Brasil** Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Caderno de Atenção Básica. 2006. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica - Brasília. Vol. 19.
- Chor, D., Griep, R. H., Lopes, C. S., et al.** Medidas de rede e apoio social no Estudo Pró-Saúde: pré-testes e estudo piloto. *Cad. Saúde Pública*, 2001. - Vols. 17(4):887-896.
- Fried L., Tangen C., Walston J., et al.** Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2001; 56:M146-56.
- Geib, L. T. C.** Determinantes sociais da saúde do idoso. *Ciênc. saúde coletiva*, 17(1):123-133, 2012.
- Griep, R. H., Chor, D., Faerstein, E. et al.** Validade de constructo de escala de apoio social do Medical Outcomes Study adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. *Cad. Saúde Pública*, 2005. 21(3):703-714.
- Luchesi, B. M., Brito, T. R. P., Costa, R. S. et al.** Suporte social e contato intergeracional: estudando idosos com alterações cognitivas. *Rev. Eletr. Enf.* 2015. 17(3).
- Motta, L. B., Aguiar, A. C., Caldas, C. P.** Estratégia Saúde da Família e a atenção ao idoso: experiências em três municípios brasileiros. *Cad. Saúde Pública*. 2011. 27(4):779-786.
- Pinto, J. L. G., Garcia, A. C. O., Bocchi, S. C. M. et al.** Características do apoio social oferecido a idosos de área rural assistida pelo PSF. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2006. 11(3):753-764.
- Ramos, M. P.** Apoio social e saúde entre idosos. *Sociologias*. 2002. 4(7): 156-175.
- Sherbourne, C. D., Stewar, A. L.** The MOS Social Support Survey. *Sot. Sci. Med.* 1991. 32(6): 705-714.
- Souza, R. A. Alvarenga, M. R. M., Amendola, F., et al.** Vulnerabilidade de famílias de idosos assistidos pela Estratégia Saúde da Família. *Rev Bras Enferm.* 2015. 68(2):244-52.

## 7. ARTIGO 3

### Avaliação da qualidade da atenção primária à saúde sob a perspectiva do idoso

#### Resumo

**Objetivo:** Avaliar a presença e a extensão dos atributos da Atenção Primária de Saúde na perspectiva dos idosos de um município do Noroeste do Estado do RS, Brasil. **Método:** Estudo observacional, transversal, de base populacional, com idosos adscritos a uma das ESF da área urbana do município. Os dados foram coletados por meio de entrevista domiciliar, utilizando a versão reduzida do *Primary Care Assessment Tool* (PCATool). **Resultados:** O escore geral foi de 6,7. O escore dos atributos essenciais foi de 7,2. Os atributos com melhores escores foram sequencialmente: Acesso de primeiro contato – Utilização; Longitudinalidade; e Coordenação – Integração de Cuidado. Os três atributos com menores resultados foram sequencialmente: Orientação comunitária; Integralidade – Serviços disponíveis; Coordenação – Sistema de informação. **Conclusão:** O estudo identificou uma avaliação mediana no atendimento recebido pelos idosos na APS, demonstrando a necessidade de desenvolvimento e consolidação de ações que valorizem a atenção ao idoso no âmbito da APS.

**Descritores:** Atenção Primária à Saúde, Idoso, Avaliação de serviço.

#### Abstract 3

**Objective:** To assess the presence and extent of the Primary Health Care attributes from the perspective of the elderly people of a city in the Northwestern of the State of RS, Brazil. **Method:** This is an observational, cross-sectional and population-based study, with elderly people registered in one of the FHS of the urban area of the city. Data were collected by means of in-home interviews, using the reduced version of the Primary Care Assessment Tool (PCATool). **Results:** The overall score was 6,7. The score of the essential attributes was 7,2. The attributes with higher scores were sequentially: First-contact access – Use; Longitudinality; and Coordination – Care Integration. The three attributes with lower results were sequentially: Community guidance; Integrality – Available services; and Coordination – Information system. **Conclusion:** The study identified an average assessment in the care received by the elderly people in PHC, thereby demonstrating the need for the development and consolidation of actions that appreciate the care for the elderly person within the scope of PHC.

**Keywords:** Primary Health Care, Elderly, Service assessment.

### **Introdução**

A população idosa é a que proporcionalmente utiliza mais serviços de saúde. A efetividade da Atenção Primária à Saúde é um ponto fundamental neste contexto. Os cuidados primários de saúde representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, devendo encontrar-se o mais próximo possível de onde as pessoas vivem e trabalham e constituir-se no primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (Mendes, 2011; Starfield, 2002).

As repercussões das transformações sociais decorrentes do envelhecimento populacional ainda são pouco contempladas, visto que, este é o início de um processo em curso. No âmbito da saúde o desafio é a concretização de cenários em que os avanços científicos e tecnológicos permitam a população alcançar idades avançadas de forma independente, não fragilizada e livre de patologias, aproximando a expectativa de vida ao limite biológico máximo (Veras, 2003).

Para que se compreendam as ações, programas políticas implantadas, como também os efeitos dessas intervenções, faz-se necessário o desenvolvimento de processos avaliativos (Brasil, 2009). A avaliação da Atenção Primária à Saúde fundamenta-se em seus atributos, conforme propostos por Starfield (Starfield, 2002), sendo estes definidos como essenciais e derivados. Os atributos essenciais da APS são: acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação da atenção. Os derivados são compostos pela atenção à saúde centrada na família (orientação familiar), orientação comunitária e competência cultural.

Nesta perspectiva cabe a avaliação da efetividade na perspectiva de proposições para a (re)organização dos modelos assistenciais, sendo que estes devem responder a aos desafios apresentados na contemporaneidade (Veras, 2003). A partir deste contexto o objetivo deste estudo foi avaliar a presença e a extensão dos atributos da Atenção Primária de Saúde na perspectiva dos idosos de um município do Noroeste do Estado do RS, Brasil.

### **Método**

Este estudo é parte da pesquisa “A saúde do idoso na atenção primária” da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul – Unijuí; aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa sob parecer consubstanciado 961.205/2015.

Pesquisa de delineamento transversal, analítico, de base populacional; realizado em município de médio porte localizado na região noroeste do Estado do Rio Grande do Sul-

Brasil, 2015. A população do estudo foram idosos, com idade igual ou superior a 60 anos, ambos os sexos, adstritos a doze Unidades com Estratégias Saúde da Família (ESF), área urbana do município.

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística sobre (2014) a população geral do município era de 82.563 habitantes e 11.490 idosos, representando 13,9% da população; 4.917 (42,8%) homens e 6.573 (57,8%) mulheres. Para estabelecer o tamanho da amostra utilizaram-se os dados do Sistema de Atenção Básica (SIAB, 2014); o número total de idosos cadastrados em ESFs na área urbana era de 5.269; deste total 2203 (41,8%) do sexo masculino e 3056 (57,9%) feminino. Considerando a taxa de envelhecimento populacional optou-se por uma representatividade superior a 10% da população de idosos das ESFs. Calculou-se uma amostra aproximada de 738 idosos, sem reposição, considerando até 30% de perdas. Para melhor representação foi utilizada amostragem estratificada proporcional; considerando cada ESFs um estrato; e em cada estrato, retirou-se proporcionalmente homens e mulheres por sorteio simples a partir de listagem de idosos fornecidos por cada unidade.

Foram excluídos do estudo idosos que realizaram procedimento cirúrgico em um período inferior a 30 dias e aqueles que não apresentavam condições física e/ou psíquicas para responder aos instrumentos de coleta e que possuíam cuidadores com tempo inferior a 30 dias. Idosos acamados e os idosos sem condições psíquicas e/ou físicas de responder o questionário participaram do estudo, entretanto o questionário foi respondido pelo cuidador com tempo superior a um mês.

Após aplicar os critérios de inclusão e exclusão e respostas válidas obteve-se 483 idosos; os motivos de perda foram: internação recente; óbitos; migração domiciliar e não consentimento em participar da pesquisa.

A coleta de dados foi realizada no espaço domiciliar do idoso pela equipe de pesquisadores. Para a obtenção das variáveis de interesse utilizou-se instrumento elaborado pelos pesquisadores (entrevista estruturada/anamnese) e avaliação físico funcional. Para caracterizar o perfil sócio demográfico da população foi realizada entrevista estruturada contendo as seguintes informações: idade, gênero, status conjugal, renda pessoal e nível de escolaridade.

