

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS**

**Cíntia Araújo Matos de Aragão Fonsêca**

**Análise de prevalência das principais síndromes geriátricas segundo gênero no contexto  
da Atenção Primária à Saúde**

**Montes Claros – Minas Gerais**

**2022**

**Cíntia Araújo Matos de Aragão Fonsêca**

**Análise de prevalência das principais síndromes geriátricas segundo gênero no  
contexto da Atenção Primária à Saúde**

**Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde (PPGCS) da Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes), como parte das exigências para a obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.**

**Área de Concentração:** Saúde Coletiva

**Linha de Pesquisa:** Epidemiologia Populacional e Molecular

**Orientador:** Prof. Dr. Antônio Prates Caldeira

**Montes Claros – Minas Gerais**

**2022**

## **UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS-UNIMONTES**

Reitor: Prof. Antonio Alvimar Souza

Vice-reitora: Profa. Ilva Ruas de Abreu

Pró-reitora de Pesquisa: Profa. Clarice Diniz Alvarenga Corsato

Coordenadoria de Controle e Acompanhamento de Projetos: Virgílio Mesquita Gomes

Coordenadoria de Iniciação Científica: Profa. Sônia Ribeiro Arrudas

Coordenadoria de Inovação Tecnológica: Profa. Sara Gonçalves Antunes de Souza

Pró-reitor de Pós-graduação: Prof. André Luiz Sena Guimarães

Coordenadoria de Pós-graduação Lato-sensu: Prof. Marcelo Perim Baldo

Coordenadoria de Pós-graduação Stricto-sensu: Marcos Flávio Dângelo

## **PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

Coordenador: Prof. Alfredo Maurício Batista de Paula

Subcoordenador: Prof. Renato Sobral

F676a

Fonsêca, Cíntia Araújo Matos de Aragão.

Análise de prevalência das principais síndromes geriátricas segundo gênero no contexto da atenção primária à saúde. [manuscrito] / Cíntia Araújo Matos de Aragão Fonsêca – Montes Claros, 2022.

111 f. : il.

Inclui Bibliografia.

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Montes Claros - Unimontes, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde/PPGCS, 2022.

Orientador: Prof. Dr. Antônio Prates Caldeira.

1. Idosos - Saúde e higiene. 2. Envelhecimento - Prevenção. 3. Síndromes. 4. Geriatria. 5. Cuidados primários de saúde. 6. Estratégia Saúde da Família (Brasil). 7. Agentes comunitários de saúde – Cartilhas. I. Caldeira, Antônio Prates. II. Universidade Estadual de Montes Claros. III. Título.



**GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS**

**Universidade Estadual de Montes Claros**

**Mestrado e Doutorado em Ciências da Saúde**

**Anexo nº folha aprovação Cíntia Araújo/UNIMONTES/PRPG/PPGCS/2022**

**PROCESSO Nº 2310.01.0010184/2022-92**

DATA DA DEFESA:23/05/2022

**NOME DO(A) DISCENTE: CÍNTIA ARAÚJO MATOS DE ARAGÃO FONSECA**

( x ) Mestrado Acadêmico em Ciência Da Saúde

( ) Doutorado Acadêmico em Ciências Da Saúde

**TÍTULO DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO (TCC):**

"ANÁLISE DE PREVALÊNCIA DAS PRINCIPAIS SÍNDROMES GERIÁTRICAS SEGUNDO GÊNERO NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE "

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO:

Saúde Coletiva

LINHA DE PESQUISA:

Epidemiologia Populacional e Molecular

**Banca Membros Titulares**

Prof. Dr.Antônio Prates Caldeira- ORIENTADOR - participação à distância por videoconferência

Profº.Dr. João Felício Rodrigues Neto - participação à distância por videoconferência

Profª. Drª.Welma Wilde Cunha Coelho Amorim - participação à distância por videoconferência

**Banca Membros Suplentes**

Prof. Drª.Carla Silvana Oliveira e Silva

Profª.Drª. Pollyanna Viana Lima

A análise realizada pelos membros examinadores da presente defesa pública de TCC teve como resultado parecer de:

[ X ] APROVAÇÃO                      [ ] REPROVAÇÃO



Documento assinado eletronicamente por **Antonio Prates Caldeira, Professor**, em 07/06/2022, às 20:49, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 47.222, de 26 de julho de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Carla Silvana de Oliveira e Silva, Professor(a)**, em 02/08/2022, às 09:24, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 47.222, de 26 de julho de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **João Felício Rodrigues Neto, Professor(a)**, em 03/08/2022, às 09:33, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 47.222, de 26 de julho de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **WELMA WILDES CUNHA COELHO AMORIM, Usuário Externo**, em 02/09/2022, às 07:06, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 47.222, de 26 de julho de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [http://sei.mg.gov.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](http://sei.mg.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **47575413** e o código CRC **30B8167D**.

Dedico este trabalho a toda minha família, por todo afeto, acolhimento e paciência durante esta trajetória. Ao meu esposo João de Aragão, por acreditar, apoiar e ser meu ponto de calma nos momentos conturbados. Aos meus filhos, Kito, Caio, João e Davi, por serem minha motivação para seguir sempre em frente. Aos meus pais, Margarida e Renan, por todo amor, carinho e dedicação, sempre presentes e ao meu lado. Às minhas irmãs Sheila e Shirlei, pelos aplausos, incentivo, escuta e os risos largos. Ao meu sogro, Paulino Fonsêca (In memoriam), pelo seu exemplo de amor e dedicação a família, pelos ensinamentos e experiências de força, luta e desbravamento, compartilhados em vida.

## AGRADECIMENTOS

A Deus, por ser fonte constante de força e amor. Por me fazer lembrar sempre que tudo tem o seu tempo determinado e há tempo para todo o propósito debaixo do céu.

À minha família, por me permitirem sempre a liberdade de escolha, por me apoiarem, por me motivarem a lutar pelos meus objetivos. O caminho sempre foi muito difícil, quando tudo era só sonho, vocês nunca deixaram de me encorajar.

Ao meu marido, meu maior incentivador, companheiro, que sempre acreditou em mim e não me permitiu abandonar. Me deu forças e depositou em mim coragem e confiança em afirmar de que seria possível concluir.

Aos meus filhos, por entenderem minha falta e pelo amor que não consigo descrever em palavras. Obrigada pelo apoio, amor, carinho e compreensão. Eu nada seria sem vocês.

Agradeço a Unimontes, especialmente, a todos/as os/as professores que me acompanharam durante o mestrado, vocês foram fundamentais para o meu crescimento pessoal e profissional. Agradeço, em especial, ao Professor Antônio Caldeira pela orientação, dedicação, paciência, comprometimento e tantos ensinamentos compartilhados. Você foi fundamental para que todo processo fosse um pouco mais leve.

Aos meus colegas dos grupos de estudos interdisciplinares, em particular, Marília, Aldimar e Raquel, que de uma forma ou de outra, não me deixaram desistir, estimulando, compartilhando e dividindo suas experiências. Agradeço também aos colegas da Universidade Federal da Bahia, em especial, Fernanda Matuck e Hebert que se juntaram a mim nesta trajetória e tornaram essa caminhada menos íngreme. Dizem que caminhar junto é muito mais prazeroso e vocês me provaram isso.

A todos, Espero que orgulhem-se do meu percurso.



### **Não tenho medo de envelhecer**

*"Eu não tenho medo dos anos e não penso em velhice. E digo prá você: não pense. Nunca diga estou envelhecendo ou estou ficando velha.  
Eu não digo. Eu não digo que estou ouvindo pouco. É claro que quando preciso de ajuda, eu digo que preciso.  
Procuro sempre ler e estar atualizada com os fatos e isso me ajuda a vencer as dificuldades da vida.  
O melhor roteiro é ler e praticar o que lê. O bom é produzir sempre e não dormir de dia. Também não diga prá você que está ficando esquecida, porque assim você fica mais.  
Nunca digo que estou doente, digo sempre: estou ótima. Eu não digo nunca que estou cansada.  
Nada de palavra negativa.  
Quanto mais você diz estar ficando cansada e esquecida, mais esquecida fica. Você vai se convencendo daquilo e convence os outros. Então silêncio! Sei que tenho muitos anos.  
Sei que venho do século passado, e que trago comigo todas as idades, mas não sei se sou velha não.  
Você acha que eu sou? Tenho consciência de ser autêntica e procuro superar todos os dias minha própria personalidade, despedaçando dentro de mim tudo que é velho e morto, pois lutar é a palavra vibrante que levanta os fracos e determina os fortes.  
O importante é semear, produzir milhões de sorrisos de solidariedade e amizade.  
Procuro semear otimismo e plantar sementes de paz e justiça.  
Digo o que penso, com esperança. Penso no que faço com fé.  
Faço o que devo fazer, com amor.  
Eu me esforço para ser cada dia melhor, pois bondade também se aprende."*

*Cora Coralina*

## RESUMO

O envelhecimento populacional é uma realidade em todos os países do mundo. No Brasil, o processo de envelhecimento tem ocorrido de forma acelerada e levantando inúmeros desafios para prestação do cuidado a esse grupo populacional. Para além dos problemas de saúde que a população idosa enfrenta, existe um conjunto de síndromes que possuem maior ocorrência durante o envelhecimento e impactam na funcionalidade e autonomia da pessoa idosa. Embora o processo de envelhecimento tenha sido uma realidade em ambos os gêneros, mulheres idosas possuem maior sobrevida e maior ocorrência de problemas de saúde. Esta dissertação teve como objetivo principal analisar a prevalência das principais síndromes geriátricas em idosos assistidos por equipes da Atenção Primária à Saúde, com análise segundo gênero. Buscando dar conta dos objetivos propostos, foram elaborados dois produtos técnicos-científicos: o primeiro trata-se um estudo transversal com idosos cadastrados e acompanhados pelas equipes da ESF da cidade de Montes Claros, norte do estado de Minas Gerais, Brasil que objetivou analisar a frequência das principais síndromes geriátricas entre idosos assistidos por equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), explorando a associação entre os gêneros através dos instrumentos *Brazilian Older Americans Resources and Services MultiDimensional Function Assesment Questionnaire* (BOMFAQ) e o Índice de Vulnerabilidade Clínico-funcional (IVCF-20). A magnitude das associações entre gênero e síndromes geriátricas foi estimada a partir das *Odds Ratios* e seus respectivos intervalos de confiança de 95%. Os resultados apontam que a hipertensão foi a morbidade autorrelatada mais frequente e a iatrogenia a síndrome geriátrica mais comum em ambos os gêneros, entretanto, mulheres idosas apresentaram chances significativamente maiores de imobilidade (OR=1,63; IC95%=1,24-2,13), incapacidade cognitiva (OR=1,44; IC95%=1,05-1,99), instabilidade postural (OR=1,56; IC95%=1,25-1,94), incontinência esfincteriana (OR=1,40; IC95%=1,05-1,87) e iatrogenia (OR=1,69; IC95%=1,36-2,10). O segundo produto dessa dissertação trata-se de um produto documental em formato de cartilha didática destinada a cuidadores, Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e pessoas interessadas no cuidado à pessoa idosa com objetivo de apresentar informações acessíveis das chamadas “Síndromes geriátricas”: definições, fatores de riscos e dicas importantes que possam melhorar a qualidade de vida da população idosa, visando facilitar a consulta, mostrar dicas para o dia a dia e auxiliar no esclarecimento de dúvidas sobre condições comuns no cuidado à pessoa idosa no que tange às essas síndromes. Os resultados apresentados nesta

dissertação reforçam a existência de diferenças no processo de adoecimento de idosos e idosas, indicando o impacto da feminização da velhice na carga de doenças nesse grupo. Ao mesmo tempo, evidencia o papel e a importância que estratégias de educação e informação em saúde podem assumir para divulgação da temática.

Palavras-chave: Saúde do idoso; Envelhecimento; Feminização; Geriatria; Atenção Primária à Saúde.

## ABSTRACT

Population aging is a reality in all countries of the world. In Brazil, the aging process has occurred in an accelerated way and raising the challenges for the execution of the population group. In addition to the problems that the population faces, there is a set of syndromes that have a greater occurrence during aging and the impact on the functionality of the elderly. Although the aging process has been a reality in both sexes, elderly women have survival rates and a higher occurrence of health problems. The main objective of this dissertation was to analyze the prevalence of the main geriatric syndromes in elderly people assisted by Primary Health Care teams, with analysis according to sex. Seeking to account for the proposed objectives, they were prepared by two technical-scientific products: the first is a cross-sectional study with registered students and monitored by the ESF teams in the city of Montes Claros, north of the state of Minas Gerais, Brazil, which aimed to study the frequency of the main geriatric syndromes among the elderly assisted by teams of the Family Health Strategy (ESF), exploring the association between genders through the instruments Brazilian Older Americans Resources and Services MultiDimensional Function Assesment Questionnaire (BOMFAQ) and the Clinical-Functional Vulnerability Index (IVCF-20). The magnitude of the associations between genre and geriatric syndromes was estimated from the Odds Ratios and their respective 95% confidence intervals. The results indicate that hypertension was the most frequent self-reported morbidity and iatrogenesis the most common geriatric syndrome in both genders, however, elderly women had significantly higher chances of immobility (OR=1.63; 95%CI=1.24-2.13), cognitive disability (OR=1.44; 95%CI=1.05-1.99), postural instability (OR=1.56; 95%CI=1.25-1.94), sphincter incontinence (OR =1.40; 95%CI=1.05-1.87) and iatrogenics (OR=1.69; 95%CI=1.36-2.10). The second product of this dissertation is a documental product in the form of a didactic booklet intended for caregivers, Community Health Agents (CHA) and people interested in caring for the elderly in order to present accessible information on the so-called "Geriatric Syndromes": definitions, risk factors and important tips that can improve the quality of life of the elderly population, aiming to facilitate consultation, show tips for everyday life and assist in clarifying doubts about common conditions in the care of the elderly with regard to these syndromes. The results presented in this dissertation reinforce the existence of differences in the illness process of elderly and elderly women, indicating the impact of the feminization of old age on the burden of disease in this group. At the

same time, it highlights the role and importance that health education and information strategies can assume for the dissemination of the theme.

**Keywords:** Elderly health; Aging; Feminization; Geriatrics; Primary Health Care.

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
AVDB	Atividades de Vida Diária Básicas
AVDI	Atividades de Vida Diária Instrumentais
AVDs	Atividades de Vida Diária
BOMFAQ	<i>Brazilian Older Americans Resources and Services MultiDimensional Function Assesment Questionnaire</i>
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CME	Central de Material e Esterilização
CORF	Clínica de Ortopedia Reumatologia e Fisioterapia
ESF	Estratégia de Saúde da Família
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FNI	Fórum Nacional do Idoso
HGVC	Hospital Geral de Vitória da Conquista
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Intervalo de Confiança
IVCF-20	Índice de Vulnerabilidade Clínico-funcional
MMSE	<i>Mini Mental State Examination</i>
OARS	<i>Older Americans Resources and Services</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OR	Odds Ratios
PNSI	Política Nacional de Saúde do Idoso
PPGCS	Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde
PNSPI	Política Nacional da Pessoa Idosa
QRP	Questionário de Rastreamento Psicogeriátrico
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo Consentimento Livre e Esclarecido
UFBA	Universidade Federal da Bahia
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	14
1 INTRODUÇÃO	17
2 OBJETIVOS	26
2.1 Objetivo geral	26
2.2 Objetivos específicos	26
3 MÉTODOS	27
4 PRODUTOS	31
4.1 Produto 1 – Artigo a ser submetido a Revista Ciência e Saúde Coletiva	32
4.2 Produto 2 – Cartilha didática	50
5 CONCLUSÃO	51
6 REFERÊNCIAS	53
APÊNDICES	58
APÊNDICE A – Produto 2 Cartilha didática	58
APÊNDICE B – Produto 3 Resumo Congresso	96
ANEXOS	98
ANEXO A – Instrumento BOMFAQ	98
ANEXO B – Instrumento IVCF-20	107
ANEXO C - Aprovação do CEP	109

## APRESENTAÇÃO

Esse texto trata-se de uma dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde (PPGCS) da Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes) como requisito para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde. A princípio, torna-se relevante apontar quem eu sou e os caminhos e percursos que foram construídos até o presente momento e que me permitiram chegar até aqui.

Meu nome é Cíntia Araújo Matos de Aragão Fonsêca, sou mulher, filha, mãe, avó, esposa e profissional de saúde. Sou graduada em Enfermagem pela Universidade Federal da Bahia (UFBA) com ano de conclusão em 2005, período no qual tive a oportunidade de construir laços, aprender e me apaixonar pela minha profissão. Foi também um período marcado pela construção do que entendo como saúde e como cuidado. Após minha formação tive algumas experiências profissionais e em 2013 entendi a necessidade de aprimorar meus conhecimentos e então, propus-me a realizar uma pós-graduação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) para enfermeiros pois já atuava nessa área. No ano seguinte fiz pós-graduação em Enfermagem Dermatológica, procurando aperfeiçoar-me nos tratamentos de feridas, minha grande paixão. E em 2017, ingressei na especialização em Estomaterapia, foram nesses períodos, que me aproximei ainda mais da população idosa.

Do ponto de vista profissional, fui responsável pela formação do grupo de Feridas do Hospital Geral de Vitória da Conquista (HGVC). Coordenei duas Clínicas com perfil cirúrgico, atuando na administração e assistência de Centro cirúrgico, Central de Material e Esterilização (CME) e unidade de internação. Atuei como enfermeira assistencial da UTI do HGVC e do Hospital São Vicente de Paulo, como consultora técnica de *Home care* na área de estomias e feridas, como técnica e gerente de enfermagem no Centro de Tratamento e Lesões LTDA e coordenei o Programa Melhor em casa do município de Anagé-BA. No campo da formação em saúde, atuei como preceptora da Faculdade de Tecnologia e Ciências no curso de Enfermagem.

Atualmente, desenvolvo atividade de enfermeira assistencial no Hospital Crescêncio Silveira, integro a Comissão de Cuidados Paliativos do HGVC, sou gerente de enfermagem da Clínica de Ortopedia Reumatologia e Fisioterapia (CORF) e presto consultoria e assistência em cuidados domiciliares e assessoria em saúde, como enfermeira autônoma, orientando sobre cuidados na área de saúde, prevenção e tratamento de feridas.



Pensar a saúde do idoso sempre fez parte da minha vida profissional e acadêmica. De uma forma ou de outra, sempre fui intercedida pelo processo de envelhecimento e suas relações com o processo saúde-doença-cuidado. Dizem que o fazer pesquisa envolve identificação e escolha e que essa escolha se dá de forma recíproca, isto é, o pesquisador escolhe o objeto e o objeto também escolhe o pesquisador. Nesse movimento, ainda que diversos elementos tenham afetado o processo de escolha do objeto, acredito que para tudo há um propósito.

Nesse caminho, atravessei incertezas e dúvidas, angústias e medos. Reconstruí trajetórias e me vi, por vezes, paralisada pela própria ansiedade em dar o meu melhor. O objeto foi sendo definido e também se relacionando diretamente com os processos de vida pelos quais atravessei nesse caminhar, experiências com dois familiares idosos (sogro e mãe) que, em alguma medida, me permitiram ressignificar, aprender e rever essa caminhada com mais afeto.

Nos diversos anos de vida profissional, atuando em diversas áreas de hospitais públicos, privados e na rede básica de saúde, o olhar ao cuidado aos pacientes idosos, sempre era cruzado com as outras diversas assistências prestadas. Nunca me imaginei estudando sobre a velhice, já que sempre busquei conhecimento na área de feridas. Porém, muitos pacientes com feridas, eram e são idosos, muitos pacientes que assisto na unidade hospitalar e domiciliar são idosos. E, tão quão é a vida... me vi no cuidado paliativo, também, cruzando muitas vezes com o envelhecer.

No decorrer do curso do mestrado, bem no início de uma pandemia, meu projeto que seria na área de feridas ficou sem condições de ser pesquisado. E mais uma oportunidade que a vida me presenteou: pensar e discutir sobre a saúde da pessoa idosa. Primeiro o desespero em ir para um tema tão amplo e ao mesmo tempo desconhecido, hoje só o agradecimento por oportunizar o conhecimento nessa área que tem tudo a ver com a minha prática assistencial e tão necessária para realidade do nosso país.

Tornou-se uma oportunidade de me defrontar com o processo de envelhecer e suas diversidades. Pude entender que o envelhecimento se dá de modo único para cada indivíduo, nesse misto de sentimentos e busca pelo aprendizado, inquietei-me em compreender: em que condições de vida os idosos brasileiros estão envelhecendo? As condições são diferentes entre homens e mulheres? Foi partindo desses questionamentos somado às vivências familiares e adquiridas na assistência prática, foi que a saúde da pessoa idosa, tornou-se objeto da investigação nesta caminhada do mestrado.

Assim, as partes dessa dissertação estruturam-se da seguinte forma: inicialmente, apresenta as características inerentes ao processo de envelhecimento populacional, como tem se dado esse processo no território brasileiro e os principais agravos que incidem sobre a saúde da população idosa, em seguida, um breve panorama sobre a prestação do cuidado a essa população no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS) e o fenômeno de feminização da velhice. Por fim, apresento os produtos técnicos científicos frutos desta caminhada.

O primeiro produto trata-se de um artigo científico intitulado “Síndromes geriátricas em idosos comunitários: o impacto da feminização da velhice”, a ser submetido à Revista de Ciência e Saúde Coletiva, que teve como objetivo analisar a frequência das principais síndromes geriátricas entre idosos assistidos por equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), explorando a associação entre os gêneros.

O segundo produto trata-se de um produto documental em formato de cartilha didática que se propôs a contribuir para o entendimento do processo de envelhecimento saudável e ajudar a diminuir os riscos de condições comuns a pessoa idosa, bem como apresentar informações acessíveis das chamadas “Síndromes geriátricas”: definições, fatores de riscos e dicas importantes que possam melhorar a qualidade de vida da população idosa. Trata-se de um material destinado a cuidador(a), Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e pessoas interessadas no cuidado à pessoa idosa. O formato foi pensado para facilitar a consulta, mostrar dicas para o dia a dia e auxiliar no esclarecimento de dúvidas sobre condições comuns no cuidado à pessoa idosa no que tange às principais Síndromes geriátricas. Espera-se que, em alguma medida, este produto documental venha a contribuir para propagação de ações de educação em saúde relacionada à saúde da pessoa idosa.

Por fim, expressei algumas considerações que surgiram ao longo da construção desse trabalho e permitiram refletir sobre a oportunidade de crescimento pessoal.

## 1 INTRODUÇÃO

As concepções em torno do envelhecimento variaram ao longo dos anos, no entanto, é consenso que o processo de envelhecimento é marcado por uma série de modificações biológicas, psicológicas e sociais. O envelhecimento leva a alterações físicas, cognitivas e comportamentais que afetam diretamente a posição social e o papel desempenhado pelo indivíduo, interferindo nas suas condições de autonomia e independência e nas relações sociais que este indivíduo estabelece<sup>1</sup>.

A nível biológico entende-se como envelhecimento o acúmulo de uma grande variedade de modificações moleculares e celulares reunidos ao longo da vida e que não são necessariamente doenças, mas sim, alterações que fazem parte de um processo fisiológico do organismo humano, isto é, do processo de senescência. Já do ponto de vista social, existem diversas representações do que é considerado envelhecimento e velhice, fortemente, marcadas por suposições e estereótipos ultrapassados. Conceitos que refletem o envelhecimento como um período marcado por perdas, do corpo enfraquecido e enrugado, das doenças e da fragilidade<sup>2,3</sup>.

Cabe considerar, entretanto, que este processo é uma experiência heterogênea, marcada pelas formas como o indivíduo organiza suas relações com o mundo, considerando as circunstâncias histórico-culturais, incidência de patologias e interação entre fatores genéticos, ambientais e contextuais<sup>4</sup>. Referente à pessoa idosa, diversos conceitos também existiram ao longo da história, porém a necessidade de delimitar que público compõe esse grupo tornou-se fundamental para estabelecer direitos e garantir políticas públicas específicas<sup>5</sup>.

O critério cronológico é o mais utilizado para definir quem compõe esse grupo, segundo Organização das Nações Unidas (ONU): em países em desenvolvimento é considerada como pessoa idosa indivíduos com 60 anos e mais e para países desenvolvidos pessoas com 65 anos e mais<sup>6</sup>. Ainda que existam diferenças individuais durante o processo de envelhecimento, o aumento de déficits físicos, pressões e perdas sociais e perspectiva iminente de finitude farão parte da experiência da velhice<sup>4</sup>.

