

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO

JULIANA MACIEL OLIVEIRA

**UTILIZAÇÃO E ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE DE IDOSOS
COM SÍNDROME DE FRAGILIDADE**

UBERABA
2017

JULIANA MACIEL OLIVEIRA

**UTILIZAÇÃO E ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE DE IDOSOS
COM SÍNDROME DE FRAGILIDADE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *stricto sensu* em Atenção à Saúde, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Darlene Mara dos Santos Tavares.

Linha de pesquisa: Atenção à saúde das populações.

Eixo temático: Saúde do adulto e do idoso.

UBERABA
2017

**Catálogo na fonte: Biblioteca da Universidade Federal do
Triângulo Mineiro**

O47u Oliveira, Juliana Maciel
Utilização e acesso aos serviços de saúde de idosos com síndrome de
fragilidade / Juliana Maciel Oliveira. -- 2017.
107 f. : il., fig., graf., tab.

Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) -- Universidade Federal do
Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, 2017
Orientadora: Profa. Dra. Darlene Mara dos Santos Tavares

1. Saúde do idoso. 2. Idoso fragilizado. 3. Acesso aos Serviços de Saúde.
I. Tavares, Darlene Mara dos Santos. II. Universidade Federal do Triângulo
Mineiro. III. Título.

CDU 613.98

JULIANA MACIEL OLIVEIRA

**UTILIZAÇÃO E ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE DE IDOSOS
COM SÍNDROME DE FRAGILIDADE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *stricto sensu* em Atenção à Saúde, área de concentração Saúde e Enfermagem, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Atenção à Saúde.

Linha de pesquisa: Atenção à saúde das populações.

Eixo temático: Saúde do adulto e do idoso.

Uberaba, 18 de dezembro de 2017.

Banca Examinadora:

Prof^a. Dr^a. Darlene Mara dos Santos Tavares - Orientadora
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Prof^a. Dr^a. Bethânia Ferreira Goulart
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Prof^a. Dr^a. Aline Cristina Martins Gratão
Universidade Federal de São Carlos

Aos meus pais, Lucélia e Washington, minha
admiração e respeito pela dedicação e amor
incondicional.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, pela oportunidade da vida, por me guiar pelo melhor caminho, por me conceder serenidade nos momentos de dificuldades e sabedoria para enfrentar os obstáculos encontrados ao longo desta jornada.

Aos meus pais Lucélia e Washington, pelo amor e carinho que sempre me depositam, pelo apoio e incentivo nos momentos de desânimo e cansaço renovando sempre minha autoconfiança e capacidade. Vocês foram fundamentais nesta conquista.

Aos meus irmãos Mariana e Daniel e a afilhada Júlia, pelo amor, incentivo e apoio incondicional.

Ao meu esposo Edmar, pela compreensão, amor, motivação e cumplicidade durante todas as etapas vivenciadas nesta jornada.

À minha avó Sebastiana, pelas orações que me fortaleceram durante esta trajetória.

A todos os meus familiares e amigos que torceram, apoiaram e celebraram com muita alegria a realização deste sonho.

Às amigas Grazielle e Érica, pelo carinho, amizade, escuta, incentivo e apoio incondicional. Obrigada por estarem sempre ao meu lado e tornarem meus dias mais alegres.

À minha orientadora, Professora Doutora Darlene Mara dos Santos Tavares, pela paciência, ensinamentos e dedicação. Agradeço pelas oportunidades de aprendizado durante nossas conversas e suas contribuições para a construção deste trabalho.

À Professora Doutora Aline Cristina Martins Gratão e Professora Doutora Bethânia Ferreira Goulart, pela gentileza em avaliar este trabalho e contribuir para sua melhoria.

Ao Professor Doutor Vanderlei José Haas, pelos ensinamentos, apoio, compreensão, carinho e disponibilidade ao longo desta etapa.

À Professora Jurema Ribeiro Luiz Gonçalves, pelas oportunidades de aprendizagem, pelo exemplo e amizade.

À Universidade Federal do Triângulo Mineiro e ao Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde, pela oportunidade de crescimento profissional e realização deste sonho.

Aos secretários do PPGAS, Daniele e Fábio, pela amizade, carinho, assistência e benevolência.

A todos que direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste estudo, muito obrigado.

*“Tenha coragem de seguir seu coração e intuição, de alguma maneira eles já sabem o que
você realmente quer se tornar.”*

Steve Jobs

RESUMO

OLIVEIRA, Juliana Maciel. **Utilização e acesso aos serviços de saúde de idosos com síndrome de fragilidade**. 2017. 107f. Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) – Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2017.

Objetivou-se descrever as características sociodemográficas e clínicas, o perfil da utilização e acesso aos serviços de saúde por idosos frágeis (F), pré-frágeis (PF) e não frágeis (NF) e identificar os fatores associados a utilização e acesso aos serviços de saúde. Inquérito domiciliar, quantitativo e transversal realizado com 580 idosos da zona urbana do município de Uberaba-MG. Utilizaram-se os instrumentos: Mini Exame do Estado Mental; Formulário para caracterização dos dados sociodemográficos, econômicos e clínicos; Duas seções da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD); Fenótipo de Fragilidade; Índice de Katz; Escala de Lawton e Brody; Questionário Brasileiro de Avaliação Funcional e Multidimensional (BOMFAQ). Procedeu-se à análise com distribuição de frequências absolutas e percentuais e regressão logística binomial múltipla ($p < 0,05$). Entre os idosos NF, PF e F predominou o sexo feminino e um a quatro anos de estudo; NF com idade entre 60 | 70 anos, enquanto PF e F entre 70 | 80 anos; NF com companheiro e sem entre PF e F; renda de um salário mínimo entre PF e F e um a dois salários mínimos entre NF. Predominaram cinco ou mais doenças entre F, PF e NF, com maior percentual entre F; uso de um a quatro medicamentos de uso contínuo entre NF e PF e cinco ou mais entre F; autopercepção de saúde positiva entre NF e negativa entre PF e F; prevaleceram entre NF, PF e F a dependência parcial em Atividades Instrumentais da Vida Diária, a independência em Atividades Básicas da Vida Diária e nenhum episódio de quedas e hospitalizações nos últimos 12 meses. Em relação ao acesso aos serviços de saúde, predominaram entre NF, PF e F a procura pelo mesmo local de atendimento; a realização de uma a cinco consultas, entretanto observou-se número de consultas superior entre os F; que receberam gratuitamente parte dos medicamentos de uso contínuo e compraram os demais; que realizaram último atendimento odontológico há mais de três anos, não cobertos pelo SUS e plano de saúde. Entre os que utilizaram o serviço de saúde nas duas últimas semanas, o consultório médico particular foi o local mais procurado por NF e F e a unidade de saúde entre os PF. O principal motivo corresponde a atendimentos preventivos entre NF e doença entre PF, enquanto entre os idosos F atendimentos preventivos e doenças. O atendimento com maior percentual entre os idosos nos três grupos foi a consulta médica. Atendimentos realizados através do SUS predominaram entre idosos PF e F. O acesso aos serviços de saúde associou-se ao número de morbidades

entre NF e PF. Associaram-se ao acesso gratuito a medicamentos de uso contínuo entre NF o sexo masculino e entre PF o número de morbidades e autopercepção de saúde negativa. Estes resultados permitem compreender o comportamento dos idosos NF, PF e F na busca por serviços de saúde e contribuir para ações de saúde direcionadas às especificidades desta população.

Palavras-chave: Idoso; Idoso fragilizado; Serviços de saúde; Acesso aos serviços de saúde.

ABSTRACT

OLIVEIRA, Juliana Maciel. **Use and access of health services by elders with frailty syndrome**. 2017. 107f. Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) – Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2017.

The objective of this work was describing the sociodemographic and clinical characteristics, and the profile of use and access to health services of frail (F), pre-frail (PF), and non-frail (NF) elders, while also identifying the factors associated to the use and access to health services. This study was a domiciliary inquiry, quantitative and cross-sectional, with 580 elders from the metropolitan area of Uberaba-MG. Instruments used included: Mini-Mental State Examination; a form for sociodemographic, economic, and clinical data; two sections of the National Research by Residence Samples (PNAD); Frailty Phenotype; Katz Index; Lawton and Brody Scale; and the Brazilian Functional and Multidimensional Assessment Questionnaire (BOMFAQ). An analysis was conducted with the distribution of absolute and percentile frequencies, and multiple binomial logistic regression ($p < 0.05$). Most F, PF and NF elders were female and had from one to four years of study; most NF were 60 | 70 years of age, while PF and F elders were mostly 70 | 80 years old; most NF elders had partners, although most PF and F ones did not; PF and F elders had an income of one minimum wage, while most NF ones had from one to two minimum wages. Most elders in all categories had five or more diseases, especially among F ones; NF and PF elders used four continuous use medications, while F ones used five or more; PF and F elders had negative self-perception, as opposed to NF ones; all groups were partially dependent regarding Instrumental Activities of Daily Living and independent in Basic Activities of Daily Living. Most had had no falls and hospitalizations in the previous 12 months. Regarding the access to health services, most elders sought the same place of attention and went to one to five consultations, although the number was higher among F ones; they received continuous use medications for free and bought the others, underwent their last odontological treatment more than three years ago, uncovered by SUS and by their health plans. Among those who used the health service in the last two weeks, private physicians were the most sought by NF and F elders, while PF ones went mostly to the primary health care unit. Most NF elders visited the health service for preventive services, while PF ones did due to diseases and F ones due to both. Among all groups, consultations with the physician were the most common service used. PF and F elders mostly consulted through SUS. The access to health services was associated to the number of morbidities for NF and PF. Free access to continued use medications was associated to the

male gender for NF elders, and for morbidity number and negative health self-perception for PF ones. These results allow us to understand the behavior of NF, PF and F elders that seek health services, contributing for health actions targeted at the specificities of this population.

Keywords: Elderly; Frail elderly; Health Services; Health Services Accessibility.

RESUMEN

OLIVEIRA, Juliana Maciel. **Utilización y acceso a los servicios de salud por ancianos con síndrome de fragilidad**. 2017. 107f. Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) – Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2017.

El objetivo fue describir las características sociodemográficas y clínicas, el perfil del uso de los servicios de salud por ancianos frágiles (F), pre-frágiles (PF) y no frágiles (NF), identificando factores asociados a la utilización y acceso a los servicios de salud. Fue un cuestionario respondido en la residencia, cuantitativo y transversal, con 580 ancianos de la zona urbana de Uberaba/MG-Brasil. Se utilizó a los instrumentos: mini-examen del estado mental; formulario para la caracterización de los datos sociodemográficos, económicos y clínicos; dos secciones de la Pesquisa Nacional por Amuestras de Domicilios (PNAD); Fenotipo de Fragilidad; índice de Katz; escala de Lawton y Brody; Cuestionario Brasileño de Evaluación Funcional y Multidimensional (BOMFAQ). Se procedió al análisis con distribución de frecuencias absolutas y relativas, y a la regresión logística binomial múltiple ($p < 0,05$). En todos los grupos de ancianos, predominaron el sexo femenino, personas con de un a cuatro años de estudio, con cinco o más enfermedades (con mayor percentil para los F), con dependencia parcial en Actividades Instrumentales de la Vida Diaria e independencia en Actividades Básicas de la Vida Diaria, sin quedas o internaciones en los últimos 12 meses; la mayoría de los ancianos NF tienen entre 60 | 70 años, mientras los PF y F tienen de 70 | 80; tienen una pareja mientras los PF y F no la tienen; tiene ingreso de un a dos salarios mínimos, cuando los PF y F tienen ingresos de hacia un salario mínimo; tenían autopercepción de salud positiva, mientras los otros la tenían negativa. Los ancianos F utilizaban cinco o más medicamentos de uso continuado, mientras los NF y PF usaban cuatro o más. Con respecto al acceso a servicios de salud, predominaron, entre NF, PF y F, la procura por el mismo local de atención y el número de una a cinco consultas, aunque se tenga observado un número superior entre los ancianos F; la mayoría de los ancianos recibía sin costo sus medicamentos de uso continuado, pero pagaba por los otros, habían pasado hacia más de tres años por sus últimos tratamientos odontológicos, que no fueron cubiertos por el SUS ni por sus seguros de salud. Entre los que utilizaron al servicio de salud en las dos semanas antes de la entrevista, el consultorio médico particular fue el lugar más procurado por los ancianos NF y F, pero la unidad lo fue más para los PF. La principal razón de sus visitas fue la atención preventiva para los NF, las enfermedades para los PF, y las dos cosas para los F; el tipo de atención más común entre todos los ancianos fue la consulta médica. Atendimientos realizados por medio

del SUS predominaron entre ancianos PF y F. Estaban asociados al acceso sin costo de medicamento de uso continuo, entre el NF y el sexo masculino y entre PF el número de morbilidades y autopercepción de la salud negativa. Los resultados permiten comprender el comportamiento de ancianos NF, PF y F en su busca por servicios de salud, y contribuye para acciones de salud direccionadas a las especificidades de esta población.