Para avaliar a atenção primária à saúde foi utilizada a versão reduzida (Oliveira, 2013) do instrumento o *Primary Care Assessment Tool* (PCATool) (Shi, 2001), traduzido e validado no Brasil (Harzheim, 2013), o qual verifica a presença e a extensão dos seguintes atributos: acesso ao primeiro contato, longitudinalidade, coordenação, integralidade, orientação familiar e orientação comunitária.

O Escore Essencial foi obtido por meio da média dos atributos essenciais (acesso, longitudinalidade, coordenação e integralidade), o escore derivado foi obtido pela média dos atributos derivados (orientação familiar e orientação comunitária) e o Escore Geral da APS, pelo valor médio dos atributos essenciais e dos atributos derivados. O valor obtido para estes escores foram então transformados em uma escala entre 0 e 10, como se segue (Saúde, 2010):

$$\text{Escore geral da APS} = \frac{(\text{Escore obtido} - 1) \times 10}{4 - 1}$$

Os escores dos atributos, Geral, Essencial e Derivado foram, então, dicotomizados em duas categorias, representando Baixo Escore, quando  $<6,6$ , e Alto Escore, quando  $\geq 6,6$ .

Os dados obtidos foram analisados por meio do *software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) (versão 18.0)*. Foram utilizadas ferramentas da estatística descritiva e analítica considerando a natureza da variável, quantitativa ou qualitativa. Para a estatística descritiva utilizou-se medidas de tendência central, de dispersão e variabilidade. Para a estatística analítica de variáveis quantitativas foi utilizado o teste de comparação de médias não paramétricas. Para testar a hipótese de dependência das variáveis utilizou-se o teste do qui-quadrado de Pearson. Para todos os casos será utilizada uma confiabilidade de 95%.

## **Resultados**

Participaram do estudo 483 idosos, a maioria eram do sexo feminino (61,7 %); predominantemente na faixa etária de 60 e 70 anos (52,4%), a média de idade dos idosos foi de 70,7 anos ( $\pm 8,1$ ); o limite superior de idade foi de 96 anos; com relação ao estado civil a maioria eram casados (58,6%); quanto ao grau de instrução os idosos apresentaram baixa escolaridade, ensino fundamental incompleto (66,9%); a maioria dos idosos entrevistados residem com seu cônjuge (63,1%); em relação a renda familiar os idosos (68,7%) situam-se na faixa de renda de 1 a 3 salário mínimos.

Na análise descritiva por questão os entrevistados sinalizaram nas questões B2, D1, D6, D9, H1 e I3 maior percentual de respostas na opção com certeza sim. Já nas questões G9, G17, G20, H11 e J4 os maiores percentuais assinalados foram com certeza não ou não sei/não lembro. Realizado o alfa de Cronbach geral o que denotou um resultado satisfatório igual a 0,82 dado que indica a presença de consistência interna do questionário aplicado.

**Tabela 01 – Frequências de respostas do questionário PCATool, na perspectiva de idosos residente e adscritos às ESFs da região urbana de um município do Noroeste do Estado do RS Brasil. 2015**

Atributo		Opções de resposta				
	Item	Com certeza, não N(%)	Provavelmente, não N(%)	Provavelmente, sim N(%)	Com certeza, sim N(%)	Não sei/não lembro N(%)
Acesso de primeiro contato – Utilização	<b>B2</b>	18 (3,7)	20 (4,1)	56 (11,6)	388 (80,3)	1 (0,2)
Acesso de primeiro contato – Acessibilidade	<b>C4</b>	51 (10,6)	22 (4,6)	84 (17,4)	197 (26,7)	129 (26,7)
	<b>C11</b>	179 (37,1)	72 (14,9)	78 (16,1)	148 (30,6)	6 (1,2)
Longitudinalidade	<b>D1</b>	41 (8,5)	17 (3,5)	86 (17,8)	335 (69,4)	4 (0,8)
	<b>D6</b>	8 (1,7)	14 (2,9)	73 (15,1)	383 (79,3)	5 (1,0)
	<b>D9</b>	8 (1,7)	25 (5,2)	70 (14,5)	369 (76,4)	11 (2,3)
	<b>D14</b>	301 (62,3)	78 (16,1)	42 (8,7)	57 (11,8)	5 (1,0)
Coordenação – Integração do cuidado	<b>E2</b>	89 (18,4)	19 (3,9)	52 (10,8)	312 (64,6)	11 (2,3)
	<b>E6</b>	84 (17,4)	28 (5,8)	62 (12,8)	284 (58,8)	25 (5,2)
	<b>E7</b>	91 (18,8)	27 (5,6)	67 (13,9)	268 (55,5)	30 (6,2)
	<b>E9</b>	76 (15,7)	27 (5,6)	65 (13,5)	278 (57,6)	37 (7,7)
Coordenação – Sistema de informação	<b>F3</b>	55 (11,4)	19 (3,9)	93 (19,3)	63 (13,0)	253 (52,4)
Integralidade – Serviços disponíveis	<b>G9</b>	162 (33,5)	33 (6,8)	74 (15,3)	75 (15,5)	139 (28,8)
	<b>G17</b>	162 (33,5)	23 (4,8)	57 (11,8)	68 (14,1)	173 (35,8)
	<b>G20</b>	169 (35,0)	34 (7,0)	66 (13,7)	82 (17,0)	132 (27,3)
Integralidade – Serviços prestados	<b>H1</b>	86 (17,8)	14 (2,9)	68 (14,1)	232 (48,0)	83 (17,2)
	<b>H5</b>	98 (20,3)	19 (3,9)	80 (16,6)	191 (39,5)	95 (19,7)
	<b>H7</b>	64 (13,3)	33 (6,8)	99 (20,5)	194 (40,2)	93 (19,3)
	<b>H11</b>	164 (34,0)	45 (9,3)	54 (11,2)	97 (20,1)	123 (25,5)
Orientação familiar	<b>I1</b>	92 (19,0)	41 (8,5)	115 (23,8)	201 (41,6)	34 (7,0)
	<b>I3</b>	39 (8,1)	26 (5,4)	153 (31,7)	211 (43,7)	54 (11,2)
Orientação comunitária	<b>J4</b>	260 (53,8)	43 (8,9)	38 (7,9)	68 (14,1)	74 (15,3)

**B2.** Quando você tem um novo problema de saúde, você vai ao seu "nome do serviço de saúde/ médico/ enfermeiro" antes de ir a outro serviço de saúde?; **C4.** Quando o seu "nome do serviço de saúde/ médico/ enfermeiro" está aberto, você consegue aconselhamento rápido pelo telefone se precisar?; **C11.** É difícil para você conseguir atendimento médico do seu "nome do serviço de saúde/ médico/ enfermeiro" quando pensa que é necessário?; **D1.** Quando você vai ao seu "nome do serviço de saúde/ médico/ enfermeiro" é o mesmo médico ou enfermeiro que atende todas às vezes?; **D6.** Você se sente a vontade contando a suas preocupações ou problemas ao seu "médico/enfermeiro"?; **D9.** O seu "médico/ enfermeiro" sabe quais problemas são mais importantes para você?; **D14.** Você mudaria do "nome do serviço de saúde/ médico/ enfermeiro" para outro serviço de saúde se isto fosse muito fácil de fazer?; **E2.** O "nome do serviço de saúde/ médico/ enfermeiro" sugeriu (indicou, encaminhou) que você fosse consultar com este especialista ou serviço especializado?; **E6.** O seu "médico/ enfermeiro" escreveu alguma informação para o especialista, a respeito do motivo desta consulta?; **E7.** O "nome do serviço de saúde/ médico/ enfermeiro" sabe quais foram os resultados desta consulta?; **E9.** O seu "médico/ enfermeiro" pareceu interessado na qualidade do cuidado que lhe foi dado (lhe perguntou se você foi bem ou mal atendido por este especialista ou serviço especializado)?; **F3.** Você poderia ler (consultar) o seu prontuário/ ficha se quisesse no "nome do serviço de saúde/

médico/ enfermeiro"?; **G9**. Aconselhamento para problemas de saúde mental; **G17**. Aconselhamento sobre como parar de fumar; **G20**. Aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento (ex: diminuição da memória, risco de cair); **H1**. Conselhos sobre alimentação saudável ou sobre dormir suficientemente; **H5**. Conselhos a respeito de exercícios físicos apropriados para você; **H7**. Verificar e discutir os medicamentos que você está tomando; **H11**. Como prevenir quedas; **I1**. O seu "médico/ enfermeiro" lhe pergunta sobre suas ideias e opiniões (sobre o que você pensa) ao planejar o tratamento e cuidado para você ou para um membro de sua família?; **I3**. O seu "médico/ enfermeiro" se reuniria com membros de sua família se você achasse necessário?; **J4**. Faz pesquisa com os pacientes para ver se os serviços estão satisfazendo (atendendo) as necessidades das pessoas?.