Nas agendas mundiais de saúde, abordagens sobre o envelhecimento têm ocupado um lugar de destaque buscando superar os conceitos reducionistas e limitantes em torno do tema e compreendê-lo a partir de novos olhares<sup>2</sup>. Nesse caminho, o Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS), propondo avançar em estratégias políticas para saúde em idade mais avançada, traz o conceito de envelhecimento saudável como um “processo de desenvolvimento e

manutenção da capacidade funcional que permite o bem-estar em idade avançada”<sup>7</sup> (p. 13).

Do ponto de vista científico, as discussões em torno do envelhecimento e da velhice ainda são recentes e trata-se de um objeto de estudo complexo e composto de várias interfaces: psicológicas, físicas, morais e constitucionais<sup>2</sup>. A experiência da transição epidemiológica e demográfica vivenciada pelos países desenvolvidos e, mais recente e abruptamente, pelos países em desenvolvimento impõe novas realidades, principalmente, para o campo da saúde. Chegar à velhice, que antes era privilégio de poucos, hoje passa a ser regra mesmo nos países mais pobres. Esta conquista se transformou no grande desafio para o século atual<sup>8</sup>.

Dados da ONU indicam que a taxa de crescimento da população idosa mundial é de aproximadamente 3% ao ano e estima-se que, em 2050, essa população será formada por 2,1 bilhões de pessoas<sup>9</sup>. Atualmente, existem cerca de 962 milhões de pessoas com 60 anos ou mais no mundo, o que corresponde a 13% da população total. Em 2050, uma em cada seis pessoas no mundo terá mais de 65 anos (16%) contra uma em cada 11 em 2019 (9%). Na Europa e América do Norte, essa proporção passa de uma em cada quatro pessoas que poderá ter 65 anos ou mais<sup>10</sup>.

Esses dados ressaltam o fato de que o envelhecimento da população mundial é um fato incontestável<sup>11</sup>. Até 2050, todas as regiões do mundo, exceto a África, terão quase um quarto de suas populações com essa faixa etária. Norte da África e Ásia Ocidental, Ásia Central e Meridional, Leste e Sudeste Asiático e América Latina e Caribe são as regiões onde a proporção da população com 65 anos ou mais está projetada para dobrar entre 2019 e 2050. O número de pessoas com 80 anos ou mais está projetado para triplicar, de 143 milhões em 2019 para 426 milhões em 2050<sup>10</sup>.

Observa-se também características específicas nesse processo de envelhecimento, pois há uma feminização do envelhecimento, com maior proporção de mulheres que de homens na população idosa, especialmente em idades mais avançadas<sup>12</sup>. Em 2012, para cada cem mulheres com 60 anos ou mais em todo mundo, existiam apenas 84 homens, e para cada cem mulheres com 80 anos ou mais, só existiam 61 homens<sup>13</sup>. Na América Latina, por exemplo, as projeções indicam que a população feminina com 65 anos ou mais representará 54% da população<sup>10</sup>.

Cabe destacar que a experiência do envelhecimento populacional não se traduzirá de forma igual em todas as regiões do mundo, uma vez que, esse processo é muito mais amplo que uma simples elevação do efetivo de determinada população, há

alteração das estruturas familiares, demanda por políticas públicas e distribuição de recursos na sociedade<sup>14</sup>. Refere-se, portanto, ao impacto da dinâmica demográfica na exigência de demandas específicas de cuidados e políticas direcionadas para as pessoas de mais idade.

### **1.1 Envelhecimento populacional no Brasil**

O ritmo de envelhecimento populacional nas próximas décadas será particularmente acelerado em países que, como o Brasil, se encontram em vias de desenvolvimento<sup>11</sup>. A radical transformação ocorrida no padrão demográfico constitui uma das mais importantes modificações estruturais verificadas na sociedade brasileira, com reduções na taxa de crescimento populacional e alterações na estrutura etária, o que implicou no crescimento mais lento do número de crianças e adolescentes e no aumento da população em idade ativa e da população idosa<sup>14</sup>.

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o número de idosos no Brasil chegou a 32,9 milhões, mostrando que a tendência de envelhecimento da população vem se mantendo e o número de pessoas com mais de 60 anos no país já supera o de crianças com até nove anos de idade<sup>15</sup>. Os 7,5 milhões de novos idosos incluídos de 2012 a 2019 representam um aumento de 29,5% neste grupo etário<sup>15</sup>. E esse percentual tende a dobrar nas próximas décadas, segundo a projeção da população, divulgada em 2018 pelo IBGE<sup>16</sup>.

Esse processo decorre de uma série de fatores que culminaram no aumento da expectativa de vida dos idosos brasileiros, evidenciada pelos avanços tecnológicos relacionados à área da saúde e queda de fecundidade, iniciada na década de 60<sup>17</sup>. Entretanto, como destacam Silva e Yazbek<sup>18</sup>, a preocupação em torno do processo de envelhecimento da população ainda é uma atitude recente na sociedade brasileira. A experiência da velhice no Brasil é marcada por experiências difíceis, com problemas financeiros, sem apoio social e em condições de risco à dignidade das pessoas com maior idade<sup>2</sup>.

As experiências em torno da velhice dependem, em maior ou menor grau, dos aparatos sociais e assistenciais disponíveis em cada território. Nesse sentido, envelhecer no Brasil possui características próprias, marcadas por dificuldades. Segundo inquéritos populacionais realizados pelo IBGE, 80% dos idosos apresentam pelo menos uma doença crônica e 33% apresentam quatro agravos ou mais<sup>19</sup>.

Hoje, no país, as condições crônicas são responsáveis pela maior carga de

doença e os transtornos neuropsiquiátricos detêm a maior parcela de contribuição. Dentre as principais causas de mortalidade e morbidade são as doenças crônicas não transmissíveis, as quais normalmente têm desenvolvimento lento e duram longos períodos<sup>20</sup>. Tais doenças incluem doenças cardiovasculares, diabetes, asma, doença pulmonar obstrutiva crônica e as doenças crônico-degenerativas. Como as taxas de sobrevivência têm melhorado, esse conjunto de doenças agora também passou a incluir muitos tipos de neoplasias, distúrbios neuropsicológicos (como depressão, esquizofrenia e demência), artroses e deficiências visuais e auditivas<sup>21</sup>.

A Política Nacional do Idoso, Lei nº 8842, sancionada em 1994, sofreu influências nacionais e internacionais sobre a questão do envelhecimento, evidenciando o idoso como um sujeito de direitos e preconizando um atendimento de maneira diferenciada em suas necessidades físicas, sociais, econômicas e políticas<sup>8</sup>.

A Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI), criada através da Portaria nº1395/1999, do Ministério da Saúde, visou à promoção do envelhecimento saudável, à prevenção de doenças, à recuperação da saúde, a prevenção, melhoria e reabilitação da capacidade funcional dos idosos com o objetivo de garantir sua permanência no meio da sociedade em que vivem, desempenhando suas atividades de maneira independente<sup>22</sup>.

Os movimentos de aposentados e pensionistas e o Fórum Nacional do Idoso (FNI) mobilizaram-se durante longo período para que o Estatuto do Idoso saísse do papel, porém, somente em 1º de outubro de 2003, o Estatuto foi sancionado<sup>8</sup>. Em 2006 um novo avanço é alcançado através da instituição da Portaria nº 2528/GM, que cria a Política Nacional da Pessoa Idosa (PNSPI)<sup>23</sup>. A PNSPI, à semelhança da PNSI, teve por objetivo permitir um envelhecimento saudável, preservando a capacidade funcional do idoso, sua autonomia e manter o nível de qualidade de vida, em conformidade com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>8</sup>.

As pessoas estão vivendo mais e necessitam viver com dignidade. Qualquer que seja a perspectiva de análise é crucial que os direitos fundamentais da pessoa idosa sejam respeitados. Este é um desafio que se impõe e que tem tensionado as agendas governamentais de todos os países, especialmente, o Brasil<sup>18</sup>.

## **1.2 Principais agravos de saúde da população idosa brasileira**

A acelerada transição demográfica e epidemiológica vivenciada pelos países em desenvolvimento trouxe grandes desafios, especialmente, para área da saúde. Esse envelhecimento populacional gerou novas demandas para o sistema de saúde brasileiro,

principalmente, pela “epidemia de doenças crônicas e de incapacidades funcionais”<sup>24</sup>. Entretanto, antes de adentrar nas consequências fisiológicas e patológicas do processo de envelhecimento, torna-se necessário distinguir senescência e senilidade. A senescência diz respeito a uma gama de alterações fisiológicas decorrente do próprio processo de envelhecimento e que não se configuram como doenças. Já a senilidade diz respeito às condições patológicas que acometem esses indivíduos ao longo do processo de envelhecimento, as quais não são normais no ciclo fisiológico da vida<sup>25</sup>.

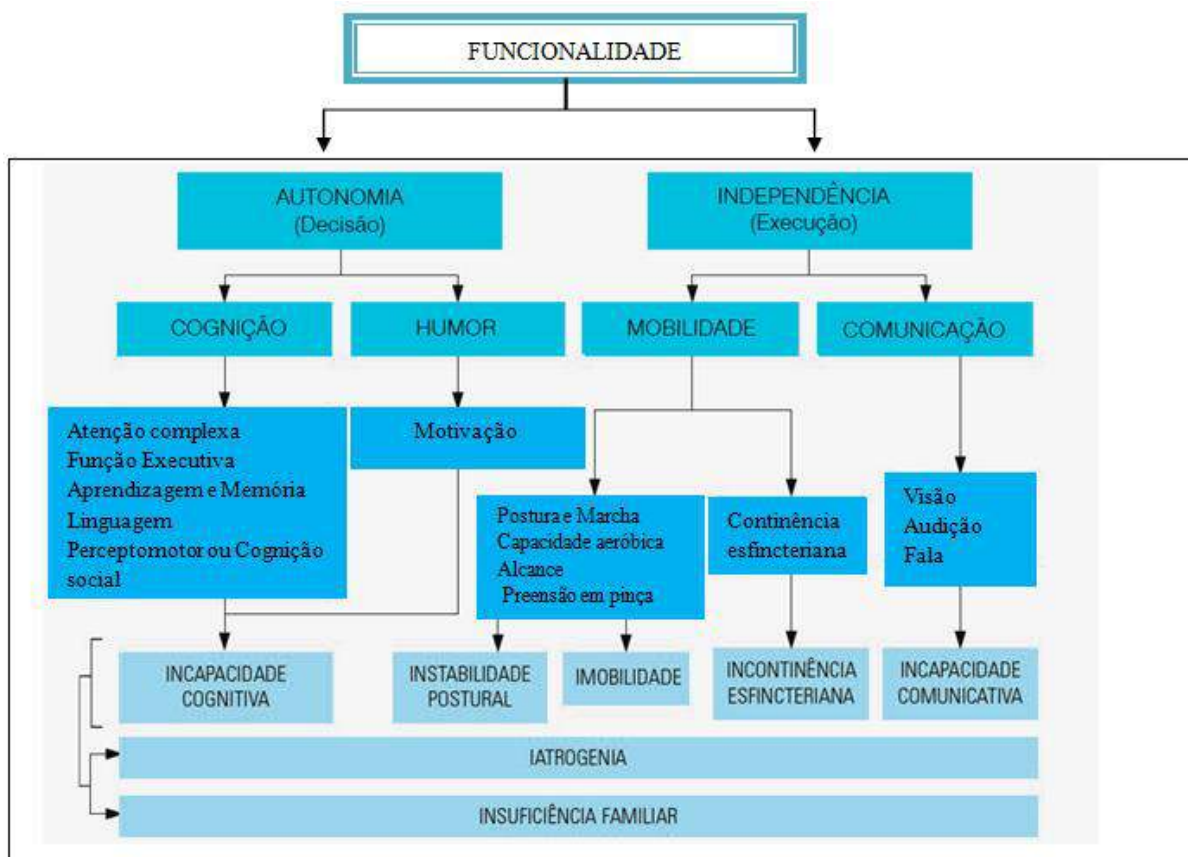
Essa distinção merece atenção, pois atribuir ao processo de senescência as alterações da senilidade é um equívoco comum. Pode-se envelhecer com mais ou menos saúde e qualidade de vida dependendo dos fatores de risco a que cada um foi exposto durante sua trajetória de vida<sup>26</sup>. O envelhecimento não pode ser fator *sine qua non* para doença, isto é, a velhice e os processos patológicos não podem ser atrelados como fatores intimamente dependentes ou interligados, embora exista maior vulnerabilidade de adoecimento nessa faixa etária<sup>25</sup>. Dessa forma, a senilidade não pode ser considerada “normal” da idade, e, o aparecimento das síndromes geriátricas deve ser abordado de formas distintas.

A geriatria surgiu como uma especialidade médica na Inglaterra e foi lá onde a expressão “Gigantes da geriatria” foi também elaborada. Os geriatras ingleses observaram que cinco problemas de difícil solução eram extremamente comuns entre os idosos<sup>27</sup>. Perceberam que os processos fisiológicos e patológicos associados ao envelhecimento do corpo biológico, quando negligenciados, associam-se ao aparecimento das grandes síndromes geriátricas, que a princípio foram classificadas como “cinco Is” da geriatria: Instabilidade Postural, Incontinência Urinária, Insuficiência Cerebral/Cognitiva, Iatrogenia e Imobilidade<sup>28</sup>. Inicialmente descritas por Isaacs, esse conjunto de síndromes não incluía a incapacidade comunicativa e a insuficiência familiar, embora fossem síndromes comumente associadas à saúde do idoso. Desse modo, pela frequência e prevalência de tais síndromes a sua inclusão tornou-se fundamental, contribuindo para composição dos “sete Is” da geriatria<sup>26</sup>.

O aparecimento de tais síndromes decorre, entre outros fatores, da perda de domínios que compõem a funcionalidade global, entendida como a capacidade que a pessoa idosa tem de gerir a própria vida ou cuidar de si mesmo (Figura 1). Essa funcionalidade traduz o quão esse idoso pode atuar sozinho, de forma autônoma e independente, mesmo com a presença de patologias. Esse grau de autonomia e independência é avaliado através das atividades de vida diária, tarefas realizadas no

cotidiano pelo paciente, que traduzem o funcionamento harmonioso dos domínios funcionais avaliados numa consulta geriátrica: cognição, humor, mobilidade e comunicação<sup>26</sup>.

Figura 1 – Síndromes geriátricas e sua correlação com os domínios funcionais



Fonte: Moraes<sup>29</sup>.

## 1.2 Assistência à saúde da população idosa na APS

O envelhecimento da população brasileira tem demandado do sistema de saúde brasileiro uma resposta abrangente que consiga dar conta das peculiaridades dessa população<sup>8</sup>. Tendo em vista o acelerado processo vivenciado pela população brasileira, a demanda de cuidado a este segmento tem aumentado em todos os níveis e pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Desse modo, as ações e práticas de saúde oferecidas à população como um todo estão defasadas, são de um tempo, em que o Brasil ainda era um país majoritariamente de jovens<sup>30</sup>.

De acordo com Oliveira *et al.*<sup>21</sup>, as pessoas de mais idade possuem necessidades e características clínicas, funcionais e sociofamiliares próprias desse grupo etário. Os problemas de saúde decorrentes do envelhecimento brasileiro desafiam os modelos



tradicionais de cuidado, sendo necessário repensar o modelo de atenção à saúde atual. O idoso possui particularidades bem conhecidas, possuem doenças crônicas e fragilidades próprias. Nessa direção, envelhecer, mesmo que sem doenças crônicas, tem em maior ou menor escala alguma perda funcional. A partir dessas especificidades, a assistência e o cuidado às pessoas de mais idade devem ser estruturados de forma diferente da que é realizada para o adulto mais jovem<sup>8</sup>.

Oliveira, Veras e Cordeiro<sup>31</sup> assinalam que a oferta de cuidado em saúde voltado ao idoso tem sido fortemente fragmentada, com excesso de consultas com especialistas que pouco dialogam entre si, excesso de prescrição medicamentosa sem avaliar interações e riscos, entre outros. Tais aspectos geram forte impacto financeiro em todos os níveis de atenção e não geram benefícios significativos para saúde da população de mais idade. Destaca-se que o modelo de atenção à saúde da pessoa de mais idade deve levar em consideração uma série de fatores, mas que precisam, sobretudo, focar em ações de educação, promoção da saúde, prevenção de doenças evitáveis, cuidado precoce e reabilitação<sup>21</sup>.

A atenção domiciliar ressurge, nos tempos atuais, como uma atividade básica a ser realizada na APS para responder às necessidades de saúde dos idosos. A proposta deste serviço é desenvolver as habilidades dos profissionais de saúde em relação à cura e prevenção das doenças e a promoção da saúde, fornecendo uma atenção integral, oportuna, contínua e de boa qualidade<sup>32</sup>.

A atenção à saúde do idoso no contexto da APS brasileira passou a ser uma prioridade no SUS e por conseguinte, da Estratégia de Saúde da Família (ESF), modelo fortemente embasado nos atributos da APS e que busca a qualificação dessa atenção<sup>23,33</sup>. O Pacto pela Vida e a PNSPI, ambos de 2006, definiram que a atenção à saúde dessa população deve ter como porta de entrada a APS/Saúde da Família, tendo como referência a rede de serviços especializados de média e alta complexidade<sup>23</sup>.

Costa e Ciosak<sup>32</sup> defendem que o idoso precisa de maior agilidade no sistema de saúde porque o processo de envelhecimento traz como consequência menor tempo para o idoso procurar os serviços de saúde e deslocar-se nos diferentes níveis de atenção. Destacam ainda que idosos mais carentes frente a qualquer dificuldade de acesso se torna um motivo para interromper a continuidade da assistência à sua saúde.

Pereira *et al.*<sup>34</sup> destacam que há uma carência de dados e informações que possibilitem avaliar, ao longo do tempo, as condições de saúde e doença da população idosa brasileira. Veras<sup>35</sup> salienta que, no contexto brasileiro, há uma necessidade

urgente de desenvolvimento de políticas específicas para pessoa idosa, que seja capaz de reconhecer as especificidades e condições de vida dessa população nos diferentes territórios do país.

### **1.3 Feminização da velhice**

As mulheres tendem a viver mais que os homens. Em 2012, para cada cem mulheres com 60 anos ou mais em todo mundo, existiam apenas 84 homens, e para cada cem mulheres com 80 anos ou mais, só existiam 61 homens. Mulheres e homens diferem em várias questões relevantes nos padrões de saúde e morbidade<sup>13</sup>.

Dados da ONU apontam que com relação às mulheres com 65 anos ou mais, em 2050, elas representarão 54% da população<sup>10</sup>. De acordo com Sousa *et al.*<sup>12</sup>, a feminização do envelhecimento trata de um fenômeno em que há maior proporção de mulheres que de homens na população idosa, especialmente em idades mais avançadas.

No Brasil, com relação à proporção entre os sexos no ano de 2013, homens de 60 anos ou mais de idade correspondiam a 5,7% da população enquanto mulheres correspondiam a 7,2%. Em 2018 essa diferença aumentou, homens dessa faixa etária correspondiam a 6,8% e as mulheres a 8,6%<sup>36</sup>. Os dados também apontaram que as mulheres também são as que vivem mais em nosso país<sup>36</sup>.

Uma tendência crescente e generalizada no mundo é a maior longevidade das mulheres. Essa tendência é consequência das causas de morte masculina, associadas à maior exposição a fatores de riscos como álcool, fumo, aos acidentes de trabalho e homicídios e ao aumento da mortalidade de câncer de pulmão e doenças cardiovasculares<sup>27</sup>. Apesar de a população idosa ser mais feminina, essa, envelhece com mais doenças e mais incapacidades<sup>37</sup>. Dentre os possíveis fatores que justificam a maior sobrevivência das mulheres idosas em relação aos homens diz respeito ao estilo de vida associado a fatores de risco e aos efeitos protetores de hormônios e das diferenças metabólicas do corpo feminino<sup>38</sup>.

A predominância das mulheres na população idosa traz consigo diversos fatores positivos e negativos<sup>39</sup>. Mulheres idosas, muitas vezes perdem o seu papel social, muitas vezes se sentem pouco úteis e sem objetivos. Estas problemáticas podem trazer grandes transtornos, principalmente sociais e psicológicos para a mulher idosa e levá-la a isolar-se<sup>37</sup>. Adicionalmente, a aparente vantagem das mulheres é parcialmente atenuada pela maior prevalência de demências, depressão e dependência funcional entre elas, reduzindo sua expectativa de vida livre de incapacidades<sup>27</sup>.

As mulheres idosas estão potencialmente sob risco em virtude do processo de envelhecimento, o que as torna mais vulneráveis à incapacidade, advinda das condições do meio físico, social ou de questões afetivas<sup>40</sup>. A heterogeneidade da mortalidade de homens e mulheres se deve em partes às questões hormonais, mas são também às questões ligadas a comportamentos específicos que dependem de fatores sociais-culturais de homens e mulheres. Homens, por exemplo, controlam precariamente seus fatores de riscos ao longo da vida, se beneficiam menos das atividades de prevenção e procuram auxílio médico mais tardiamente<sup>27</sup>.

O que se coloca, portanto, é que há uma heterogeneidade nas trajetórias das pessoas no processo de envelhecimento e essa heterogeneidade também decorre do acesso aos serviços de saúde e como tais serviços se organizam para atender as demandas das pessoas de mais idade. As respostas oferecidas a esse grupo precisam ser distintas e adaptadas às características territoriais e assistenciais de cada contexto, mas isso só se torna possível se for reconhecido o perfil de morbidade desses indivíduos. Assim, a abordagem dessa temática justifica-se pela importância de conhecer os problemas de saúde e a prevalência das síndromes geriátricas na população idosa no contexto da APS brasileira, considerando os impactos da feminização da velhice.

## **2 OBJETIVOS**

### 2.1 Objetivo geral:

- Analisar a prevalência das principais síndromes geriátricas em idosos assistidos por equipes da APS, com análise segundo gênero.

### 2.2 Objetivos específicos:

- Descrever as características sociodemográficas de idosos;
- Verificar a prevalência dos principais problemas de saúde em idosos;
- Analisar as prevalências das principais síndromes geriátricas comparando as diferenças entre o gênero masculino e feminino;
- Elaborar uma cartilha informativa sobre as síndromes geriátricas, fatores de riscos e formas de prevenções para ambientes seguros para a população idosa.

### **3 MÉTODOS**

#### **3.1 Tipo e local da pesquisa**

A pesquisa caracteriza-se por ser um estudo epidemiológico, transversal e analítico. Trata-se de um estudo que é parte integrante de um estudo maior que avaliou as condições de saúde de idosos em uma cidade do norte de Minas Gerais e o impacto do processo de matriciamento em saúde do idoso para equipes da ESF.

Este estudo foi realizado em Montes Claros, ao norte do estado de Minas Gerais, Brasil. A cidade, com uma população estimada de 400 mil habitantes, tem características de uma capital regional, sendo o principal polo urbano da região. O município se destaca pelas atividades industriais e de prestação de serviços.

#### **3.2 População e amostra**

Os dados foram coletados em 2017, entrevistando os idosos assistidos na APS da área urbana. Naquele ano, o município contava com cobertura assistencial pelas equipes da ESF superior a 80%. O tamanho da amostra baseou-se na estimativa populacional e foi utilizada a fórmula para a população infinita. Para a definição do tamanho da amostra, considerou-se uma população estimada de 8,7% de idosos conforme dados do IBGE<sup>41</sup>, correspondendo a 33.930 pessoas de 60 anos ou mais. Estimou-se a prevalência do desfecho igual a 50%, erro amostral de 3% e nível de confiança de 95%.

O processo de amostragem foi complexo, realizado em dois estágios e por conglomerados. Inicialmente, foram sorteados seis entre os doze polos regionais de saúde do município e, em cada polo realizou-se o sorteio das equipes da ESF e respectivas áreas de abrangência. O tamanho amostral calculado mínimo foi 1.035 indivíduos, porém, considerando-se o processo de amostragem por conglomerados, esse número foi multiplicado por um fator de correção para o efeito do desenho (deff) igual a 1,5 e acrescido de 10% para eventuais perdas. Assim, o número mínimo de participantes do estudo foi calculado em 1.708 indivíduos.

##### **3.2.1 Critérios de inclusão e exclusão**

Os critérios de inclusão foram pessoas de ambos os gêneros, com idade igual ou superior a 60 anos, cadastradas e acompanhadas pelas equipes da ESF. Foram excluídos os idosos incapacitados para responder aos questionários e que não tinham um cuidador/responsável disponível durante as visitas de coleta de dados e idosos que estavam hospitalizadas ou institucionalizadas no momento das entrevistas.