Palavras-clave: Anciano; Anciano Frágil; Servicios de Salud; Accesibilidad a los Servicios de Salud.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Ciclo de fragilidade	23
Figura 2 – Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade, Uberaba - MG, 2010	31
Figura 3 – Cálculo e composição da amostra, Uberaba - MG, 2016	33
Figura 4 – Mapa da sequência de coleta de dados dentro de cada setor censitário	34
Figura 5 – Distribuição de frequência de idosos segundo <i>status</i> de fragilidade, Uberaba - MG, 2016	42

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição de frequência das variáveis sociodemográficas dos idosos, segundo <i>status</i> fragilidade, Uberaba - MG, 2016	43
Tabela 2 – Distribuição de frequência das variáveis clínicas dos idosos, segundo <i>status</i> de fragilidade, Uberaba - MG, 2016	44
Tabela 3 – Distribuição de frequência das variáveis de acesso aos serviços de saúde por idosos, segundo <i>status</i> de fragilidade, Uberaba - MG, 2016	46
Tabela 4 – Distribuição de frequência das variáveis de utilização dos serviços de saúde por idosos nas duas últimas semanas, segundo <i>status</i> de fragilidade, Uberaba - MG, 2016	48
Tabela 5 – Modelo de regressão logística binomial múltipla para as variáveis associadas ao acesso aos serviços de saúde por idosos nos últimos 12 meses, segundo <i>status</i> de fragilidade. Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2017	49
Tabela 6 – Modelo de regressão logística binomial múltipla para as variáveis associadas ao acesso gratuito a medicamentos de uso contínuo por idosos, segundo <i>status</i> de fragilidade. Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2017	51
Tabela 7 – Modelo de regressão logística binomial múltipla para as variáveis associadas ao acesso a atendimentos odontológicos por idosos nos últimos 12 meses, segundo <i>status</i> de fragilidade. Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2017	52
Tabela 8 – Modelo de regressão logística binomial múltipla para as variáveis associadas a utilização dos serviços de saúde por idosos nos últimos 15 dias, segundo <i>status</i> de fragilidade. Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2017	54

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABVD	Atividades Básicas de Vida Diária
AIVD	Atividades Instrumentais de Vida Diária
APS	Atenção Primária à Saúde
ASHT	<i>American Society of Hand Therapists</i>
BOMFAQ	<i>Brazilian OARS Multidimensional Functional Assessment Questionnaire</i>
CAISM	Centro de Atenção à Saúde da Mulher
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CES-D	Center for Epidemiological Studies
CUS	Cobertura Universal da Saúde
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
EFS	<i>Edmonton Frail Scale</i>
ESF	Estratégia Saúde da Família
FCA	<i>Federal Council on Aging</i>
FI	<i>Frail Index</i>
GFI	<i>Groningen Frailty Indicator</i>
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IA	Intervalo amostral
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Intervalo de Confiança
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IMC	Índice de Massa Corporal
IPAQ	Questionário Internacional de Atividade Física
OARS	<i>Older Americans Resources and Services</i>
PIB	Produto Interno Bruto
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNAF	Política Nacional de Assistência Farmacêutica
PNM	Política Nacional de Medicamentos
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
PSF	Programa de Saúde da Família

RAS	Redes de Atenção à Saúde
RCP	Razão de Chance de Prevalência
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TFI	<i>Tilburg Frailty Indicator</i>
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UFTM	Universidade Federal do Triângulo Mineiro

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
1.1	UTILIZAÇÃO E ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE	16
1.2	SÍNDROME DE FRAGILIDADE	21
2	HIPÓTESE	29
3	OBJETIVOS	30
3.1	OBJETIVO GERAL	30
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	30
4	MÉTODOS	31
4.1	TIPO DE ESTUDO	31
4.2	LOCAL DO ESTUDO	31
4.3	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	32
4.4	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	32
4.5	COMPOSIÇÃO DA AMOSTRA	32
4.6	PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS	34
4.7	INSTRUMENTOS	35
4.8	VARIÁVEIS DE ESTUDO.....	38
4.9	PROCESSAMENTO DE DADOS	40
4.10	ANÁLISE ESTATÍSTICA	40
4.11	ASPECTOS ÉTICOS	41
5	RESULTADOS	42
5.1	CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS DOS IDOSOS, SEGUNDO <i>STATUS</i> DE FRAGILIDADE	42
5.2	CARACTERIZAÇÃO DA UTILIZAÇÃO E ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE POR IDOSOS, SEGUNDO <i>STATUS</i> DE FRAGILIDADE	45
5.3	FATORES ASSOCIADOS À UTILIZAÇÃO E ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE POR IDOSOS, SEGUNDO <i>STATUS</i> DE FRAGILIDADE	49
6	DISCUSSÃO	56
6.1	CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS DOS IDOSOS, SEGUNDO CONDIÇÃO DE FRAGILIDADE	56
6.2	CARACTERIZAÇÃO DA UTILIZAÇÃO E ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE POR IDOSOS, SEGUNDO <i>STATUS</i> DE FRAGILIDADE	60
6.3	FATORES ASSOCIADOS À UTILIZAÇÃO E ACESSO AOS SERVIÇOS DE	

	SAÚDE POR IDOSOS, SEGUNDO <i>STATUS</i> DE FRAGILIDADE	65
7	CONCLUSÃO	67
	REFERÊNCIAS	69
	ANEXO I - MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)	85
	ANEXO II - DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS E ECONÔMICOS	87
	ANEXO III - ACESSO E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇO DE SAÚDE	88
	ANEXO IV - SÍNDROME DE FRAGILIDADE	92
	ANEXO V - ESCALA DE KATZ	96
	ANEXO VI - ESCALA DE LAWTON E BRODY	97
	ANEXO VII - <i>BRAZILIAN OARS MULTIDIMENSIONAL FUNCTIONAL ASSESMENT QUESTIONNAIRE – BOMFAQ</i>	98
	ANEXO VIII - HOSPITALIZAÇÃO E QUEDAS	99
	ANEXO IX – POLIFARMÁCIA	100
	ANEXO X - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO	101
	ANEXO XI - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	103

1 INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas o mundo vivencia o aumento da população de idosos. Este fenômeno ocorre em consequência das baixas taxas de fecundidade e mortalidade resultando na transição demográfica. Enquanto nos países desenvolvidos a transformação no perfil demográfico ocorreu ao longo de vários séculos, os países da América Latina e Caribe vivenciam estas modificações nas últimas décadas (LEBRÃO, 2007).

Dados divulgados pelo DATASUS mostram que em 2012 a população de idosos no Brasil era de 20.889.849 (BRASIL, 2012a). Projeções de 2017 apontam para 25.964.619 idosos, sendo Minas Gerais o segundo estado com maior número de idosos (11,34%), atrás apenas de São Paulo (24,39%) (BRASIL, 2017a).

Projeções para os próximos 40 anos estimam o aumento de 22% desta população, passando de 800 milhões para 2 bilhões de idosos (BLOOM et al., 2015). Espera-se que em 2050 o número de pessoas com mais de 65 anos triplicará, representando quase 16% da população mundial (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011).

A modificação na expectativa de vida da população ocorreu simultaneamente com alterações no perfil epidemiológico resultando na diminuição de doenças infectocontagiosas e aumento de doenças crônico-degenerativas. No Brasil verifica-se altas taxas de mortalidade e morbidades causadas por doenças crônico-degenerativas e ainda por doenças infectocontagiosas, divergindo de outros países (ARAÚJO, 2012).

O aumento na expectativa de vida da população corresponde a uma importante conquista aos brasileiros e é resultado de melhorias nas condições de saúde e vida geradas pelos avanços tecnológicos, ampliação do acesso a serviços de saúde, melhores condições de renda e outros determinantes sociais (BRASIL, 2014). Entretanto, esta conquista na longevidade é acompanhada por modificações no estilo de vida da população como hábitos alimentares inadequados, estresse e sedentarismo, condições estas que contribuem para o aumento na incidência de doenças crônicas (VERAS, 2011).

Neste cenário, anualmente no Brasil 700 mil novos idosos são incluídos na pirâmide etária da terceira idade e a maior parte deles apresentam doenças crônicas e limitações funcionais resultantes do processo de envelhecimento (VERAS, 2011).

Sabe-se que o processo de envelhecimento leva à redução funcional progressiva de órgãos e sistemas com o avanço da idade. As alterações bioquímicas decorrentes deste processo produzem radicais livres que provocam alterações celulares e teciduais específicas

do envelhecimento, podendo variar entre sistemas e entre indivíduos (NAVARATNARAJAH; JACKSON, 2013).

O desenvolvimento, instalação e desfecho dos agravos ocorridos em idosos são apresentados de maneira peculiar e se relacionam com a redução da capacidade funcional, a incidência da fragilidade, morbidades, maior vulnerabilidade, dependência, necessidade de cuidados domiciliares, redução da qualidade de vida, perda da autonomia e aumento na demanda por serviços de saúde (BRASIL, 2014).

O perfil epidemiológico do idoso evidencia a presença de múltiplas doenças crônicas, altas taxas de mortalidade e morbidades causadas por complicações decorrentes de doenças crônicas e agudas (BRASIL, 2014). Desta forma, o processo de envelhecimento acompanhado de doenças incapacitantes pode gerar perdas nos papéis sociais e funcionais e ocasionar ao idoso dependência e necessidade de cuidados, os quais na maioria das vezes é ofertado por familiares (BAUAB; EMMEL, 2014).

De acordo com o Ministério da Saúde, 30% dos idosos encontram-se em fragilidade ou pré-fragilidade que os colocam em situação de risco a desfechos adversos como necessidade de cuidados contínuos, necessidades de serviços de saúde especializados, risco de hospitalização, institucionalização e morte (BRASIL, 2014).

Nesta perspectiva, como o envelhecimento confere mudanças nas demandas por serviços de saúde com maior procura pelos idosos (VERAS, 2009; DELLAROZA et al., 2013; OLIVEIRA et al., 2013), promover meios para que os idosos acessem e utilizem o sistema de saúde permitirá aos profissionais intervir e acompanhar as necessidades deste grupo populacional (BARRETO; CARREIRA; MARCON, 2015).

A proximidade do idoso com a equipe de saúde favorece sua maior participação em ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, bem como maior adesão a tratamentos (BARRETO; CARREIRA; MARCON, 2015). Estas ações contribuem para a redução do impacto gerado por doenças crônicas e limitações funcionais e proporcionam ao idoso mais qualidade de vida e autonomia nas suas atividades (MOREIRA et al., 2013).

Diante do exposto, é necessário que ocorra uma reestruturação nas políticas públicas para que os idosos tenham acesso aos serviços de saúde destinados à prevenção de doenças, promoção da saúde, educação em saúde, incentivo da independência e autonomia para retardar doenças, fragilidades e garantir qualidade de vida a esta população (VERAS, 2012).

1.1 UTILIZAÇÃO E ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

A utilização dos serviços de saúde é um fenômeno multicausal que envolve fatores relacionados ao usuário como aspectos sociais, condições de saúde e aspectos culturais; e fatores relacionados ao sistema de saúde como disponibilidade de serviços, condições de acesso, qualidade da assistência e vínculo da população com os serviços (TRAVASSOS; MARTINS, 2004; ASSIS; JESUS, 2012).

A interação entre as necessidades dos indivíduos na busca por cuidados de saúde e as condutas profissionais dentro do sistema resultam na utilização dos serviços. A utilização é definida como todo e qualquer contato do usuário com os sistemas de saúde, seja este para fins de exames, consultas, internações ou outras necessidades. A necessidade de algum cuidado de saúde leva o indivíduo ao contato inicial com o sistema e cabe aos profissionais de saúde a responsabilidade na orientação de cuidados e/ou atendimentos subsequentes, embasados em suas avaliações dos recursos necessários para atender às necessidades verificadas (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

A utilização é mediada pelo acesso, o qual é multidimensional e se relaciona a fatores que vão além da simples acessibilidade organizacional, a incluir estratégias, recursos, autonomia, participação popular, controle social, equidade e serviços voltados às necessidades e realidades das populações (ASSIS; JESUS, 2012). A utilização qualifica o êxito no acesso aos serviços de saúde e por esta razão corresponde a um importante indicador de funcionamento dos serviços de saúde (NUNES et al., 2014).

Modelo teórico amplamente aplicado em estudos sobre utilização e acesso aos serviços de saúde (TRAVASSOS; MARTINS, 2004) considera que a influência do acesso na utilização dos serviços de saúde é permeada por fatores individuais definidos como predisposição, capacitação e necessidade. A predisposição envolve características individuais preditoras a utilização dos serviços de saúde como por exemplo idade, gênero, nível de escolaridade, hábitos de vida e outras que antecedem o surgimento da doença. A capacitação envolve a aptidão do indivíduo na busca e obtenção de cuidados de saúde e se relaciona a condição socioeconômica e à oferta dos serviços de saúde. A necessidade envolve condições diagnosticadas por profissionais de saúde ou condições auto percebidas pelos indivíduos, as quais os levam ao acesso aos serviços de saúde (ANDERSEN; NEWMAN, 2005).

O acesso corresponde a um dos elementos dos sistemas de saúde relacionado à organização dos serviços, abrange desde a entrada no serviço de saúde até a continuidade do tratamento (ANDERSEN; NEWMAN, 2005).

O conceito de acesso pode variar em razão do contexto em que os serviços de saúde estão inseridos e ao longo do tempo conforme as sociedades evoluem e apresentam novas

necessidades (TRAVASSOS; MARTINS, 2004; SANCHEZ; CICONELLI, 2012). Este conceito envolve aspectos políticos, organizacionais, técnicos, econômicos e sociais com vistas a universalidade da atenção (ASSIS; JESUS, 2012).

Apesar de existir diversos debates na literatura sobre o conceito de acesso a saúde, muitos autores concordam que acesso não corresponde apenas a utilização dos serviços de saúde, mas sim a oportunidade de usufruir dos serviços necessários com os recursos apropriados (SANCHEZ; CICONELLI, 2012).

O provimento adequado de recursos necessários ao funcionamento dos serviços de saúde é garantido em lei pelo Art. 196 da Constituição Federal de 1988 que assegura a saúde como um direito de todos e atribui ao Estado o dever de garantir acesso universal e igualitário a ações e serviços de saúde através de uma rede regionalizada e hierarquizada organizada com as diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação da comunidade (BRASIL, 1988).

O direito universal e integral à saúde conquistado pela Constituição Federal de 1988 foi fundamentado pela criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e posteriormente regulamentado pela Lei nº 8.080/90 a qual recebe o nome de Lei Orgânica de Saúde por dispor sobre as condições de organização e funcionamento dos serviços com vistas a promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1990a) e pela Lei nº 8.142/90 (BRASIL, 1990b) que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão dos serviços e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros.

Mesmo após a criação do SUS, nos primeiros anos da década de 90 o acesso aos serviços de saúde ainda era um grave problema a ser enfrentado. Diante das dificuldades encontradas foi criado o Programa de Saúde da Família (PSF) como uma proposta para a reestruturação da saúde a partir da Atenção Primária à Saúde (APS) e de mudanças nos modelos assistenciais (BRASIL, 2010a), uma vez que o modelo hospitalocêntrico não atendia mais às necessidades de saúde da população (ROSA; LABATE, 2005). Posteriormente, o Programa de Saúde da Família foi renomeado como Estratégia Saúde da Família (ESF).

Atualmente no Brasil a ESF em conjunto com a APS fornecem a população meios para acessar e utilizar serviços de saúde. Vale destacar que os termos Atenção Primária à Saúde e Atenção Básica são equivalentes e estão associados aos princípios e diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2012b).

A APS compõe um conjunto de ações de saúde a nível individual e coletivo, voltadas a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnósticos, tratamentos, reabilitação e

manutenção da saúde considerando o indivíduo na sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sociocultural (BRASIL, 2012b).

A APS se orienta pelos princípios da universalidade, acessibilidade, coordenação do cuidado, vínculo, continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, equidade e da participação social e se concretiza através do trabalho em equipe nas práticas gerenciais, sanitárias e participativas de um território bem delimitado sob responsabilidade da equipe (BRASIL, 2012b).

A APS deve viabilizar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde com qualidade e resolutividade. Preconiza-se que a APS não seja apenas a porta de entrada preferencial no sistema de saúde, mas que também seja ordenadora de fluxos e contrafluxos garantindo acesso a serviços especializados de apoio diagnóstico, terapêuticos, ambulatoriais e hospitalares nos diferentes níveis de complexidade (BRASIL, 2012b).

Com o fortalecimento da proposta da APS, em 30 de dezembro de 2010 foi publicada a Portaria nº 4.279/2010 com o intuito de estabelecer diretrizes para organizar e viabilizar ações e serviços de saúde com diferentes densidades tecnológicas através dos níveis primário, secundário e terciário organizados pelas Redes de Atenção à Saúde (RAS) (BRASIL, 2010b). As redes de atenção secundária e terciária não devem ser vistas como níveis de maior complexidade, mas sim como diferentes densidades de recursos tecnológicos. Desta forma, ressalta a necessidade de se romper relações verticalizadas propostas inicialmente em pirâmides e se estruturar em rede de serviços que possa ser compreendida de forma policêntrica horizontal (MENDES, 2011).