O escore geral avaliado pelos idosos foi de 6,7 (IC 95%: 6,5-6,8). O escore dos atributos essenciais foi de 7,2 (IC 95%: 7,0-7,3). Ao realizar uma análise específica por atributo, os atributos com melhores escores, considerado escore altos ( $\geq 6,6$ ) foram sequencialmente: Acesso de primeiro contato – Utilização (9,1; IC 95%: 8,8-9,4); Longitudinalidade (8,4; IC 95%: 8,2-8,7); Coordenação – Integração de Cuidado (6,9; IC 95%: 6,3-7,4) e Orientação familiar (6,6; IC 6,1-7,1) . Os três atributos com menores resultado, considerados escore baixos ( $<6,6$ ) foram sequencialmente: Orientação comunitária (3,2; IC 95%: 2,6-3,8), considerado um atributo derivado da APS; Integralidade - Serviços disponíveis (4,0; IC 95%: 3,5-4,5); Coordenação – Sistema de informação (5,4 IC 95%: 4,9-6,0). Tabela 02.

**Tabela 02 – Escores dos atributos essenciais e derivados na perspectiva de idosos residente e adscritos às ESFs da região urbana de um município do Noroeste do Estado do RS Brasil. 2015**

<b>Atributos</b>	<b>N (%)</b>	<b>Média±DP</b>	<b>Intervalo de confiança (95%)</b>
<b>Acesso de Primeiro Contato</b>			
Utilização	482 (100)	9,1±2,3	8,8-9,4
Baixo Escore (<6,6)	38 (7,8)	1,7±1,6	1,2-2,3
Alto Escore (≥ 6,6)	444(92,2)	9,5±1,1	9,4-9,6
<b>Acessibilidade</b>	481 (100)	6,1±3,0	5,7-6,6
Baixo Escore (<6,6)	239 (53,8)	3,3±2,0	3,0-3,5
Alto Escore (≥ 6,6)	242(50,3)	8,8±1,4	8,6-8,9
<b>Longitudinalidade</b>	481(100)	8,4±1,9	8,2-8,7
Baixo Escore (<6,6)	65 (13,5)	4,7±1,3	4,3-5,0
Alto Escore (≥ 6,6)	416 (86,5)	9,0±1,2	8,9-9,2
<b>Coordenação</b>			
Integração de Cuidado	473(100)	6,9±3,9	6,3-7,4
Baixo Escore (<6,6)	138 (29,2)	1,9±2,1	1,6-2,3
Alto Escore (≥ 6,6)	335 (70,8)	9,3±1,2	9,1-9,4
Sistema de Informações	257 (100)	5,4±3,9	4,9-6,0
Baixo Escore(<6,6)	90 (35,0)	0,8±1,4	0,5-1,1
Alto Escore (≥ 6,6)	167 (65,0)	8,1±1,6	7,9-8,4
<b>Integralidade</b>			
Serviços Disponíveis	381 (100)	4,0±3,7	3,5-4,5
Baixo Escore (<6,6)	254 (52,6)	1,8±2,1	1,5-2,1
Alto Escore (≥ 6,6)	127 (26,3)	7,9±1,4	7,6-8,1
Serviços Prestados	414 (100)	6,3±3,4	5,4-6,9
Baixo Escore (<6,6)	172 (41,5)	3,0±2,2	2,7-3,3
Alto Escore (≥ 6,6)	242 (58,5)	8,3±1,4	8,1-8,5
Orientação familiar	458 (100)	6,6±3,5	6,1-7,1
Baixo Escore (<6,6)	136 (29,7)	2,6±2,0	2,3-3,0
Alto Escore (≥ 6,6)	322 (70,3)	8,6±1,5	8,4-8,8
Orientação comunitária	408 (100)	3,2±4,2	2,6-3,8
Baixo Escore (<6,6)	302 (74,0)	0,4±1,1	0,3-0,5
Alto Escore (≥ 6,6)	106 (26,0)	8,8±1,6	8,4-9,1
Escore Essencial	482 (100)	7,2±1,6	7,0-7,3
Baixo Escore (<6,6)	159 (33,0)	5,2±1,0	5,0-5,3
Alto Escore (≥ 6,6)	323 (67,0)	8,1±0,9	8,0-8,2
Escore Geral	479 (100)	6,7±1,6	6,5-6,8
Baixo Escore (<6,6)	203 (42,4)	5,1±1,1	4,9-5,2
Alto Escore (≥ 6,6)	276 (57,6)	7,8±0,7	7,7-7,9

Na análise das características sociodemográficas comparando os escores gerais verificou-se associação significativa nas variáveis: estado civil, instrução e moradia.



**Tabela 03 – Caracterização sociodemográfica dos idosos segundo escore geral para APS, de um município da região noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. 2015.**

Variável	Baixo escore (<6,6)		Alto escore (≥ 6,6)		Escore geral (Média)	p	
	N	(%)	N	(%)			
<b>Sexo</b>							
Feminino	298	61,7	126	42,3	172	57,5	0,869
Masculino	185	38,3	78	42,2	107	57,8	
<b>Idade</b>							
60  ---- 70	253	52,4	111	43,9	142	56,1	0,823
70  ---- 80	146	30,2	66	45,2	80	54,8	
80  ---- 90	74	15,3	24	32,4	50	67,6	
90 ou mais	10	2,1	3	30	7	70	
<b>Estado civil</b>							
Casado	283	58,6	117	41,3	166	58,7	0,000
União estável	26	5,4	12	46,2	14	53,8	
Viúvo	121	25,1	51	42,1	70	57,9	
Solteiro	27	5,6	10	37,0	17	63,0	
Divorciado	26	5,4	14	53,8	12	46,2	
<b>Instrução</b>							
Analfabeto	57	11,8	25	43,9	32	56,1	0,003
E. Fundamental incompleto	323	66,9	133	41,2	190	58,8	
E. Fundamental completo	50	10,4	21	42,0	29	58,0	
E. Médio incompleto	19	3,9	8	42,1	11	57,9	
E. Médio completo	24	5,0	10	41,7	14	58,3	
E. Superior incompleto	5	1,0	5	100,0	-	-	
E. Superior completo	4	0,8	2	50,0	2	50,0	
<b>Moradia</b>							
Sozinho	64	13,3	36	56,3	28	43,7	0,005
Cônjuge	305	63,1	124	40,7	181	59,3	
Filhos	80	16,6	35	43,8	45	56,2	
Netos	5	1,0	2	40,0	3	60,0	
Bisnetos	1	0,2	-	-	1	100,0	
Outros parentes	17	3,5	4	23,5	13	76,5	
Pessoa de fora da família	11	2,3	3	27,3	8	72,7	
<b>Renda familiar</b>							
<1 SM	62	12,8	53,2	16,2	29	46,8	0,539
1 A 3 SM	332	68,7	143	43,1	189	56,9	
3,1 A 5 SM	70	14,5	21	30,0	49	70,0	
5,1 A 10 SM	11	2,3	4	36,4	7	63,6	
>10 SM	8	1,7	3	37,5	5	62,5	

\*teste de qui-quadrado de Person. SM= Salário Mínimo.

## Discussão

Este estudo aporta informações originais sobre o nível de qualidade da Atenção Primária à Saúde, a partir da percepção da população idosa do município, demonstrando resultados satisfatórios nos atributos acesso de primeiro contato; longitudinalidade; coordenação – integração de cuidado; orientação familiar e insatisfatórios orientação comunitária, integralidade - Serviços disponíveis e coordenação – sistema de informação dados que podem servir de parâmetro para gestores, pesquisadores e profissionais envolvidos nos esforços para adequação e melhoria deste nível de atenção á saúde dentro do Sistema Único de Saúde (SUS).

