

AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DE IDOSOS ATENDIDOS EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DAS CIDADES DE PELOTAS E PORTO ALEGRE/RS

ELISA FREITAS NEVES¹; MARIA AURORA DROPA CHRESTANI²; ROBERTA RIGO DALLACORTE²; RENATO GORGA BANDEIRA DE MELLO³

¹*Universidade Federal de Pelotas – elisafneves@yahoo.com.br*

²*Universidade Federal de Pelotas – machrestani@uol.com.br*

²*Universidade Federal do Rio Grande do Sul – robertarigod@gmail.com*

³*Universidade Federal do Rio Grande do Sul – renatogbmello@gmail.com*

1. INTRODUÇÃO

Há pouco tempo o envelhecimento da população era considerado um fenômeno, contudo, na atual conjuntura é interpretado com uma realidade da grande maioria da sociedade, ocorrendo em velocidade semelhante em ambos os hemisférios. Tanto isso é verdade que estima-se que em menos de dez anos o Brasil se torne o 6º país com maior número de idosos, com previsão para 2050 de dois bilhões de pessoas com sessenta anos ou mais no mundo. (MORAES, 2016)

Esse processo de aumento da longevidade determina profundas consequências na demanda, organização e estruturação de políticas públicas, educacionais, sociais e de saúde. Aliado a isso, o aumento da expectativa de vida trás, paradoxalmente, uma maior carga de doenças crônicas e incapacidades funcionais, e sendo assim, principalmente os serviços de saúde se deparam com a necessidade cada vez mais frequente de instrumentos que avaliem a saúde do idoso de forma individual, rastreando, além das doenças, perfis de vulnerabilidade, incapacidade e dependência.

Nesta perspectiva, vários modelos vêm sendo aprimorados com a finalidade de avaliar o idoso de forma global. Por exemplo, a avaliação funcional busca verificar, de maneira sistematizada, em que grau as doenças ou agravos atingem de forma negativa a autonomia e independência, as atividades cotidianas ou atividades de vida diária (AVD) das pessoas idosas permitindo um planejamento assistencial mais adequado. (FIEDLER, PERES, 2008)

Para o idoso a sua percepção de qualidade de vida baseia-se principalmente na linha de cuidado. O atendimento e acolhimento deve ser um trabalho conjunto entre equipe de saúde, idoso e família, e neste aspecto, a Atenção Básica é o contato inicial dos usuários com os sistemas de saúde e com a sua própria conscientização sobre os direitos e demandas biopsicossociais individuais. Diante do exposto acima, urgem que estratégias de avaliação ampla de rápida e simples aplicação sejam implementadas e testadas no âmbito de atenção primária em saúde pública; e que desta forma possa avaliar o indivíduo em múltiplas dimensões, antecipando ações preventivas, de tratamento e reabilitação nas distintas vulnerabilidades evidenciadas.

2. METODOLOGIA

Estudo de delineamento de coorte, multicêntrico, apresentando como amostragem/população alvo, idosos com 60 anos ou mais que residem na área de abrangência das unidades básicas de saúde Centro Social Urbano-Pelotas/RS e Santa Cecília-Porto Alegre/RS, e que procurarem as respectivas UBS para assistência.

O processo de seleção de participantes será realizado de forma consecutiva e por conveniência. Os idosos que procurarem a UBS para atendimento serão convidados a participar. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será apresentado ao participante e/ou ao acompanhante caso o primeiro seja considerado incapaz. Havendo consentimento e assinatura do termo, serão incluídos na pesquisa.

Os critérios de inclusão serão: Todos indivíduos com 60 anos ou mais que residem na área de abrangência das unidades básicas de saúde Centro Social Urbano-Pelotas/RS e Santa Cecília-Porto Alegre que procurarem a unidade por razão de atendimento em saúde ou dispensação de medicamentos.

Várias variáveis serão avaliadas, dentre elas: variáveis sócio-demográficas e história médica pregressa - informações clínicas, sócio-demográficas e de estilo de vida serão obtidas através de questionário padronizado desenvolvido para o estudo -; variáveis de exame físico: índice de massa corporal (IMC), circunferência abdominal, circunferência da panturrilha, pressão arterial e força de preensão palmar; variáveis de funcionalidade: as testagens serão subdivididas em quatro grandes grupos: cognição, humor/comportamento; mobilidade e comunicação – “Escala de Katz” para verificação de atividades básicas de vida diária e “Escala de Lawton” para as atividades instrumentais, GPCOG para avaliar a cognição e “Escala de Depressão Geriátrica” para triagem de transtorno do humor.

No quesito de comunicação, serão avaliados visão e audição através da Cartão de Jaeger e Teste do Sussurro. Será aplicado avaliação semiestruturada validada para avaliação nutricional, e a prevalência de síndrome de fragilidade analisada através da “Escala de Fried”.

Serão solicitados exames laboratoriais: hemograma, glicemia de jejum, hemoglobina glicada, lipidograma, creatinina, exame comum de urina e TSH.

Planeja-se contato com o participante ou o seu responsável na avaliação, para verificação do estado vital após seis meses da data de inclusão: óbito; internação hospitalar; visitas à emergência e perda funcional por Katz.

A análise da amostra será realizada através de variáveis categóricas, descritas em proporções e comparadas através do teste qui-quadrado; variáveis contínuas em médias e comparadas através de teste-t para amostras independentes. Sendo que caso ocorra distribuição não-normal, testes não-paramétricos equivalentes serão utilizados. A predição independente de risco será analisada através do modelo de riscos proporcionais de Cox. O nível de significância a ser utilizado será de 5%.