As RAS têm como objetivo desfragmentar os serviços de saúde através da articulação entre serviços e sistemas de saúde entre os níveis de atenção primário, secundário e terciário. Entre as principais características encontram-se ações centradas nas necessidades da população viabilizadas através de diagnóstico situacional de cada território; fortalecimento da APS como porta de entrada, ordenadora de fluxos e contrafluxos e eixo de comunicação entre os serviços de saúde; ampla rede de prestação de serviços de saúde integrando os níveis de atenção primário, secundário e terciário; atenção à saúde centrada no indivíduo, na família e na comunidade, considerando particularidades culturais, de gênero e diversidade da população; ações intersetoriais considerando determinantes de saúde e de equidade; ampla participação social; recursos humanos suficientes, competentes e comprometidos; financiamento tripartite; comunicação dos serviços através de sistemas de informação integrados; gestão de planejamento, monitoramento, avaliação, coordenação e definição de objetivos e metas (MENDES, 2011).

Diante desta estruturação, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) e o Pacto Pela Vida, criadas em 2006, estabelecem que o acesso do idoso aos serviços de saúde deverá ocorrer, preferencialmente, através da APS e, de acordo com suas necessidades, ser referenciado a serviços de média e alta densidade tecnológica dispostos em uma rede de capilaridade. A PNSPI ressalta que a ESF em conjunto com a APS apresenta papel fundamental na inserção do idoso com síndrome de fragilidade nos serviços de saúde (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2006b).

Os serviços de saúde adequados às características do SUS e orientados a APS, se tornam mais efetivos e voltados às necessidades dos idosos. Nesse sentido, permite prevenir doenças crônicas com alta prevalência nesta população com efeitos positivos sobre as complicações geradas por estas doenças como por exemplo, fragilidade, incapacidades e mortes prematuras (OLIVEIRA et al., 2013).

Inquérito domiciliar realizado com idosos de Porto Alegre – RS, verificou que a APS foi o principal serviço de saúde utilizado pelos participantes da pesquisa. Os idosos que mais utilizaram o serviço relataram entre as razões a proximidade do serviço com a residência, boa avaliação do serviço e a gratuidade. Neste estudo, foi verificado que 76,4% dos idosos que utilizaram a APS tiveram seus problemas resolvidos. Entretanto, foi verificado em alguns relatos dos idosos que a APS não tem funcionado como porta de entrada para todos aqueles que dependem deste serviço (PASKULIN; VALER; VIANNA, 2011).

Uma pesquisa constatou que 6,5% dos usuários não obtiveram acesso ao SUS. Entre estes, as razões do não atendimento elencadas foram ausência de médico e não ter prontuário na unidade, em 30,5% e 42,2% dos casos respectivamente. O estudo mostrou ainda que 12,6% dos usuários recorreram a consultórios médicos particulares, 7,4% a unidades básicas de saúde, 5,1% a pronto atendimentos, 3,5% a ambulatórios de especialidades e 0,7% necessitaram de hospitalização, sendo que destes 45,7% dos atendimentos foram pagos pelo SUS, 41,2% por convênios e 13,1% por recursos próprios dos usuários (NUNES et al., 2014).

A dificuldade de acesso do usuário ao sistema de saúde impede o trabalho da APS como ordenadora do cuidado na RAS. Este fato demonstra irregularidades na execução dos serviços de saúde, principalmente na APS (NUNES et al., 2014).

Diante do exposto, pode-se verificar que as diversas ações estruturantes para que o SUS opere conforme seus princípios e diretrizes encontram pelos caminhos vários desafios na sua efetivação, pois há ainda uma realidade desigual e excludente no acesso dos serviços no SUS (ASSIS; JESUS, 2012; RAMOS et al., 2016).

Frente a estes desafios, em 2005 os Estados membros da Organização Mundial de Saúde se comprometeram a desenvolver ações em busca da Cobertura Universal da Saúde (CUS). Entende-se por Cobertura Universal da Saúde o acesso aos serviços de saúde considerados essenciais com ações voltadas a “promoção, prevenção, tratamento e reabilitação para toda população a um custo acessível”, produzindo resultados impactantes na equidade do acesso aos serviços de saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005, p. 1). A garantia de custo acessível aos serviços protege a população de grandes gastos com os serviços de saúde, os quais podem colocar o indivíduo em risco financeiro quando os gastos extrapolam seu orçamento (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005).

Entre as principais barreiras para se obter êxito na cobertura e no acesso universal verificam-se a inadequada gestão pública com uso irregular de recursos financeiros; deficiência de recursos tecnológicos, materiais e humanos; inadequada gestão; mal funcionamento e baixa resolutividade da APS; falta de reconhecimento das necessidades prioritárias da população e serviços de saúde precários (FRANÇA; MODENA; CONFALONIERI, 2016).

Há ainda muitos limites a serem enfrentados para melhorar a utilização e o acesso aos serviços de saúde, erradicar a fragmentação do cuidado e descentralizar e regionalizar ações (ASSIS; JESUS, 2012). A enfermagem na APS pode contribuir através de seus conhecimentos e experiências, apoderando-se de gestão e assistência para enfrentar os desafios relacionados ao acesso e ao cuidado integral. Por dispor de vastos conhecimentos, em conjunto com a equipe multiprofissional, pode identificar as barreiras que prejudicam a cobertura e o acesso universal à saúde dos usuários (FRANÇA; MODENA; CONFALONIERI, 2016).

Desta forma, o conhecimento e o olhar ativo dos enfermeiros aos idosos, principalmente idosos com síndrome de fragilidade, permite identificar condições que possam colocar em risco a qualidade de vida e saúde destes indivíduos, bem como propiciar meios para que tenham acesso aos serviços de saúde.

1.2 SÍNDROME DE FRAGILIDADE

O termo idoso frágil foi descrito inicialmente em 1970 por membros do *Federal Council on Aging* (FCA) nos Estados Unidos que o utilizaram para se referir a idosos que viviam em condições inadequadas apresentando fraqueza, déficit cognitivo, acompanhados de maior busca por serviços de saúde com o aumento da idade (ANDRADE et al., 2012).

Em 1988, pesquisadores da Universidade de Newcastle definiram os idosos frágeis como indivíduos com 65 anos ou mais de idade, dependentes de outras pessoas para a realização das atividades da vida diária, com presença de múltiplas morbidades, institucionalizados e necessitando de cuidados e medicamentos contínuos (WOODHOUSE et al., 1988).

A primeira referência ao termo idoso frágil no índice remissivo do *Journal of the American Geriatrics Society* em 1990, despertou o interesse para pesquisas envolvendo esta temática com a finalidade de esclarecer se a fragilidade era sinônimo de incapacidade (FABRÍCIO; RODRIGUES, 2008).

Durante muitos anos a fragilidade foi considerada sinônimo de doenças e deficiências. Entretanto, sabe-se que tais fatores são acompanhados de alterações sistêmicas distintas (FRIED et al., 2001).

Atualmente na literatura é possível verificar diversas pesquisas buscando uma definição consensual da síndrome de fragilidade. Com esta finalidade, em 2012, dezessete especialistas em estudos de fragilidade se reuniram em Orlando – Flórida para elaboração de uma definição operacional da síndrome de fragilidade. Durante a conferência os especialistas verificaram que tentativas anteriores de se estabelecer um consenso sobre a síndrome de fragilidade não foram bem-sucedidas por não considerarem as diferenças envolvendo amplas definições e aspectos mais específicos desta síndrome (MORLEY et al., 2013).

Do ponto de vista conceitual, nesta conferência, os especialistas definiram fragilidade como uma “síndrome de múltiplas causas caracterizada por diminuição da força, da resistência e da função fisiológica”, tornando o indivíduo mais vulnerável a dependência e a morte (MORLEY et al., 2013, p. 393).

Neste estudo, adotou-se a definição proposta pela Dra. Linda P. Fried et al., os quais definem a fragilidade como um estado fisiológico de maior vulnerabilidade a estressores, resultando em diminuição das reservas fisiológicas e desregulação de múltiplos sistemas (FRIED et al., 2001). Este evento dificulta a homeostase e gera diversas repercussões na saúde do indivíduo como propensão a incapacidades, dependência, quedas, hospitalização, necessidade de cuidados contínuos e morte (FRIED et al., 2004).

A síndrome de fragilidade pode ocorrer por meio da disfunção de múltiplos sistemas resultantes de alterações fisiopatológicas e do envelhecimento. Diversas alterações relacionam o envelhecimento à síndrome de fragilidade, como alterações neuromusculares, disfunções neuroendócrinas e disfunções imunológicas (FRIED et al., 2004). Tais alterações levam a uma retroalimentação negativa gerando um ciclo de fragilidade caracterizado por desnutrição

3. Diminuição da força de preensão da mão dominante mensurada pelo dinamômetro e ajustada ao sexo e ao índice de massa corporal;
4. Baixo nível de atividade física medido pelo dispêndio de energia semanal em kilocalorias, ajustado ao sexo (com base no autorrelato das atividades e exercícios físicos realizados, avaliados pelo Questionário Internacional de Atividade Física - IPAQ);
5. Lentidão avaliada pelo tempo gasto em segundos para percorrer uma distância de 4,6 metros, ajustada pelo sexo e altura.

Para classificar o idoso como frágil, pré-frágil ou robusto, Fried et al. estabelecem os seguintes critérios: idosos apresentando três ou mais critérios serão considerados frágeis, um ou dois critérios pré-frágeis e nenhum critério não frágeis ou robustos (FRIED et al., 2001).

O fenótipo de fragilidade proposto por Fried et al., além de uma tentativa bem-sucedida de operacionalizar uma síndrome clínica já observado há algum tempo, representou também uma abordagem inovadora mostrando a importância de identificar fenótipos clínicos para aprimorar os cuidados a esta população (CANO et al., 2012). Por estas razões e a ampla menção na literatura, para o presente estudo optou-se pelo uso dos fenótipos propostos por Fried et al. para avaliação da síndrome de fragilidade.

Além da avaliação proposta por Fried et al. é possível verificar na literatura diversos outros instrumentos que permitem avaliar a síndrome de fragilidade como o *Groningen Frailty Indicator* (GFI) (SCHUURMANS et al., 2004), *Edmonton Frail Scale* (EFS) (ROLFSON et al., 2006), *Frail Index* (FI) (KAN et al., 2008), *Tilburg Frailty Indicator* (TFI) (GOBBENS et al., 2010), entre outros.

O GFI avalia 15 déficits em quatro domínios relacionados a aspectos físicos, cognitivos, psicossociais e uso de medicamentos. Nesta escala o idoso que apresentar quatro ou mais déficits é considerado frágil (SCHUURMANS et al., 2004). Há disponível aos pesquisadores a versão brasileira com adaptação transcultural (BORGES, 2013).

A EFS contempla aspectos biológicos, cognitivos e comportamentais em nove domínios que avaliam a cognição, estado geral, independência funcional, suporte social, uso de medicamentos, nutrição, humor, continência urinária e desempenho funcional. Os escores para avaliação da fragilidade consideram o idoso em não frágil (0-4), aparentemente vulnerável (5-6), fragilidade leve (7-8), fragilidade moderada (9-10) e fragilidade severa (11 ou mais) (ROLFSON et al., 2006). Esta escala foi validada e adaptada à realidade brasileira (FABRÍCIO-WEHBE et al., 2009).

O FI avalia o acúmulo de déficits nos domínios de fadiga, resistência, deambulação, morbidades e perda de peso. O idoso que apresentar dois ou mais déficits é considerado frágil (KAN et al., 2008). Este instrumento de avaliação ainda não foi validado e adaptado ao Brasil.

O TFI é composto por 15 questões objetivas e autorreferidas que avaliam os domínios físico, psicológico e social. As respostas das questões correspondem a “sim” e “não” e algumas incluem ainda a opção “às vezes” e os escores variam entre 0 e 15 pontos, sendo quanto maior a pontuação maior o nível de fragilidade (GOBBENS et al., 2010). Este instrumento foi adaptado à realidade brasileira (SANTIAGO et al., 2012).

Pesquisas com esta temática tem sido realizadas nos últimos anos em diversos países, entretanto, o uso de distintos métodos de rastreio dificulta a comparação dos resultados (ABIZANDA et al., 2013; SHAMLIYAN et al., 2013).

Revisão de literatura realizada com estudos do fenótipo proposto por Fried et al. entre 2001 e 2014, verificou que a prevalência mundial de fragilidade apresenta variações entre 4,9% a 27,3% e pré-fragilidade entre 34,6% a 50,9%. As justificativas para estas variações consideram a subjetividade presente na síndrome de fragilidade como fatores sociais e psicológicos e o uso de pontos de cortes específicos para alguns componentes do fenótipo (CHOI et al., 2015).

Na China, pesquisadores utilizando *Frail Index* verificaram prevalência de 52,4% de idosos pré-frágeis e 12,5% frágeis, sendo que neste último, 12,8% apresentavam sarcopenia, 14,7% comprometimento cognitivo leve e 63,7% apresentavam sarcopenia e comprometimento cognitivo leve. Neste estudo, os pesquisadores verificaram que a prevalência de fragilidade aumenta com a idade sendo 5,1% para idosos entre 65 e 69 anos e 16,8% para aqueles com 75 anos ou mais. A prevalência também se mostrou maior em idosas representando 13,9%, enquanto que os idosos representaram 4,2% (WOO et al., 2015).

Em metanálise realizada para investigar a prevalência de fragilidade em estudos com amostras representativas na América Latina e Caribe, verificou-se prevalência de fragilidade de 19,6%, com variações nos estudos revisados entre 7,7% e 42,6%. Entre os estudos revisados, 22 utilizaram uma versão modificada dos fenótipos propostos por Fried et al., 4 utilizaram os fenótipos propostos por Fried et al., 2 utilizaram *Edmonton Frail Scale* e 1 utilizou cinco testes físicos para avaliação da síndrome de fragilidade (MATA et al., 2016).

No Brasil, em Santa Cruz – RN, pesquisa realizada considerando o fenótipo proposto por Fried et al. verificou que 17,1% dos idosos eram frágeis, 60,1% pré-frágeis e 22,8% não frágeis, enquanto que entre os frágeis 65,7% eram do sexo feminino. Os fatores associados à fragilidade foram idade avançada, presença de morbidades, dependência em atividades

básicas e instrumentais da vida diária e autopercepção de saúde baixa/ruim (SOUSA et al., 2012).

Estudo multicêntrico da Rede FIBRA (Fragilidade em Idosos Brasileiros) utilizando o fenótipo proposto por Fried et al., verificou prevalência entre os idosos de 9,1% frágeis, 51,8% pré-frágeis e 39,1% não frágeis, sendo que a fragilidade foi maior em mulheres, idosos com 80 anos ou mais, viúvos, analfabetos e presença de déficit cognitivo (NERI et al., 2013).