Esta avaliação está em consonância com as diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, que estimula o desenvolvimento de pesquisas que visem à avaliação dos serviços de saúde que atendem esta população, destacando que a APS constitui-se como

principal porta de entrada no SUS. Os resultados apresentados neste estudo refletem as respostas que o sistema de saúde está dando às necessidades e expectativas da população idosa.

De modo geral, os idosos entrevistados avaliam o atendimento recebido na atenção primária como mediano, segundo os valores dos escores Geral e Essencial. Dados semelhantes aos encontrados em um estudo realizado no Rio Grande do Norte que avaliou a qualidade da atenção primária sob a perspectiva do idoso (Araújo, 2014). Em ambos os estudos existe uma grande margem para melhoria da APS.

O atributo *Acesso ao Primeiro contato* quando comparados estudos realizados apresenta resultados não homogêneos (Araújo, 2014). Um estudo realizado em Porto Alegre, Cunha (2006) citado por (Araujo, 2014) encontrou alto escore no atributo acessibilidade tanto no modelo tradicional de atenção à saúde quanto nas Estratégias de Saúde da Família, com uma diferença significativa a favor desta última. O componente do *Acesso ao Primeiro contato*, a *Utilização* apresentou escore alto, este dado indica que a população percebe o serviço de APS como fonte de cuidado a cada novo problema ou novo episódio de um mesmo problema de saúde (Starfield, 2002; Saúde, 2010).

No entanto, o segundo componente que compõe o *Acesso ao Primeiro contato*, a *Acessibilidade* apresentou escore baixo. Segundo Starfield (2002) *Acessibilidade* refere-se a características da oferta e o acesso seria a forma como a população percebe a acessibilidade. Este escore deveria ser favorecido pela característica das unidades de saúde que os idosos estão cadastrados que são ESFs. As quais tem sua população adscrita, espera-se que a equipe tenha vínculo com os assistidos, pois esta característica aproxima a comunidade do serviço e o acolhimento pode ser um dispositivo para alcançar estes sujeitos (Paula, 2016).

Relacionando o escore do componente as frequências das respostas, podemos observar a presença de facilidade em acessar o serviço quando o idoso pensa ser necessário, no entanto, a presença significativa do desconhecimento do acesso ao serviço via ligação telefônica. O acesso a unidade via telefone pode facilitar o acesso para tirar dúvidas, bem como para agendar suas avaliações e procedimentos (Kontopantelis, 2010).

Esta discrepância entre os componentes do atributo *Acesso de primeiro contato*, também foram percebidas em outro estudo semelhante, apontando o fato de que apesar de os idosos utilizarem o serviço, e o perceberem como fonte de cuidado, ainda existem barreiras para um acesso adequado (Araújo, 2014).

Um estudo realizado em Montes Claros, MG (Oliva, 2015), avaliou a qualidade do serviço da ESF da cidade a partir da experiência de utilização dos usuários adultos, encontrando

escores satisfatórios no atributo *Longitudinalidade*. No presente estudo avaliação deste atributo também foi satisfatória refletindo uma relação de confiança entre os usuários e os profissionais de saúde (Starfield, 2002) (Saúde, 2010), como é possível observar na frequência de respostas negativas referentes à mudança de serviço se fosse possível e fácil.

A presença adequada da longitudinalidade é um fator essencial para ESF, pois como evidencia um estudo que avaliou a qualificação de profissionais da APS e a qualidade dos serviços, a presença deste atributo tende a levantar diagnósticos e tratamentos mais precisos, reduzir os encaminhamentos desnecessários para especialistas e para a realização de procedimentos de maior complexidade (Leão, 2011).

Oliva (Oliva, 2015) apresentou em seu estudo avaliação insatisfatória em relação a Integração de cuidado, e satisfatória em relação a sistema de informação. O presente estudo encontrou resultados inversos para o atributo Coordenação. A *Integração de cuidados* apresentou avaliação satisfatória demonstrando a existência de fluxo e acompanhamento dos idosos em relação aos encaminhamentos para atendimentos em outros níveis de atenção (Starfield, 2002; Saúde, 2010).

No entanto, o outro componente do atributo Coordenação, *Coordenação – sistema de informação* apresenta escore baixo, ao analisarmos as respostas referentes ao item que avalia este componente podemos observamos o desconhecimento dos usuários referentes ao acesso às informações relativas aos atendimentos realizados no serviço.

Em relação ao leque de serviços disponíveis e prestados pelo serviço de atenção primária, concebido como o atributo *Integralidade*, observamos escores abaixo do ideal. O componente *Integralidade – Serviços disponíveis* é um dos componentes com menores resultados neste estudo, ao observamos as respostas relativas a esse componente percebemos um elevado número de respostas negativas e a presença significativa do desconhecimento por parte da população idosa da oferta destes serviços na APS. Este dado corrobora com dados encontrados em outro estudo (Motta, 2011) evidenciando que no processo de trabalho das ESF uma parcela da população, incluindo a população idosa, não são incluídos nas ações programáticas e preconizadas pelo Ministério da Saúde. O rol de atividades previstas e de ações programadas para os profissionais das equipes de saúde da família é longo e variado, diferindo da prática assistencial habitual, podendo gerando frustração aos profissionais e desassistência aos usuários, caso o trabalho não seja efetivado em equipe e de forma intersetorial.

Destacamos como relevante na presente investigação às respostas referentes à existência do aconselhamento sobre mudanças que acontecem com o envelhecimento, a qual a maioria

dos idosos afirmaram a inexistência de aconselhamento e uma parcela significativa referiu desconhecimento do mesmo. Este dado apresenta fragilidade na APS a cerca do cuidados com os idosos. Segundo Lourenço (Lourenço, 2005), as instituições brasileiras de ensino superior ainda não despertaram para o atual processo de transição demográfica e epidemiológica, tão pouco incorporaram em seus cursos conteúdos que abordem a gerontologia, para formação de recursos humanos que respondam a crescente demanda de cuidado da população idosa. Com efeito, a frágil apropriação de conhecimentos da geriatria e gerontologia dificulta a abordagem de questões características da atenção ao idoso na APS (Motta, 2011).

Um estudo que avaliou a efetividade da atenção à pessoa idosa na APS, em município do Rio de Janeiro evidenciou que a capacitação de profissionais de saúde na ESF é insuficiente para a atenção à saúde do idoso, sendo necessário investir no desenvolvimento de competências para lidar com o desafio do envelhecimento, abrangendo a prevenção, a reabilitação e a melhor compreensão dos determinantes socioambientais do processo saúde/doença (Motta, 2011).

Com relação aos atributos derivados, os quais qualificam e especificam as ações dos serviços da APS, a avaliação do atributo *Orientação familiar* apresenta resultados medianos, ou seja, uma parcela considerável dos entrevistados percebe que a atenção recebida reconhece e considera o contexto familiar e potencializa o cuidado neste meio, utilizando ferramentas de abordagem familiar (Starfield, 2002) (Saúde, 2010).

No entanto, o segundo atributo derivado avaliado, *Orientação comunitária*, apresenta o menor escore específico do estudo, apontando para a ausência do reconhecimento por parte do serviço de saúde das necessidades em saúde da comunidade através do contato direto com a comunidade, expresso na relação de questionamento entre equipe de saúde e usuários do serviço, como base para o planejamento e a avaliação conjunta dos serviços (Starfield, 2002) (Saúde, 2010), este fato está associado com a realização das visitas domiciliares pela equipe de saúde.

Analisando os atributos derivados da APS, orientação familiar e orientação comunitária, observa-se que a equipe de saúde apresenta dificuldade em integrar a família e a comunidade no processo de cuidado. Segundo (Araujo, 2014), esta postura reforça a cultura de assistência curativa e centrada no indivíduo, não atendendo aos pressupostos da APS.

Os serviços de saúde que possuem uma APS fortalecida são mais efetivos visto que proporcionam uma atenção integral mais efetiva a população, maior preocupação e oferta de ações no sentido de envelhecer com saúde.