Cabe considerar que idosos ausentes em seus domicílios em pelo menos três visitas, em dias e horários diferentes, mesmo após o agendamento prévio, foram considerados perdas.

### **3.3 Instrumentos da coleta dos dados**

Dois instrumentos foram empregados para a coleta de dados: o *Brazilian Older Americans Resources and Services MultiDimensional Function Assesment Questionnaire* (BOMFAQ), que é a versão brasileira do *Older Americans Resources and Services* (OARS), e o Índice de Vulnerabilidade Clínico-funcional (IVCF-20).

#### **3.3.1 BOMFAQ**

O BOMFAQ é um instrumento de avaliação multidimensional do idoso, adaptado e validado no Brasil<sup>42</sup>. Possui 60 questões que analisam dados sociodemográficos, capacidade funcional, saúde física, saúde mental (tanto por meio do *Mini Mental State Examination* (MMSE), como por meio do Questionário de Rastreamento Psicogeriátrico (QRP)), utilização de serviços de saúde além da integração social.

#### **3.3.2 IVCF-20**

Trata-se de um questionário para triagem inicial de idosos potencialmente frágeis, que também tem caráter multidimensional. Foi desenvolvido e validado no Brasil e tem uma aplicação simples e rápida aplicação (5 a 10 minutos)<sup>29</sup>. O IVCF-20 pode ser aplicado por qualquer profissional da equipe de saúde e pode ser respondido pelo idoso ou por alguém de sua convivência (cuidador/familiar/cônjuge).

O IVCF-20 possui 20 questões e avalia oito dimensões que são consideradas preditoras de perda funcional e óbito em pessoas idosas: a idade, a autopercepção da saúde, as atividades de vida diária (AVDs) sendo três AVD instrumentais (AVDI) e uma AVD básica (AVDB), a cognição, o humor/comportamento, a mobilidade (alcance, preensão e pinça; capacidade aeróbica/muscular; marcha e continência esfínteriana), a comunicação (visão e audição) e a presença de comorbidades múltiplas, representada por polipatologia (cinco ou mais doenças), polifarmácia (cinco ou mais medicamentos) e/ou internação recente. Sua pontuação varia de zero a 40, sendo que o ponto de corte maior ou igual à sete se refere à alta sensibilidade (90,48%) e ao elevado valor preditivo positivo (87,3%) na triagem de idosos não robustos e robustos. O ponto de corte  $\geq 14$

pontos apresenta sensibilidade e especificidade de 58,6% e 96,0% para definição de idosos frágeis, respectivamente<sup>29</sup>.

São os seguintes os critérios de identificação da condição clínico-funcional, segundo o IVCF-20:

- a) De zero a seis pontos: o idoso é considerado de baixa vulnerabilidade clínico-funcional (robusto);
- b) De sete a 14 pontos: o idoso é considerado de moderada vulnerabilidade clínico-funcional (pré-frágil ou em fragilização);
- c) A partir de 15 pontos ou mais: o idoso é considerado de alta vulnerabilidade clínico-funcional (frágil), apresenta declínio funcional estabelecido, e é incapaz de gerenciar a vida.

### **3.4 Logística da coleta de dados**

A coleta dos dados aconteceu nos domicílios dos participantes durante o ano de 2017, com realização de entrevistas foram realizadas tanto nos períodos matutino e vespertino. Quando havia preferência por parte do entrevistado ou do cuidador, períodos noturnos também eram utilizados para coleta de dados. A coleta foi precedida de contato de algum membro da equipe da ESF, quase sempre o ACS.

Os entrevistadores, estudantes de medicina ou enfermeiros formados, foram devidamente treinados e participaram de um estudo piloto em área distinta daquelas selecionadas para a pesquisa. Esse estudo piloto teve por objetivo testar na prática a atuação dos entrevistadores e foi acompanhado pelos pesquisadores principais. Os dados desse estudo piloto não foram incluídos no trabalho final.

As perdas foram consideradas quando havia recusa formal do idoso ou do cuidador e quando os indivíduos selecionados não estavam no domicílio para colaborarem com a investigação em pelo menos três visitas em dias e horários diferentes, mesmo após o agendamento prévio. O número de perdas foi inferior a dois por cento do total de indivíduos alocados para o estudo.

### **3.5 Análise dos resultados e estatística**

Para a análise do material coletado, realizou-se a codificação dos dados com apoio do *software IBM-SPSS Statistics*, versão em 22. Procedeu-se análise descritiva das variáveis, com distribuição de frequências simples, segundo gênero. Para a caracterização das principais síndromes geriátricas a Incapacidade cognitiva foi definida

a partir do escore do Mini-exame do Estado Mental, considerando o grau de escolaridade do respondente, definindo-se como ponto de corte 13 pontos, para os analfabetos, 18 pontos para quem tinha escolaridade de até oito anos e 26 pontos para quem tinha escolaridade acima de oito anos.

A Instabilidade postural foi considerada a partir do registro de quedas no último ano. A Imobilidade foi registrada quando o idoso apresentava comprometimento de sete ou mais atividades de vida diária. A Incontinência esfinteriana foi definida pelo relato de perda involuntária de urina ou fezes.

A Incapacidade comunicativa foi registrada quando havia comprometimento grave da visão, audição ou linguagem. A Iatrogenia foi definida pelo registro de polifarmácia, ou seja, uso regular de cinco ou mais medicamentos por dia. A insuficiência familiar foi definida a partir do arranjo familiar e foi considerada para os idosos que moravam sozinhos ou apenas com o cuidador.

Para a comparação da prevalência entre os gêneros utilizou-se o teste qui-quadrado de Pearson, admitindo-se um nível de significância de 5% ( $p < 0,05$ ).

#### **4.6 Aspectos éticos**

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Unimontes mediante parecer nº 1.628.652 e suas etapas seguiu à Resolução N.º 466, de 12 de dezembro de 2012, que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Os participantes foram informados dos riscos e benefícios decorrente da participação nessa pesquisa e foi entregue uma apresentação dos objetivos desta, por meio de um Termo Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), lhes assegurado o anonimato e o livre acesso aos dados e aos resultados da pesquisa.



#### 4 PRODUTOS

Seguindo as normas do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Montes Claros, os resultados desta dissertação resultaram na apresentação de dois produtos técnico-científicos:

- **Produto 1:** Intitulado “Síndromes geriátricas em idosos comunitários: o impacto da feminização da velhice”, a ser submetido na Revista de Ciência e Saúde Coletiva de acordo com as normas descritas no endereço eletrônico <https://www.scielo.br/journal/csc/about/#instructions>.
- **Produto 2 (Apêndice A):** Produto documental em forma de Cartilha didática intitulada “Guia prático das Síndromes Geriátricas”, a ser depositado no repositório institucional da Universidade Estadual de Montes Claros, conforme passo a passo disponível no endereço eletrônico [https://repositorio.unimontes.br/static/docs/tutorial\\_autoarquivamento\\_riunimontes.pdf](https://repositorio.unimontes.br/static/docs/tutorial_autoarquivamento_riunimontes.pdf).

Além dos produtos técnicos-científicos elaborados, foi apresentado um produto correlato:

- **Produto 03 (Apêndice B):** Resumo intitulado “Prevalência de síndromes geriátricas em idosos assistidos pela Estratégia Saúde da Família”, publicado nos Anais do 11º Congresso Brasileiro de Epidemiologia da ABRASCO, disponível através do endereço eletrônico <https://proceedings.science/epi-2021/papers/prevalencia-de-sindromes-geriatricas-em-idosos-assistidos-pela-estrategia-saude-da-familia>.

4.1 PRODUTO 1: Artigo 1 a ser submetido à Revista Ciência e Saúde Coletiva, cujas normas encontram-se descritas no endereço eletrônico <https://www.scielo.br/journal/csc/about/#instructions>.

## **SÍNDROMES GERIÁTRICAS EM IDOSOS COMUNITÁRIOS: O IMPACTO DA FEMINIZAÇÃO DA VELHICE**

### **GERIATRIC SYNDROMES IN COMMUNITY-DWELLING ELDERLY: THE IMPACT OF FEMINIZATION OF OLD AGE**

#### **TÍTULO RESUMIDO: SÍNDROMES GERIÁTRICAS EM IDOSOS COMUNITÁRIOS**

##### **Resumo**

**Objetivo:** Analisar a frequência das principais síndromes geriátricas entre idosos assistidos por equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), explorando a associação entre os gêneros. **Métodos:** Trata-se de estudo transversal com idosos cadastrados e acompanhados pelas equipes da ESF da cidade de Montes Claros, norte do estado de Minas Gerais, Brasil. Os dados foram coletados por meio de dois instrumentos: o *Brazilian Older Americans Resources and Services MultiDimensional Function Assesment Questionnaire* (BOMFAQ) e o Índice de Vulnerabilidade Clínico-funcional (IVCF-20). Para a comparação da prevalência entre os gêneros utilizou-se o teste qui-quadrado de Pearson, admitindo-se um nível de confiança de 5% ( $p < 0,05$ ). A magnitude das associações entre gênero e síndromes geriátricas foi estimada a partir das Odds Ratios e seus respectivos intervalos de confiança de 95%. **Resultados:** A população estudada foi de 1750 idosos, sendo 63,48% do sexo feminino e 48,58% possuíam entre 60 e 69 anos de idade. A hipertensão foi a morbidade autorrelatada mais frequente e a iatrogenia a síndrome geriátrica mais comum em ambos os gêneros. Mulheres idosas apresentaram chances significativamente maiores de imobilidade (OR=1,63; IC95%=1,24-2,13), incapacidade cognitiva (OR=1,44; IC95%=1,05-1,99), instabilidade postural (OR=1,56; IC95%=1,25-1,94), incontinência esfinteriana (OR=1,40; IC95%=1,05-1,87) e iatrogenia (OR=1,69; IC95%=1,36-2,10). **Conclusão:** Há maior frequência das síndromes geriátricas no sexo feminino, indicando que há um impacto negativo da feminização da velhice na carga de doenças da população idosa.

Reconhece-se a importância da identificação das síndromes geriátricas em idosas e idosos assistidos pelas ESF nos territórios brasileiros.

**Palavras-chave:** Idoso. Atenção Primária à Saúde. Geriatria. Estudos transversais. Feminização. Envelhecimento.

### **Abstract**

**Objective:** To analyze the frequency of the main geriatric syndromes among the elderly assisted by teams of the Family Health Strategy (FHS), exploring the association between genders. **Methods:** This is a cross-sectional study with elderly people registered and monitored by the FHS teams in the city of Montes Claros, in the north of the state of Minas Gerais, Brazil. Data were collected using two instruments: the Brazilian Older Americans Resources and Services MultiDimensional Function Assessment Questionnaire (BOMFAQ) and the Clinical-Functional Vulnerability Index (IVCF-20). Pearson's chi-square test was used to compare the prevalence between the sexes, assuming a confidence level of 5% ( $p < 0.05$ ). The magnitude of the associations between gender and geriatric syndromes was estimated from the Odds Ratios and their respective 95% confidence intervals. **Results:** The population studied was 1750 elderly, 63.48% were female and 48.58% were between 60 and 69 years of age. Hypertension was the most frequent self-reported morbidity and iatrogenesis the most common geriatric syndrome in both genders. Elderly women had significantly higher chances of immobility (OR=1.63; 95%CI=1.24-2.13), cognitive disability (OR=1.44; 95%CI=1.05-1.99), postural instability (OR=1.56; 95%CI=1.25-1.94), sphincter incontinence (OR=1.40; 95%CI=1.05-1.87) and iatrogenesis (OR=1.69; 95%CI=1.36-2.10). **Conclusion:** There is a higher frequency of geriatric syndromes in females, indicating that there is a negative impact of the feminization of old age on the burden of disease in the elderly population. The importance of identifying geriatric syndromes in elderly women and elderly people assisted by the FHS in Brazilian territories is recognized. **Keywords:** Elderly. Primary Health Care. Geriatrics. Cross-sectional studies. Feminization. Aging.

### **Introdução**

O envelhecimento populacional é uma realidade para a maior parte do mundo, mas é um processo complexo, que envolve alterações na vida em sociedade e na vida dos indivíduos, na estrutura familiar, nos papéis sociais e na demanda por políticas

públicas sociais e de saúde<sup>1</sup>. Particularmente para o Brasil, o aumento da proporção de idosos e perfil de morbidade desse grupo representa um grande desafio aos gestores de saúde, considerando o suporte necessário para assegurar atenção integral e qualidade de vida<sup>2</sup>.

O processo de envelhecimento tem características próprias em cada parte do mundo, porém o fenômeno da feminização da velhice parece ser uma experiência comum. Registra-se uma maior proporção de mulheres idosas em relação aos homens, com impacto significativo sobre as demandas de saúde para essas mulheres<sup>3,4</sup>. Nesse sentido, o gênero possui um papel determinante sobre o processo de envelhecimento ativo, atividades realizadas, condições de saúde e bem-estar<sup>4</sup>.

As características inerentes ao envelhecimento trazem consigo novas demandas de cuidado e novas necessidades para os sistemas de saúde, uma vez que se associa a maior prevalência de doenças, limitações e incapacidades, que também podem se distribuir desigualmente entre homens e mulheres<sup>5-7</sup>. Os aspectos fisiológicos e patológicos associados ao envelhecimento do corpo biológico, quando negligenciados, associam-se ao aparecimento das grandes síndromes geriátricas. Estas decorrem, entre outros fatores, da perda de domínios que compõem a funcionalidade global do indivíduo, o que implica perda de autonomia e independência<sup>8,9</sup>.

As principais síndromes geriátricas, também denominadas de gigantes da geriatria são: incapacidade cognitiva, instabilidade postural, imobilidade, incontinência esfinteriana, incapacidade comunicativa, iatrogenia e a insuficiência familiar. Cada uma dessas síndromes apresenta distribuição variável, mas de importância crucial não apenas para os idosos e suas famílias, mas também para as demandas de custos de saúde e assistência social nas próximas décadas<sup>10,11</sup>.

Apesar de heterogêneas e abrangerem diversos sistemas, as síndromes geriátricas apresentam características comuns. Além da alta prevalência na população idosa, associação com condições crônicas de saúde e relação com maior uso dos serviços de saúde, elas se associam com maior mortalidade e significativo impacto sobre a qualidade de vida dessa população e sobre o sistema de saúde<sup>8,12,13</sup>.

As síndromes geriátricas estão significativamente associadas ao aparecimento de incapacidades em mulheres mais velhas<sup>14</sup>. Mas poucos estudos nacionais se dedicam a avaliar detalhadamente a relação entre gênero e síndromes geriátricas, embora já exista uma destacada associação entre mulheres idosas e multimorbidades<sup>15</sup>. É necessária e desejável, portanto, uma melhor compreensão de como da situação e, nesse contexto,

explorar essa questão no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) é bastante oportuno.

A APS é um serviço estratégico na prestação do cuidado ao idoso e, no Brasil, a APS por meio das equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) é reconhecidamente capaz de prestar melhor gerenciamento das condições crônicas, reduzir internações desnecessárias, identificar risco para o desenvolvimento dessas síndromes e estimular a autonomia e independência da pessoa idosa<sup>16</sup>. Assim, este estudo teve como objetivo analisar a frequência das principais síndromes geriátricas entre idosos assistidos por equipes da ESF, explorando a associação entre os gêneros.

## **Métodos**

Trata-se de um estudo epidemiológico, transversal e analítico, realizado em Montes Claros, norte do estado de Minas Gerais, Brasil. O município contava, no momento da coleta de dados, com cobertura assistencial pelas equipes da ESF superior a 80%.

O tamanho da amostra baseou-se na estimativa populacional e foi utilizada a fórmula para a população infinita. Para a definição do tamanho da amostra, considerou-se uma população estimada de 8,7% de idosos conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)<sup>13</sup>, correspondendo a 33.930 pessoas de 60 anos ou mais. Estimou-se a prevalência do evento estudado igual a 50%, por ser um valor que fornece o maior número amostral, um erro de 3% e nível de confiança de 95%.

O tamanho amostral calculado mínimo foi 1.035 indivíduos. Considerando-se o processo de amostragem, esse número foi multiplicado por um fator de correção para o efeito do desenho igual a 1,5 e acrescido de 10% para eventuais perdas. Dessa forma, o número mínimo de participantes do estudo foi calculado em 1.708 indivíduos. A amostragem foi realizada em dois estágios e por conglomerados. Inicialmente, foram sorteados seis entre os doze polos regionais de saúde do município e, em cada polo realizou-se o sorteio das equipes da ESF e respectivas áreas de abrangência.

Foram incluídas pessoas de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 60 anos, cadastradas e acompanhadas pelas equipes da ESF. Foram excluídos os idosos incapacitados para responder aos questionários, idosos que não possuíam um cuidador/responsável disponível durante as visitas de coleta de dados e idosos que estavam hospitalizadas ou institucionalizadas no momento das entrevistas. Idosos

ausentes em seus domicílios em pelo menos três visitas, em dias e horários diferentes, mesmo após o agendamento prévio, foram considerados como perdas.

A coleta dos dados aconteceu nos domicílios em horários definidos pelos próprios idosos ou familiares, sempre com o apoio de um representante da equipe da ESF. Os entrevistadores, estudantes de medicina ou enfermeiros formados, foram devidamente treinados e participaram de um estudo piloto em área distinta daquelas selecionadas para a pesquisa.

Dois instrumentos foram utilizados para a coleta de dados: o *Brazilian Older Americans Resources and Services MultiDimensional Function Assesment Questionnaire-BOMFAQ*, que é a versão brasileira do *Older Americans Resources and Services-OARS*<sup>17</sup> e o Índice de Vulnerabilidade Clínico-funcional (IVCF-20)<sup>18</sup>. O primeiro possui 60 questões que analisam dados sociodemográficos, capacidade funcional, saúde física, saúde mental (aferida por meio do *Mini Mental State Examination* – MMSE e do Questionário de Rastreamento Psicogeriátrico – QRP), utilização de serviços de saúde além da integração social.

O IVCF-20 é um questionário para triagem de fragilidade, que tem caráter multidimensional. Foi desenvolvido e validado no Brasil e avalia oito dimensões que são consideradas preditoras de perda funcional e óbito em pessoas idosas: a idade, a autopercepção da saúde, as atividades de vida diária (AVDs) sendo três AVD instrumentais (AVDI) e uma AVD básica (AVDB), a cognição, o humor/comportamento, a mobilidade (alcance, preensão e pinça; capacidade aeróbica/muscular; marcha e continência esfinteriana), a comunicação (visão e audição) e a presença de comorbidades múltiplas, representada por polipatologia (cinco ou mais doenças), polifarmácia (cinco ou mais medicamentos) e/ou internação recente.

Para a análise do material coletado, utilizou-se o *software IBM-SPSS Statistics*, versão 22.0. Procedeu-se análise descritiva das variáveis, com distribuição de frequências simples, segundo sexo. Para a comparação da prevalência entre os gêneros utilizou-se o teste qui-quadrado de Pearson, admitindo-se um nível de significância de 5% ( $p < 0,05$ ). A magnitude das associações entre gênero e síndromes geriátricas foi estimada a partir das *Odds Ratios* (OR) e seus respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%).

Em relação à caracterização das principais síndromes geriátricas, a incapacidade cognitiva foi definida a partir do escore do MMSE, considerando o grau de escolaridade do respondente, definindo-se como ponto de corte 13 pontos, para os analfabetos, 18

pontos para quem tinha escolaridade de até oito anos e 26 pontos para quem tinha escolaridade acima de oito anos. Para instabilidade postural considerou-se o registro de quedas no último ano. A imobilidade foi registrada quando o idoso apresentava comprometimento de sete ou mais AVDs e a incontinência esfincteriana foi definida a partir do relato de perda involuntária de urina ou fezes. Quanto à incapacidade comunicativa, definiu-se quando havia comprometimento grave da visão, audição ou linguagem. A iatrogenia foi definida pelo registro de polifarmácia, ou seja, uso regular de cinco ou mais medicamentos por dia. A insuficiência familiar foi definida a partir do arranjo familiar e foi considerada presente para os idosos que moravam sozinhos ou apenas com o cuidador.

Esse estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual de Montes Claros - CEP/Unimontes, sob Parecer nº 1.628.652. Todos os aspectos éticos foram respeitados e participantes e cuidadores e/ou familiares foram informados sobre a pesquisa e assinaram Termo Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

## **Resultados**

Participaram do estudo 1.750 idosos, sendo que 1.111 (63,48%) eram do sexo feminino. A maior parte das idosas do grupo possuía idade entre 60 e 69 anos de idade (49,6%), referia estado civil como separada ou viúva (47,0%), cor da pele parda ou preta (61,0%) e quatro ou menos anos de estudos (66,2%). Em relação à convivência em domicílio, a maioria delas residia com filhos/netos ou tinha outros arranjos familiares (60,8%). Mais de três quartos referiram remuneração própria por aposentadoria ou pensão (78,9 %) e mais da metade referiu uma renda familiar menor ou igual a dois salários-mínimos (60,8%). Quanto aos idosos do sexo masculino, quase metade possuía idade entre 60 e 69 anos de idade (47,1%). A maioria era casada ou vivia em união estável (76,1%), referiu cor da pele parda ou preta (65,9%) e possuía quatro ou menos anos de estudos (72,0%). Mais de um terço dos homens idosos residiam sozinhos ou apenas com um cuidador ou cônjuge (42,0%). A maioria tinha remuneração própria por aposentadoria ou pensão (82,3%) (Tabela 1).

Tabela 1: Caracterização demográfica e socioeconômica dos idosos cadastrados na Atenção Primária à Saúde em Montes Claros, MG, Brasil, 2017.

Variáveis	Feminino		Masculino	
	(n)	(%)	(n)	(%)
Idade (anos)				
60—69	551	49,6	301	47,1
70-79	355	32,0	214	33,5
≥ 80	205	18,5	124	19,4
Estado conjugal				
Solteiro	129	11,6	30	4,7
Casado/União estável	460	41,4	486	76,1
Separado/Viúvo	522	47,0	123	19,2
Cor da pele				
Branca	418	37,6	212	33,2
Preta	122	11,0	96	15,0
Parda	555	50,0	325	50,9
Amarela/Indígena	16	1,4	6	0,9
Escolaridade (anos de estudo)				
≤ 4	736	66,2	460	72,0
5 – 8	150	13,5	80	12,5
≥ 9	225	20,3	99	15,5
Arranjo familiar				
Reside sozinho ou com cuidador	127	11,4	65	10,2
Reside só com cônjuge	162	14,6	203	31,8
Reside com outros da mesma geração	146	13,1	69	10,8
Reside com filhos/netos/Outros arranjos familiares	676	60,8	302	47,3
Renda familiar				
≤ 2 salários mínimos	676	60,8	376	58,8
> 2 salários mínimos	363	32,7	231	36,2
Sem informações	72	6,5	32	5,0
Remuneração própria				
Sim, por trabalho	53	4,8	74	11,6
Sim, por aposentadoria ou pensão	877	78,9	526	82,3
Não (dona de casa, dependente, outros)	181	16,3	39	6,1

Dentre as morbidades autorreferidas pelos idosos, a hipertensão apresentou maiores frequências de acometimento. No entanto, quase 50,0% relataram que a doença não interferia em sua vida. A má circulação ou varizes (51,3%) e problemas de coluna (51,7%) foram registradas por mais da metade das mulheres, e a maioria referia interferência dessas condições na vida cotidiana. Outras morbidades como reumatismo, asma e bronquite, diabetes, obesidade, incontinência urinária, prisão de ventre e dificuldades para dormir ou insônia não acometeram grande parte dos idosos (Tabela 2).



Tabela 2: Morbidades autorreferidas por idosos cadastrados na Atenção Primária à Saúde em Montes Claros, MG, Brasil, 2017.