Para avaliar a capacidade preditiva do escore de fragilidade, considerando uma prevalência de 8% de expostos (frágeis); risco do desfecho óbito + internação hospitalar 2 vezes maior nos expostos; poder de 80% com nível de significância de 5%.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O projeto foi submetido à CHAMADA FAPERGS/MS/CNPq/SESRS n. 03/2017 PROGRAMA PESQUISA PARA O SUS: GESTÃO COMPARTILHADA EM SAÚDE PPSUS – 2017, em junho/2017 e respeitará o seguinte cronograma descrito na TABELA 1.

Contudo, um piloto já vem sendo realizado desde outubro/2017, e será possível apresentar os primeiros resultados ainda este ano, com vistas ao SIIEPE/CIC 2017.

TABELA 1 – Cronograma

ATIVIDADE	MÊS/ANO INÍCIO	MÊS/ANO FIM
Inclusão de participantes e coleta de dados	10/2017	08/2019
Atividades de monitoria de inclusões e monitoria de qualidade de coleta e armazenamento de dados	11/2017	08/2019
Encontro da equipe de pesquisa em Porto Alegre para avaliação inicial das atividades de pesquisa e andamento das inclusões; divulgação dos resultados de trabalho de equipe	03/2018	03/2018
Preparação do banco de dados e Análise dos dados	07/2019	09/2019
Redação inicial do texto de apresentação de resultados	07/2019	09/2019
Finalização e Prestação de Contas	08/2019	10/2019
Apresentação dos Resultados	09/2019	10/2019

4. CONCLUSÕES

Avaliar de forma multidimensional as vulnerabilidades do idoso em atenção primária através de abordagem ampla, sistematizada e de rápida aplicabilidade após treinamento simples.

Identificar variáveis de saúde física, psicológica, social e de funcionalidade e mobilidade capazes de predizer desfechos duros em saúde do idoso e, através da entrega do material resultado em formato de ficha espelho, estimular a identificação de fragilidade e vulnerabilidades do idoso que permitam a triagem mais acurada das populações em risco para planejamento de ações futuras e seleção de participantes ao programas de atenção em saúde delimitadas pelo Ministério da Saúde.

Em sendo assim, colaborar com a otimização do trabalho interprofissional em saúde e na busca por incrementar resultados de promoção e proteção à saúde do idoso. O envelhecimento populacional é um processo já instalado em nosso país. Junto com ele estima-se processo de transição epidemiológica marcante com incremento substancial do impacto das doenças crônicas não-transmissíveis, assim como suas consequências à saúde de forma global – funcionalidade, vulnerabilidade social e sobrecarga de atenção à saúde

Implementar formatos de avaliação multidimensional ao idoso de aplicabilidade sistematizada rápida e de baixo custo permitirá entendimento mais preciso e amplo das condições globais de saúde da pessoa idosa no âmbito da atenção primária em saúde do SUS, configurando-se ferramenta de triagem para identificação daqueles com maior risco a desfechos maiores em saúde e perda de funcionalidade, permitindo direcionamentos de ação e planejamento de estratégias de acompanhamento da equipe da UBS com intuito de reduzir os impactos à saúde do idoso

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (**Cadernos de Atenção Básica, n. 19**). Brasília : Ministério da Saúde, 2006. 192 p. il.

Campolina AG, Adami F, Santos JLF, Lebrão ML. A transição de saúde e as mudanças na expectativa de vida saudável da população idosa: possíveis impactos da prevenção de doenças crônicas. **Cadernos de Saúde Pública**. 2013;29:1217-29

Yesavage J. A. et al. **Development and validation of a geriatric depression rating scale**: a preliminary report. J Psychiatr Res 1983

PAIXAO JUNIOR, C.M; REICHENHEIM, M.E. Uma revisão sobre instrumentos de avaliação do estado funcional do idoso. **Cad. Saúde Pública**, 2005

BARBOSA, Aline R. et al. Function limitations of Brazilian elderly by age and gender differences: data from SABE Survey. **Cad. Saúde Pública**, 2005

FIEDLER, M.; PERES, K. G. Capacidade funcional e fatores associados em idosos do Sul do Brasil: um estudo de base populacional. **Cad. Saúde Pública**, 2008

Lawton, M.P, and Brody, E. M. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. **Gerontologist**, 1969

Santos, RL. Virtuoso-Júnior JS. Confiabilidade da versão brasileira da escala de atividades instrumentais de vida diária. **Revista Brasileira de Promoção da Saúde**, 2008

Lopes MA, Bottino CMC. Prevalência de demência em diversas regiões do mundo. Análise dos estudos epidemiológicos de 1994 a 2000. **Arq Neuropsiquiatr**. 2002

Berg K, Maki B, Williams J. Clinical and laboratory measures of postural balance in an elderly population. **Arch Phys Med Rehabil** 1992

Miyamoto ST, Lombardi J, Berg KO, Ramos LR, Natour J. Brazilian version of the Berg balance scale **Braz J Med Biol Res** 2004

Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). **J. Geront.** 2001

Brodaty H, Pond D, Kemp NM, et al; The GPCOG: a new screening test for dementia designed for general practice. **J Am Geriatr Soc**. 2002

Moraes EN, Moraes FL, 5ª Edição - Avaliação Multidimensional do Idoso. 2016 Planos Municipais de Saúde 2014-2017 das cidades de Pelotas-RS e Porto Alegre-RS