No Brasil a APS é definida como o primeiro nível de assistência dentro do sistema de

saúde, caracterizando-se, principalmente, pela continuidade e integralidade da atenção, além da coordenação da assistência dentro do próprio sistema, da atenção centrada na família, da orientação e participação comunitária e, da competência cultural dos profissionais. A associação encontrada no estudo de bons escores com o estado civil e moradia pode estar relacionado com o entendimento dos idosos casados, pela continuidade que receberam nas unidades, tendo em vista que tiveram filhos, receberam o cuidado continuado.

### **Conclusão**

O estudo identificou, de forma geral, uma avaliação mediana no atendimento recebido pelos idosos na APS, conforme o escore geral apresentado. Esta avaliação melhora em relação aos atributos essenciais da APS. Os atributos com maiores resultados foram Acesso de primeiro contato – Utilização, Longitudinalidade e Coordenação – Integração de Cuidado. E os atributos com menores resultados Orientação comunitária, Integralidade - Serviços disponíveis e Coordenação – Sistema de informação.

Desta forma, podemos observar que o contexto atual da saúde apresenta expansão e melhorias na Rede de Atenção à saúde. Cabe ainda o desenvolvimento e consolidação de ações que valorizem a atenção ao idoso no âmbito da APS, permitindo um trabalho mais resolutivo.

Neste sentido, faz-se necessário o desenvolvimento e a divulgação de serviços preventivos e promocionais de saúde no âmbito da APS objetivando a efetivação da atenção de forma longitudinal e cuidadora. Bem como a incorporação do conhecimento e de práticas em geriatria e gerontologia por parte da equipe da APS, como próprias ao seu fazer cotidiano, reservando apenas casos bem definidos e criteriosamente selecionados para o atendimento especializado em outros níveis de atenção do sistema de saúde.

A dificuldade em integrar a comunidade no processo de cuidado evidenciada neste estudo tanto pelos baixos escores observados na orientação comunitária, quanto no desconhecimento por parte da população ao acesso de informações sobre seus atendimentos, demonstra a presença do modelo tradicional de saúde, centrado na figura do médico e em atendimentos curativos, que não levam em consideração o âmbito comunitário, os determinantes sociais de saúde, a educação em saúde e a co-responsabilização do cuidado entre equipe de saúde, indivíduo, família e comunidade.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Araujo, J. P., Viera, C. S., Toso, B. R. G. O., et al.** Avaliação dos atributos de orientação familiar e comunitária na saúde da criança. *Acta Paul Enferm.* 2014. 27(5):440-6.
- Araújo, L. U. A., Gama, Z. A. S., Nascimento, F. L. A., et al.** Avaliação da qualidade da atenção primária à saúde sob a perspectiva do idoso. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2014. 19(8):3521-3532.
- Brasil, Ministério da Saúde.** Caderno de Auto-Avaliação nº 4. Equipe Saúde da Família. Brasília : Departamento de Atenção Básica, 2009. - Vol. 3. ed.
- Brasil, Ministério da Saúde.** Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool pcatool – Brasil. Brasília. 2010. p. 80.
- Harzheim, E., Oliveira, M. M. C., Agostinho, M. R., et al.** Validação do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: PCATool-Brasil adultos. *Rev Bras Med Fam Comunidade.* 2013. 8(29):274-84.
- Kontopantelis, E., Roland, M., Reeves, D.** Patient experience of access to primary care: identification of predictors in a national patient survey. *Family Practice.* 2010. 11:61.
- Leão, C. D. A., Caldeira, A. P.** Avaliação da associação entre qualificação de médicos e enfermeiros em atenção primária em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva,* 2011. 16(11). 4415-4423.
- Lourenço, R. A., Martins, C. S. F., Sanchez, M. A., et al.** Assistência ambulatorial geriátrica: hierarquização da demanda. *Rev Saúde Pública,* 2005. 39(2): 311-8.
- Motta, L. B., Aguiar, A. C., Caldas, C. P.** Estratégia Saúde da Família e a atenção ao idoso: experiências em três municípios brasileiros. *Cad. Saúde Pública.* 2011. 27(4):779-786.
- Oliva, A. C. D., Moura, C. M. R., Lima, C. A.** Avaliação dos atributos do cuidado primário de saúde na perspectiva do usuário. *Rev UNIABEU Belford Roxo.* 2015. 8(18).
- Oliveira, M. M. C., Harzheim, E., Riboldi, J., et al.** PCATool-ADULTO-BRASIL: uma versão reduzida. *Rev Bras Med Fam Comunidade.* 2013. 8(29):256-63.
- Paula, C. C., Silva, C. B., Tassinari, T. T., et al.** Fatores que interferem no acesso de primeiro contato na atenção primária à saúde: revisão integrativa. *J. res.: fundam. care.* Online. 2016. 8(1):4056-4078 .
- Shi, L., Starfield, B., Xu J.** Validating the adult primary care assessment tool. *J Fam Pract,* 2001. 50(2): 161-75.
- Starfield, B.** Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília. UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.
- Veras, R.** Em busca de uma assistência adequada à saúdedo idoso: revisão da literatura e

aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. Cad Saúde Pública. 2003. 19(3):705-715.

## 8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados do estudo propiciaram conhecer a população idosa do município de Ijuí-RS, especialmente, com relação a prevalência de fragilidade, o suporte social a pessoa idosa e a avaliação da atenção primária em saúde sob a perspectiva do idoso.

Este diagnóstico poderá subsidiar os gestores à proposição de políticas públicas que garantam o direito e o acesso a uma saúde de qualidade e resolutiva. Propiciando que a atenção em saúde seja realizada de forma integral. Os dados do estudo apontam que atualmente aproximadamente 60% dos idosos são pré-frágeis ou frágeis, caso esses idosos não recebam atenção resolutiva, esse número irá aumentar ainda mais, interferindo, primeiramente, na qualidade de vida dos idosos e das famílias, mas também ao nível da gestão, aumentando gastos com tratamentos, necessitando maior apoio social e uso de medicamentos. Existe uma urgência de intervenção neste sentido, buscando a consolidação de uma atenção que permita cuidados preventivos, reduzindo o número de idosos fragilizados.

Para tanto, é fundamental conhecer o processo de envelhecimento, o ciclo de fragilidade e os determinantes sócio-econômicos e culturais que determinam o processo saúde-doença do idoso para que as equipes saúde possam atender integralmente o idoso garantido a manutenção da capacidade funcional. Neste contexto, se coloca a necessidade de formação permanente dos profissionais de saúde para atender as demandas respeitando as especificidades da população no processo de planejamento do cuidado; bem como, capacitar tecnicamente os profissionais para a avaliação global do idoso; o que é de grande importância para a organização da demanda e a oferta de ações de saúde.

Cabe destacar, que as diretrizes curriculares dos cursos de graduação na área da saúde destacam a importância de uma formação com vistas ao envelhecimento populacional brasileiro. Contudo, poucos cursos apresentam uma proposta de formação voltada para atender a esta especificidade em qualquer nível de atenção a saúde. Neste sentido, é um grande desafio para os cursos de graduação formar profissionais com competências e habilidades para o cuidado a pessoa idosa nos diferentes níveis de atenção.

Outro aspecto relevante é a realização da avaliação dos serviços, avaliar o quanto o serviço está em ressonância com suas diretrizes é uma prática necessária para encontrar os pontos cruciais de melhorias na atenção. Permitindo assim desenvolver estratégias e proposições de fortalecimento do serviço que convergem com a percepção do usuário acerca do serviço.