Outro estudo da Rede FIBRA realizado em Belo Horizonte – MG, também utilizando o fenótipo proposto por Fried et al., verificou prevalência de 8,7% de idosos frágeis, 46,3% pré-frágeis e 45,1% não frágeis. O estudo mostrou ainda que entre idosos frágeis e pré-frágeis há maiores chances de dependência nas atividades da vida diária, uso de dispositivos auxiliares da marcha, morbidades, quedas, sintomas depressivos e hospitalização (VIEIRA et al., 2013).

Em Ribeirão Preto – SP, os pesquisadores utilizaram a *Edmonton Frail Scale* para mensurar fragilidade e identificaram que 36,3% dos idosos não apresentaram fragilidade; 24,6% eram aparentemente vulneráveis e 39,1% tinham diferentes níveis de fragilidade, sendo 18,3% fragilidade leve, 11,3% moderada e 9,6% severa (FHON et al., 2012).

Inquérito domiciliar utilizando o fenótipo proposto por Fried et al. realizado com idosos no município de Uberaba – MG, verificou prevalência de 12,8% frágeis, 55,4% pré-frágeis e 32,7% não frágeis. Entre os fatores associados ao *status* de pré-fragilidade e fragilidade observaram idade avançada, número de medicamentos, número de morbidades, incapacidade funcional para atividades instrumentais de vida diária e autopercepção de saúde negativa (PEGORARI; TAVARES, 2014).

Estudo da Rede FIBRA realizado em Belo Horizonte – MG verificou que o aumento do número de morbidades, condições adversas à saúde e número de medicamentos resultaram no agravamento do *status* de fragilidade levando os idosos pré-frágeis a maior utilização dos serviços de saúde (VIEIRA et al., 2013).

Na Europa estudo verificou que a síndrome de fragilidade impacta no número de consultas médicas entre idosos, apontando que indivíduos pré-frágeis recorrem ao médico 17% mais e frágeis 45% mais vezes, comparados a idosos não frágeis. Verificou-se ainda que idosos no *status* de pré-fragilidade apresentaram 1,24% de chance a mais de serem internados em comparação aos não frágeis (ILINCA; CALCIOLARI, 2015). Outra pesquisa realizada na Austrália verificou maior utilização dos serviços de saúde entre idosos frágeis, ainda que muitas vezes suas necessidades não tenham sido atendidas (DENT et al., 2016).

Diante do exposto, a elevada prevalência de fragilidade sinaliza um problema de saúde pública, visto que a fragilidade, muitas vezes, é acompanhada de múltiplas morbidades, perda da independência e precárias condições socioeconômicas (WEISS, 2011; MALAGUARNERA et al., 2013).

Os sistemas de saúde não estão preparados para os desafios envolvidos na síndrome de fragilidade. A razão do despreparo não se relaciona apenas ao aumento do número de idosos, mas também a ausência de adequada estrutura nos diferentes modelos de assistência disponíveis (FAVELA et al., 2013). O aumento na prevalência de fragilidade gera uma sobrecarga importante nos sistemas de saúde (ILINCA; CALCIOLARI, 2015), o que resulta em maiores gastos com os serviços quando comparados a gastos gerados por idade avançada ou morbidades (BOCK et al., 2016).

Nesta perspectiva, o aumento da população mundial de idosos chama a atenção dos gestores públicos para investimentos que garantam condições de vida com qualidade (TRIBESS; OLIVEIRA, 2011). Neste sentido, identificar a síndrome de fragilidade precocemente permitirá adequado manejo destes indivíduos a uma assistência eficiente que atenda a suas necessidades e minimize as chances de desfechos adversos, podendo contribuir na redução dos dispendiosos gastos aos serviços de saúde (ILINCA; CALCIOLARI, 2015).

Desta forma, a avaliação da fragilidade é fundamental para o desenvolvimento, implementação e avaliação de políticas públicas com vistas a promoção da saúde em idosos (TRIBESS; OLIVEIRA, 2011) e avaliar como os idosos utilizam os serviços de saúde permite estabelecer intervenções voltadas a esta população e contribui com informações precisas da forma com que os recursos são gastos (ILINCA; CALCIOLARI, 2015).

Nos serviços de saúde a enfermagem pode contribuir na identificação da síndrome de fragilidade, na manutenção das condições de saúde do indivíduo e na ressignificação dos estilos de vida dos idosos com vistas a melhor qualidade de vida futura (GOBBENS et al., 2012; FAVELA et al., 2013).

Nesta perspectiva, a relação entre acesso e utilização dos serviços de saúde por idosos com síndrome de fragilidade necessita de maior atenção de gestores e profissionais para identificar as variáveis inseridas neste contexto, uma vez que compreender os fatores associados a utilização e ao acesso aos serviços de saúde por esta população fornecerá informações sobre como intervir para minimizar os agravos enfrentados.

Não há no Brasil estudos que contemplem o acesso e a utilização dos serviços de saúde por idosos com síndrome de fragilidade, ao passo que em conjunto com a escassez de estudos na literatura internacional torna-se evidente a necessidade de pesquisas para se

fornecer subsídios que poderão contribuir na identificação do perfil de utilização e acesso aos serviços de saúde, os quais contribuirão com a identificação das necessidades desta população.

Os resultados desta pesquisa poderão subsidiar a proposição de políticas públicas e planejamento de ações voltadas a melhoria das condições de saúde dos idosos com síndrome de fragilidade e adequada gestão dos recursos financeiros, uma vez que esta população demanda grandes gastos com os serviços de alta densidade tecnológica e especialidades.

2 HIPÓTESE

1. O acesso aos serviços de saúde é maior entre idosos pré-frágeis, do sexo feminino, na faixa etária de 60 | 70 anos e com escolaridade superior a oito anos.
2. A utilização dos serviços é maior entre idosos frágeis, com 80 anos ou mais e aqueles com cinco ou mais morbididades.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral:

Analisar a utilização e o acesso aos serviços de saúde por idosos frágeis, pré-frágeis e não frágeis residentes no município de Uberaba – MG.

3.2 Objetivos Específicos:

1. Caracterizar os idosos frágeis, pré-frágeis e não frágeis segundo variáveis: sociodemográficas e clínicas;
2. Caracterizar a utilização e o acesso aos serviços de saúde por idosos frágeis, pré-frágeis e não frágeis;
3. Verificar os fatores associados à utilização e ao acesso aos serviços de saúde por idosos frágeis, pré-frágeis e não frágeis.

4 MÉTODOS

4.1 Tipo de Estudo:

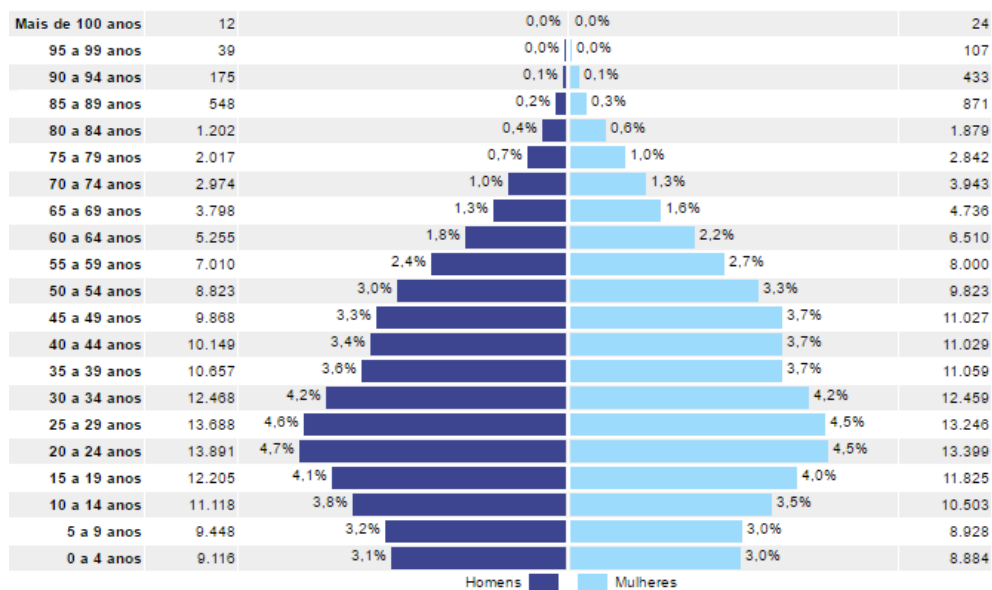
Estudo com abordagem quantitativa, tipo inquérito domiciliar, analítico, transversal e observacional. Esta pesquisa é parte integrante de um projeto maior intitulado “Quedas e violência contra idosos de Uberaba – MG”, conduzido pelo Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM).

4.2 Local do Estudo:

Esta pesquisa foi desenvolvida na cidade de Uberaba, Minas Gerais. O Município situa-se na micro-região do Triângulo Mineiro, com latitude sul 19°45'27", longitude oeste a 47°55'36" e a 494 km da capital do estado Belo Horizonte (PREFEITURA MUNICIPAL DE UBERABA, 2016). Apresenta área territorial de 4.523,957 Km², densidade demográfica de 65,43 hab./km², Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,772 e Produto Interno Bruto (PIB) *per capita* de R\$ 34.509,47 (BRASIL, 2016).

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) a população estimada do município é de 325. 279 habitantes (BRASIL, 2016).

Figura 2 - Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade Uberaba, MG, 2010.



Fonte: BRASIL, 2010c.

4.3 Critérios de inclusão:

A amostra foi constituída de idosos que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: Idade igual ou superior a 60 anos, apresentar capacidade de deambulação, sendo permitido o uso de dispositivo de auxílio para a marcha (como bengala, muleta ou andador).

4.4 Critérios de exclusão:

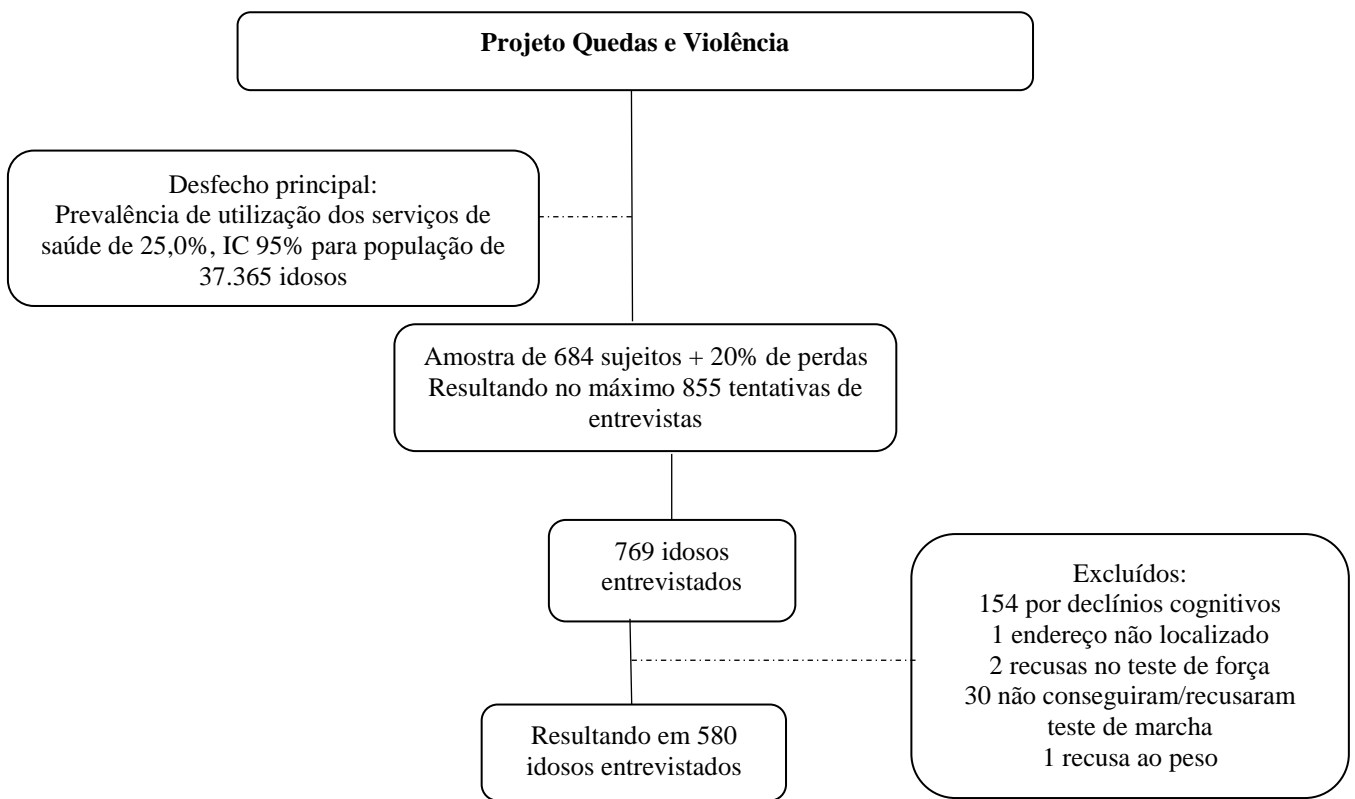
Foram excluídos os idosos: Não localizados após três tentativas pelo entrevistador, hospitalizados, com doenças neurológicas que impossibilitem a realização das avaliações, com declínio cognitivo ao Mini Exame do Estado Mental (MEEM), acamados, cadeirantes e institucionalizados.

4.5 Composição da amostra:

Para definição da população da área urbana foi utilizada a amostragem por conglomerado em múltiplo estágio, descrito abaixo:

Para o cálculo amostral foi considerado como desfecho principal a prevalência de utilização dos serviços de saúde de 25,0%, com precisão de 3,5% e intervalo de confiança de 95%, para uma população finita de 37.365 idosos (BRASIL, 2010d), obtendo-se uma amostra de 579 sujeitos. Considerando uma perda de amostragem de 20%, o número máximo de tentativas de entrevistas foi de 724. Foram entrevistados 769 idosos; nos quais 614 realizaram a entrevista completa, 154 apresentaram declínio cognitivo, 2 se recusaram a realizar teste de força, 30 se recusaram/não conseguiram realizar teste de marcha, 1 recusou a se pesar e 1 endereço não localizado, representados na figura 3 a seguir:

Figura 3 – Cálculo e composição da amostra, Uberaba, 2016.



Fonte: a autora, 2016.