Variáveis	Feminino		Masculino	
	(n)	(%)	(n)	(%)
Internamento nos últimos 06 meses				
Sim	65	5,9	56	8,8
Não	1045	94,1	583	91,2
Reumatismo				
Sim, interfere na vida	191	17,4	41	6,4
Sim, não interfere na vida	86	7,8	31	4,9
Não	822	74,8	564	88,7
Asma ou bronquite				
Sim, interfere na vida	44	4,0	19	3,0
Sim, não interfere na vida	54	4,9	30	4,7
Não	1010	91,2	590	92,3
Pressão alta				
Sim, interfere na vida	275	24,8	106	16,6
Sim, não interfere na vida	539	48,5	318	49,8
Não	297	26,7	215	33,6
Má circulação (Varizes)				
Sim, interfere na vida	298	26,9	69	10,8
Sim, não interfere na vida	271	24,4	87	13,6
Não	540	48,7	482	75,5
Diabetes				
Sim, interfere na vida	131	11,8	42	6,6
Sim, não interfere na vida	113	10,2	76	11,9
Não	867	78	521	81,5
Obesidade				
Sim, interfere na vida	52	4,7	17	2,7
Sim, não interfere na vida	188	17,0	73	11,5
Não	867	78,3	547	85,9
Incontinência urinária				
Sim, interfere na vida	118	10,6	55	8,6
Sim, não interfere na vida	88	7,9	41	6,4
Não	903	81,4	543	85,0
Prisão de ventre/Intestino preso				
Sim, interfere na vida	133	12,0	52	8,2
Sim, não interfere na vida	75	6,8	38	6,0
Não	901	81,2	548	85,9
Problemas para dormir/insônia				
Sim, interfere na vida	250	22,5	94	14,7
Sim, não interfere na vida	132	11,9	43	6,7
Não	727	65,6	502	78,6
Problemas da coluna				
Sim, interfere na vida	418	37,8	165	25,9
Sim, não interfere na vida	154	13,9	71	11,1
Não	535	48,3	402	63,0
Osteoporose				

Sim	143	33,6	31	12,5
Não	282	66,4	217	87,5

---

A distribuição das síndromes geriátricas nos idosos cadastrados, segundo gênero, é apresentada na Figura 1, destacando a iatrogenia como a mais comum em idosos de ambos os sexos.

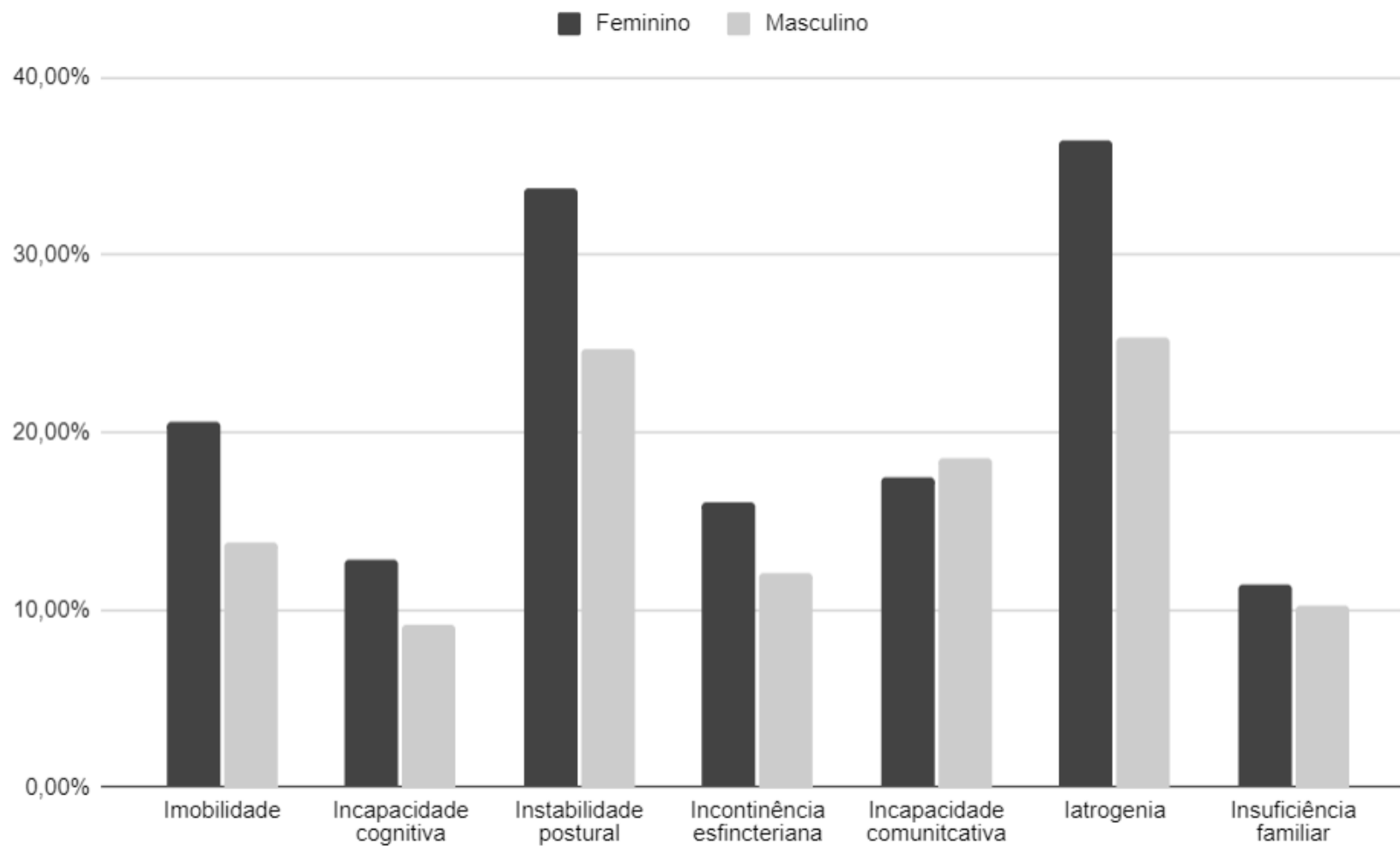


Figura 01 - Porcentagem das síndromes geriátricas, segundo gênero, por idosos cadastrados na Atenção Primária à Saúde em Montes Claros, MG, Brasil, 2017.

Na comparação entre os sexos, as mulheres idosas apresentaram chances significativamente maiores de imobilidade (OR=1,63; IC<sub>95%</sub>=1,24-2,13), incapacidade cognitiva (OR=1,44; IC<sub>95%</sub>=1,05-1,99), instabilidade postural (OR=1,56; IC<sub>95%</sub>=1,25-1,94), incontinência esfincteriana (OR=1,40; IC<sub>95%</sub>=1,05-1,87), e iatrogenia (OR=1,69; IC<sub>95%</sub>=1,36-2,10) (Tabela 3).

Tabela 3: Principais síndromes geriátricas, segundo gênero, entre idosos cadastrados na atenção primária à saúde em Montes Claros, MG, Brasil, 2017.

Principais síndromes	Feminino		Masculino		p-valor	OR(IC95%)
	(n)	(%)	(n)	(%)		
Imobilidade					<0,001	
Sim	229	20,6	88	13,8		1,63(1,24-2,13)
Não	882	79,4	551	86,2		
Incapacidade cognitiva					0,024	
Sim	142	12,8	59	9,2		1,44(1,05-1,99)
Não	966	87,2	579	90,8		
Instabilidade postural					<0,001	
Sim	376	33,8	158	24,7		1,56(1,25-1,94)
Não	735	66,2	481	75,3		
Incontinência esfincteriana					0,021	
Sim	179	16,1	77	12,1		1,40(1,05-1,87)
Não	932	83,9	562	87,9		
Incapacidade comunicativa					0,542	
Sim	194	17,5	119	18,6		0,92(0,72-1,19)
Não	917	82,5	520	81,4		
Iatrogenia					<0,001	
Sim	405	36,5	162	25,4		1,69(1,36-2,10)
Não	706	63,5	477	74,6		
Insuficiência familiar					0,417	
Sim	127	11,4	65	10,2		1,14(0,83-1,56)
Não	984	88,6	574	89,8		

OR: *Odds Ratio*; IC95%: intervalo de confiança de 95%.

## Discussão

Entre os idosos assistidos pelas equipes da ESF, registrou-se uma considerável ocorrência das principais síndromes geriátricas, com destaque para a instabilidade postural e iatrogenia. Entre as sete principais síndromes geriátricas, cinco apresentaram maior prevalência entre as idosas. As mulheres cadastradas e acompanhadas pela APS do município apresentaram maior prevalência de imobilidade, incapacidade cognitiva, instabilidade postural, incontinência esfincteriana e iatrogenia.

A literatura brasileira carece de estudos que comparam a ocorrência de síndromes geriátricas e sua relação ou associação com o gênero. Diante do impacto negativo dessas condições sobre a qualidade de vida dos idosos, identificar causas associadas à ocorrência de síndromes geriátricas nas idosas poderia contribuir para o estabelecimento de medidas preventivas e de reabilitação mais assertivas. As síndromes geriátricas são preditores de perda de funcionalidade e estão associadas a condições crônicas de saúde e maior mortalidade<sup>8,9,11,19</sup>.

Os resultados evidenciam o impacto da feminização da velhice. Conforme registram outros estudos, apesar de apresentarem maior expressividade na população e maior expectativa de vida, as mulheres passam mais tempo com problemas de saúde<sup>20</sup>. A consequência é o aumento da ocorrência de multimorbidade e, conseqüentemente, a maior expectativa de vida não se reflete em melhores condições de saúde<sup>21</sup>.

Este estudo também avaliou as principais morbidades entre os idosos e registrou uma frequência alta para hipertensão arterial, má circulação e problemas de coluna. Essas são condições crônicas e estão diretamente associadas com a presença de síndromes geriátricas<sup>6,7,11,14,22</sup>. Um estudo brasileiro avaliou a associação das multimorbidades mais frequentes em idosos brasileiros com as variáveis socioeconômicas e de estilo de vida. Dentre os idosos multimórbidos a maioria era do sexo feminino, sedentária e com baixa escolaridade<sup>15</sup>. Dados que são similares aos resultados do presente estudo, em que se observou uma maior prevalência de idosas com multimorbidades e apresentando síndromes geriátricas. Ainda em relação às morbidades autorreferidas, idosos de ambos os sexos registraram alta frequência de hipertensão arterial, em consonância com inquéritos nacionais quanto à doença crônica não transmissível mais comum na população idosa<sup>19,20</sup>.

Vários são os fatores sociodemográficos e econômicos que se associam a ocorrência das síndromes geriátricas, e dentre eles se destacam o estado conjugal, escolaridade e renda familiar<sup>14,19,25</sup>. Neste estudo, foi possível observar que a maioria das idosas era separada ou viúva, tinha baixa escolaridade e baixa renda. Em contrapartida, os homens, em sua maioria, eram casados, mas também possuíam baixa escolaridade e baixa renda. Há registro de que homens viúvos são mais propensos a se casarem novamente, reconstruindo sua condição familiar, enquanto a mulher, quando viúva, prefere viver sozinha<sup>26</sup>. Assim, o estado conjugal das mulheres avaliadas, vivendo sem companheiro, pode ser um fator que contribui para maior ocorrência de quadros mórbidos entre as idosas. Diante do contexto, vale ressaltar que o perfil

sociodemográfico da maioria dos idosos assistidos pela ESF, pode explicar em partes, a maior ocorrência de síndromes geriátricas.

Em relação à iatrogenia, aferida pela polifarmácia, os resultados observados são similares a outros estudos nacionais<sup>27-29</sup>. O consumo de mais de cinco medicamentos está associado a erros que incluem dose errada, frequência inadequada, período insuficiente ou demasiado de consumo, além de combinação inadequada com outros fármacos<sup>29</sup>. Estudo realizado em município do interior de São Paulo demonstrou que 62,8% dos idosos entrevistados consumiam cinco ou mais medicamentos. A média de medicamentos utilizados por idoso foi de 5,9, sendo que os homens consumiram, em média, 5,4 medicamentos e as mulheres, 6,1<sup>29</sup>. Para os autores, a maior prevalência de iatrogenia entre as mulheres pode estar relacionada à alta frequência de morbidades. Medicamentos potencialmente inapropriados (MPI) são aqueles que o risco de provocar efeitos adversos é superior aos benefícios<sup>30</sup>. Estudos apontam associação do MPI ao sexo feminino, a polifarmácia e ao aumento de morbidade e mortalidade em idosos<sup>30</sup>. Como consequência a polifarmácia pode ser um fator desencadeador do uso de MPI e a ocorrência de iatrogenias.

A imobilidade, registrada quando o idoso apresentava comprometimento de sete ou mais atividades de vida diária, também se mostrou mais associada às mulheres idosas neste estudo. Esse fato, possivelmente se relaciona a uma maior prevalência de afecções osteomusculares nas mulheres como: osteoporose, doenças da coluna, reumatismo. Essas condições também se associam com a sarcopenia, que favorece a restrição de atividades<sup>31,32</sup>.

Em relação à instabilidade postural, a prevalência também foi maior nas mulheres. Os achados foram similares aos encontrados na literatura<sup>33,34</sup>. A maior prevalência de quedas no sexo feminino pode ser explicada pelas diferenças na estrutura muscular e óssea das mulheres devido às alterações hormonais<sup>33,35</sup>.

Quanto à presença de incontinência esfincteriana no grupo estudado, os resultados estão de acordo com a literatura e apontam para maior prevalência no sexo feminino<sup>36</sup>. Alguns fatores estão associados à ocorrência de incontinência urinária como as doenças crônicas, menopausa e doenças ginecológicas, segundo uma revisão da literatura<sup>37</sup>. Neste estudo, não se avaliou distintamente a incontinência fecal. É provável que alguns mecanismos ou fatores associados sejam comuns para ambos os tipos de incontinência esfincteriana, com destaque para as doenças crônicas.

Vários são os fatores sociodemográficos e econômicos que se associam à insuficiência familiar, destacando-se o estado conjugal<sup>14,19,25</sup>. Comparando com os resultados apresentados por este estudo, é possível observar que a maioria das idosas era separada ou viúva. Em contrapartida, os homens, em sua maioria, eram casados. Esses dados apontam um aspecto já registrado pela literatura, de maior tendência dos homens viúvos a buscarem novos casamentos<sup>21</sup>. O estado conjugal das mulheres avaliadas, vivendo sem companheiro, pode ser um fator que contribui para maior ocorrência da insuficiência familiar que deve ser um sinal de alerta aos profissionais de saúde, pois está associada a quadros de depressão e solidão entre as idosas<sup>38</sup>.

Os resultados observados devem ser considerados à luz de algumas limitações. Trata-se de um estudo epidemiológico transversal, não é possível a determinação de causalidade. Os dados foram relatados pelos idosos, devendo-se levar em conta o viés da memória e a própria limitação da memória humana. Apesar das limitações, esse manuscrito aborda aspectos importantes sobre o processo de adoecer das pessoas idosas do sexo feminino no contexto da ESF e destaca a necessidade de intervenções no sentido de se alcançar uma velhice mais saudável e de maior qualidade de vida para as mulheres. A literatura brasileira carece de estudos que comparam a ocorrência de síndromes geriátricas e a relação com processo de envelhecimento feminino. Diante do potencial impacto negativo das condições avaliadas sobre a qualidade de vida, identificar fatores determinantes e associadas à ocorrência de síndromes geriátricas nas idosas é uma medida que pode contribuir para o estabelecimento de ações mais assertivas de promoção da saúde.

## **Conclusão**

Registra-se uma maior frequência das síndromes geriátricas no sexo feminino. Esse achado reitera que existe um impacto negativo da maior sobrevivência das mulheres, que passam a conviver com condições mórbidas críticas. Algumas das síndromes geriátricas mais prevalentes nas mulheres idosas podem ser decorrentes das morbidades associadas, que foram também mais frequentes nesse grupo.

É imprescindível a ampliação do tema, com mais pesquisas e disseminação dos resultados entre gestores e profissionais da área da saúde. É importante que as equipes de saúde possam reconhecer os impactos precoces dos fatores ambientais de risco para os idosos e auxiliar na implementação da construção de rotinas de vida saudável, no envelhecimento de qualidade.

## Referências

- 1) World Health Organization. World Report on Ageing and Health. Global: World Health Organization, 2015. 246 p.
- 2) Miranda GMD, Mendes ACG, Silva ALA. Population aging in Brazil: current and future social challenges and consequences. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2016; 19(03):507-19.
- 3) Davidson PM, DiGiacomo M, McGrath SJ. The Feminization of Aging: How Will This Impact on Health Outcomes and Services? *Health Care Women Int* 2011; 32 (12):1031-45.
- 4) Sousa NFS, Lima MG, Cesar CLG, Barros MBA. Envelhecimento ativo: prevalência e diferenças de gênero e idade em estudo de base populacional. *Cad Saúde Pública* 2018; 34(11):1-14.
- 5) Ewa Zasadzka E, Tomasz Trzmiel T, Magdalena Roszak M, Mariola Pawlaczyk M. Is the outcome of frailty syndrome gender dependent? *J Women Aging* 2020; 32(3):349-60.
- 6) Tabue-Tegu M, Grasset L, Avila-Funes JA, Genuer R, Proust-Lima C, Péres K et al. Prevalence and Co-Occurrence of Geriatric Syndromes in People Aged 75 Years and Older in France: Results From the Bordeaux Three-city Study. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2018; 73(1):109–16.
- 7) Almagro P, Ponce A, Komal S, Villaverde MA, Castrillo C, Grau G et al. Multimorbidity gender patterns in hospitalized elderly patients. *PLoS ONE* 2020;15(1):e0227252.
- 8) Inouye SK, Studenski S, Tinetti ME, Kuchel GA. Geriatric syndromes: clinical, research, and policy implications of a core geriatric concept. *J Am Geriatr Soc.* 2007;55(5):780–91.
- 9) Lee PG, Cigolle C, Blaum C. The co-occurrence of chronic diseases and geriatric syndromes: the health and retirement study. *J Am Geriatr Soc.* 2009;57(3):511–6.
- 10) Weber P, Meluzinova H, Matejovska-Kubesova H, Polcarova V, Jarkovsky J, Bielakova K, Weberova D. Geriatric giants--contemporary occurrence in 12,210 in-patients. *Bratisl Lek Listy.* 2015;116(7):408-16.
- 11) Cheung JTK, Yu R, Wu Z, Wong SYS, Woo J. Geriatric syndromes, multimorbidity, and disability overlap and increase healthcare use among older Chinese. *BMC Geriatr.* 2018; 18(1):147.



- 12) Wang SY, Shamliyan TA, Talley KM, Ramakrishnan R, Kane RL. Not just specific diseases: systematic review of the association of geriatric syndromes with hospitalization or nursing home admission. *Arch Gerontol Geriatr.* 2013; 57(1):16-26.
- 13) Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico [estimativa]. 2019. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html?=&t=o-que-e>. Acesso em: 21 mar. 2021
- 14) Rosso AL, Eaton CB, Wallace R, Gold R, Stefanick ML, Ockene JK et al. Geriatric syndromes and incident disability in older women: results from the women's health initiative observational study. *J Am Geriatr Soc.* 2013; 61(3):371-9.
- 15) Melo LA, Lima KC. Fatores associados às multimorbidades mais frequentes em idosos brasileiros. *Ciênc Saúde Colet* 2020; 25(10): 3879-88.
- 16) Schenker M, Costa DH. Avanços e desafios da atenção à saúde da população idosa com doenças crônicas na Atenção Primária à Saúde. *Ciênc Saúde Colet* 2019; 24(4):1369-80.
- 17) Blay SL, Ramos LR, Mari JJ. Validity of a Brazilian version of the Older Americans Resources and Services (OARS) mental health screening questionnaire. *J Am Geriatr Soc* 1988; 36(8):687-92.
- 18) Moraes EM, Carmo JA, Moraes FL, Azevedo RS, Machado CJ, Montilla DER. Índice de Vulnerabilidade Clínico-funcional-20 (IVCF-20): reconhecimento rápido do idoso frágil. *Rev Saúde Pública* 2016; 50:81.
- 19) Rausch C, van Zon SKR, Liang Y, Laflamme L, Möller J, Rooij SE et al. Geriatric Syndromes and Incident Chronic Health Conditions Among 9094 Older Community-Dwellers: Findings from the Lifelines Cohort Study. *JAMDA* 2022; 23(1):54-9.
- 20) Hoogendijk EO, Van Der NM, Onwuteaka-Philipsen BD, Deeg DJ, Huisman M, Enroth L et al. Sex differences in healthy life expectancy among nonagenarians: A multistate survival model using data from the Vitality 90+ study. *Experimental Gerontology.* 2019; 116: 80-85.
- 21) Guimarães RM, Andrade FCD. Expectativa de vida com e sem multimorbidade entre idosos brasileiros: Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *Rev bras estud popul* 2020; 37: e0117.

- 22) Tkacheva ON, Runikhina NK, Ostapenko VS, Sharashkina NV, Mkhitaryan EA, Onuchina JS et al. Prevalence of geriatric syndromes among people aged 65 years and older at four community clinics in Moscow. *Clin Interv Aging* 2018; 13:251-9.
- 23) Ramos LR, Tavares NUL, Bertoldi AD, Farias MR, Oliveira MA, Luiza VL, et al. Polifarmácia e polimorbidade em idosos no Brasil: um desafio em saúde pública. *Rev Saude Publica* 2016; 50(supl 2):9s.
- 24) Passos VMA, Assis TD, Barreto SM. Hypertension in Brazil: estimates from population-based prevalence studies. *Epidemiol Serv Saúde* 2006; 15(1): 35-45.
- 25) Liang Y, Rausch C, Laflamme L, Moller J. Prevalence, trend and contributing factors of geriatric syndromes among older Swedes: results from the Stockholm County Council Public Health Surveys. *BMC Geriatr* 2018; 18:322.
- 26) Melo NCV, Teixeira KMD, Barbosa TL, Montoya, AJA, Silveira BM. Arranjo domiciliar de idosos no Brasil: análises a partir da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (2009). *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2016; 19(1):139-51.
- 27) Pereira KG, Peres MA, Iop D, Boing AC, Boing AF, Aziz M, et al. Polifarmácia em idosos: um estudo de base populacional. *Rev Bras Epidemiol* 2017; 20(02):335-44.
- 28) Carvalho MFC, Romano-Lieber NS, Bergsten-Mendes G, Secoli SR, Ribeiro E, Lebrão ML, et al. Polifarmácia entre idosos do Município de São Paulo - Estudo SABE. *Rev Bras Epidemiol*. 2012; 15:817-27.
- 29) Muniz ECS, Goulart FC, Lazarini CA, Marin MJS. Analysis of medication use by elderly persons with supplemental health insurance plans. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2017; 20(3):374-86.
- 30) Ulbrich AHDPS, Cusinato CT e Guahyba RS. Medicamentos Potencialmente Inapropriados (MIPS) Idosos: Prevalência em um Hospital Terciário do Brasil. *Rev. Bras. Farm. Hosp. Serv. Saúde* 8(3): 14-18, 2017. Doi: 10.30968/rbfhss.2017.083.003
- 31) Romero DE, Santana D, Borges P, Marques A, Castanheira D, Rodrigues JM, et al. Prevalência, fatores associados e limitações relacionados ao problema crônico de coluna entre adultos e idosos no Brasil. *Cad Saúde Pública* 2018; 34(2): e00012817.
- 32) Ishibashi H. Locomotive syndrome in Japan. *Osteoporosis And Sarcopenia*. 2018; 4(3): 86-94.

- 33) Vieira LS, Gomes AP, Bierhals IO, Fariás-Antúnez S, Ribeiro CG, Miranda VI, et al. Quedas em idosos no Sul do Brasil: prevalência e determinantes. *Rev Saude Publica*. 2018;52:22.
- 34) Nascimento JS, Tavares DMS. Prevalência e fatores associados a quedas em idosos. *Texto Contexto Enferm* 2016; 25(2):e0360015.
- 35) Cruz DT, Ribeiro LC, Vieira MT, Teixeira MTB, Bastos RR, Leite ICG. Prevalência de quedas e fatores associados em idosos. *Rev Saúde Pública* 2012; 46(1):138-46.
- 36) Kessler M, Facchini LA, Soares MU, Nunes BP, França SM, Thumé E. Prevalência de incontinência urinária em idosos e relação com indicadores de saúde física e mental. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2018; 21(4): 409-19.
- 37) Xue K, Palmer MH, Zhou F. Prevalence, and associated factors of urinary incontinence in women living in China: a literature review. *BMC Urol*. 2020 Oct 14;20(1):159.
- 38) Freedman A, Nicolle J. Social isolation, and loneliness: the new geriatric giants: Approach for primary care. *Can Fam Physician*. 2020 Mar;66(3):176-182.