## **ANEXOS**

## Anexo 1 - Protocolo de pesquisa



**UNIVERSIDADE REGIONAL DO NOROESTE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL**

Reconhecida pelo Portaria Ministerial nº 497 de 28/06/1985 - D.O.U 01/07/1985  
Regionalizada pela Portaria Ministerial nº 1626 de 10/11/1993 - D.O.U 11/11/1993 e nº 818 de 27/05/1994 - D.O.U 30/05/1994

PROTOCOLO DE PESQUISA					
DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS					
Sexo:	1. Masculino				
	2. Feminino				
Idade:			Data de nascimento:		
Estado civil:	1. Casado	2. União estável	3. Viúvo		
	4. Solteiro	5. Divorciado			
Escolaridade:	1. Analfabeto	2. Ensino fundamental incompleto	3. Ensino fundamental completo		
	4. Ensino médio incompleto	5. Ensino médio completo	6. Ensino superior incompleto		
	7. Ensino superior completo				
Renda familiar - <i>Qual a renda mensal das pessoas que moram em sua casa, incluindo o/a senhor/a?</i>	<1, 1 SM		1 a 3 SM	3,1 a 5,0 SM	
	5,1 a 10 SM		10 > SM		
Arranjo de moradia - <i>Com quem o/a senhor/a mora?</i>				Sim	Não
	1. Sozinho				
	2. Cônjuge				
	3. Filho(s)				
	4. Neto(s)				
	5. Bisneto(s)				
	6. Outros parentes				
	7. Pessoa de fora da família				
APOIO SOCIAL – MOS-SSS					
Se você precisar...	Nunca	Raramente	Às vezes	Quase sempre	Sempre
1. Com que frequência conta com alguém que o ajude, se ficar de cama?					
2. Com que frequência conta com alguém para leva-lo/a ao médico?					
3. Com que frequência conta com alguém para preparar suas refeições, se você não puder prepara-las?					
4. Com que frequência conta com alguém para ajuda-lo nas tarefas diárias, se você ficar doente?					
5. Com que frequência conta com alguém que lhe demonstre amor e afeto?					

6. Com que frequência conta com alguém que lhe dê um abraço?					
7. Com que frequência conta com alguém que você ame e faça se sentir querido?					
8. Com que frequência conta com alguém para lhe ouvir, quando você precisa falar?					
9. Com que frequência conta com alguém em quem confiar ou para falar de você ou sobre os seus problemas?					
10. Com que frequência conta com alguém para compartilhar suas preocupações e medos mais íntimos?					
11. Com que frequência conta com alguém que compreenda seus problemas?					
12. Com que frequência conta com alguém para lhe dar bons conselhos em uma situação de crise?					
13. Com que frequência conta com alguém para lhe dar informação que o/a ajude a compreender uma determinada situação/					
14. Com que frequência conta com alguém de quem você realmente quer conselhos?					
15. Com que frequência conta com alguém para dar sugestões sobre como lidar com um problema pessoal?					
16. Com que frequência conta com alguém para se divertir junto?					
17. Com que frequência conta com alguém com quem relaxar?					
18. Com que frequência conta com alguém com quem distrair a cabeça?					
19. Com que frequência conta com alguém com quem fazer coisas agradáveis?					

**INDICADORES DE FRAGILIDADE**

01. Perda de peso não intencional no último ano		Não		Sim. Quantos quilos? _____ Kg.
02. Fadiga	Sempre	Na maioria das vezes	Poucas vezes	Nunca/raramente
Senti que tive que fazer esforço para fazer tarefas habituais				
Não consegui levar adiante minhas coisas				
03. Força de prensão manual	1ª tentativa			
	2ª tentativa			
	3ª tentativa			
04. Velocidade da marcha	1ª tentativa			

	2ª tentativa				
	3ª tentativa				
05. Nível de atividade física	Sim	Não	Quantos meses no ano	Quantos dias na semana	Quantos minutos por dia
<b>Itens referentes à prática de exercícios físicos e esportes ativos</b>					
01. Faz caminhadas sem esforço, de maneira confortável, em parques, jardins, praças e ruas, na praia ou à beira-rio, para passear ou para se exercitar porque é bom para a saúde?					
02. Sobe escadas porque quer, mesmo podendo tomar o elevador (pelo menos um lance ou andar)?					
03. Pratica ciclismo por prazer ou vai trabalhar de bicicleta?					
04. Faz dança de salão?					
05. Faz ginástica, alongamento, yoga, tai-chi-chuan ou outra atividade desse tipo, dentro da sua casa?					
06. Faz ginástica, alongamento, yoga, tai-chi-chuan ou outra atividade desse tipo, numa academia, num clube, centro de convivência ou SESC?					
07. Faz hidroginástica na academia, num clube, centro de convivência ou SESC?					
08. Pratica corrida leve ou caminhada mais vigorosa?					
09. Pratica corrida vigorosa e contínua por períodos mais longos, pelo menos 10 minutos de cada vez?					
10. Faz musculação? (não importa o tipo).					
11. Pratica natação em piscinas grandes, dessas localizadas em clubes ou academias?					
12. Pratica natação em praia ou lago, indo até o fundo, até um lugar onde não dá pé?					
13. Joga voleibol?					
14. Joga tênis de mesa?					
15. Joga futebol?					
16. Atua como juiz de jogo de futebol?					
17. Pratica algum outro tipo de exercício físico ou esporte que eu não mencionei?  _____ (anotar)					
18. Além desse, o senhor (a) pratica mais algum?  _____ (anotar)					
<b>Itens referentes a tarefas domésticas</b>					
19. Realiza trabalhos domésticos leves? (tais como tirar o pó, lavar a louça, varrer, passar aspirador, consertar roupas)?					
20. Realiza trabalhos domésticos pesados? (tais como lavar e esfregar pisos e janelas, fazer faxina pesada, carregar sacos de lixo)?					
21. Cozinha ou ajuda no preparo da comida?					

22. <i>Corta grama com cortador elétrico?</i>					
23. <i>Corta grama com cortador manual?</i>					
24. <i>Tira o mato e mantém um jardim ou uma horta que já estavam formados?</i>					
25. <i>Capina, afofa a terra, aduba, cava, planta ou semeia para formar um jardim ou uma horta?</i>					
26. <i>Constrói ou conserta móveis ou outros utensílios domésticos, dentro de sua casa, usando martelo, serra e outras ferramentas?</i>					
27. <i>Pinta a casa por dentro, faz ou conserta encanamentos ou instalações elétricas dentro de casa, coloca azulejos ou telhas?</i>					
28. <i>Levanta ou conserta muros, cercas e paredes fora de casa?</i>					
29. <i>Pinta a casa por fora, lava janelas, mistura e coloca cimento, assenta tijolos, cava alicerces?</i>					
30. <i>Faz mais algum serviço, conserto, arrumação ou construção dentro de casa que não foi mencionado nas minhas perguntas?</i> <i>_____ (anotar)</i>					
31. <i>Além desse, o (a) senhor (a) faz mais algum?</i> <i>_____ (anotar)</i>					

### AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

#### INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

PCATool - Brasil versão Adulto

#### A – GRAU DE AFILIAÇÃO

**A1 – Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde onde você geralmente vai quando fica doente ou precisa de conselhos sobre a sua saúde?**

1  Não

2  Sim (Por favor, dê o nome e endereço)

Nome do profissional ou serviço de saúde:

Endereço:

**A2 – Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde que o/a conhece melhor como pessoa?**

1  Não

2  Sim, mesmo médico/enfermeiro/serviço de saúde que acima

3  Sim, médico/enfermeiro/serviço de saúde diferente (Por favor, dê o nome e endereço)

Nome do profissional ou serviço de saúde:

Endereço:

**A3 – Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde que é mais responsável por seu atendimento de saúde?)**

1  Não

2  Sim, mesmo que A1 & A2 acima.

3  Sim, o mesmo que A1 somente.

4  Sim, o mesmo que A2 somente.

5  Sim, diferente de A1 & A2 (Por favor, dê o nome e endereço).

Nome do profissional ou serviço de saúde:

Endereço:

**Para o entrevistador: IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE OU MÉDICO/ENFERMEIRO A SER AVALIADO**

AGORA, o **entrevistador** identifica o serviço de saúde que será avaliado, conforme as orientações abaixo:

--- Se o entrevistado indicou o mesmo serviço de saúde nas três perguntas, continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde. (Preencha o item **A5**).

--- Se o entrevistado respondeu duas perguntas iguais, continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde (Preencha o item **A5**).

--- Se todas as respostas forem diferentes, continue o restante do questionário sobre o médico/ enfermeiro ou serviço de saúde identificado na pergunta A1 (Preencha o item **A5**).

--- Se o entrevistado respondeu NÃO a duas perguntas, continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde identificado na pergunta à qual o entrevistado respondeu SIM. (Preencha o item **A5**).

--- Se o entrevistado responder NÃO à pergunta A1 e indicar respostas diferentes para as perguntas A2 e A3, continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde indicado na respostas A3 (Preencha o item **A5**).