Na seleção dos idosos, foi considerado no primeiro estágio, o sorteio arbitrário de 50% dos setores censitários do município de Uberaba através de amostragem sistemática, organizando uma listagem única dos setores, identificando o bairro a que pertence. A quantidade de setores censitários urbanos no município de Uberaba-MG é de 409, sendo selecionados 204. O intervalo amostral (IA) foi calculado por meio da fórmula a seguir:

$$IA = \frac{\text{Número total de setores censitários (Ncs)}}{\text{número setores censitários sorteados (ncs)}}$$

$$IA = \frac{409}{204} = 2 \text{ setores censitários}$$

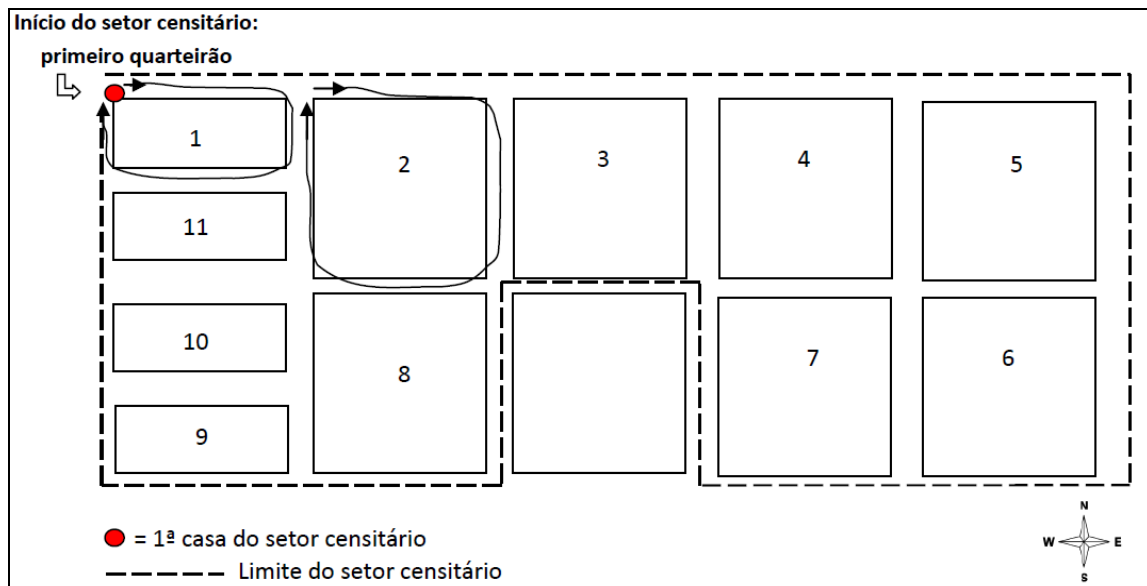
O primeiro setor censitário foi sorteado aleatoriamente e os demais conforme IA.

No segundo estágio, a quantidade de domicílios foi dada pelo número de tentativas calculado anteriormente (n=855). Posteriormente, foi dividido esta quantidade de domicílios pela quantidade de setores censitários sorteados (204 setores) de forma que se obteve uma

quantidade semelhante dentro de cada setor censitário (4,1, ou seja, aproximadamente 4 idoso por setor). Por fim, dentro de cada setor censitário, o primeiro domicílio foi selecionado aleatoriamente e os demais, de domicílio em domicílio, em sentido padronizado, até saturar a amostra daquele setor.

As ruas de cada setor censitário foram numeradas e digitadas no programa *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versão 22.0, e sorteada aleatoriamente a rua na qual deveria iniciar a busca do idoso. A coleta de dados iniciou na primeira residência da rua de cada setor censitário, conforme mapas obtidos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de Uberaba ou pelo *Google Earth*, seguindo-se em sentido horário até o final do setor censitário, conforme imagem abaixo:

Figura 4 - Mapa da sequência de coleta de dados dentro de cada setor censitário.



Fonte: Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva - UFTM, 2016.

4.6 Procedimentos para coleta dos dados:

Os entrevistadores foram treinados para o adequado preenchimento dos instrumentos de coleta dos dados, realização padronizada dos testes físicos e abordagem ao idoso entrevistado.

Os entrevistadores anotaram as intercorrências (ausências, recusas, óbitos e outras informações) em planilha de campo. Foram realizadas reuniões sistemáticas entre os pesquisadores e entrevistadores para orientações e acompanhamento da coleta dos dados.

O controle de qualidade dos dados foi realizado por supervisores de campo (doutorandos) através de supervisões acerca do preenchimento e consistência. Reuniões sistemáticas também foram realizadas entre o pesquisador responsável e supervisores de campo para treinamento, acompanhamento e orientações. A coleta de dados procedeu-se de março a julho de 2016.

4.7 Instrumentos:

- Mini Exame de Estado Mental (MEEM):

Para o rastreamento de alterações cognitivas foi utilizado o MEEM (Anexo I), desenvolvido originalmente por Folstein, Folstein e McHugh em 1975, traduzido e validado no Brasil por Bertolucci et al. (1994). Os escores do MEEM variam de 0 a 30 pontos, com questões agrupadas em sete categorias: orientação para tempo e local, registro de três palavras, atenção e cálculo, lembrança das três palavras, linguagem e capacidade construtiva visual. O ponto de corte para declínio cognitivo considera o nível de escolaridade do entrevistado, correspondendo a 13 pontos para analfabetos, 18 pontos ou menos para aqueles com 1 a 11 anos de estudo e 26 pontos para escolaridade superior a 11 anos (BERTOLUCCI et al., 1994).

- Caracterização dos dados sociodemográficos e econômicos:

Foi utilizado instrumento elaborado pelo Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva/UFTM (Anexo II) para avaliar sexo, faixa etária, estado conjugal, escolaridade, renda, atividade profissional ou aposentadoria e arranjo de moradia.

- Utilização e acesso aos serviços de saúde:

A utilização e acesso aos serviços de saúde foram avaliados por meio de duas seções do questionário da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) (Anexo III) (BRASIL, 2010e).

- Síndrome de fragilidade:

A presença da síndrome da fragilidade foi verificada por testes para identificação dos cinco componentes do fenótipo de fragilidade propostos por Fried et al. (2001) (Anexo IV) conforme segue:

Perda de peso não intencional: Avaliada por meio da seguinte pergunta: “No último

ano, o senhor perdeu mais do que 4,5 kg sem intenção (isto é, sem dieta ou exercício)?”. Foi atribuída pontuação positiva para o critério de fragilidade quando o auto relato de perda de peso foi superior a 4,5 kg no último ano ou maior do que 5% do peso corporal.

Força muscular: Verificada com base na força de preensão palmar, por meio do dinamômetro hidráulico manual, modelo SAEHAN®. O procedimento do teste seguiu as recomendações da *American Society of Hand Therapists* (ASHT): O idoso esteve sentado e posicionado de maneira confortável em uma cadeira normal sem apoio para os braços, com os dois pés apoiados no chão, ombro aduzido, cotovelo fletido a 90°, o antebraço em posição neutra, com o polegar apontado para o teto; e o punho com posição confortável entre 0 a 30° de extensão; a alça móvel na posição II. O examinador deu o estímulo por meio de comando verbal, em volume alto, para que o idoso puxasse a alça do dinamômetro com a mão dominante e a mantivesse pressionada por seis segundos e depois relaxasse. Foram obtidas três medidas, apresentadas em quilograma/força (Kgf), com um intervalo de um minuto entre elas, sendo considerado o valor médio das três medidas. Foram adotados os pontos de corte propostos por Fried et al. (2001), ajustados pelo sexo e Índice de Massa Corporal (IMC), sendo: Homens (IMC ≤ 24 e Força de preensão ≤ 29 ; IMC 24.1 – 26 e Força de preensão ≤ 30 ; IMC 26.1 – 28 e Força de preensão ≤ 30 ; IMC > 28 e Força de preensão ≤ 32) e mulheres (IMC ≤ 23 e Força de preensão ≤ 17 ; IMC 23.1- 26 e Força de preensão ≤ 17.3 ; IMC 26.1 - 29 e Força de preensão ≤ 18 ; IMC > 29 e Força de preensão ≤ 21).

Auto relato de exaustão: Avaliado por meio de duas questões da versão brasileira da escala de depressão do *Center for Epidemiological Studies* (CES-D), itens 7 (“Sentiu que teve que fazer esforço para dar conta das suas tarefas habituais”) e 20 (“Não conseguiu levar adiante suas coisas?”). Os participantes foram interrogados a respeito de como se sentiram na última semana em relação às duas questões e as respostas foram obtidas em escala Likert (nunca ou raramente = 0, as vezes = 1, frequentemente = 2 e sempre = 3). Os idosos que obtiveram escore 2 ou 3 em qualquer uma das questões preencheram o critério de fragilidade para este item. A CES-D é composta por 20 itens escalares sobre humor, sintomas somáticos, interações com os outros e funcionamento motor (BATISTONI; NÉRI; CUPERTINO, 2010).

Lentidão da marcha: Avaliada por meio do tempo de marcha gasto para percorrer uma distância de 4,6 metros. O idoso percorreu uma distância total de 8,6 metros, sendo os dois metros iniciais e os dois metros finais desconsiderados para o cálculo do tempo gasto na marcha. Foi dado um comando verbal para o idoso iniciar o teste, no qual ele estava em uso do seu calçado usual e seu dispositivo de auxílio à marcha (quando necessário) e deambular com a sua velocidade de marcha usual. Foram realizadas três medidas, apresentadas em

segundos, considerando-se o valor médio das três medidas. Para tanto, utilizou-se como padrão o uso de um cronômetro profissional. Foram adotados os pontos de corte proposto por Fried et al. (2001) ajustados pelo sexo e altura, sendo para homens (Altura ≥ 173 cm e Tempo ≥ 7 segundos; Altura > 173 cm Tempo ≥ 6 segundos) e para mulheres (Altura ≥ 159 cm e Tempo ≥ 7 segundos; Altura > 173 cm e Tempo ≥ 6 segundos).

Baixo nível de atividade física: Medido pelo dispêndio semanal de energia em Kcal foi mensurado por meio da versão longa do Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ), adaptada para idosos por Mazo e Benedetti (2010). O IPAQ apresenta questões relacionadas com as atividades físicas realizadas numa semana normal, com intensidade vigorosa, moderada e leve, com duração mínima de 10 minutos contínuos, distribuídos em cinco domínios de atividade física: trabalho, transporte, atividade doméstica, atividade de lazer/recreação e tempo sentado. A classificação empregada para este componente seguiu as recomendações do *American College of Sports Medicine e American Heart Association* que considerou ativos aqueles que dispendiam 150 minutos ou mais de atividade física semanal; e inativos idosos que dispendiam de zero a 149 minutos de atividade física semanal (PATE et al., 1995).

Idosos com três ou mais critérios foram classificados como frágeis e aqueles com um ou dois critérios, como pré-frágeis. Aqueles com todos os testes negativos para a síndrome da fragilidade foram considerados robustos ou não frágeis (FRIED et al., 2001).

- Capacidade funcional:

Escala de Independência em Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD) - Escala de Katz (Anexo V): Foi avaliada por meio da Escala de Katz, adaptada à realidade brasileira por Lino et al. (2008). Tal escala consta de seis itens que medem o desempenho da pessoa nas atividades de autocuidado e o classifica em independente em todas as seis funções; independente em cinco funções e dependente em uma função; independente em quatro funções e dependente em duas funções; independente em três funções e dependente em três funções; independente em duas funções e dependente em quatro funções; independente em uma função e dependente em cinco funções; dependente em todas as seis funções (LINO et al., 2008).

Escala de Independência em Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD) -Escala de Lawton e Brody (Anexo VI): Foram mensuradas, também, as atividades instrumentais da vida diária por meio da Escala de Lawton e Brody, adaptada no Brasil por Santos e Virtuoso Júnior (2008). Esta escala é composta por nove itens com escores que variam de 7 a 21

pontos. Considera-se dependência total quando a pontuação final é 7, dependência parcial de 8 a 20 pontos e independente quando o idoso obtiver 21 pontos (SANTOS; VIRTUOSO JÚNIOR, 2008).

- Autopercepção de saúde e morbidades autorreferidas:

Foi utilizado o Brazilian OARS Multidimensional Functional Assessment Questionnaire (BOMFAQ) (Anexo VII) para avaliação da autopercepção de saúde e morbidades autorreferidas. A autopercepção de saúde foi mensurada por meio de uma questão com respostas variando a péssima, má, regular, boa, ótima ou ignorado. As morbidades autorreferidas consistiram nos dados referentes aos 26 itens contemplados no BOMFAQ. Este instrumento foi adaptado do questionário Older Americans Resources and Services (OARS) (FILLENBAUM; SMYER, 1981), empregado previamente em estudos com idosos residentes em São Paulo (RAMOS, 1987).

- Hospitalização/Internação e quedas:

A hospitalização/internação e a presença e o número de quedas nos últimos doze meses foram mensuradas por meio de questão pertencente ao questionário do Estudo SABE – Saúde, Bem-estar e Envelhecimento (LEBRÃO; DUARTE, 2003) (Anexo VIII).

- Uso de medicamentos:

Para coleta dos dados referentes a uso, dosagem e quantidade diária de medicamentos utilizados pelos idosos, foi utilizado instrumento elaborado pelo Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva da UFTM (Anexo IX).

4.8 Variáveis de estudo:

1. Socioeconômicas e demográficas: Sexo (masculino e feminino), faixa etária em anos (60|70,70|80, 80 anos e mais), estado conjugal (com companheiro/sem companheiro), escolaridade em anos de estudo (não estudou, 1 a 4, 5 a 8 e 9 ou mais), renda individual em salários mínimos (sem renda, <1, 1, 1|3, 3|5 e >5), arranjo de moradia (sozinho/acompanhado).

2. Variáveis clínicas:

- Classificação de fragilidade: Não frágil (escore 0), pré-frágil (escore 1 ou 2) e frágil (escore 3 a 5);
 - Número de morbidades auto referidas: Nenhuma, 1 a 4, 5 ou mais;
 - Número de medicamentos de uso contínuo: nenhum, 1 a 4, 5 ou mais;
 - Capacidade funcional nas ABVD: Tomar banho, vestir-se, usar o banheiro, transferência, controle de esfíncteres, alimentação; categorizado em independente nas seis funções; independente em uma a cinco funções/dependente em uma a cinco funções e dependente nas seis funções;
 - Capacidade funcional nas AIVD: Usar o telefone, realizar viagens, fazer compras, preparar suas refeições, realizar trabalhos domésticos, uso de medicamentos e manusear dinheiro; categorizado em dependência total (igual a 7 pontos), dependência parcial (7-20 pontos) e independente (21 pontos);
 - Hospitalizações nos últimos doze meses: Sim e não;
 - Quedas nos últimos doze meses: Sim e não;
 - Autopercepção de saúde: Positiva (boa/ótima) e negativa (péssima, má, regular).

3. Acesso aos serviços de saúde:

- Procura mesmo lugar, mesmo médico ou mesmo serviço de saúde quando precisa (sim/não);
 - Local de procura quando doente ou precisando de atendimento de saúde: Unidade de saúde primária, consultório particular, ambulatórios, pronto-socorro ou emergência, outros (atendimento domiciliar, farmácia, Agente Comunitário de Saúde ou casa de oração) e dois ou mais serviços;
 - Número de consultas médicas: Categorizado em não consultou, 1 a 5 consultas e 6 ou mais consultas,
 - Acesso a medicamentos de uso contínuo: Recebeu medicamentos de uso contínuo gratuitamente (todos, parte e não recebeu). Comprou medicamentos não recebidos (todos ou parte);
 - Acesso a atendimentos odontológicos: Última consulta ao dentista (menos de 1 ano, 1 a 2 anos, 3 anos ou mais, nunca foi), atendimento odontológico no último ano feito através do SUS (sim, não, não sabe), coberto por plano de saúde (sim, não), pagou algum valor (sim, não).