**APÊNDICES****APÊNDICE A – Cartilha didática**



# Guia prático das Síndromes Geriátricas

Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde - Mestrado em Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES); Instituto de Pesquisa e Extensão em Saúde Pública (INPES)

**Conteúdo**

Alane Alves Fernandes  
Cintia Araújo Matos de Aragão Fonseca  
Fernanda Matuck Mancilha  
Hebert Luan Pereira Campos dos Santos  
Roberta Neves Azevedo de Oliveira

**Revisão Técnica**

Antônio Prates Caldeira  
Cintia Araújo Matos de Aragão Fonseca  
Fernanda Matuck Mancilha  
Joana Trengrouse Laignier de Souza

**Organização Geral**

Antônio Prates Caldeira  
Cintia Araújo Matos de Aragão Fonseca  
Fernanda Matuck Mancilha  
Joana Trengrouse Laignier de Souza

**Projeto Gráfico e Editoração**

Fernanda Beatriz Melo Maciel

**Agradecimentos**



# Apresentação

Olá cuidador(a), agente comunitário de saúde e você interessado(a) no cuidado à pessoa idosa!

Esta Cartilha compõe um dos produtos da dissertação de mestrado intitulada "ANÁLISE DE PREVALÊNCIA DAS PRINCIPAIS SÍNDROMES GERIÁTRICAS SEGUNDO GÊNERO NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE" e idealizada pela mestrandia Cíntia Araújo Matos de Aragão Fonsêca, orientada pelo professor Dr. Antônio Prates Caldeira e apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde - Mestrado em Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES) / Instituto de Pesquisa e Extensão em Saúde Pública (INPES) em parceria com estudantes do curso de Medicina do Instituto Multidisciplinar em Saúde (IMS) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

O objetivo é contribuir para o entendimento do processo de envelhecimento saudável e ajudar a diminuir os riscos de condições comuns a pessoa idosa.

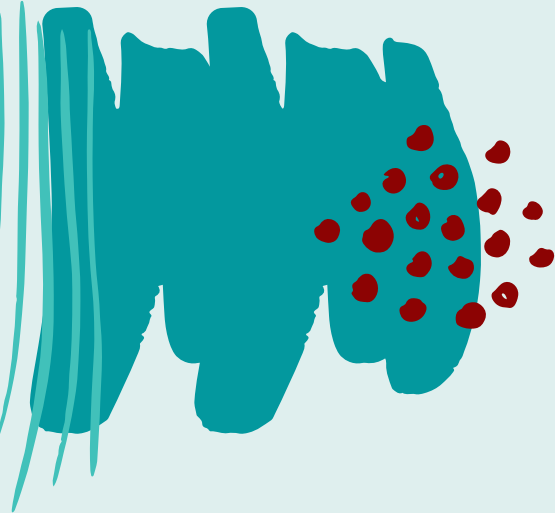
Seu formato foi pensado para facilitar a consulta, mostrar dicas para o dia a dia e auxiliar no esclarecimento de dúvidas sobre condições comuns no cuidado à pessoa idosa no que tange às principais Síndromes geriátricas.

Esperamos que possa lhe ser útil!

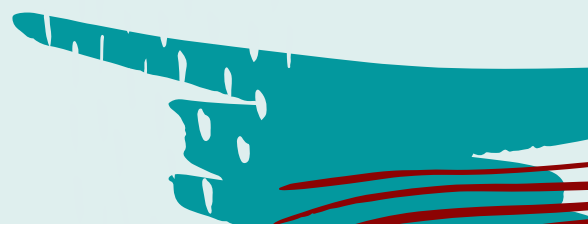


ÍNDICE DE

# CONTEÚDO



5	INTRODUÇÃO
8	IATROGENIA
11	INSTABILIDADE POSTURAL E QUEDA
14	INCAPACIDADE COGNITIVA
24	INCAPACIDADE COMUNICATIVA
26	INCONTINÊNCIA ESFINCTERIANA
29	INSUFICIÊNCIA FAMILIAR
31	IMOBILIDADE E LESÃO POR PRESSÃO
33	CONTATOS ÚTEIS
34	REFERÊNCIAS





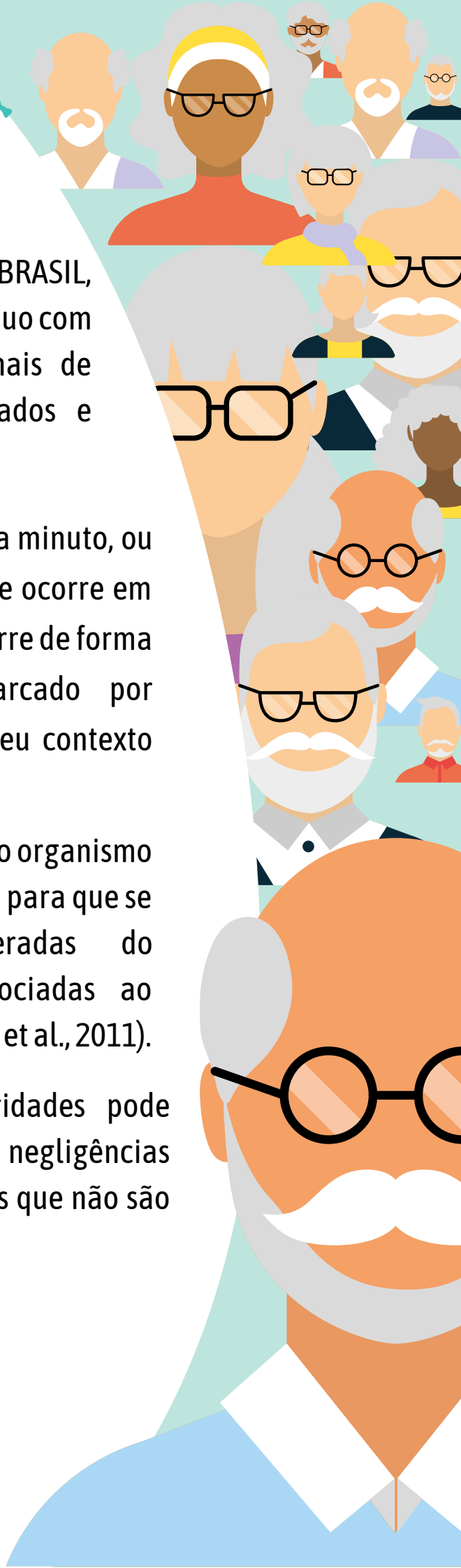
# Introdução

No Brasil, segundo o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003) define-se como pessoa idosa todo indivíduo com 60 anos ou mais. Após essa idade, os sinais de envelhecimento se tornam mais pronunciados e podem surgir alguns problemas de saúde.

O que se sabe é que envelhecemos a cada minuto, ou seja, o processo de envelhecimento é contínuo e ocorre em qualquer ser vivo. Esse processo, porém, não ocorre de forma igual para todas as pessoas, sendo marcado por características individuais a cada pessoa no seu contexto (MORAES, 2012).

Muitas são as modificações que ocorrem no organismo que envelhece e elas necessitam ser conhecidas, para que se possa diferenciar as alterações esperadas do envelhecimento (senescência) daquelas associadas ao envelhecimento patológico (senilidade) (CIOSAK et al., 2011).

O desconhecimento dessas particularidades pode provocar tratamentos inúteis, como também negligências por passarem despercebidos sinais e sintomas que não são esperados no envelhecimento fisiológico.



# Introdução

Há condições que, por serem tão comuns na população idosa, são denominadas Síndromes geriátricas – incapacidade cognitiva (demência, delirium, depressão e doença mental), instabilidade postural e quedas, incontinência esfincteriana (urinária e fecal), iatrogenia, imobilidade e lesões por pressão, insuficiência familiar e incapacidade comunicativa, elas estão associadas ao declínio da capacidade funcional, prejudicando a independência e a autonomia de importante parcela dos idosos.

(INOUYE et al., 2007; MORAES, MARINO e SANTOS, 2010).

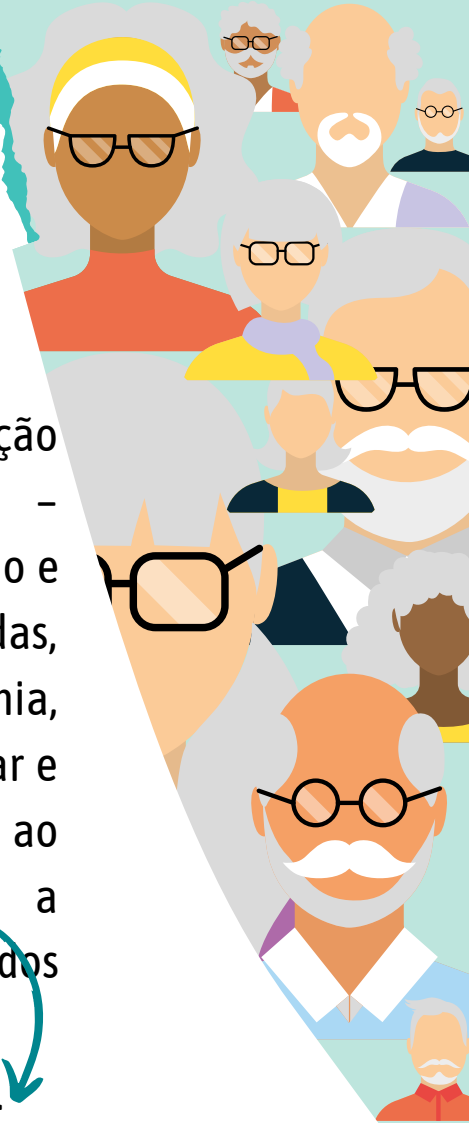
## Autonomia

é a capacidade individual de decisão e comando sobre as ações a serem realizadas.

## Independência

é a capacidade individual de executar algo sem a ajuda de outra pessoa.

Portanto, esta Cartilha tem como objetivo apresentar informações acessíveis das chamadas “Síndromes geriátricas” : definições, fatores de riscos e dicas importantes que possam melhorar a qualidade de vida da população idosa.





# Síndromes geriátricas



# Iatrogenia

Entende-se por iatrogenia qualquer alteração clínica que resulte de uma interação entre profissionais de saúde e a pessoa idosa. Pode ser a realização de um exame, a prescrição de um medicamento ou a realização de um procedimento simples que gere dano à saúde do paciente.



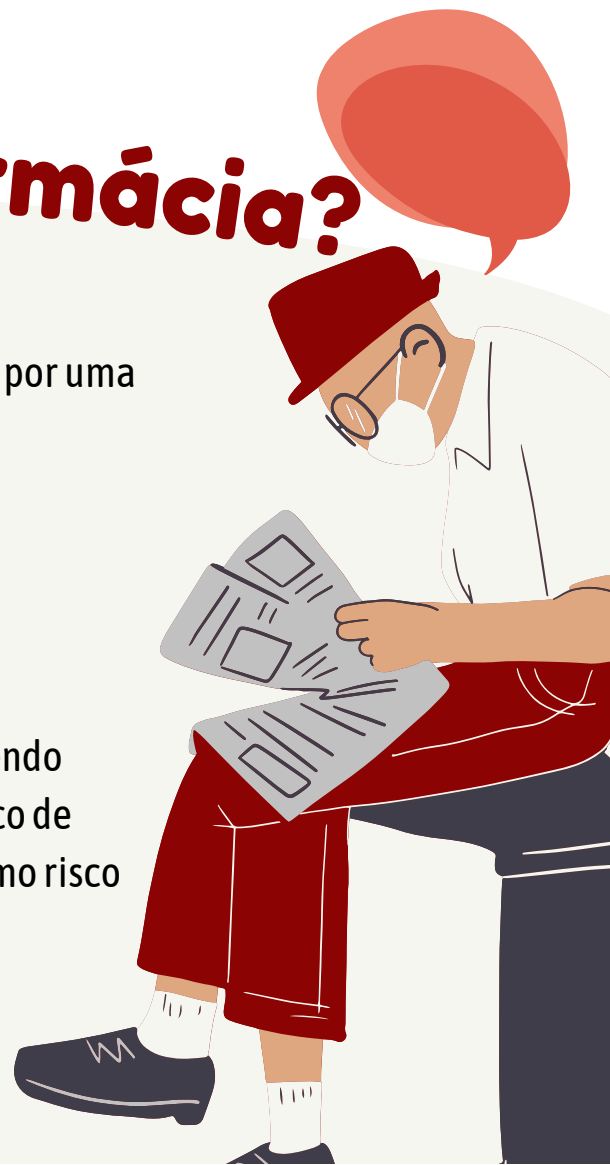
Vale ressaltar que a pessoa idosa possui maior risco para ocorrência de eventos iatrogênicos, pois geralmente são acompanhadas por distintos profissionais de saúde, possuem várias doenças associadas e fazem uso da polifarmácia.

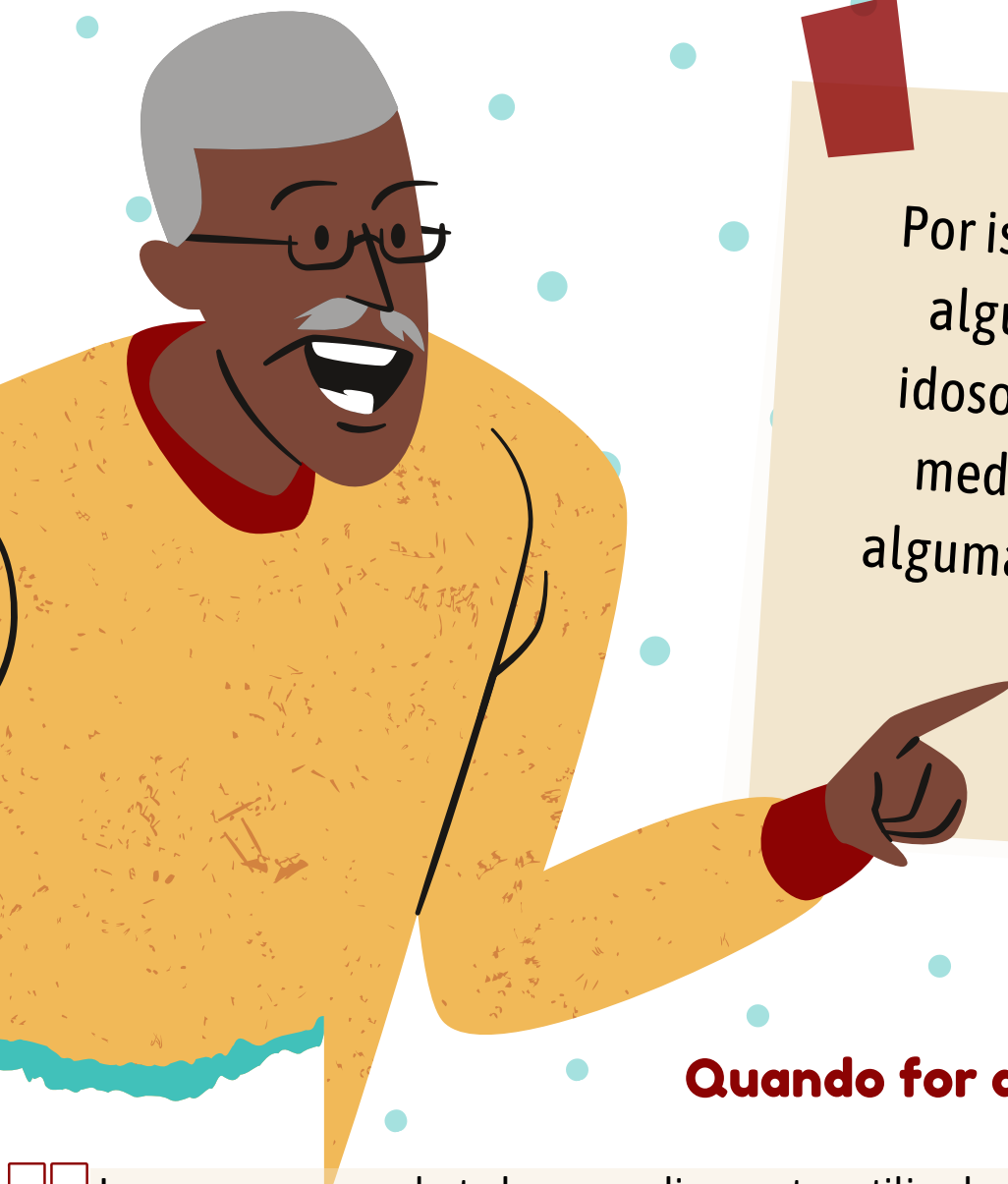
## Mas o que é polifarmácia?

É o uso de vários medicamentos ao mesmo tempo por uma mesma pessoa.



Essa condição associa-se a diversos riscos ao idoso, podendo dificultar a adesão aos tratamentos propostos, maior risco de esquecer o horário de tomada dos medicamentos e até mesmo risco de intoxicação e de reações adversas.





Por isso, é fundamental ter alguns cuidados com os idosos que utilizam vários medicamentos. Seguem algumas DICAS importantes

### **Quando for ao médico :**

- ❏❏ Levar em uma sacola todos os medicamentos utilizados, tanto aqueles de uso diário quanto aqueles de uso esporádico;
- ❏❏ Levar as receitas e exames anteriores;
- ❏❏ Informar os medicamentos prescritos ou não que estão em uso, assim como os chás e fitoterápicos;
- ❏❏ Informar se os horários da tomada dos medicamentos estão sendo seguidos;
- ❏❏ Relatar a ocorrência de reações adversas e se o idoso tem alergias prévias a medicamentos e alimentos;

Não usar medicamentos sem consultar um profissional de saúde.  
O uso de medicamentos é específico para cada pessoa, por isso a automedicação pode gerar graves consequências para saúde de quem pratica.



## Cuidados com medicamentos

- Armazenar os medicamentos em lugares seguros, secos, frescos e sem a incidência direta de luz;
- Não guardá-los próximo aos produtos de limpeza, perfumaria e alimentos, nem ao alcance de crianças e animais;
- Mantê-los em um lugar específico para a pessoa idosa, para evitar erros e possíveis trocas;
- Lavar as mãos antes de manusear qualquer medicamento;
- Manuseá-los em lugares claros e conferir sempre o nome do medicamento, a dose, a validade e a hora certa de tomada para evitar trocas;
- Utilizar conforme prescrição do profissional de saúde;
- Abrir somente um frasco ou embalagem de cada medicamento por vez;
- Mantê-los nas embalagens originais para garantir a qualidade e facilitar sua identificação e controle de validade;
- Não tomar medicamentos vencidos;
- Consultar seu médico ou farmacêutico caso seja necessário partir ou triturar os comprimidos e caso observe qualquer mudança no medicamento como alteração da cor e/ou do cheiro.



# INSTABILIDADE POSTURAL

Dificuldade para manter o equilíbrio do corpo, ou seja, a perda da capacidade de se deslocar no ambiente de forma ágil e segura o que pode resultar em queda.



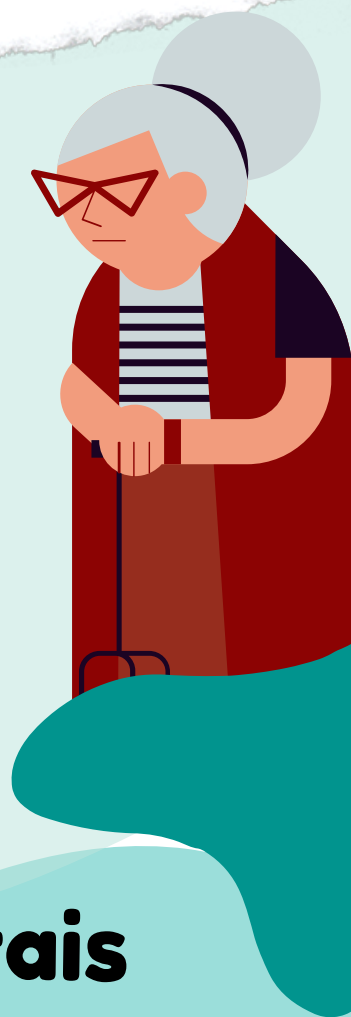
# QUEDA

Movimento acidental do corpo, fazendo com que a pessoa se desloque para baixo ou ao solo.



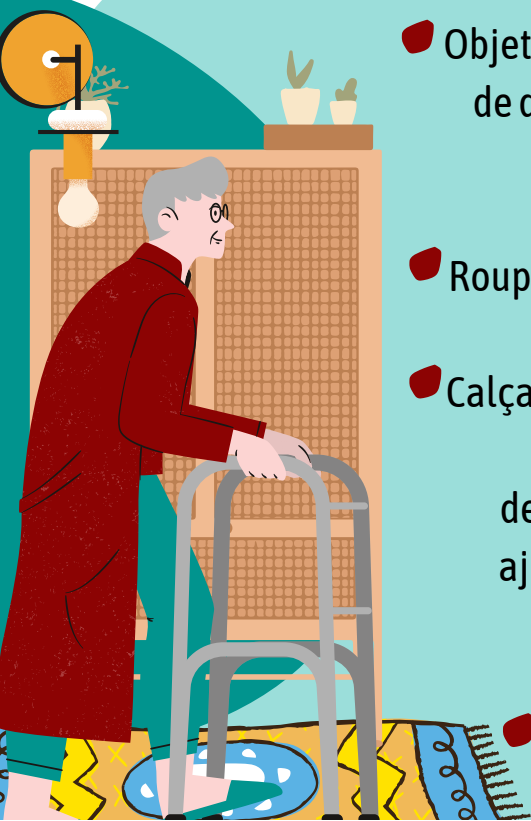
## Você sabe quais características estão mais associadas?

- Idade acima de 75 anos;
- Sexo feminino;
- Falta de atividade física;
- Declínio cognitivo (perda discreta de memória);
- Dificuldade visual e/ou auditiva;
- Distúrbios do equilíbrio e da marcha;
- Antecedente de acidente vascular cerebral;
- Hipotensão postural (pressão arterial baixa após levantar-se da posição sentada ou deitada);
- Uso de polifarmácia ou medicamentos inapropriados;
- Substâncias psicoativas (álcool, cocaína, crack e maconha);



## Pessoais & Ambientais

- Cadeiras, camas, sofás e vasos sanitários muito baixos;
- Cadeiras sem braços;
- Objetos guardados em locais de difícil acesso ou muito altos;
- Roupas arrastando no chão;
- Calçados inadequados como chinelos, sapatos desamarrados ou mal ajustados ou com sola escorregadia;
- Má iluminação;
- Pisos escorregadios;
- Tapetes ou carpetes soltos ou com dobras;
- Ambientes desorganizados: móveis baixos ou fora do lugar, objetos e outros utensílios no chão;
- Degraus com altura e/ou largura irregulares;
- Ruas esburacadas e em estado de preservação ruim;
- Distrações ao caminhar pela rua como buzinas, trânsito agitado, pessoas andando rapidamente.





# Diante desses riscos, algumas DICAS são importantes para a prevenção de quedas:

## Pessoais

- Usar sapatos fechados, ajustados adequadamente e com solado de borracha;
- Bengalas, muletas ou instrumentos de apoio devem ser utilizados se necessário e após orientação de um profissional de saúde;
- Levantar devagar da cadeira, cama, sofá e vaso sanitário, bem como esperar uns minutos para começar a andar. Principalmente para aqueles que têm hipotensão postural;
- Orientar o banho sentado na falta de equilíbrio;
- Realizar atividade física, pois melhora a coordenação motora, equilíbrio e marcha. Antes de iniciar as atividades físicas procurar orientação de um profissional da área;

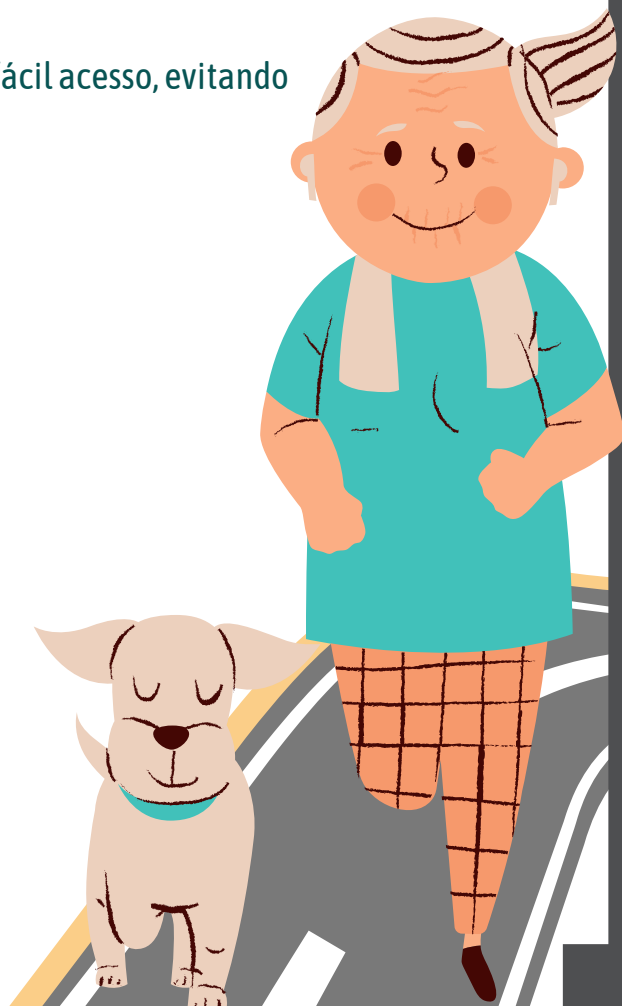
## Em casa

- Evitar: tapetes, andar em áreas com piso escorregadio, encerar a casa, deixar objetos espalhados pela casa;
- Colocar pisos e tapetes antiderrapantes e barras de apoio nos banheiros, se possível;
- Manter o ambiente organizado e com boa iluminação;
- Deixar uma luz acesa à noite;
- Nas escadas: colocar um diferenciador de degraus, iluminação adequada, corrimãos dos dois lados e retirar tapetes no seu início e fim;
- Organizar os alimentos e objetos de uso cotidiano em locais de fácil acesso, evitando o uso de escadas e banquinhos;
- Cadeiras, camas, sofás e vasos sanitários em altura adequada;
- Não trancar o banheiro ao utilizá-lo;
- O telefone deve estar sempre em local de fácil acesso;

## Na rua

- Utilizar sempre a faixa de pedestre;
- Esperar que o ônibus pare completamente para subir ou descer;
- Andar atento pelas calçadas evitando distrações;
- Não andar mexendo no celular;

**Em caso de quedas, procurar imediatamente um Serviço de Saúde!**



# INCAPACIDADE COGNITIVA



É o comprometimento das capacidades mentais que dificulta resolução e compreensão de situações do dia a dia.