--- Se o entrevistado respondeu NÃO a todas as três perguntas, por favor pergunte o nome do último médico/enfermeiro ou serviço de saúde onde a criança consultou e continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde (Preencha o item **A4 e A5**).

**A4** - Nome do médico/enfermeiro ou serviço de saúde procurado pela última vez:

**Esclareça ao entrevistado que:**

**A partir de agora, todas as perguntas seguintes serão sobre o(a):**

**A5** - \_\_\_\_\_

("nome do médico/enfermeiro/serviço de saúde"). (Vá para a **Seção B**)

INTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA  
PCATool – Brasil versão Adulto  
B – ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO – UTILIZAÇÃO  
*Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta*

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
B2 – Quando você tem um novo problema de saúde, você vai ao seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” antes de ir a outro serviço de saúde?	4	3	2	1	9

INTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA  
PCATool – Brasil versão Adulto  
C – ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO - ACESSIBILIDADE  
*Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta*

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
C4 – Quando o seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/ enfermeiro” está aberto, você consegue aconselhamento rápido pelo telefone se precisar?	4	3	2	1	9
C11 – É difícil para você conseguir atendimento médico do seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” quando pensa que é necessário?	4	3	2	1	9

INTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA  
PCATool – Brasil versão Adulto

D - LONGITUDINALIDADE					
<i>Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta</i>					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
D1 – Quando você vai ao seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro”, é o mesmo médico ou enfermeiro que atende você todas às vezes?	4	3	2	1	9
D6 – Você se sente à vontade contando as suas preocupações ou problemas ao seu “médico/enfermeiro”?	4	3	2	1	9
D9 – O seu “médico/enfermeiro” sabe quais problemas são mais importantes para você?	4	3	2	1	9
D14 – Você mudaria do “nome do serviço de saúde / ou nome médico/ enfermeiro” para outro serviço de saúde se isto fosse muito fácil de fazer?	4	3	2	1	9
INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PCATool – Brasil versão Adulto E – COORDENAÇÃO – INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS <i>Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta</i>					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
E2 – O “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” sugeriu (indicou, encaminhou) que você fosse consultar com este especialista ou serviço especializado?	4	3	2	1	9
E6 – O seu “médico/enfermeiro” escreveu alguma informação para o especialista, a respeito do motivo desta consulta?	4	3	2	1	9
E7 – O “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” sabe quais foram os resultados desta consulta?	4	3	2	1	9
E9 – O seu “médico/enfermeiro” pareceu interessado na qualidade do cuidado que lhe foi dado (lhe perguntou se você foi bem ou mal atendido por este especialista ou serviço especializado)?	4	3	2	1	9
INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PCATool – Brasil versão Adulto F – COORDENAÇÃO – SISTEMA DE INFORMAÇÕES <i>Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta</i>					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
F3. Você poderia ler (consultar) o seu prontuário/ficha se quisesse no “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro”?	4	3	2	1	9
INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PCATool – Brasil versão Adulto G – INTEGRALIDADE – SERVIÇOS DISPONÍVEIS <i>Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta</i>					
<b>A seguir, apresentamos uma lista de serviços/orientações que você e sua família ou as pessoas que utilizam esse serviço podem</b>					

**necessitar em algum momento.**

Indique, por favor, se no “nome do serviço/ou nome do médico/enfermeiro” esses serviços ou orientações estão disponíveis:

(Repetir a cada 3-4 itens: “Está disponível no “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro”)

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
G9 – Aconselhamento para problemas de saúde mental.	4	3	2	1	9
G17 – Aconselhamento sobre como parar de fumar.	4	3	2	1	9
G20 – Aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento (ex.: diminuição da memória, risco de cair).	4	3	2	1	9

**INTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

PCATool – Brasil versão Adulto

H – INTEGRALIDADE – SERVIÇOS PRESTADOS

*Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta*

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
H1– Conselhos sobre alimentação saudável ou sobre dormir suficientemente.	4	3	2	1	9
H5 – Conselhos a respeito de exercícios físicos apropriados para você.	4	3	2	1	9
H7 – Verificar e discutir os medicamentos que você está tomando	4	3	2	1	9
H11 – Como prevenir quedas.	4	3	2	1	9

**INTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

PCATool – Brasil versão Adulto

I – ORIENTAÇÃO FAMILIAR

*Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta*

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
I1 – O seu “médico/enfermeiro” lhe pergunta sobre suas idéias e opiniões (sobre o que você pensa) ao planejar o tratamento e cuidado para você ou para um membro da sua família?	4	3	2	1	9
I3 – O seu “médico/enfermeiro” se reuniria com membros de sua família se você achasse necessário?	4	3	2	1	9

**INTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

PCATool – Brasil versão Adulto

J – ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA

*Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta*



Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, Não	Com certeza, não	Não sei / não lembro
<b>O “nome do serviço de saúde/ ou nome médico/enfermeiro”</b>					
J4 – Faz pesquisas com os pacientes para ver se os serviços estão satisfazendo (atendendo) as necessidades das pessoas?	4	3	2	1	9

## Anexo 2 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE REGIONAL DO NOROESTE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

Reconhecida pelo Portaria Ministerial nº 497 de 28/06/1985 – D.O.U 01/07/1985  
Regionalizada pelas Portarias Ministeriais nº 1626 de 10/11/1993 – D.O.U 11/11/1993 e nº 818 de 27/05/1994 – D.O.U 30/05/1994

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Senhor (a)

Estamos desenvolvendo uma pesquisa cujo título é **“A Saúde do Idoso na Atenção Primária de Saúde”**. Este trabalho é fruto de estudos no Programa de Pós-Graduação *stricto sensu* (*Mestrado*) em Atenção Integral à Saúde nas Universidades UNIJUI/UNICRUZ – Associação ampla e tem como objetivos avaliar o suporte social da pessoa idosa; investigar indicadores de fragilidade na população idosa do município de Ijuí; e avaliar a presença e extensão dos atributos d Atenção Primária de Saúde aos idosos do município de Ijuí.

A metodologia utilizada para a realização da pesquisa prevê a utilização de instrumentos de entrevista e protocolos validados, esses não provocam constrangimentos ou qualquer exposição de ordem moral e ética. O exame físico prevê medir a força de preensão palmar, um teste que mensura a velocidade de deslocamento através da cronometragem do tempo de caminhada num percurso de 4,5 metros. Os testes realizados não colocam em risco a integridade psíquica e física do idoso.

Com relação aos benefícios a pesquisa identificará indicadores de apoio social, fragilidade de idosos e presença e extensão dos atributos da Atenção Primária os quais irão contribuir para o desenvolvimento de modelos de rastreamento e diagnóstico da síndrome da fragilidade eficientes e capazes de identificar, precocemente, condições que podem gerar incapacidades. Além disso, o diagnóstico dos idosos do município de Ijuí, com relação à fragilidade, bem como o diagnóstico da Rede de Atenção Primária poderá apoiar os gestores e trabalhadores no planejamento de ações de saúde que possam reduzir estes indicadores prevenindo dependência e promovendo qualidade de vida.

O Estudo foi projetado de acordo com as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos segundo a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº. 466/2012 e avaliado pelo Comitê de Ética da UNIJUI.

Esta pesquisa será feita através de um protocolo de pesquisa cujos dados, posteriormente, serão transcritos e analisados. Os dados serão utilizados apenas para fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa, podendo você ter acesso as suas informações e realizar qualquer modificação no seu conteúdo, se julgar necessário. Todos os documentos ficarão sob a responsabilidade da pesquisadora principal, por um período de cinco anos e após serão deletadas e/ou incineradas.

Nós pesquisadores garantimos o que seu anonimato está assegurado e as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados a este projeto de pesquisa.

Você tem liberdade para recusar-se a participar da pesquisa, ou desistir dela a qualquer momento sem que haja constrangimento, podendo você solicitar que as informações sejam desconsideradas no estudo.

Mesmo participando da pesquisa poderá recusar-se a responder as perguntas ou a quaisquer outros procedimentos que ocasionem constrangimento de qualquer natureza.

Está garantido que você não terá nenhum tipo de despesa financeira durante o desenvolvimento da pesquisa, como também, não será disponibilizada nenhuma compensação financeira.