4. Utilização dos serviços de saúde:

- Procura por atendimento relacionado à própria saúde nas duas últimas semanas: Sim e não;
- Principal motivo da procura por atendimento nas duas últimas semanas: Categorizado em doença, acidente ou lesão, atendimentos preventivos e outros atendimentos (atestado de saúde, reabilitação e problema odontológico);
- Onde procurou por atendimento nas duas últimas semanas: Unidade de saúde primária, consultório médico particular, ambulatórios, pronto-socorro ou hospital e outros serviços (farmácia, laboratório, atendimento domiciliar e consultório de outros profissionais (dentista, fonoaudiólogo, psicólogo, etc.);
- Foi atendido ao procurar atendimento: Sim e não;
- Principal atendimento recebido: Categorizado em consulta médica, consulta com outros profissionais (fonoaudiólogo, psicólogo, etc.), internação hospitalar e outros atendimentos (Quimioterapia, radioterapia, hemodiálise, hemoterapia, atendimentos de enfermagem (vacinação, curativo, medicação, aferição de pressão arterial, etc.), cirurgias ambulatoriais, exames, receita médica e atendimento de farmácia);
- Atendimento através do SUS: Sim e não;
- Atendimento coberto por plano de saúde: Sim e não;
- Avaliação do atendimento recebido: Positiva (muito bom, bom) e negativa (regular, ruim, muito ruim).

4.9 Processamento dos dados:

Após as revisões, os dados foram processados no software *Microsoft Office 2007 Excel*® através de planilhas com dupla entrada, verificado consistência entre os dois bancos de dados, sendo que as inconsistências foram verificadas nas entrevistas originais e realizada as devidas correções. O banco de dados foi importado para o software *Statistical Package for Social Sciences (SPSS)* versão 22.0, para análise dos dados.

4.10 Análise estatística:

Para atender ao primeiro e segundo objetivos as variáveis categóricas foram apresentadas empregando distribuições de frequências absolutas e percentuais.

Para a análise do terceiro objetivo a escolha dos fatores associados foi realizada mediante referencial teórico, o qual apresenta como fatores associados à utilização e ao acesso aos serviços de saúde características sociodemográficas (sexo, faixa etária, escolaridade e renda) e clínicas (número de morbidades e percepção de saúde) (LOUVISON et al., 2008; DIAS-DA-COSTA et al., 2011; PASKULIN; VALER; VIANNA, 2011; SILVA et al., 2011; ALMEIDA, 2015; SILVA et al., 2017).

Após estabelecidos os preditores as variáveis foram dicotomizadas da seguinte forma: Sexo (feminino e masculino), faixa etária (60 a 79 anos e 80 anos ou mais), escolaridade (escolarizado e analfabeto), renda (com e sem renda) e percepção de saúde (positiva e negativa). As variáveis de desfecho foram dicotomizadas como: Acesso aos serviços de saúde: Através da questão “Nos últimos doze meses consultou com o médico?” Sim / Não; Acesso gratuito a medicamentos de uso contínuo: Mediante a questão “Na última vez que precisou obter o(s) medicamento(s) de uso contínuo, recebeu gratuitamente?” Sim (todos) / Não (parte ou nenhum); Acesso a atendimentos odontológicos: Através da questão “Quando foi ao dentista pela última vez?” Sim (nos últimos doze meses) / Não (há mais de um ano); Utilização dos serviços de saúde: Mediante a questão “Nas últimas duas semanas procurou algum lugar, serviço ou profissional de saúde para atendimento relacionado à própria saúde?” Sim / Não.

Por fim, foi realizada análise bivariada empregando-se medidas de associação em tabelas de contingência (qui-quadrado, razões de prevalência e razões de chance de prevalência) para as variáveis categóricas. A análise ajustada incluiu a regressão logística binomial múltipla, considerando o Intervalo de Confiança (IC) de 95% e nível de significância de 5%.

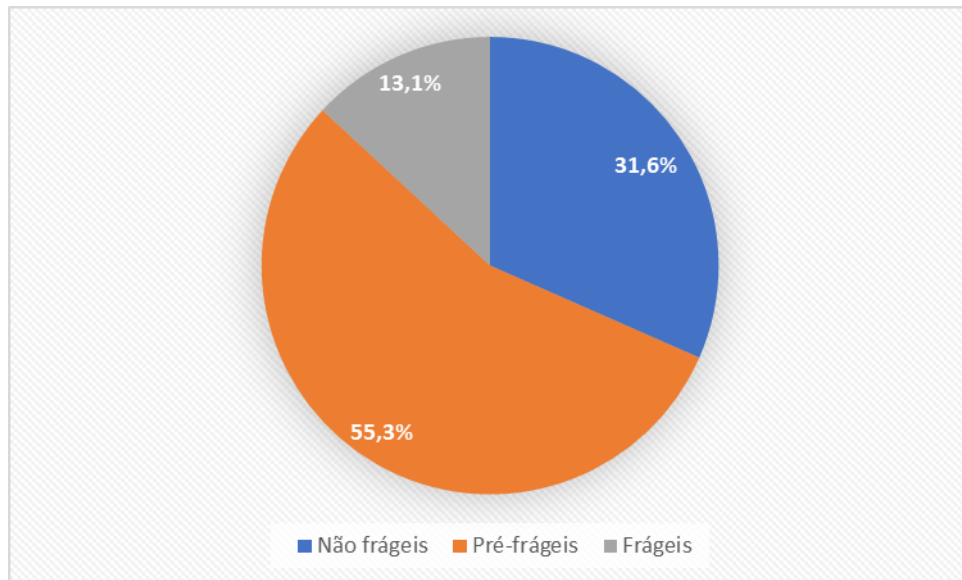
4.11 Aspectos éticos:

Pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFTM com parecer nº. 493.211 (Anexo X). Os participantes desta pesquisa foram contatados em seus domicílios e foram apresentados os objetivos, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo XI) e oferecidas as informações pertinentes. Somente após a anuência do entrevistado e assinatura do referido Termo a entrevista foi conduzida.

5 RESULTADOS

Entre os 580 idosos entrevistados, os pré-frágeis foram mais prevalentes (55,3%), seguido por não frágeis (31,6%) e frágeis (13,1%), representados da Figura 5:

Figura 5 – Distribuição de frequência de idosos segundo *status* de fragilidade, Uberaba, 2016.



Fonte: a autora, 2017.

5.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS DOS IDOSOS, SEGUNDO *STATUS* DE FRAGILIDADE

O sexo feminino predominou entre frágeis (73,7%), pré-frágeis (65,7%) e não frágeis (70,5%), Tabela 1.

Na faixa etária de 60 | 70 anos prevaleceram os idosos não frágeis (59,6%), enquanto que o maior percentual de pré-frágeis (42,4%) e frágeis (39,5%) estão na faixa etária de 70 | 80, Tabela 1.

Quanto ao estado conjugal, verifica-se maior percentual de idosos com companheiro no *status* de não fragilidade (51,4%) e sem companheiro entre pré-frágeis (52,6%) e frágeis (61,8%), Tabela 1.

Predominaram os idosos que vivem acompanhados entre não frágeis (79,8%), pré-frágeis (80,7%) e frágeis (77,6%), Tabela 1.

Houve predomínio de 1 a 4 anos de estudos entre idosos não frágeis (46,4%), pré-frágeis (56,4%) e frágeis (50%), Tabela 1.

Verifica-se maior percentual de idosos não frágeis com renda de um a três salários mínimos (37,2%) e um salário mínimo entre pré-frágeis (43,6%) e frágeis (55,3%), Tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição de frequência das variáveis sociodemográficas dos idosos, segundo *status* de fragilidade, Uberaba-MG, 2016.

Variáveis	Status de fragilidade			Total n (%)	p*
	Não frágeis n (%)	Pré-frágeis n (%)	Frágeis n (%)		
Sexo					
Feminino	129 (70,5)	211 (65,7)	56 (73,7)	396 (68,3)	0,301
Masculino	54 (29,5)	110 (34,3)	20 (26,3)	184 (31,7)	
Faixa etária					
60 † 70	109 (59,6)	125 (38,9)	22 (28,9)	256 (44,1)	< 0,001
70 † 80	64 (35,0)	136 (42,4)	30 (39,5)	230 (39,7)	
80 ou mais	10 (5,5)	60 (18,7)	24 (31,6)	94 (16,2)	
Estado conjugal					
Com companheiro (a)	94 (51,4)	152 (47,4)	29 (38,2)	275 (47,4)	0,153
Sem companheiro (a)	89 (48,6)	169 (52,6)	47 (61,8)	305 (52,6)	
Arranjo de moradia					
Sozinho (a)	37 (20,2)	62 (19,3)	17 (22,4)	116 (20,0)	0,833
Acompanhado (a)	146 (79,8)	259 (80,7)	59 (77,6)	464 (80,0)	
Escolaridade					
Não estudou	21 (11,5)	51 (15,9)	19 (25,0)	91 (15,7)	0,002
1 a 4 anos	85 (46,4)	181 (56,4)	38 (50,0)	304 (52,4)	
5 a 8 anos	38 (20,8)	38 (11,8)	13 (17,1)	89 (15,3)	
9 anos ou mais	39 (21,3)	51 (15,9)	6 (7,9)	96 (16,6)	
Renda (em salários mínimos)					
Sem renda	21 (11,5)	29 (9,0)	4 (5,3)	54 (9,3)	0,176
<1	4 (2,2)	6 (1,9)	0 (0,0)	10 (1,7)	
1	67 (36,6)	140 (43,6)	42 (55,3)	249 (42,9)	
1 † 3	68 (37,2)	121 (37,7)	25 (32,9)	214 (36,9)	
3 † 5	16 (8,7)	15 (4,7)	3 (3,9)	34 (5,9)	
>5	7 (3,8)	10 (3,1)	2 (2,6)	19 (3,3)	

Fonte: a autora, 2017.

Nota: *p: <0,05.

No que se refere às condições clínicas, predominou-se a presença de cinco ou mais morbidades entre não frágeis (57,9%), pré-frágeis (61,7%) e frágeis (75,0%), Tabela 2.

O uso de um a quatro medicamentos foi mais prevalente entre idosos não frágeis (63,4%) e pré-frágeis (54,8%), enquanto que entre os frágeis o uso de cinco ou mais medicamentos (50,0%), Tabela 2.

Com relação à capacidade funcional, a dependência parcial na realização de AIVD predominou entre não frágeis (55,7%), pré-frágeis (72,6%) e frágeis (92,1%). Enquanto que na realização de ABVD prevaleceram os idosos independentes entre não frágeis (98,9%), pré-frágeis (96,9%) e frágeis (96,1%), Tabela 2.

Houve maior percentual de idosos que não apresentaram nenhum episódio de quedas nos últimos 12 meses entre não frágeis (85,8%), pré-frágeis (73,8%) e frágeis (64,5%), Tabela 2.

Quanto à hospitalização, predominaram os idosos que não foram hospitalizados nos últimos 12 meses entre não frágeis (90,2%), pré-frágeis (83,8%) e frágeis (73,7%), Tabela 2.

A autopercepção de saúde positiva prevaleceu entre idosos não frágeis (63,4%) e negativa entre pré-frágeis (55,5%) e frágeis (75,0%), Tabela 2.

Tabela 2 - Distribuição de frequência das variáveis clínicas dos idosos, segundo *status* de fragilidade, Uberaba-MG, 2016.

Variáveis	Status de fragilidade				p*
	Não frágeis n (%)	Pré-frágeis n (%)	Frágeis n (%)	Total n (%)	
Número de morbidades autorreferidas					
Nenhuma	8 (4,4)	4 (1,2)	0 (0,0)	12 (2,1)	0,009
1 a 4	69 (37,7)	119 (37,1)	19 (25,0)	207 (35,7)	
5 ou mais	106 (57,9)	198 (61,7)	57 (75,0)	361 (62,2)	
Número de medicamentos em uso contínuo					
Nenhum	26 (14,2)	39 (12,1)	6 (7,9)	71 (12,2)	0,001
1 a 4	116 (63,4)	176 (54,8)	32 (42,1)	324 (55,9)	
5 ou mais	41 (22,4)	106 (33,0)	38 (50,0)	185 (31,9)	
ABVD**					
Independente em 6 funções	181 (98,9)	311 (96,9)	73 (96,1)	565 (97,4)	0,237
Independente em 1 a 5 funções / Dependente em 1 a 5 funções	2 (1,1)	10 (3,1)	3 (3,9)	15 (2,6)	
Dependente em 6 funções	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
AIVD***					
Independente	81 (44,3)	88 (27,4)	6 (7,9)	175 (30,2)	<0,001
Dependência parcial	102 (55,7)	233 (72,6)	70 (92,1)	405 (69,8)	
Dependência total	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Quedas nos últimos 12 meses					

Conclusão - Distribuição de frequência das variáveis clínicas dos idosos, segundo <i>status</i> de fragilidade, Uberaba-MG, 2016.					
Não	157 (85,8)	237 (73,8)	49 (64,5)	443 (76,4)	<0,001
Sim	26 (14,2)	84 (26,2)	27 (35,5)	137 (23,6)	
Hospitalizações nos últimos 12 meses					
Não	165 (90,2)	269 (83,8)	56 (73,7)	490 (84,5)	0,003
Sim	18 (9,8)	52 (16,2)	20 (26,3)	90 (15,5)	
Autopercepção de saúde					
Negativa	67 (36,6)	178 (55,5)	57 (75,0)	302 (52,1)	<0,001
Positiva	116 (63,4)	143 (44,5)	18 (23,7)	277 (47,8)	
Não respondeu	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (1,3)	1 (0,2)	

Fonte: a autora, 2017.

Nota: *p: <0,05; **ABVD: Atividades Básicas de Vida Diária; ***AIVD: Atividades Instrumentais de Vida Diária.

5.2 CARACTERIZAÇÃO DA UTILIZAÇÃO E ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE POR IDOSOS, SEGUNDO *STATUS* DE FRAGILIDADE

No que se refere ao acesso aos serviços de saúde, predominaram os idosos que afirmaram procurar mesmo lugar, médico ou serviço de saúde quando precisam de atendimento entre não frágeis (86,9%), pré-frágeis (82,9%) e frágeis (85,5%), Tabela 3.

Quanto ao local de procura, o maior percentual de idosos não frágeis (33,3%) e pré-frágeis (35,2%) referiram procurar dois ou mais serviços de saúde; enquanto que os frágeis (32,9%) procuram por atendimento em unidades de APS, Tabela 3.

Prevaleram idosos que realizaram de uma a cinco consultas nos últimos 12 meses entre não frágeis (72,7%), pré-frágeis (66,0%) e frágeis (52,6%). Destaca-se os frágeis (28,9%) entre aqueles que realizaram seis ou mais consultas, Tabela 3.