A pessoa não consegue mais pensar como antes, tem dificuldade de tomar decisões e há alterações em seu modo de agir, pode gerar até mesmo perda de sua identidade.

Ocorre um grande comprometimento da sua autonomia, prejudicando a realização de atividades do cotidiano.

Está associado, principalmente, ao desenvolvimento de:

Depressão

Demência

Delirium



# DEPRESSÃO

É uma doença psiquiátrica que envolve vários fatores da área emocional ou do humor, que interferem na vida diária, como na capacidade de trabalhar, de dormir, de comer, de convívio social e de aproveitar a vida.

## FATORES DE RISCO

Situação conjugal, em idosos divorciados, solteiros ou viúvos

Baixo nível de escolaridade

Falta de atividades sociais e de lazer

Falta de contato com a família ou com outras pessoas

Dificuldades nas relações pessoais

Dificuldades econômicas e outros fatores de estresse da vida diária

Presença de depressão em outro membro da família

Uso de alguns medicamentos

Diagnóstico de doenças ou perda de um ente querido





Os casos de depressão vêm aumentando na população idosa e isso precisa ser modificado. Algumas DICAS podem ajudar a prevenir ou até mesmo enfrentar essa situação...





 Realizar exercício físico e caminhada;


 Ouvir música, ver programas de televisão e filmes;

 Estimular a realização de atividades de lazer que deixam a pessoa mais feliz;


 Não julgar a pessoa com depressão;


 Ouvir a pessoa com atenção, olhando nos olhos; e oferecer suporte e acolhimento;


 Estimular a realização de atividades que a pessoa se sinta bem fazendo como dançar, costurar, bordar, pintar, cozinhar, cuidar de plantas;

 Fortalecer vínculos sociais, incentivando os encontros familiares e com amigos, seja presencialmente ou por meio de videochamadas;

 Manter uma rotina de sono regular;

 Evitar consumo de álcool e outras drogas;

 Observe o que pode estar estressando a pessoa e ajude a eliminar as fontes de estresse;

 Não interromper o tratamento sem orientação médica e incentivar a pessoa a procurar um profissional da saúde.

Falta de  
apetite

Perda de  
interesse ou  
prazer em  
atividades

Tristeza  
profunda  
e duradoura

Dificuldade  
para  
dormir

Pensamentos  
recorrentes sobre  
morte

Desânimo

Irritabilidade  
e/ou  
ansiedade

Sentimentos  
de culpa

Falta de  
esperança

Queixas de  
cansaço



**Fique ALERTA! Procure uma unidade de saúde caso perceba alguma dessas mudanças de comportamento.**

# A DEPRESSÃO

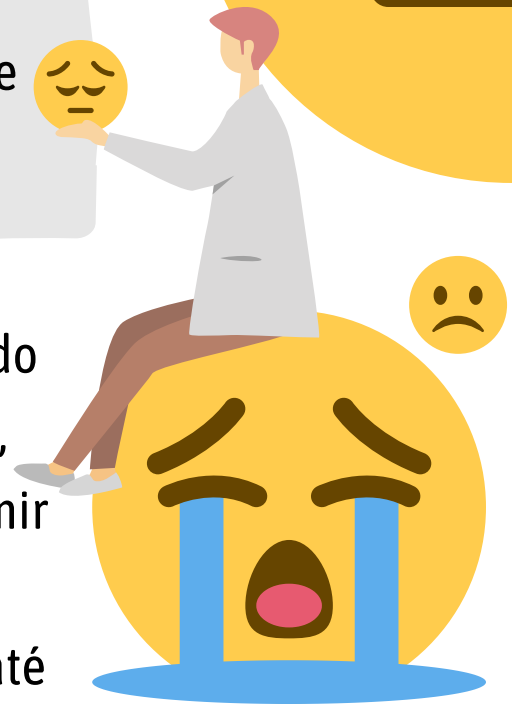
é uma das doenças psiquiátricas mais comuns na população idosa.

Afeta a saúde mental, a convivência social e a qualidade de vida.

Importante identificar o início e as causas do quadro depressivo o mais rápido possível, para intervir de maneira adequada e prevenir a ocorrência de situações com desfechos negativos, como a tentativa de suicídio ou até mesmo o ato completo.

Muitas vezes, as pessoas acreditam que os sintomas da depressão fazem parte do envelhecimento normal, o que prejudica seu tratamento precoce e resolução.

☹️ Não deixe a depressão passar despercebida!



# DEMÊNCIA



É uma doença caracterizada pelo declínio das capacidades mentais devido a problemas nas células cerebrais. A demência provoca prejuízo na realização das atividades do cotidiano, desorientação e esquecimento.



## FATORES DE RISCO

Sexo  
feminino

Baixa  
escolaridade

Sedentarismo

Baixa  
condição  
econômica

Idade  
acima  
de 80 anos

Situação de  
fragilidade

Hipertensão  
arterial

Diabetes  
mellitus

Depressão

Baixos  
níveis de  
vitamina D





## Algumas DICAS são importantes para prevenir a demência e também para cuidar de pessoas acometidas por esse agravo:

Ouvir música, recordar cantigas e músicas que a pessoa goste;

Incentivar o idoso a continuar realizando suas atividades diárias;

Rever álbuns e fotos, recordar histórias, nomes das pessoas, datas;

Incentivar a pessoa que gosta de cozinhar a relembrar receitas e colocá-las em prática;

Ler livros, revistas, jornais, assistir programas de televisão e fazer questionamentos sobre os acontecimentos que foram observados;

Realizar atividades manuais como desenhar, bordar, costurar, pintar;

Cuidar de plantas;

Dieta rica em peixe, frutas e vegetais;

Realizar atividade física e caminhada;

Conversar sobre os acontecimentos do dia e estimular a pessoa a contar sobre as atividades realizadas;

Incentivar a pessoa a jogar jogos de memória, quebra-cabeça, palavras cruzadas, jogo da velha, jogos de tabuleiro. Enfim, jogos que a pessoa goste e tenha em casa;

Perguntar o dia, o mês e o ano todos os dias;

Perguntar nomes de objetos, partes do corpo, estações e meses do ano, datas comemorativas, cores, frutas, animais.



# FIQUE ALERTA

Procure uma unidade de saúde caso perceba alguma dessas mudanças de comportamento

- Esquecimento de acontecimentos recentes, mas tem lembrança de fatos ocorridos no passado;
- Dificuldade em nomear objetos, com troca por palavras como "negócio", "coisa";
- Desorientação no tempo e no espaço. Exemplo: se perde em locais conhecidos, esquece o caminho de casa, não sabe o dia/mês/ano, confunde horas do dia/tarde/noite;
- Repetir várias vezes a mesma coisa ou o mesmo acontecimento passado;
- Modificações do comportamento: agitação, tristeza, choro, depressão, agressividade, desinibição sexual e outras alterações que antes não eram observadas;
- Dificuldade em realizar tarefas domésticas como limpar a casa, fazer almoço, arrumar roupas, cuidar das finanças;
- Dificuldade com as tarefas pessoais incluindo higiene pessoal;
- Dificuldade em compreender comandos, conversas, acontecimentos;
- Comportamentos que fogem às regras sociais como sair de pijama na rua;
- Guardar as coisas e depois não encontrar;
- Ouvir vozes e ver imagens que não existem;
- Ficar mais isolado;

## ATENÇÃO

Nem todo esquecimento no idoso deve ser considerado "normal da idade".

Deve ser investigado e tratado da forma correta

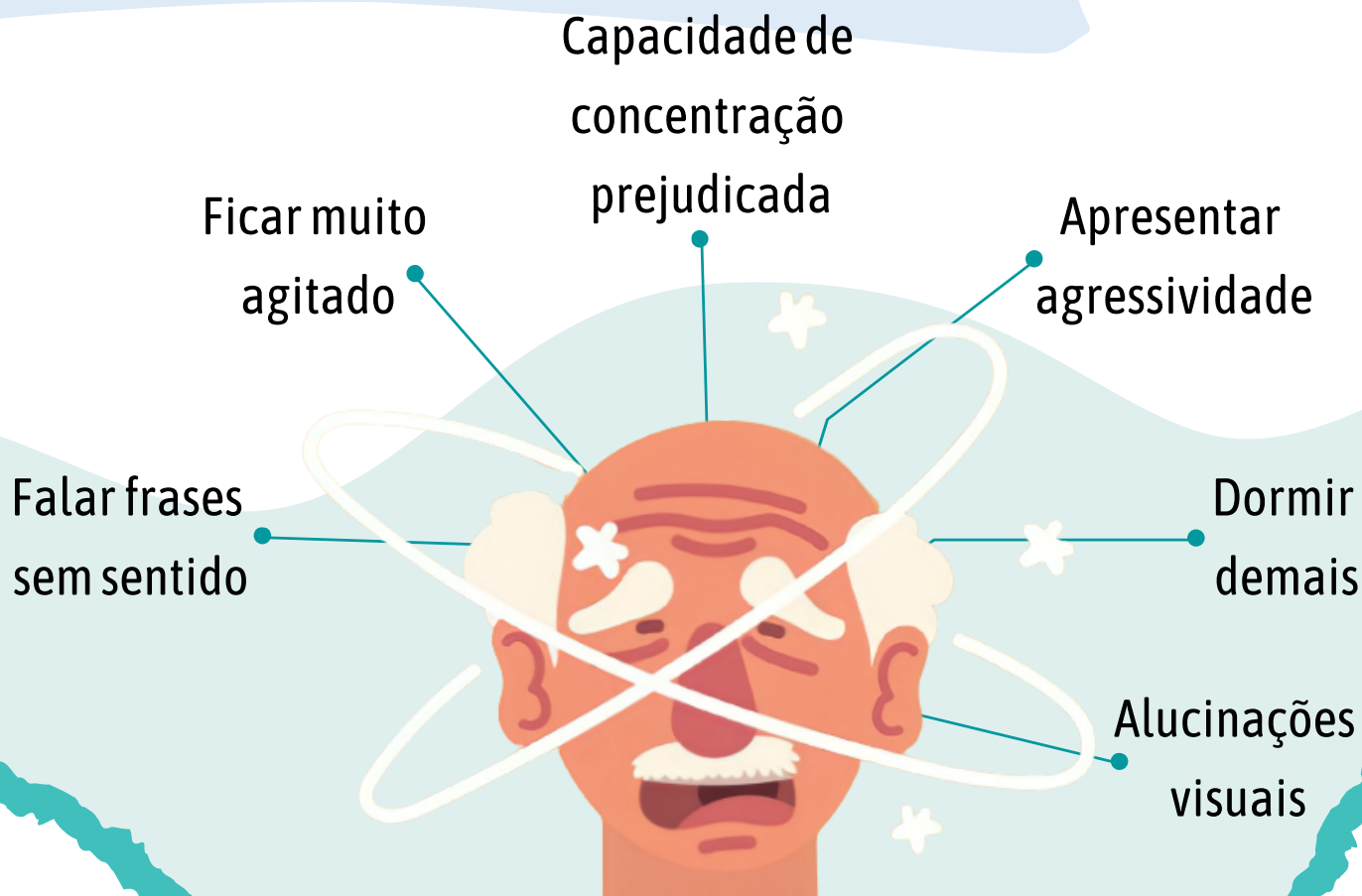




# DELIRIUM

Caracteriza-se por alterações de consciência e confusão mental, que acontecem de repente.

## Você sabe identificar essas alterações ?



# E agora, você sabe quais são os principais fatores de risco, que podem estar provocando essa alteração ?



Desidratação



Comprometimento da memória e da fala



Dificuldade para dormir



Imobilidade



Constipação intestinal



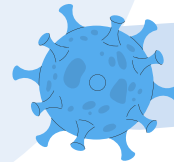
Mudanças de ambiente: hospitalizações, viagens



Reações a medicamento



Dificuldade para enxergar e ouvir



Infecções



Diabetes descompensada



Dor intensa

## Diante disso, seguem algumas Dicas:

Corrigir a desidratação;

Programas de atividades, terapia ocupacional e técnicas de reorientação;

Reduzir ruídos e evitar estímulos que prejudiquem o sono;

Adequar o horário das medicações da noite;

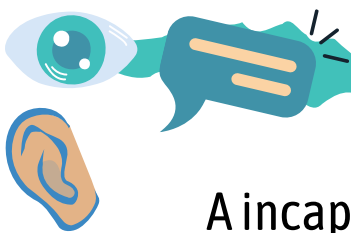
Iluminação especial, principalmente no fim da tarde, para evitar a síndrome do entardecer;

Uso de óculos e de aparelho de ouvido quando indicado;

Procure uma Unidade de Saúde para intervenção correta das causas que podem estar acarretando o delirium.



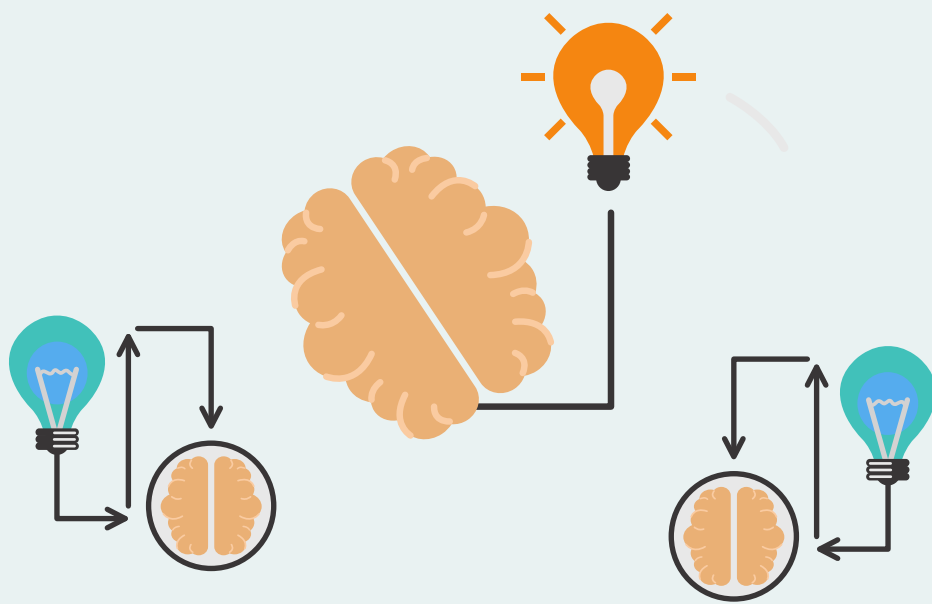
# INCAPACIDADE COMUNICATIVA




A incapacidade comunicativa é o comprometimento da visão, da audição e da fala, o que dificulta a comunicação do idoso e a troca de informações com ele.

## Você sabe como isso pode comprometer a independência e a autonomia?

Os idosos com dificuldades de comunicação podem ter prejuízo nas relações com outras pessoas, declínio na sua qualidade de vida, comprometimento da sua capacidade de tomar decisões e executá-las e até mesmo desenvolver sentimento de frustração.





As pessoas em contato com esses idosos devem ficar atentas e procurar estratégias para amenizar a incapacidade comunicativa.

Diante disso, seguem algumas DICAS:

Falar de forma clara, pausada e sempre de frente para o idoso;

O ambiente deve ser calmo e bem iluminado, evitando locais com muitos ruídos e som alto;

Usar frases curtas e objetivas, como: “Vamos almoçar”;

Não interromper o idoso quando ele estiver falando e incentivá-lo a sempre concluir seus pensamentos;

Conversar e cantar com os idosos para estimular a fala e alegrar o dia;

Praticar a comunicação afetiva com toques, abraços, aperto de mãos, piscar de olhos;

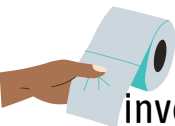
Quando a pessoa demonstrar não ter entendido o que foi falado, repita o que falou com calma ou tente utilizar palavras diferentes. Exemplo: trocar “Está na hora de ir almoçar” por “Vamos almoçar”;

Ficar atento ao que possa estar prejudicando a capacidade de comunicação e levar o idoso a uma Unidade de Saúde para avaliar a necessidade do uso de próteses auditivas, verificar se tem algum problema de visão e as condições das próteses dentárias.



# INCONTINÊNCIA ESFINCTERIANA

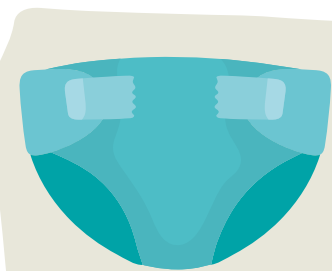
Pode ser:  
**incontinência urinária**  
e/ou  
**incontinência fecal.**

 A incontinência urinária, perda involuntária de qualquer quantidade de urina, é um problema frequente entre idosos.

A incontinência urinária interfere muito na qualidade de vida e pode levar ao isolamento social devido a constrangimento, ansiedade e depressão, aumento do risco de quedas e fraturas, uma vez que, em muitas situações, a pessoa tem que sair rápido para ir ao banheiro.



Pode também acarretar lesões de pele, infecções urinárias de repetição e dependência de cuidado.



Já a incontinência fecal é a perda involuntária de fezes, sendo uma condição mais rara, entretanto muito incapacitante.

Diante disso, é de extrema importância a identificação da incontinência esfinteriana e a realização de cuidados rotineiros.



## Você sabe quais os fatores de risco podem estar contribuindo para essa condição?

Diabetes Mellitus;

Constipação constante;

Infecção urinária;

Restrição da imobilidade;

Insuficiência cardíaca;

Bexiga hiperativa - desejo repentino de urinar e dificuldade para controlar a urina;

Idade avançada;

Alguns medicamentos;

Tabagismo;

Ingestão hídrica excessiva;

Fraqueza de músculos da região pélvica;



Doenças do sistema nervoso como demências, parkinsonismo e pessoas que foram acometidas por acidente vascular cerebral;

Fique atento se já se deparou com algum destes fatores listados, pois eles podem ser a causa da incontinência esfincteriana.

## Tipos de incontinência urinária

### Incontinência de estresse ou de esforço

perda involuntária de urina quando a pessoa tosse, espirra, ri, levanta pesos.



### Incontinência de urgência (bexiga hiperativa)

intenso desejo de urinar levando à perda precoce de urina antes de chegar ao banheiro.



### Incontinência mista

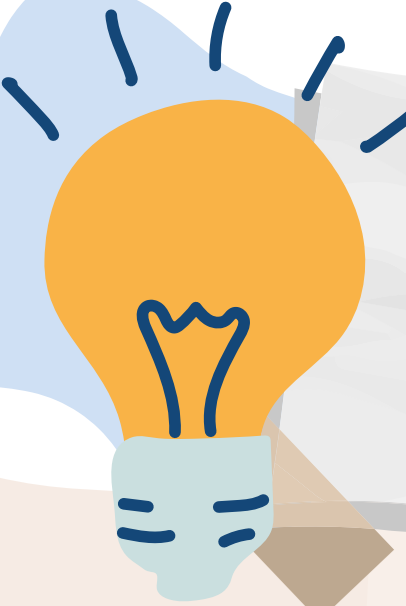
associação da incontinência urinária de esforço com a de urgência.



### Incontinência funcional

ocorre sem que existam alterações do trato urinário e sim por impossibilidade de acessar o banheiro a tempo. Pode ser por limitações de mobilidade, problemas cognitivos ou obstáculos no ambiente.





Para lidar com essa condição que afeta muitos idosos, algumas DICAS são essenciais e ajudam na melhoria da qualidade de vida:

- NUNCA deixe o idoso com incontinência esfincteriana constrangido;
- Estabelecer horários e intervalos regulares para ir ou levar a pessoa idosa ao banheiro;
- Orientar a ingestão hídrica em porções menores e intervalos mais curtos. Exemplo: tomar meio copo de água a cada 1 hora ao invés de tomar dois copos de água a cada 2 horas;
- Controlar a ingestão de líquidos à noite;
- Evitar o consumo de álcool, de cafeína e cessar o tabagismo;
- Orientar o uso de fraldas, absorventes e roupas íntimas descartáveis, que auxiliam a conviver com a incontinência urinária e mantêm discrição, limpeza e conforto.
- Sinalizar o caminho para o banheiro com símbolos grandes e cores chamativas para aqueles idosos com dificuldade de se localizar no ambiente;
- Manter a luz do banheiro acesa durante a noite para melhor localização;
- As roupas devem ser fáceis de despir e vestir;
- Sugerir o uso de comadre/papagaio ou fraldas no período noturno, para evitar que o idoso levante correndo e possa ocasionar quedas;
- Manter sempre uma boa higiene íntima para evitar infecções urinárias;
- Incentivar a ingestão de alimentos ricos em fibras e atividade física para prevenir a formação de fecalomas (fezes endurecidas de difícil eliminação que podem contribuir para a incontinência esfincteriana);
- Procurar uma unidade de saúde para identificar a condição e indicar o melhor tratamento e acompanhamento.





# INSUFICIÊNCIA FAMILIAR

É caracterizada por prejuízos no vínculo familiar e apoio social, o que compromete o cuidado e o suporte ao idoso.



**Você sabe o que pode estar contribuindo para essa condição?  
Atente-se aos seguintes fatores de risco:**

Morar sozinho ou viuvez recente

Ausência de amigos e/ou familiares para atenderem ao idoso

Ausência de visitas de amigos e familiares regularmente

Desavenças entre membros da família

Morar em lugar distante da família

**Assim, algumas dicas são importantes para amenizar essa situação**

Investigar a composição familiar e seus papéis

Realizar rodízios de ligações em horários pré-agendados

Restabelecer as relações familiares

Deixar contatos de amigos e familiares acessíveis



# ? VOCÊ SABIA

## **VIOLÊNCIA DOMICILIAR**

Não deve ser confundida com negligência ou abandono

Devemos ficar atentos aos indicadores de violência domiciliar, abuso e maus tratos!

Recusa à visita domiciliar e demora na busca por atenção médica

Ausência de familiar nas consultas

Descuido com a higiene pessoal

Internações frequentes

Lesões corporais não explicadas

Discordância entre a história do paciente e a do cuidador

Para denúncia de maus tratos:

**DISQUE 100**





# IMOBILIDADE & LESÃO POR PRESSÃO

## Imobilidade

Caracteriza-se pela falta de movimento, quando uma pessoa fica muito tempo restrita em uma cama, sofá ou poltrona. A independência do idoso é afetada, necessitando de cuidados especiais.



Você sabia que a imobilidade pode representar um importante comprometimento da qualidade de vida do idoso, podendo ocasionar desde quadros de depressão até aumento do risco de internação hospitalar?