Eu, **Evelise Moraes Berlezi**, bem como **Adriane Cristina Bernat Kolankiewicz e Carolina Baldissera Gross** assumimos toda e qualquer responsabilidade no decorrer da investigação e garantimos que as informações somente serão utilizadas para esta pesquisa, podendo os resultados vir a ser publicados.

Se houver dúvidas quanto à sua participação poderá pedir esclarecimento a qualquer um de nós, nos endereços e telefones abaixo:

Evelise M. Berlezi Floriano Peixoto, 541/ ap 03 Centro/ Ijuí (RS) Telefone: (055) 9608.9699	Carolina Baldissera Gross Rua Goiás, 417 Assis Brasil/ Ijuí (RS) Telefone: (055) 9603.3683	Adriane C. B. Kolankiewicz Rua Tiradentes, 231/ ap 804 Centro/ Ijuí (RS) Telefone: (55) 8111.6030
--	---	--

Ou ao Comitê de Ética em Pesquisa da UNIJUI - Rua do Comércio, 3.000 - Prédio da Biblioteca - Caixa Postal 560 - Bairro Universitário - Ijuí/RS - 98700-000. Fone (55) 3332-0301, e-mail: [cep@unijui.edu.br](mailto:cep@unijui.edu.br).

O presente documento foi assinado em duas vias de igual teor, ficando uma com o entrevistado ou responsável legal e a outra com os pesquisadores.

Eu, \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_, ciente das informações recebidas concordo em participar da pesquisa, autorizando-os a utilizarem as informações por mim concedidas e/ou os resultados alcançados.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do entrevistado  
dactiloscópica



Impressão

\_\_\_\_\_  
Evelize M. Berlezi  
CPF 626879300-59  
Ijuí /RS

\_\_\_\_\_  
Adriane C. B. Kolankiewicz  
CPF 774.093.960-01

\_\_\_\_\_  
Carolina Baldissera Gross  
CPF 004548920-39

### Anexo 3 – Autorização da Secretaria Municipal de Saúde para a realização da Pesquisa



MUNICÍPIO DE IJUÍ – PODER EXECUTIVO

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE



Ijuí, 03 de Novembro de 2014.

Em resposta ao ofício 013/2014 PPGAIS de pedido de solicitação de autorização para pesquisa, a Secretaria Municipal da Saúde representada por sua secretária Alexandra Lentz autoriza a coleta de dados por parte da pesquisadora **Carolina Baldissera Gross** para a pesquisa intitulada “A Saúde do idoso na atenção básica”, que tem como orientadora a Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup> .Evelise Berlezi.

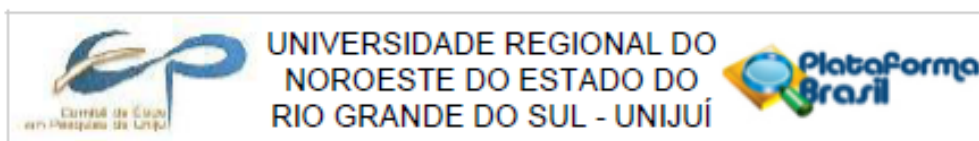
Estando mestrande e professora orientadora cientes dos aspectos legais que envolvem esse tipo de pesquisa desejamos um ótimo trabalho.

Atenciosamente,

Alexandra Lentz

Secretária Municipal de Saúde de Ijuí.

## Anexo 4 – Parecer consubstanciado do Comitê de Ética e Pesquisa



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** A SAÚDE DO IDOSO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

**Pesquisador:** CAROLINA BALDISSERA GROSS

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 38494514.8.0000.5350

**Instituição Proponente:** Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul - UNIJUI

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 961.205

**Data da Relatoria:** 19/02/2015

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de mestrado do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Atenção Integral à Saúde proposto pela aluna Carolina Baldissera Gross intitulado "A Saúde do Idoso na Atenção Primária" sob a orientação da Profa Dra. Evelise Moraes Berlezi e coorientação da Profa. Dra. Adriane B. Kolankiewicz. O trabalho constitui-se de um estudo observacional, transversal, analítico, de base populacional.

#### Objetivo da Pesquisa:

O objetivo geral do projeto é analisar a relação entre cuidado prestado ao idoso ofertado pelos profissionais atuantes nas Estratégias de Saúde da Família do município de Ijuí, RS/Brasil com as demandas da população idosa, assim como, avaliar a presença e a extensão dos atributos da Atenção Primária de Saúde aos idosos do município de Ijuí/RS/BR, utilizando o instrumento PCATool-Brasil versão usuário adulto.

Os objetivos específicos são: (a) Caracterizar o perfil sociodemográfico e condições de saúde dos idosos residentes em áreas adscritas as ESFs (estratégias de saúde da família) da região urbana do Município de Ijuí; (b) Mensurar o apoio social percebido por idosos; (c) Estabelecer o fenótipo de fragilidade dos idosos do município e; (d) Analisar a relação entre o apoio social percebido, características sócio-demográficas e condições de saúde do idoso.

Endereço:	Rua do Comércio, 3.000	CEP:	98.700-000
Bairro:	Universitário		
UF:	RS	Município:	IJUI
Telefone:	(55)3332-0301	Fax:	(55)3332-0331
		E-mail:	cep@unijui.edu.br



Continuação do Parecer: 961.205

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos**

Segundo o projeto, a metodologia do estudo prevê a utilização de instrumentos de entrevista e protocolos validados, esses não provocam constrangimentos ou qualquer exposição de ordem moral e ética. O exame físico prevê medir a força de preensão palmar, um teste que mensura a velocidade de deslocamento através da cronometragem do tempo de caminhada num percurso de 4,5 metros. Os testes realizados não colocam em risco a integridade psíquica e física do idoso.

**Benefícios**

O projeto pode contribuir para o desenvolvimento de modelos de rastreamento e diagnóstico da síndrome da fragilidade eficientes e capazes de identificar, precocemente, condições que podem gerar incapacidade, assim como, o diagnóstico dos idosos do município de Ijuí, com relação à fragilidade poderá apoiar os gestores e trabalhadores no planejamento de ações de saúde que possam reduzir estes indicadores prevenindo dependência e promovendo qualidade de vida.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa relevante, pois pode-se desenvolver um mapeamento diagnóstico populacional dos idosos do município em questão com o foco na fragilidade, auxiliando gestores no planejamento de ações de saúde, com vistas a qualidade de vida.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

O projeto consta com bom referencial teórico, aspectos éticos, riscos e benefícios da pesquisa, metodologia, cronograma e orçamento coerentes.

O Lattes das pesquisadoras encontram-se atualizados e anexados à plataforma.

Consta o instrumento de coleta de dados, termo de ciência do orientador, folha de rosto, autorização da secretária municipal da saúde do município de Ijuí/RS.

O TCLE está de acordo com o que preconiza as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos segundo a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) no. 466/2012 com as devidas assinaturas.

**Recomendações:**

Sem recomendações.

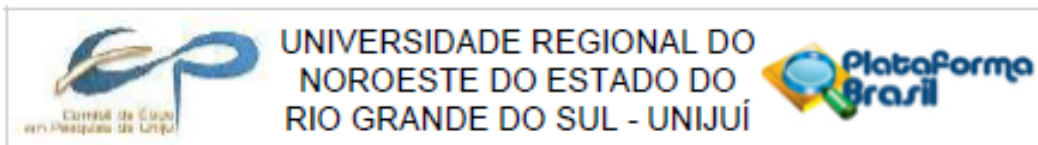
**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Sem pendências ou inadequações.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

Endereço: Rua do Comércio, 3.000  
Bairro: Universitário CEP: 98.700-000  
UF: RS Município: IJUI  
Telefone: (55)3332-0301 Fax: (55)3332-0331 E-mail: cep@unijui.edu.br



Continuação do Parecer: 061.205

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O Comitê de Ética em Pesquisa da UNIJUÍ acompanha o parecer do relator.

IJUI, 24 de Fevereiro de 2015

---

Assinado por:  
Anna Paula Bagetti Zeifert  
(Coordenador)

Endereço: Rua do Comércio, 3.000  
Bairro: Universitário CEP: 98.700-000  
UF: RS Município: IJUI  
Telefone: (55)3332-0301 Fax: (55)3332-0331 E-mail: cep@unijui.edu.br