O maior percentual de idosos não frágeis (42,7%), pré-frágeis (45,0%) e frágeis (61,4%) receberam parte dos medicamentos de uso contínuo gratuitamente. Entre os que não receberam, prevaleceram os que compraram todos os medicamentos entre não frágeis (78,0%), pré-frágeis (74,2%) e frágeis (68,9%), Tabela 3.

No que se refere aos atendimentos odontológicos, o maior percentual de idosos não frágeis (39,3%), pré-frágeis (52,6%) e frágeis (64,5%) referiram o último atendimento há mais de três anos, Tabela 3.

Entre os idosos que realizaram consulta odontológica nos últimos 12 meses, o maior percentual corresponde a atendimentos não realizados através do SUS entre não frágeis (91,0%), pré-frágeis (88,2%) e frágeis (92,3%), Tabela 3.

Nos atendimentos do último ano, a não cobertura por plano de saúde também predominou entre não frágeis (77,6%), pré-frágeis (89,4%) e frágeis (84,6%), com maior percentual dos idosos que pagaram pelo atendimento entre não frágeis (73,1%), pré-frágeis (80,0%) e frágeis (76,9%), Tabela 3.

Tabela 3 - Distribuição de frequência das variáveis de acesso aos serviços de saúde por idosos, segundo *status* de fragilidade, Uberaba, MG, 2016.

Variáveis	Status de fragilidade			Total n (%)	p*
	Não frágeis n (%)	Pré-frágeis n (%)	Frágeis n (%)		
Procura mesmo lugar, mesmo médico ou mesmo serviço					
Sim	159 (86,9)	266 (82,9)	65 (85,5)	490 (84,5)	0,470
Não	24 (13,1)	55 (17,1)	11 (14,5)	90 (15,5)	
Quando precisa ou doente procura					
Unidade de saúde primária	49 (26,8)	90 (28,0)	25 (32,9)	164 (28,3)	0,036
Consultório particular	53 (29,0)	67 (20,9)	16 (21,1)	136 (23,4)	
Ambulatório	17 (9,3)	31 (9,7)	8 (10,5)	56 (9,7)	
Pronto-socorro ou emergência	3 (1,6)	18 (5,6)	1 (1,3)	22 (3,8)	
Outros locais**	0 (0,0)	2 (0,6)	3 (3,9)	5 (0,9)	
2 ou mais serviços	61 (33,3)	113 (35,2)	23 (30,3)	197 (34,0)	
Consulta médica nos últimos 12 meses					
Não consultou	33 (18,0)	47 (14,6)	11 (14,5)	91 (15,7)	0,001
1 a 5	133 (72,7)	212 (66,0)	40 (52,6)	385 (66,4)	
6 ou mais	17 (9,3)	60 (18,7)	22 (28,9)	99 (17,1)	
Não respondeu	0 (0,0)	2 (0,6)	3 (3,9)	5 (0,9)	
Recebeu medicamentos de uso contínuo gratuitamente					
Todos	39 (24,8)	73 (25,9)	9 (12,9)	121 (23,8)	0,063
Parte	67 (42,7)	127 (45,0)	43 (61,4)	237 (46,6)	
Não recebeu	51 (32,5)	82 (29,1)	18 (25,7)	151 (29,7)	
Não recebeu medicamentos gratuitamente e comprou					
Todos	92 (78,0)	155 (74,2)	42 (68,9)	289 (74,5)	0,410
Parte	26 (22,0)	54 (25,8)	19 (31,1)	99 (25,5)	
Última consulta ao dentista					
Menos de 1 ano	67 (36,6)	85 (26,5)	13 (17,1)	165 (28,4)	0,002
De 1 a de 2 anos	44 (24,0)	65 (20,2)	13 (17,1)	122 (21,0)	
3 anos ou mais	72 (39,3)	169 (52,6)	49 (64,5)	290 (50,0)	
Nunca	0 (0,0%)	2 (0,6%)	1 (1,3)	3 (0,5)	
Atendimento odontológico nos últimos 12 meses foi através do SUS***					

Conclusão - Distribuição de frequência das variáveis de acesso aos serviços de saúde por idosos, segundo <i>status</i> de fragilidade, Uberaba, MG, 2016.					
Sim	6 (9,0)	8 (9,4)	1 (7,7)	15 (9,1)	0,603
Não	61 (91,0)	75 (88,2)	12 (92,3)	148 (89,7)	
Não sabe informar	0 (0,0)	2 (2,4)	0 (0,0)	2 (1,2)	
Atendimento odontológico nos últimos 12 meses foi coberto por plano de saúde					
Sim	15 (22,4)	9 (10,6)	2 (15,4)	26 (15,8)	0,140
Não	52 (77,6)	76 (89,4)	11 (84,6)	139 (84,2)	
Pagou algum valor por atendimento odontológico nos últimos 12 meses					
Sim	49 (73,1)	68 (80,0)	10 (76,9)	127 (77,0)	0,608
Não	18 (26,9)	17 (20,0)	3 (23,1)	38 (23,0)	

Fonte: a autora, 2017.

Nota: *p: <0,05; **Atendimento domiciliar, farmácia, Agente Comunitário de Saúde, casa de oração; ***SUS: Sistema Único de Saúde.

Na utilização dos serviços de saúde, verifica-se maior percentual de idosos que não procuraram por atendimento nas duas últimas semanas. Entre os que procuraram, verifica-se a maior procura entre frágeis (27,6%), seguido por não frágeis (25,7) e pré-frágeis (25,5), Tabela 4.

Entre estes, os atendimentos preventivos prevaleceram como principal motivo entre não frágeis (46,8%), doença entre pré-frágeis (53,7%) e entre os frágeis doença (42,9%) e atendimentos preventivos (42,9%), Tabela 4.

O consultório médico particular foi o local de procura mais prevalente entre não frágeis (44,7%) e frágeis (33,3%), enquanto a unidade de saúde primária entre pré-frágeis (37,8%). Destaca-se que a maior procura por pronto-socorro ou hospitais ocorreu entre idosos pré-frágeis (17,1%) e frágeis (19,0%), Tabela 4.

Ao que se refere ao êxito do atendimento, verifica-se predomínio de idosos frágeis (100,0%), não frágeis (97,9%) e pré-frágeis (97,6%) que foram atendidos ao procurar por serviço de saúde, Tabela 4.

A consulta médica foi o principal atendimento recebido entre não frágeis (83,0%), pré-frágeis (80,5%) e frágeis (61,9%), Tabela 4.

O maior percentual de idosos que utilizam o SUS corresponde a pré-frágeis (58,5%) e frágeis (61,9%), Tabela 4.

Quando questionados se o atendimento foi coberto por plano de saúde, verifica-se o predomínio dos idosos não cobertos por plano de saúde frágeis (76,2%), pré-frágeis (74,4%) e não frágeis (61,7%), Tabela 4.

Com relação à avaliação do atendimento recebido, a avaliação positiva predominou entre frágeis (100,0%), não frágeis (95,7%) e pré-frágeis (90,2%), Tabela 4.

Tabela 4 - Distribuição de frequência das variáveis de utilização dos serviços de saúde por idosos nas duas últimas semanas, segundo *status* de fragilidade, Uberaba, MG, 2016.

Variáveis	Status de fragilidade			Total n (%)	p*
	Não frágeis n (%)	Pré-frágeis n (%)	Frágeis n (%)		
Procurou por atendimento nas duas últimas semanas					
Sim	47 (25,7)	82 (25,5)	21 (27,6)	150 (25,9)	0,931
Não	136 (74,3)	239 (74,5)	55 (72,4)	430 (74,1)	
Principal motivo da procura					
Doença	18 (38,3)	44 (53,7)	9 (42,9)	71 (47,3)	0,200
Acidente ou lesão	2 (4,3)	2 (2,4)	0 (0,0)	4 (2,7)	
Atendimentos preventivos	22 (46,8)	34 (41,5)	9 (42,9)	65 (43,3)	
Outros atendimentos**	5 (10,6)	2 (2,4)	3 (14,3)	10 (6,7)	
Local de procura					
Unidade de saúde primária	14 (29,8)	31 (37,8)	6 (28,6)	51 (34,0)	0,252
Consultório médico particular	21 (44,7)	30 (36,6)	7 (33,3)	58 (38,7)	
Ambulatórios	8 (17,0)	5 (6,1)	2 (9,5)	15 (10,0)	
Pronto-socorro ou hospital	3 (6,4)	14 (17,1)	4 (19,0)	21 (14,0)	
Outros serviços***	1 (2,1)	2 (2,4)	2 (9,5)	5 (3,3)	
Foi atendido ao procurar atendimento					
Sim	46 (97,9)	80 (97,6)	21 (100,0)	147 (98,0)	0,629
Não	1 (2,1)	2 (2,4)	0 (0,0)	3 (2,0)	
Principal atendimento de saúde recebido					
Consulta médica	39 (83,0)	66 (80,5)	13 (61,9)	118 (78,7)	0,327
Consulta com outros profissionais (fonoaudiólogo, psicólogo, etc.)	2 (4,3)	3 (3,7)	2 (9,5)	7 (4,7)	
Internação hospitalar	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (4,8)	1 (0,7)	
Outros atendimentos****	6 (12,8)	13 (15,9)	5 (23,8)	24 (16,0)	
Atendimento realizado através do SUS					
Sim	23 (48,9)	48 (58,5)	13 (61,9)	84 (56,0)	0,481
Não	24 (51,1)	34 (41,5)	8 (38,1)	66 (44,0)	
Atendimento coberto por plano de saúde					
Sim	18 (38,3)	21 (25,6)	5 (23,8)	44 (29,3)	0,262
Não	29 (61,7)	61 (74,4)	16 (76,2)	106 (70,7)	
Avaliação do atendimento recebido					
Positiva	45 (95,7)	74 (90,2)	21 (100,0)	140 (93,3)	0,105
Negativa	2 (4,3)	8 (9,8)	0 (0,0)	10 (6,7)	

Fonte: a autora, 2017.

Nota: *p: <0,05; **Atestado de saúde, reabilitação e problema odontológico; ***Farmácia, laboratório, atendimento domiciliar e consultório de outros profissionais (dentista, fonoaudiólogo, psicólogo, etc.); ****Quimioterapia, radioterapia, hemodiálise, hemoterapia, atendimentos de enfermagem (vacinação, curativo, medicação, aferição de pressão arterial, etc.), cirurgias ambulatoriais, exames, receita médica e atendimento de farmácia).

5.3 FATORES ASSOCIADOS À UTILIZAÇÃO E ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE POR IDOSOS, SEGUNDO *STATUS* DE FRAGILIDADE

Neste estudo, após ajuste para as variáveis sexo, faixa etária, escolaridade, renda, número de morbidades e autopercepção de saúde, o número de morbidades apresentou-se associado ao acesso aos serviços de saúde por idosos não frágeis (p= 0,005) e pré-frágeis (p= 0,008), Tabela 5.

Tabela 5 - Modelo de regressão logística binomial múltipla para as variáveis associadas ao acesso aos serviços de saúde por idosos nos últimos 12 meses, segundo *status* de fragilidade. Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2017.

Variáveis	Acesso aos serviços de saúde			
	Não frágeis		RCP* ajustado (IC 95%**)	P***
	Sim n (%)	Não n (%)		
Sexo				
Masculino	45 (83,3)	9 (16,7)	1,881 (0,743-4,762)	0,183
Feminino	105 (81,4)	24 (18,6)	1	
Faixa etária				
60 a 79 anos	141 (81,5)	32 (18,5)	0,506 (0,060-4,304)	0,533
80 anos ou mais	9 (90,0)	1 (10,0)	1	
Escolaridade				
Analfabeto	19 (90,5)	2 (9,5)	1,928 (0,408-9,110)	0,408
Escolarizado	131 (80,9)	31 (19,1)	1	
Renda				
Sem renda	18 (85,7)	3 (14,3)	2,284 (0,593-8,800)	0,230
Com renda	132 (81,5)	30 (18,5)	1	
Morbidades				
	-	-	1,267 (1,073-1,495)	0,005
Autopercepção de saúde				
Negativa	59 (88,1)	8 (11,9)	1,306 (0,513-3,324)	0,576
Positiva	91 (78,4)	25 (21,6)	1	
Pré-Frágeis				
Sexo				
Masculino	91 (82,7)	19 (17,3)	0,936 (0,478-1,834)	0,848
Feminino	183 (86,7)	28 (13,3)	1	
Faixa etária				
60 a 79 anos	224 (85,8)	37 (14,2)	0,981 (0,444-2,166)	0,961

80 anos ou mais	50 (83,3)	10 (16,7)	1	
Conclusão - Modelo de regressão logística binomial múltipla para as variáveis associadas ao acesso aos serviços de saúde por idosos nos últimos 12 meses, segundo <i>status</i> de fragilidade. Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2017.				
Escolaridade				
Analfabeto	44 (86,3)	7 (13,7)	1,071 (0,438-2,618)	0,881
Escolarizado	230 (85,2)	40 (14,8)	1	
Renda				
Sem renda	25 (86,2)	4 (13,8)	0,812 (0,258-2,553)	0,722
Com renda	249 (85,3)	43 (14,7)	1	
Morbidades				
	-	-	1,168 (1,041-1,311)	0,008
Autopercepção de saúde				
Negativa	160 (89,9)	18 (10,1)	1,558 (0,776-3,130)	0,213
Positiva	114 (79,7)	29 (20,3)	1	
Frágeis				
Sexo				
Masculino	16 (80,0)	4 (20,0)	0,809 (0,180-3,639)	0,783
Feminino	49 (87,5)	7 (12,5)	1	
Faixa etária				
60 a 79 anos	43 (82,7)	9 (17,3)	0,342 (0,062-1,880)	0,217
80 anos ou mais	22 (91,7)	2 (8,3)	1	
Escolaridade				
Analfabeto	16 (84,2)	3 (15,8)	1,032 (0,210-5,065)	0,969
Escolarizado	49 (86,0)	8 (14,0)	1	
Renda				
Sem renda	4 (100,0)	0 (0,0)	-	-
Com renda	61 (84,7)	11 (15,3)		
Morbidades				
	-	-	1,197 (0,958-1,495)	0,114
Autopercepção de saúde				
Negativa	48 (84,2)	9 (15,8)	0,499 (0,085-2,932)	0,442
Positiva	16 (88,9)	2 (11,1)	1	

Fonte: A autora, 2017.

Nota: *RCP: Razão de Chance de Prevalência/Odds Ratio; **IC: Intervalo de Confiança; ***p <0,05.

Com relação ao acesso gratuito a medicamento de uso contínuo o sexo masculino ($p=0,005$) apresentou-se associado aos não frágeis, enquanto que entre os pré-frágeis o número de morbididades ($p=0,044$) e a autopercepção de saúde ($p=0,021$), após ajuste para as variáveis sexo, faixa etária, escolaridade, renda, número de morbididades e autopercepção de saúde, Tabela 6.

Tabela 6 - Modelo de regressão logística binomial múltipla para as variáveis associadas ao acesso gratuito a medicamentos de uso contínuo por idosos, segundo *status* de fragilidade. Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2017.