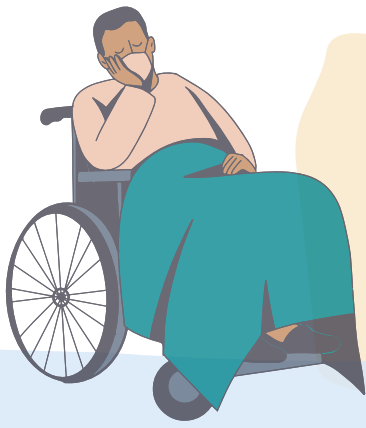
Assim, é importante conhecer alguns fatores de risco:

- Uso inadequado de medicações;
- Quedas e fraturas;
- Falta de exercícios físicos;

Algumas dicas são interessantes para prevenir e lidar com a pessoa acometida com imobilidade:

- Cuidados com pés e uso de calçados adequados;
- Procurar ajuda especializada para sinais de dor ou limitação de movimentos;
- Evitar sobrecarga de peso;
- Fazer avaliações médicas/enfermagem nos prazos agendados.





Caracteriza-se por feridas que aparecem na pele e/ou nos tecidos profundos, devido à pressão externa sobre o corpo, principalmente, sobre as saliências ósseas. Ocorre geralmente em pessoas acamadas e/ou com limitações de mobilidade.

Além desses, você conhece outros fatores de risco que contribuem para esse agravamento?



Indivíduo acamado;

Pele com excesso de umidade (exposição a fezes e urina);

Má alimentação;

Não ingerir líquidos adequadamente;

Arrastar indivíduo na cama ou cadeira;

Atrito exagerado pelo corpo;

### Seguem, algumas dicas:

Manter boa alimentação e hidratação adequada;

Manter a pele limpa, sem urina, fezes ou drenagem de feridas;

Usar pouca quantidade de sabonete e não esfregar com força para evitar retirar a proteção natural da pele, causando ressecamento;

Usar creme hidratante para pele ressecada;

Inspecionar a pele diariamente;

Reduzir ou eliminar a pressão através de mudança de posição a cada horário;

Elevar os calcanhares com travesseiros na região da panturrilha;

Não usar almofadas tipo argola ou com buraco no meio;

Utilizar travesseiros e lençóis em formato de rolos para aliviar a pressão das costas;

Ao movimentar a pessoa, erguê-la e não arrastá-la na cama ou cadeira;

Sempre incentivar o idoso a andar ou a se exercitar. A atividade física melhora a circulação;

Ao posicionar a pessoa na cama, não deixar as saliências ósseas ficarem em contato uma com a outra. Separe estas áreas com travesseiros;

Não utilizar luvas descartáveis com água para prevenir lesão por pressão;

Não utilizar cremes ou pomadas que “grudem” na pele e dificultem a remoção;

Evitar uso de compostos à base de óleos na pele.

# CONTATOS ÚTEIS

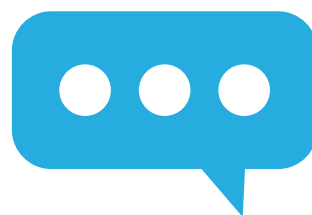
**SAMU**

**192**

**DISQUE DIREITOS**

**HUMANOS**

**100**



**DISQUE DENÚNCIA**

**0800 156 315**

**DISQUE IDOSO**

**0800 644 1401**

**AGÊNCIA NACIONAL DE  
SAÚDE SUPLEMENTAR**

**0800 701 9656**

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- APOLINÁRIO, L. de A. Fisiopatologia e síndromes geriátricas (5Is). Londrina: Educacional, 2018.
- ASSIS, G. M.; GOULART, M. L.; NUNES, A. C. S.; OLIVEIRA, F. F. de. Prevenindo e tratando a incontinência urinária feminina. 1.ed. Taubaté: Casa Cultura, 2020. Disponível em: <https://sobest.com.br/wp-content/uploads/2020/11/Cartilha-Sobest-Incontinencia.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Estatuto do idoso. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003.[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estatuto\\_idoso\\_3edicao.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estatuto_idoso_3edicao.pdf). Acesso em: 31 out. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Caderneta de Saúde da pessoa idosa. 4. ed. Brasília, BF: MS/CGDI, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da pessoa idosa - guia de orientação para as secretarias estaduais.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Textos Básicos de Saúde. Série B. Brasília, DF: MS, 2010.
- CARLSON, C.; MEREL, S.E.; YUKAWA, M. Geriatric syndromes and geriatric assesment for the generalist. *Med Clin North Am.*, v. 99, n. 2, p. 263-79, mar. 2015. Doi:10.1016/j.mcna.2014.11.003. Epub 2015 Jan 10. PMID: 25700583.
- CARNEIRO, J. A. et al. Prevalência e fatores associados à incontinência urinária em idosos não institucionalizados. *Cadernos Saúde Coletiva*, v. 25, n. 3, p. 268-277, 2017. Doi: 10.1590/1414-462X201700030295
- CARVALHO-FILHO, E. T.; SAPORETTI, L.; SOUZA, M. A. R.; ARANTES, A. C. L. Q.; VAZ, M. Y. K. C.; HOJAJI, N. H. S. L.; ALENCAR, Y. M. G.; CURIATI, J. E. Iatrogenia em pacientes idosos hospitalizados. *Rev. Saúde Pública*, v. 32, n. 1, p. 36-42, 1998. Disponível em: <https://scielosp.org/article/rsp/1998.v32n1/36-42/#ModalArticles>. Acesso em: 15 jul. 2021.
- CIOSAK, S. I. et al. Senescência e senilidade: novo paradigma na atenção básica de saúde. *Rev. Esc. Enferm. USP, São Paulo*, v. 45, n. spe 2, p. 1763-1768, Dec. 2011. Doi: 10.1590/S0080-62342011000800022.
- CLOSS, V. E. et al. Fragilidade e síndromes geriátricas em idosos assistidos na atenção primária à saúde. *Acta Scientiarum. Health Sciences*, v. 38, n. 1, p. 9+, 2016. Disponível em: <http://.gale.com/apps/doc/A459723770/AONE?u=capex&sid=bookmark-AONE&xid=02bc1048>. Acesso em: 14 jul. 2021.
- COUTINHO, A. T. de Q. et al. Social communication and functional independence of the elderly in a community assisted by the family health strategy. *Revista CEFAC*, v. 20, n. 3, p. 363-373, 2018. Doi: 10.1590/1982-0216201820313417.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- DECADE of healthy ageing: baseline report. Summary. Geneva: World Health Organization, 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- DELFINO, L. L.; CACHIONI, M. Estratégias comunicativas de cuidadores de idosos com demência: uma revisão sistemática. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 65, n. 2, p. 186-195, 2016. Doi: 10.1590/0047-2085000000122.
- FORMULÁRIO Terapêutico Nacional 2010: Rename 2010.
- GARCIA, S. M. et al. Educação em saúde na prevenção de quedas em idosos. *Braz. J. of Develop.*, Curitiba, v. 6, n. 7, p. 48973-48981, jul. 2020. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/13589/11378>. Acesso em: 17 jul. 2021.
- GASPAROTTO, L. P. R. et al. As quedas no cenário da velhice: conceitos básicos e atualidades da pesquisa em saúde. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 17, n 1, p. 201-209, 2014. Disponível <<https://www.scielo.br/j/rbagg/a/NLHrsQN73LMxknzRbGQWvYJ/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 17 jul 2021.
- INOUE, S.K.; STUDENSKI, S.; TINETTI, M.E.; KUCHEL, G.A. Geriatric syndromes: clinical, research, and policy implications of a core geriatric concept. *J Am Geriatr Soc.*, v. 55, n. 5, p. 780-91, May. 2007. Doi: 10.1111/j.1532-5415.2007.01156.x. PMID: 17493201; PMCID: PMC2409147.
- INTERNATIONAL CONTINENCE SOCIETY (ICS). Disponível em: <https://www.ics.org/>. Acesso em: 15 jul. 2021.
- JANINI, J. P.; BESSLER, D.; VARGAS, A. B. de. Educação em saúde e promoção da saúde: impacto na qualidade de vida do idoso. *Saúde em Debate*, v. 39, n. 105, p. 480-490, 2015. Doi: 10.1590/0103-110420151050002015.
- JORGE, A. H. et al. *Saúde do Idoso envelhecimento ativo e saudável*. 3. ed. Palmas.
- LOPES, P. de C.; LEDSHAM, C. de M.; BRANDÃO, I.M.T.X.; SANTOS, L. V. dos; TORRES, R. M. Estilo de vida e intervenções não farmacológicas no tratamento e na prevenção das síndromes geriátricas: uma revisão integrativa. *Revista Kairós Gerontologia*, v. 20, n. 2, p. 375-398, 2017. Doi: 10.23925/2176-901X.2017v20i2p375-398.
- LUI, D. *Emergências no idoso e prevenção à queda*. 1. ed. Londrina. Distribuidora Educacional, 2019.
- MARQUES, L. P. et al. Demographic, health conditions, and lifestyle factors associated with urinary incontinence in elderly from Florianópolis, Santa Catarina, Brazil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 18, n. 3, p. 595-606, 2015. Doi: 10.1590/1980-5497201500030006.
- MORAES, E. N. *Atenção à saúde do idoso: aspectos conceituais*. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- MORAES, E. N.; MARINO, M. C. A.; SANTOS, R. R. Principais síndromes geriátricas. Rev Med., Minas Gerais, v. 20, n. 1, p. 54-66, 2010. Disponível em: <http://www.rmmg.org/artigo/detalhes/383>. Acesso em: 14 jul. 2021.
- MORAES, E. N.; MORAES, F. L. Avaliação multidimensional do idoso. 5. ed. Belo Horizonte: Folium, 2016. 248p.
- MOTA, D. M.; VIGO, Á.; KUCHENBECKER, R. de S. Reações adversas a medicamentos no sistema de farmacovigilância do Brasil, 2008 a 2013: estudo descritivo. Cadernos de Saúde Pública, v. 35, n. 8, e00148818, 2019. Doi: 10.1590/0102-311X00148818
- NASCIMENTO, E. S. Síndromes geriátricas: aspectos gerais. Revista Multidisciplinar em Saúde, v. 1, n. 4, p. 35, 2020. Disponível em: <https://editoraime.com.br/revistas/index.php/rem/article/view/582>. Acesso em: 14 jul. 2021.
- NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL (NPUAP). 2016. Disponível em: <https://www.npuap.org/>. Acesso em: 19 jul. 2021
- OLIVEIRA, S. L. F. et al. Fatores de risco para quedas em idosos no domicílio: um olhar para a prevenção. Braz. J. Hea. Rev., Curitiba, v. 2, n. 3, p. 1568-1595, mar./abr. 2019. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/1390/1536>. Acesso em: 17 jul. 2021.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Relatório mundial de envelhecimento e saúde. Genebra, Suíça: OMS, 2015.
- PARANÁ (Estado). Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Atenção à Saúde. Linha guia da saúde do idoso. 1. ed. Curitiba: SESA, 2017.
- PERKINS, Melanie Perkins ; OBRECHT, Clifford; ADAMS. Cameron .Canva Pty Ltd, 2021. Disponível: <https://www.canva.com>. Acesso em : 15 jul. 2021.
- PEREIRA, A. M. V. B. Saúde do idoso na Atenção Primária. In: Programa de qualificação da Atenção primária á saúde – APUS. Oficina 9 - saúde do Idoso. Disponível em: [http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Apsus\\_cdero9\\_1208\\_14\\_alta.pdf](http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Apsus_cdero9_1208_14_alta.pdf). Acesso em: 15 jul. 2021.
- PEREIRA, A. M. V. B.; ROSA, A. C. D. S. Linha guia da saúde do idoso. SAS-SESA. Curitiba: SESA, 2018.
- SCHIMPF, M. O.; SMITH, A. R.; MILLER, J.M. Fluids affecting bladder urgency and lower urinary symptoms (FABULUS): methods and protocol for a randomized controlled trial. Int Urogynecol J., v. 31, n. 5, p. 1033-1040, may, 2020. Doi: 10.1007/s00192-019-04209-z. Epub 2019 Dec 24. PMID: 31875256.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA ALBERT EINSTEIN. Nota técnica para organização da rede de atenção à saúde com foco na atenção primária à saúde e na atenção ambulatorial especializada - saúde da pessoa idosa. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein; Ministério da Saúde, 2019. 56p. Disponível em:

<https://atencao basica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202001/03091212-nt-saude-do-idoso-planificasus.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2021.

SZLEJF, C.; FARFEL, J. M.; SAPORETTI, L. A.; JACOB-FILHO, W.; CURIATI, J. A. Fatores relacionados com a ocorrência de iatrogenia em idosos internados em enfermaria geriátrica: estudo prospectivo.

Einstein, v. 6, n. 3, p. 337-42, 2008. Disponível em: <http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/966-v6n3aA0966portp337-42.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2021.

FREITAS, E.V.; PY, L.; NERI, A. L.; CANÇADO, F. A. X.C.; GORZONI, M.L.; DOLL, J. Tratado de geriatria e gerontologia. 4. ed. Grupo Editorial Nacional (GEN), 2016.

YORKSTON, K. M.; BOURGEOIS, M. S.; BAYLOR, C. R. Communication and aging. *Phys Med Rehabil Clin N Am.*, v. 21, n. 2, p. 309-19, may. 2010. Doi: 10.1016/j.pmr.2009.12.011. PMID: 20494279; PMCID: PMC3074568.

**APÊNDICE B - Página de acesso ao produto 3 publicado nos Anais do 11<sup>a</sup> Congresso de Epidemiologia da ABRASCO**

Resumo publicado nos Anais do 11<sup>o</sup> Congresso Brasileiro de Epidemiologia da ABRASCO, disponível através do endereço eletrônico <https://proceedings.science/epi-2021/papers/prevalencia-de-sindromes-geriatricas-em-idosos-assistidos-pela-estrategia-saude-da-familia>.

**PREVALÊNCIA DE SÍNDROMES GERIÁTRICAS EM IDOSOS ASSISTIDOS  
PELA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

**Objetivo:** Descrever a prevalência das principais síndromes geriátricas e as características sociodemográficas de idosos assistidos pela Estratégia Saúde da Família em uma região do norte de Minas Gerais.

**Método:** Pesquisa transversal, realizada em Montes Claros, ao norte de Minas Gerais. Os dados foram coletados em 2017, entrevistando idosos assistidos na Atenção Primária à Saúde da área urbana. Foram aplicados dois questionários para a coleta dos dados: Brazilian Older Americans Multidimensional Function Assessment Questionnaire (BOMFAQ) e o Índice de Vulnerabilidade Clínico-funcional (IVCF-20). O projeto foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa (Parecer nº 1.628.652).

**Resultados:** Foram estudados 1.750 idosos, sendo que 1.111 eram do sexo feminino e 639 do sexo masculino, 48,7% possuíam entre 60 a 69 anos de idade, 36,9% eram separados ou viúvas, 50,3% referiram cor da pele parda, 68,3% possuíam quatro ou menos anos de estudos, 55,9% residiam com filhos/netos/outros arranjos familiares, 60,1% viviam com renda familiar menor ou igual a 2 salários mínimos e 87,4 % tinham remuneração própria por aposentadoria ou pensão. Na análise bivariada, as idosas do sexo feminino apresentaram chances significativamente maiores de imobilidade (OR=1,63; IC95%=1,24-2,13), incapacidade cognitiva (OR=1,44; IC95%=1,05-1,99), instabilidade postural (OR=1,56; IC95%=1,25-1,94), incontinência esfincteriana (OR=1,40; IC95%=1,05-1,87), e iatrogenia (OR=1,69; IC95%=1,36-2,10).

**Conclusão:** Os resultados apontam um maior acometimento das síndromes geriátricas entre o sexo feminino. Nesse sentido, os dados revelaram que os modelos de cuidado a atenção à saúde do idoso ofertada no contexto da APS precisam estar atentos a prevalência dessas síndromes em idosos e as diferenças entre sexo.

EPI 2021

Anais do 11º Congresso Brasileiro de Epidemiologia

ISBN 2594-6993

Login

11º CONGRESSO BRASILEIRO DE EPIDEMIOLOGIA

Epidemiologia, Monitoramento e Saúde: Epidemiologia e Saúde para Melhorar

- Apresentação
- Comissões
- Normas de Publicação
- Cartas e Moções
- Premiações
- Trabalhos
- Autores
- Eixos temáticos
- Programação
- Contato

### PREVALÊNCIA DE SÍNDROMES GERIÁTRICAS EM IDOSOS ASSISTIDOS PELA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Cintia Araújo Mota de Aroújo Fonseca Hebert Luani Perene Campos dos Santos Antônio Prates Calábrega  
Vol 2, 2021 - 140664  
Pôster Eletrônico - PE09 - Epidemiologia da saúde do idoso (TODOS OS DIAS)

**Resumo**

Objetivo: Descrever a prevalência das principais síndromes geriátricas e as características sociodemográficas de idosos assistidos pela Estratégia Saúde da Família em uma região do norte de Minas Gerais. Método: Pesquisa transversal, realizada em Montes Claros, ao norte de Minas Gerais. Os dados foram coletados em 2017, entrevistando idosos assistidos na Atenção Primária à Saúde da área urbana. Foram aplicados dois questionários para a coleta dos dados: Brazilian Older Americans Multidimensional Function Assessment Questionnaire (BOMFAQ) e o Índice de Vulnerabilidade Clínico-funcional (IVCF-20). O projeto foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa (Parecer nº 1.628.652). Resultados: Foram estudados 1.750 idosos, sendo que 1.111 eram do sexo feminino e 639 do sexo masculino, 48,7% possuíam entre 60 a 69 anos de idade, 36,9% eram separados ou viúvas, 50,3% referiram cor da pele parda, 68,3% possuíam quatro ou menos anos de estudos, 55,9% residiam com filhos/netos/outras arranjos familiares, 60,1% viviam com renda familiar menor ou igual a 2 salários mínimos e 87,4 % tinham remuneração própria por aposentadoria ou pensão. Na análise bivariada, as idosas do sexo feminino apresentaram chances significativamente maiores de imobilidade (OR=1,63; IC95%=1,24-2,13), incapacidade cognitiva (OR=1,44; IC95%=1,05-1,99), instabilidade postural (OR=1,56; IC95%=1,25-1,94), incontinência esfincteriana (OR=1,40; IC95%=1,05-1,87), e latrogenia (OR=1,69; IC95%=1,36-2,10). Conclusão: Os resultados apontam um maior acometimento das síndromes geriátricas entre o sexo feminino. Nesse sentido, os dados revelaram que os modelos de cuidado e atenção à saúde do idoso ofertada no contexto da APS precisam estar atentos a prevalência dessas síndromes em idosos e as diferenças entre sexo.

COMO CITAR ESSE TRABALHO?

Eixo Temático

- Epidemiologia da saúde do idoso

## ANEXOS

ANEXO A - *Brazilian Older Americans Resources and Services MultiDimensional Function Assesment Questionnaire (BOMFAQ)*BOMFAQ  
AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DO IDOSOBRAZILIAN VERSION OF OLDER MULTIDIMENSIONAL FUNCTIONAL  
ASSESSMENT QUESTIONNAIRE

O(A) Senhor(a) irá agora responder, para mim, às questões relacionadas à sua saúde, seus hábitos de vida, seus sentimentos, sua memória, sobre os medicamentos que usa. Preste bem atenção, é muito importante para nós que estas respostas sejam realmente aquilo que o (a) senhor é e faz. Desde já agradecemos a boa vontade e atenção.

## 1) Identificação Domiciliar.

Código do participante:		
Rua: nº:	Telefone:	
Bairro:	Setor:	Entrevistador:

## 2) Identificação Pessoal.

QUESTIONÁRIO	_ _ _ _
Idade: ____ anos	_ _ _
Data de nascimento: ____/____/____	_ _ _ _ _ _ _
Sexo: ( ) 0- masculino    ( ) 1-feminino	_
Cor da pele: ( ) 0- parda    ( ) 1-preta    ( ) 2- branca    ( ) 3-amarela	_
Estado conjugal ( ) 0-solteiro    ( ) 1-casado    ( ) 2-união estável    ( ) 4-divorciado/ separado    ( ) 5-viúvo	_

## 3) Escolaridade:

1- analfabeto ( )    2- sabe ler/escrever ou primário incompleto ( )    3 -primário completo ( )    4 -ginásio ( )    5 - colégio/curso superior ( )    9- NS ( )    0- NR( )	_
---	---

## 4) O (A) Sr(a) mora em seu domicílio

1- Só; ninguém mais vive permanentemente junto ( ) 2- Somente com cuidador profissional ( 1 ou + ) ( ) 3- Somente com o cônjuge ( )	_
---	---

4- Com os outros de sua geração( com ou sem cônjuge) ( ) 5-Com filhos ( com ou sem cônjuge) ( ) 6- Com Netos(com ou sem cônjuge) ( ) 7- Outros arranjos ( ) 9- NS ( ) 0- NR ( )	
--	--

5) O sr(a) tem trabalho remunerado atualmente?

1- sim, exercendo atividade ( ) 2- não, aposentado por tempo de serviço 3- não, aposentado por saúde(na caixa) ( ) 4- não, aposentado por idade( ) 5- não, pensionista (pensão do cônjuge ou pensão vitalícia)( ) 6- não, não recebe nada (dona de casa, dependente) ( ) 7-não, outra situação, especifique _____ 9- NS ( ) 0- NR( )	__
---	----

6) Quanto o(a) Sr(a) recebe por mês?

R\$ _____,00
--------------

7) Em geral em comparação com a situação financeira de outras pessoas da sua idade, o sr(a) diria que a sua situação econômica é:

1-muito pior ( ) 2- pior ( ) 3-melhor ( ) 4- muito melhor ( ) 9- NS ( ) 0- NR( )	__
---	----

8) Com a sua situação econômica o sr(a) satisfaz as suas necessidades básicas (alimentação, moradia, saúde etc.)

1- muito bem ( ) 2- bem ( ) 3- mal( ) 4- muito mal ( ) 9- NS ( ) 0- NR ( )	__
---	----

9) Sua satisfação com a vida em geral, no momento é:

1-Muita ( ) 2-Média ( ) 3- Pouca( ) 9-NS 0- ( )NR	__
---	----

10) Em geral o (a) senhor(a) diria que sua saúde é:

1-Ótima( ) 2-Boa ( ) 3-Má( ) 4-Péssima ( ) 9-NS ( ) 0-NR ( )	__
--	----

11) Em comparação a saúde de outras pessoas da sua idade, o(a) sr(a) diria que sua saúde é:

1-( )Muito pior 2-Pior ( ) 3-Melhor( ) 4-Muito melhor( ) 9-NS( ) 0-NR ( )	__
--	----

12) O(a) sr(a) usa óculos?

1-Sim, com melhora ( ) 2-Sim, sem melhora( ) 3-Não, mas necessitaria( ) 4-Não, não tem necessidade( ) 5-É cego( ) 9-NS( )0-NR( )	__
--	----

13) O (a) sr(a) usa aparelho de audição?

1-Sim, com melhora( ) 2-Sim, sem melhora( ) 3-Não, mas necessitaria( ) 3-Não, não tem necessidade( ) 9-NS ( ) 0-NR ( )	__
---	----

14) O Sr(a) tem dificuldade para conversar com uma só pessoa quando tem algum ruído no ambiente, como por exemplo uma televisão ligada?

1-Sim( ) 2-Não( ) 9- NS( ) 0-NR( )	__
------------------------------------	----

15) O(a) sr(a) tem todos os dentes naturais?

1-Sim, todos( ) 2-Sim, a maioria( ) 3- Não, apenas alguns( ) 4-Não, nenhum( ) 9-NS( ) 0-NR( )	__
--	----

16) O(a) sr(a) usa prótese dentária (dentadura, ponte, etc.)?

1-Sim, superior e ou inferior( ) 2- Sim, necessitaria refazer( ) 3- Não, mas necessitaria superior e ou inferior( ) 4- Não, não tem necessidade( ) 9-NS( ) 0-NR( )	__
--	----

17) O(a) sr(a) tem dificuldade na mastigação?

1-Nunca( ) 2-Raramente ( ) 3-Muito frequente( ) 4-Sempre( ) 9-NS( ) 0-NR( ) .	__
--	----

18) O(a) sr(a) tem dificuldade para engolir (engasga)?

1)-Nunca( ) 2-Raramente( ) 3-Muito frequentemente( ) 4-Sempre( ) 9-NS ( ) 0-NR( )	__
---	----

19) O(a) sr(a) fuma cigarros?

1-Nunca fumou( ) 2- Fumou e parou( ) 3- fumou____anos 9- NS( ) 0- NR( ) 8- NA( ) 4-parou____anos 9-NS( ) 0- NR( ) 8- NA( ) 5 Fuma há____9- NS( ) 0-NR( ) 8-NA( ) 6 (20dd) quantidade____cigarros/dia 9- NS( ) 0-NR( ) 8-NA( ) 7-fuma charuto, cachimbo( ) 9-)NS ( ) 0- NR ( )	__
--	----

20) O(a) Sr(a) tem problemas de sono?

1- Não dorme fácil e não acorda muito à noite( ) 2- Sim, dorme fácil mas acorda muito à noite( ) 3- Sim, dificuldade de pegar no sono, mas não acorda muito à noite( ) 4-Sim, dificuldade para pegar no sono e acorda muito à noite( ) 9- NS( ) 0-NR( )	__
---	----

22) O(a) sr(a) no momento tem algum destes problemas de saúde?

	Sim, interfere na vida	Sim, não interfere na vida	Não	NS	NR	
Reumatismo	1-Sim, interfere na vida	2 -Sim, não interfere na vida	3-Não	9-NR	0-NS	__
Asma e bronquite	1-Sim, interfere na vida	2-Sim, não interfere na vida	3 -Não	9-NR	0-NS	__
Pressão alta	1-Sim, interfere na vida	2-Sim, não interfere na vida	3 -Não	9-NR	0-NS	__
Má circulação, varizes	1-Sim, interfere na vida	2-Sim, não interfere na vida	3 -Não	9-NR	0-NS	__
Diabetes	1-Sim, interfere na vida	2-Sim, não	3 -Não	9-NR	0-NS	__

		interfere na vida				
Obesidade	1-Sim, interfere na vida	2-Sim, não interfere na vida	3 -Não	9-NR	0-NS	_
Derrame	1-Sim, interfere na vida	2-Sim, não interfere na vida	3 -Não	9-NR	0-NS	_
Incontinência urinária	1-Sim, interfere na vida	2-Sim, não interfere na vida	3 -Não	9-NR	0-NS	_
Prisão de ventre	1-Sim, interfere na vida	2-Sim, não interfere na vida	3 -Não	9-NR	0-NS	_
Problemas para dormir (insônia)	1-Sim, interfere na vida	2-Sim, não interfere na vida	3 -Não	9-NR	0-NS	_
Catarata	1-Sim, interfere na vida	2-Sim, não interfere na vida	3 -Não	9-NR	0-NS	_
Problemas de coluna	1-Sim, interfere na vida	2-Sim, não interfere na vida	3 -Não	9-NR	0-NS	_
Outras	1-Sim, interfere na vida	2- Sim, não interfere na vida	3 -Não	9-NR	0))NS	_
Especifique						_

22)O(a) sr(a) tem alguma atividade física regularmente?

1-Sim(especifique) _____ semana duração _____ minutos _____ 2-Não( ) 9- NR( ) 0-NS( )	_
---	---

23) Para caminhar ou movimentar-se em sua casa, o sr(a) o faz:

1-Sozinho, sem dificuldades( ) 2-Sozinho, com dificuldades( ) 3-Com ajuda mecânica (cadeira de rodas, muleta, etc.)( ) 4-Com ajuda de alguém ( ) especifique _____ 5-Não pode movimentar-se (acamado) 9-NS( )0-NR( )	_
--	---

25)Para movimentar-se fora de casa o(a) sr(a) o faz:

1-Sozinho, sem dificuldades( ) 2-Sozinho, com dificuldades( ) 3-Com ajuda mecânica (cadeira de rodas, muleta, etc.)( ) 4-Com ajuda de alguém ( ) especifique _____ 5- Não pode movimentar-se (acamado)( ) 9-NS( )0-NR()	_
--	---

26)O(a) sr(a) sofreu alguma queda no último ano?

1-Sim, mas não afetou a capacidade de locomoção( ) 2- Sim, e afetou a capacidade de locomoção ( ) 3-Não( ) 9-NS( ) 0-NR( )	_
--	---

27)O(a) sr(a) sofreu alguma fratura no último ano?

1-Sim ( ) quantas vezes? _____ 2-Não( )	_
---	---

28) O(a) sr(a) toma algum remédio regularmente?

1-Sim, receitado por médico ( )	
---------------------------------	--

2-Sim, adquirido por conta própria( )	_
3- Sim, receita médica e por conta própria( )	
4- Não ( )9-NS( )0- NR( )	

29) Quais os remédios que o(a) sr(a) usa regularmente e quais os horários de tomada?

Quantos medicamentos? \_\_\_\_\_ (Descrever todos abaixo)

Nome	Frequência	Marque X para os prescritos por profissionais
_____	x por _____	
_____	x por _____	
_____	x por _____	
_____	x por _____	
_____	x por _____	
_____	x por _____	
_____	x por _____	

**Saúde Mental**

Responder as questões com SIM ou NÃO segundo lhe pareça adequado. Não há questões certas ou erradas, mas situações que podem ou não acontecer.

30) O(a) sr(a) acorda bem e descansado(a) na maioria das manhãs?

1- sim ( )	2- não ( )	_
------------	------------	---

31) Na sua vida diária 0(a) sr(a) sente que as coisas acontecem sempre iguais?

1- sim ( )	2- não ( )	_
------------	------------	---

32) O(a) sr(a) já teve vontade de abandonar o lar?

1-sim ( )	2 -não ( )	_
-----------	------------	---

33) O(a) sr(a) tem muita sensação de que ninguém realmente o(a) entende?

1- sim ( )	2- não ( )	_
------------	------------	---

34) O(a) sr(a) já teve períodos (dia, meses ou anos) em que não pode tomar conta de nada porque na verdade já não estava agüentando mais?

1-sim ( )	2- não ( )	_
-----------	------------	---

35) O seu sono é agitado ou conturbado?

1- sim ( )	2 -não ( )	_
------------	------------	---

36) O sr(a) é feliz na maior parte do tempo?

1-sim( )	2- não ( )	_
----------	------------	---

37) O(a) sr(a) sente que o mundo ou as pessoas estão contra o sr(a)?

1- sim ( )	2- não ( )	_
------------	------------	---

38) O(a) sr(a) sente-se, por vezes, um(a) inútil?

1- sim ( )	2 -não ( )	_
------------	------------	---

39) Nos últimos anos o(a) sr(a) tem se sentindo bem, na maior parte do tempo?

1-sim ( )	2- não ( )	_
-----------	------------	---

40) O(a) sr(a) tem problemas de dores de cabeça?



1- sim ( )      2- não ( )		
----------------------------	--	--

41) O(a) sr(a) sente-se fraco na maior parte do tempo?

1-sim ( )      2-não ( )		
--------------------------	--	--

42) O(a) sr(a) já teve dificuldades em manter equilíbrio ao andar?

1- sim ( )      2- não ( )		
----------------------------	--	--

43) O(a) sr(a) tem problema de falta de ar ou peso no coração?

1- sim ( )      2- não ( )		
----------------------------	--	--

44) O(a) sr(a) tem a sensação, mesmo quando acompanhado de outras pessoas?

1- sim ( )      2- não ( )		
----------------------------	--	--

#### Avaliação Cognitiva MINI MENTAL (MMSE)

Agora faremos algumas perguntas sobre a sua memória. Não se preocupe com os resultados das perguntas sabemos que com o tempo as pessoas vão tendo mais dificuldades para se lembrar das coisas.

45) Qual dia em que estamos?

Ano _____ Semestre _____ Mês _____ Dia _____ Dia semana _____		
---	--	--

46) Onde nós estamos?

Nome da rua _____ Número da casa _____ Bairro _____ Cidade _____ Estado _____		
---	--	--

47) Repita as palavras (um segundo para dizer cada uma, depois pergunte ao idoso todas as três)

Caneca ( ) Tijolo ( ) Tapete ( )		
----------------------------------	--	--

Caso o entrevistado não conseguir repetir as três, repita até que ele aprenda todas as três. Conte as tentativas e registre(Tentativas):

|

48) O sr(a) faz cálculos?      1-sim ( )      2- não ( )

Se a resposta for positiva, pergunte quanto é  $100 - 7$ . E retire mais 7, num total de cinco subtrações.

1-(100) _____ 2- (93) _____ 3- (86) _____ 4- (79) _____ 5- (72) _____		
---	--	--

Se a resposta for não, peça para soletrar "mundo" de trás para diante.

1- O ( ) 2- D( ) 3-N ( ) 4- U ( ) 5- M( )		
---	--	--

49) Repita as palavras que disse há pouco:

_____		
-------	--	--

50) Mostre um relógio de pulso e pergunte-lhe: O que é isto? Repita com o lápis.

Relógio ( )      Lápis ( )		
----------------------------	--	--

51) Repita o seguinte:

"NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ"		
-----------------------------	--	--

52)Siga uma ordem de três estágios:

“Tome um papel com sua mão direita	<input type="checkbox"/>
dobre-o ao meio	<input type="checkbox"/>
ponha-o no chão”	<input type="checkbox"/>

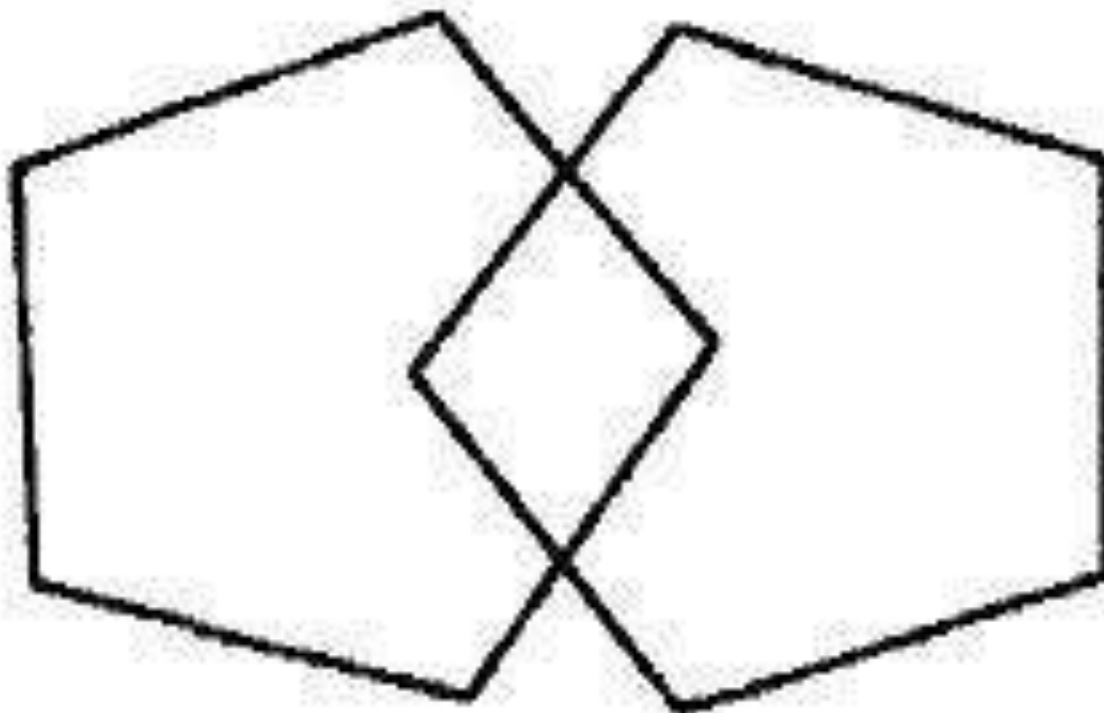
53) Leia e execute o seguinte: (cartão)

“FECHE OS OLHOS”

54) Escreva uma frase.

_____	<input type="checkbox"/>
-------	--------------------------

55) Copie este desenho: (cartão)



56) Agora eu gostaria de perguntar sobre algumas atividades e tarefas do seu dia a dia. Estamos interessados em saber se o(a) sr(a) consegue fazer estas atividades sem nenhuma necessidade de auxílio ou se precisa de alguma ajuda, ou se não consegue fazer tais atividades de forma nenhuma.

	1)Sem dificuldade	2)Com pouca dificuldade	3)Com muita dificuldade	9)NS	0)NR	Quem ajuda	Mora junto
Deitar/levantar da cama	1-Sem dificuldade	2-Com pouca dificuldade	3-Com muita dificuldade	9	0		
Comer	1-Sem dificuldade	2-Com pouca dificuldade	3- Com muita dificuldade	9	0		
Pentear cabelo	1-Sem dificuldade	2-Com pouca dificuldade	3-Com muita dificuldade	9	0		
Andar no plano	1-Sem dificuldade	2-Com pouca dificuldade	3-Com muita dificuldade	9	0		
Tomar banho	1-Sem dificuldade	2-Com pouca dificuldade	3-Com muita dificuldade	9	0		
Vestir-se	1-Sem	2-Com pouca	3-Com muita	9	0		

	dificuldade	dificuldade	dificuldade				
Ir ao banheiro em tempo	1-Sem dificuldade	2-Com pouca dificuldade	3-Com muita dificuldade	9	0		
Subir escadas (1 lance)	1-Sem dificuldade	2-Com pouca dificuldade	3-Com muita dificuldade	9	0		
Medicar-se na hora	1-Sem dificuldade	2-Com pouca dificuldade	3-Com muita dificuldade	9	0		
Andar perto de casa	1-Sem dificuldade	2-Com pouca dificuldade	3-Com muita dificuldade	9	0		
Fazer compras	1-Sem dificuldade	2-Com pouca dificuldade	3-Com muita dificuldade	9	0		
Preparar refeições	1-Sem dificuldade	2-Com pouca dificuldade	3-Com muita dificuldade	9	0		
Cortar unhas dos pés	1-Sem dificuldade	2-Com pouca dificuldade	3-Com muita dificuldade	9	0		
Sair de condução	1-Sem dificuldade	2-Com pouca dificuldade	3-Com muita dificuldade	9	0		
Fazer limpeza de casa	1-Sem dificuldade	2-Com pouca dificuldade	3-Com muita dificuldade	9	0		

#### UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

57) Nos últimos seis meses o(a) sr(a) teve algum problema que lhe fez procurar Serviço de Saúde.

Saúde	Dente	Visão
1-sim( )	1-sim( )	1-sim( )
2-Não( )	2-Não( )	2-Não( )
9-NS( )	9-NS( )	9-NS( )
0-NR( )	0-NR( )	0-NR( )

Se Sim Número de consultas na ESF : \_\_\_\_\_

Número de consultas em outros pontos de atenção( hospital, Centro de especialidades): \_\_\_\_\_

Onde: \_\_\_\_\_

58) Esteve internado nos últimos 6 meses?

1- Sim ( ) Quantas vezes? 2- Não( ) 9- NS( ) 0- NR( )   ____
Motivo do internação: _____
Hospital: _____
Endereço: _____
Tempo/última internação: _____

59) No caso de 0 (a) sr(a) ficar doente ou incapacitado(a) quem cuidaria do(a) sr(a) (assinale até 2 respostas)?

1- Ninguém ( )
2- Esposo(a) ou companheiro(a) ( )
3- Filha(s) ( )
4- Filho(s) ( )
5- Outros familiares ( )
6- Amigos ou vizinhos ( )

7- Profissional contratado (enfermeira) ( )
10- Associações beneficentes (religiosas ou não) ( )
11- Outros ( ) especifique:
9- NS ( )      0- NR( ) _ _

60) O(a) sr(a) tem como hábito utilizar quais passatempos?

	Sim	Não
Assistir TV	(1)	(2)
Ouvir radio	(1)	(2)
Ler	(1)	(2)
Jogar	(1)	(2)
Atividades manuais	(1)	(2)
Fazer caminhadas	(1)	(2)
Dançar	(1)	(2)
Esportes	(1)	(2)
Outros*	(1)	(2)

\*especifique: \_\_\_\_\_

\*Qual a frequência \_\_\_\_\_

(BLAY, RAMOS, MARI, 1988; MAIA, 2004; CARVALHO DAMY, 2010)

## ANEXO B - Índice de Vulnerabilidade Clínico-funcional (IVCF-20)

ANEXO B - ÍNDICE DE VULNERABILIDADE CLÍNICO-FUNCIONAL-20			
<a href="http://www.ivcf-20.com.br">www.ivcf-20.com.br</a>			
Responda às perguntas abaixo com a ajuda de familiares ou acompanhantes. Marque a opção mais apropriada para a sua condição de saúde atual. Todas as respostas devem ser confirmadas por alguém que conviva com você. Nos idosos incapazes de responder, utilizar as respostas do cuidador.		Pontuação	
IDADE	1. Qual é a sua idade?	<input type="checkbox"/> 60 a 74 anos <sup>0</sup> <input type="checkbox"/> 75 a 84 anos <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> ≥ 85 anos <sup>3</sup>	
AUTO-PERCEPÇÃO DA SAÚDE	2. Em geral, comparando com outras pessoas de sua idade, você diria que sua saúde é:	<input type="checkbox"/> Excelente, muito boa ou boa <sup>0</sup> <input type="checkbox"/> Regular ou ruim <sup>1</sup>	
ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA	AVD Instrumental  <i>Respostas positiva valem 4 pontos cada. Todavia, a pontuação máxima do item é de 4 pontos, mesmo que o idoso tenha respondido sim para todas as questões 3, 4 e 5.</i>	3. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de fazer compras? <input type="checkbox"/> Sim <sup>4</sup> <input type="checkbox"/> Não ou não faz compras por outros motivos que não a saúde	
		4. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de controlar seu dinheiro, gastos ou pagar as contas de sua casa? <input type="checkbox"/> Sim <sup>4</sup> <input type="checkbox"/> Não ou não controla o dinheiro por outros motivos que não a saúde	
		5. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de realizar pequenos trabalhos domésticos, como lavar louça, arrumar a casa ou fazer limpeza leve? <input type="checkbox"/> Sim <sup>4</sup> <input type="checkbox"/> Não ou não faz mais pequenos trabalhos domésticos por outros motivos que não a saúde	
	AVD Básica	6. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de tomar banho sozinho? <input type="checkbox"/> Sim <sup>6</sup> <input type="checkbox"/> Não	
COGNIÇÃO	7. Algum familiar ou amigo falou que você está ficando esquecido?	<input type="checkbox"/> Sim <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> Não	
	8. Este esquecimento está piorando nos últimos meses?	<input type="checkbox"/> Sim <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> Não	
	9. Este esquecimento está impedindo a realização de alguma atividade do cotidiano?	<input type="checkbox"/> Sim <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> Não	
HUMOR	10. No último mês, você ficou com desânimo, tristeza ou desesperança?	<input type="checkbox"/> Sim <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> Não	
	11. No último mês, você perdeu o interesse ou prazer em atividades anteriormente prazerosas?	<input type="checkbox"/> Sim <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> Não	
MOBILIDADE	Alcance, preensão e pinça	12. Você é incapaz de elevar os braços acima do nível do ombro?	<input type="checkbox"/> Sim <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> Não
		13. Você é incapaz de manusear ou segurar pequenos objetos?	<input type="checkbox"/> Sim <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> Não
	Capacidade aeróbica e /ou muscular	14. Você tem alguma das quatro condições abaixo relacionadas?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perda de peso não intencional de 4,5 kg ou 5% do peso corporal no último ano ou 6 kg nos últimos 6 meses ou 3 kg no último mês ( );</li> <li>• Índice de Massa Corporal (IMC) menor que 22 kg/m<sup>2</sup> ( );</li> <li>• Circunferência da panturrilha a &lt; 31 cm ( );</li> <li>• Tempo gasto no teste de velocidade da marcha (4m) &gt; 5 segundos ( ).</li> </ul>
	Marcha	15. Você tem dificuldade para caminhar capaz de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano?	<input type="checkbox"/> Sim <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> Não
16. Você teve duas ou mais quedas no último ano?		<input type="checkbox"/> Sim <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> Não	

	Continência esfincteriana	17. Você perde urina ou fezes, sem querer, em algum momento? ( ) <i>Sim</i> <sup>2</sup> ( ) <i>Não</i>	
COMUNICAÇÃO	Visão	18. Você tem problemas de visão capazes de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? <i>É permitido o uso de óculos ou lentes de contato.</i> ( ) <i>Sim</i> <sup>2</sup> ( ) <i>Não</i>	
	Audição	19. Você tem problemas de audição capazes de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? <i>É permitido o uso de aparelhos de audição.</i> ( ) <i>Sim</i> <sup>2</sup> ( ) <i>Não</i>	
COMORBIDADES MÚLTIPLAS	Polipatologia	20. Você tem alguma das três condições abaixo relacionadas? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cinco ou mais doenças crônicas ( );</li> <li>• Uso regular de cinco ou mais medicamentos diferentes, todo dia ( );</li> <li>• Internação recente, nos últimos 6 meses ( ).</li> </ul>	Máximo 4 pts
	Polifarmácia		
	Internação recente (<6 meses)		
PONTUAÇÃO FINAL (40 pontos)			

## ANEXO C - Aprovação do CEP

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE  
MONTES CLAROS -  
UNIMONTES



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** MATRICIAMENTO EM SAÚDE DO IDOSO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE DE MONTES CLAROS, MINAS GERAIS, BRASIL.

**Pesquisador:** Luciana Colares Maia

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 57326016.1.0000.5146

**Instituição Proponente:** Universidade Estadual de Montes Claros - UNIMONTES

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 1.628.652

**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de estudo de intervenção, comparativo, do tipo ensaio comunitário a ser conduzido na Estratégia de Saúde da Família- ESF para avaliar o impacto de apoio matricial em saúde do idoso na Atenção Primária à Saúde. Será conduzido em três etapas, sendo a primeira de levantamento multidimensional dos idosos, segunda etapa de intervenção, que será implantado o apoio matricial à saúde do idoso e na terceira etapa será avaliado os idosos para verificar o impacto do apoio matricial. O matriciamento será implantado em equipes de três polos regionais urbanos de Montes Claros para comparar os resultados com equipes que não terão inicialmente o apoio matricial em geriatria. Caso a intervenção seja positiva, será implantado o apoio para as demais equipes da ESF.

**Objetivo da Pesquisa:**

Avaliar o impacto de um modelo de matriciamento em saúde do idoso na Estratégia de Saúde da Família-ESF.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos:

O idoso terá que dispor alguns minutos do seu tempo para responder ao questionário, que será aplicado em local e em horário apropriados. Caso se

**Endereço:** Av. Dr Rui Braga s/n-Camp Univers Profº Darcy Rib  
**Bairro:** Vila Mauricéia **CEP:** 39.401-089  
**UF:** MG **Município:** MONTES CLAROS  
**Telefone:** (38)3229-8180 **Fax:** (38)3229-8103 **E-mail:** smelocosta@gmail.com

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE  
MONTES CLAROS -  
UNIMONTES



Continuação do Parecer: 1.628.652

sinta incomodado em responder as perguntas da pesquisa, ela será interrompida imediatamente, sem qualquer comprometimento da assistência que o idoso recebe na unidade de saúde.

**Benefícios:**

Conhecer a situação de saúde dos idosos de Montes Claros e acompanhá-los em suas necessidades, capacitar os profissionais das equipes de saúde da família e implantar um modelo de assistência aos idosos na ESF do município.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de um tema relevante e atual, a metodologia está bem descrita e de acordo com o objetivo proposto.

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

Apresenta todos documentos obrigatórios.

**Recomendações:**

Apresentação de relatório final por meio da plataforma Brasil, em "enviar notificação".

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

Aprovado

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O projeto respeita os preceitos éticos da pesquisa em seres humanos, sendo assim somos favoráveis à aprovação do mesmo.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_740203.pdf	16/06/2016 12:04:33		Aceito
Folha de Rosto	FR16062016.pdf	16/06/2016 11:58:36	SIMONE DE MELO COSTA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	cep.pdf	15/06/2016 01:07:11	Luciana Colares Maia	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Institucional.doc	15/06/2016 01:01:59	Luciana Colares Maia	Aceito

**Endereço:** Av. Dr Rui Braga s/n-Camp Unvers Profº Darcy Rib  
**Bairro:** Vila Mauricéia **CEP:** 39.401-089  
**UF:** MG **Município:** MONTES CLAROS  
**Telefone:** (38)3229-8180 **Fax:** (38)3229-8103 **E-mail:** smelocosta@gmail.com



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE  
MONTES CLAROS -  
UNIMONTES



Continuação do Parecer: 1.628.652

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	15/06/2016 00:56:46	Luciana Colares Maia	Aceito
---	----------	------------------------	----------------------	--------

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

MONTES CLAROS, 27 de Junho de 2016

---

**Assinado por:**  
**Ana Augusta Maciel de Souza**  
(Coordenador)

**Endereço:** Av. Dr Rui Braga s/n-Camp Univers Profº Darcy Rib  
**Bairro:** Vila Mauricéia **CEP:** 39.401-089  
**UF:** MG **Município:** MONTES CLAROS  
**Telefone:** (38)3229-8180 **Fax:** (38)3229-8103 **E-mail:** smelocosta@gmail.com