Variáveis	Acesso gratuito a medicamentos de uso contínuo			
	Não frágeis		RCP* ajustado (IC 95%**)	P***
	Sim n (%)	Não n (%)		
Sexo				
Masculino	18 (42,9)	24 (57,1)	3,304 (1,442-7,572)	0,005
Feminino	21 (18,3)	94 (81,7)	1	
Faixa etária				
60 a 79 anos	39 (26,4)	109 (73,6)	-	-
80 anos ou mais	0 (0,0)	9 (100,0)		
Escolaridade				
Analfabeto	6 (37,5)	10 (62,5)	2,135 (0,669-6,810)	0,200
Escolarizado	33 (23,4)	108 (76,6)	1	
Renda				
Sem renda	7 (35,0)	13 (65,0)	2,112 (0,697-6,403)	0,186
Com renda	32 (23,4)	105 (76,6)	1	
Morbidades				
	-	-	0,931 (0,802-1,080)	0,345
Autopercepção de saúde				
Negativa	14 (23,0)	47 (77,0)	1,127 (0,483-2,632)	0,782
Positiva	25 (26,0)	71 (74,0)	1	
Pré-Frágeis				
Sexo				
Masculino	29 (32,2)	61 (67,8)	1,430 (0,786-2,602)	0,241
Feminino	44 (22,9)	148 (77,1)	1	
Faixa etária				
60 a 79 anos	60 (25,9)	172 (74,1)	1,211 (0,580-2,528)	0,610
80 anos ou mais	13 (26,0)	37 (74,0%)	1	
Escolaridade				
Analfabeto	13 (28,9)	32 (71,1)	1,292 (0,613-2,721)	0,501
Escolarizado	60 (25,3)	177 (74,7)	1	
Renda				
Sem renda	9 (34,6)	17 965,4)	2,082 (0,843-5,143)	0,112
Com renda	64 (25,0)	192 (75,0)	1	
Morbidades				
	-	-	0,909 (0,829-,997)	0,044
Autopercepção de saúde				
Negativa	31 (19,0)	132 (81,0)	0,503 (0,280-,904)	0,021
Positiva	42 (35,3)	77 (64,7)	1	

Conclusão - Modelo de regressão logística binomial múltipla para as variáveis associadas ao acesso gratuito a medicamentos de uso contínuo por idosos, segundo *status* de fragilidade. Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2017.

		Frágeis		
Sexo				
Masculino	2 (12,5)	14 (87,5)	0,661 (0,105-4,170)	0,659
Feminino	7 (13,0)	47 (87,0)	1	
Faixa etária				
60 a 79 anos	5 (10,2)	44 (89,8)	0,277 (0,052-1,482)	0,134
80 anos ou mais	4 (19,0)	17 (81,0)	1	
Escolaridade				
Analfabeto	2 (11,8)	15 (88,2)	0,380 (0,057-2,521)	0,316
Escolarizado	7 (13,2)	46 (86,8)	1	
Renda				
Sem renda	1 (25,0)	3 (75,0)	3,173 (0,249-40,411)	0,374
Com renda	8 (12,1)	58 (87,9)	1	
Morbidades				
-	-	-	0,812 (0,618-1,067)	0,134
Autopercepção de saúde				
Negativa	7 (13,5)	45 (86,5)	2,752 (0,379-19,954)	0,317
Positiva	2 (11,8)	15 (88,2)	1	

Fonte: A autora, 2017.

Nota: *RCP: Razão de Chance de Prevalência/Odds Ratio; **IC: Intervalo de Confiança; ***p <0,05.

Ao que se refere ao acesso a atendimentos odontológicos por idosos segundo *status* de fragilidade, nenhuma variável apresentou-se estatisticamente significativa no modelo de regressão, Tabela 7.

Tabela 7 - Modelo de regressão logística binomial múltipla para as variáveis associadas ao acesso a atendimentos odontológicos por idosos nos últimos 12 meses, segundo *status* de fragilidade. Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2017.

Variáveis	Acesso a atendimentos odontológicos			
	Não frágeis		RCP* ajustado (IC 95%**)	P***
	Sim n (%)	Não n (%)		
Sexo				
Masculino	20 (37,0)	34 (63,0)	1,003 (0,498-2,019)	0,994
Feminino	47 (36,4)	82 (63,6)	1	
Faixa etária				
60 a 79 anos	64 (37,0)	109 (63,0)	1,377 (0,340-5,569)	0,654
80 anos ou mais	3 (30,0)	7 (70,0)	1	
Escolaridade				
Analfabeto	5 (23,8)	16 (76,2)	0,518 (0,179-1,502)	0,226

Continuação - Modelo de regressão logística binomial múltipla para as variáveis associadas ao acesso a atendimentos odontológicos por idosos nos últimos 12 meses, segundo *status* de fragilidade. Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2017.

Escolarizado	62 (38,3)	100 (61,7)	1	
Renda				
Sem renda	8 (38,1)	13 (61,9)	0,968 (0,367-2,553)	0,948
Com renda	59 (36,4)	103 (63,6)	1	
Morbidades				
	-	-	0,985 (0,889-1,091)	0,774
Autopercepção de saúde				
Negativa	22 (32,8)	45 (67,2)	0,838 (0,421-1,669)	0,615
Positiva	45 (38,8)	71 (61,2)	1	
			Pré-Frágeis	
Sexo				
Masculino	26 (23,6)	84 (76,4)	0,734 (0,419-1,285)	0,279
Feminino	59 (28,0)	152 (72,0)	1	
Faixa etária				
60 a 79 anos	73 (28,0)	188 (72,0)	1,658 (0,820-3,352)	0,159
80 anos ou mais	12 (20,0)	48 (80,0)	1	
Escolaridade				
Analfabeto	9 (17,6)	42 (82,4)	0,557 (0,256-1,211)	0,140
Escolarizado	76 (28,1)	194 (71,9)	1	
Renda				
Sem renda	5 (17,2)	24 (82,8)	0,506 (,184-1,394)	0,188
Com renda	80 (27,4)	212 (72,6)	1	
Morbidades				
	-	-	0,989 (0,917-1,067)	0,772
Autopercepção de saúde				
Negativa	44 (24,7)	134 (75,3)	0,840 (0,485-1,457)	0,535
Positiva	41 (28,7)	102 (71,3)	1	
			Frágeis	
Sexo				
Masculino	2 (10,0)	18 (90,0)	0,339 (0,059-1,949)	0,225
Feminino	11 (19,6)	45 (80,4)	1	
Faixa etária				
60 a 79 anos	8 (15,4)	44 (84,6)	1,709 (0,463-6,307)	0,421
80 anos ou mais	5 (20,8)	19 (79,2)	1	
Escolaridade				
Analfabeto	3 (15,8)	16 (84,2)	0,659 (0,146-2,968)	0,587
Escolarizado	10 (17,5)	47 (82,5)	1	
Renda				
Sem renda	0 (0,0)	4 (100,0)	-	-

Conclusão - Modelo de regressão logística binomial múltipla para as variáveis associadas ao acesso a atendimentos odontológicos por idosos nos últimos 12 meses, segundo *status* de fragilidade. Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2017.

Com renda	13 (18,1)	59 (81,9)		
Morbidades	-	-	0,919 (0,758-1,114)	0,388
Autopercepção de saúde				
Negativa	10 (17,5)	47 (82,5)	1,534 (0,328-7,181)	0,587
Positiva	3 (16,7)	15 (83,3)	1	

Fonte: A autora, 2017.

Nota: *RCP: Razão de Chance de Prevalência/Odds Ratio; **IC: Intervalo de Confiança; ***p <0,05.

Por fim, ao avaliar os fatores associados à utilização dos serviços de saúde por idosos segundo *status* de fragilidade, verificou-se que nenhuma variável se apresentou estatisticamente significativa no modelo de regressão, Tabela 8.

Tabela 8 - Modelo de regressão logística binomial múltipla para as variáveis associadas a utilização dos serviços de saúde por idosos nos últimos 15 dias, segundo *status* de fragilidade. Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2017.

Variáveis	Utilização dos serviços de saúde			P***
	Sim n (%)	Não n (%)	RCP* ajustado (IC 95%**)	
Sexo				
Masculino	13 (24,1)	41 (75,9)	1,039 (0,475-2,270)	0,924
Feminino	34 (26,4)	95 (73,6)	1	
Faixa etária				
60 a 79 anos	43 (24,9)	130 (75,1)	0,487 (0,130-1,821)	0,285
80 anos ou mais	4 (40,0)	6 (60,0)	1	
Escolaridade				
Analfabeto	6 (28,6)	15 (71,4)	1,243 (0,443-3,488)	0,679
Escolarizado	41 (25,3)	121 (74,7)	1	
Renda				
Sem renda	6 (28,6)	15 (71,4)	1,328 (0,463-3,808)	0,598
Com renda	41 (25,3)	121 (74,7)	1	
Morbidades	-	-	1,080 (0,968-1,206)	0,168
Autopercepção de saúde				
Negativa	17 (25,4)	50 (74,6)	0,798 (0,372-1,709)	0,561
Positiva	30 (25,9)	86 (74,1)	1	
			Pré-Frágeis	
Sexo				
Masculino	28 (25,5)	82 (74,5)	1,110 (0,636-1,937)	0,714

Conclusão - Modelo de regressão logística binomial múltipla para as variáveis associadas a utilização dos serviços de saúde por idosos nos últimos 15 dias, segundo *status* de fragilidade. Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2017.

Feminino	54 (25,6)	157 (74,4)	1	
Faixa etária				
60 a 79 anos	69 (26,4)	192 (73,6)	1,177 (0,592-2,341)	0,642
80 anos ou mais	13 (21,7)	47 (78,3)	1	
Escolaridade				
Analfabeto	13 (25,5)	38 (74,5)	0,997 (0,497-2,001)	0,993
Escolarizado	69 (25,6)	201 (74,4)	1	
Renda				
Sem renda	7 (24,1)	22 (75,9)	0,841 (0,341-2,077)	0,708
Com renda	75 (25,7)	217 (74,3)	1	
Morbidades	-	-	1,064 (0,988-1,145)	0,102
Autopercepção de saúde			1	
Negativa	51 (28,7)	127 (71,3)	1,210 (0,692-2,115)	0,504
Positiva	31 (21,7)	112 (78,3)	1	
			Frágeis	
Sexo				
Masculino	3 (15,0)	17 (85,0)	0,348 (0,080-1,510)	0,158
Feminino	18 (32,1)	38 (67,9)	1	
Faixa etária				
60 a 79 anos	16 (30,8)	36 (69,2)	1,523 (0,449-5,167)	0,500
80 anos ou mais	5 (20,8)	19 (79,2)	1	
Escolaridade				
Analfabeto	6 (31,6)	13 (68,4)	1,266 (0,361-4,442)	0,713
Escolarizado	15 (26,3)	42 (73,7)	1	
Renda				
Sem renda	2 (50,0)	2 (50,0)	1,812 (0,224-14,640)	0,577
Com renda	19 (26,4)	53 (73,6)	1	
Morbidades	-	-	0,942 (0,801-1,107)	0,465
Autopercepção de saúde			1	
Negativa	17 (29,8)	40 (70,2)	1,925 (0,489-7,569)	0,349
Positiva	4 (22,2)	14 (77,8)	1	

Fonte: A autora, 2017.

Nota: *RCP: Razão de Chance de Prevalência/Odds Ratio; **IC: Intervalo de Confiança; ***p <0,05.

6 DISCUSSÃO

6.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS DOS IDOSOS, SEGUNDO *STATUS* DE FRAGILIDADE

A prevalência da síndrome de fragilidade varia amplamente na literatura (DANON-HERSCH et al., 2012; TRIBESS; VIRTUOSO JÚNIOR; OLIVEIRA, 2012; REIS JÚNIOR et al., 2014; NG, 2014; DUARTE; PAÚL, 2015) e ocorre em razão dos diferentes métodos utilizados nas pesquisas com esta temática, como uso de diferentes instrumentos, pontos de corte para mensuração da fragilidade e idade dos participantes (SYDDALL et al., 2010; TRIBESS; OLIVEIRA, 2011; MORETTO et al., 2012; AMARAL et al., 2013; CARNEIRO et al., 2016). Outra razão corresponde às diferenças socioeconômicas, políticas e culturais nas quais estes idosos estão inseridos (TRIBESS; OLIVEIRA, 2011; MORETTO et al., 2012; AMARAL et al., 2013).

Apesar das variações na prevalência de idosos com síndrome de fragilidade na literatura, neste assim como em outros estudos nacionais (AMARAL et al., 2013; VIEIRA et al., 2013; PEGORARI; TAVARES, 2014; BURANELLO et al., 2015; LENARDT et al., 2015; SANTOS et al., 2015) e internacionais (CHANG et al., 2012; JÜRSCHIK et al., 2012; SOUSA et al., 2012; LEE et al., 2014) o maior percentual de idosos foi verificado no *status* de pré-fragilidade.

Neste sentido, há consenso na literatura de que o rastreamento e identificação precoce dos idosos pré-frágeis e frágeis é essencial para indicar medidas que possam retardar sua progressão, promover ou reestabelecer suas condições de saúde e contribuir de forma a minimizar os riscos a desfechos adversos como incapacidades, quedas, hospitalizações e morte (FRIED et al. 2004; VARELA-PINEDO; ORTIZ-SAAVEDRA; CHÁVEZ-JIMENO, 2008; REMOR; BÓS; WERLANG, 2011; LUSTOSA et al., 2013; SANTOS et al., 2015; AUGUSTI; FALSARELLA; COIMBRA, 2017).

O predomínio do sexo feminino entre frágeis, pré-frágeis e não frágeis é compatível com outros achados na literatura (TRIBESS; OLIVEIRA, 2011; MORETTO et al., 2012; DANON-HERSCH et al., 2012; LEE et al., 2014; PEGORARI; TAVARES, 2014; NG, 2014; REIS JÚNIOR et al., 2014; LENARDT et al., 2015; CARNEIRO et al., 2016). Fisiologicamente as mulheres apresentam em sua estrutura corporal menos massa magra e menor força muscular em relação aos homens. Com o envelhecimento a progressiva

diminuição na massa muscular, força e desempenho físico expõe as mulheres idosas ao maior risco de fragilidade (FRIED et al., 2001).

Em consonância com outros estudos, idosos pré-frágeis e frágeis são predominantes na faixa etária de 70 | 80 anos, enquanto não frágeis entre 60 | 70 anos (JÜRSCHIK et al., 2012; MORETTO et al., 2012; PEGORARI; TAVARES, 2014; DUARTE; PAÚL, 2015; CARNEIRO et al., 2016). O maior percentual de idosos frágeis e pré-frágeis nas faixas etárias mais altas neste estudo sugerem que a medida que a idade avança o *status* de fragilidade se agrava. Pesquisas científicas têm verificado a associação entre idade avançada e síndrome de fragilidade (CHANG et al., 2012; NERI et al., 2013; SÁNCHEZ-GARCÍA et al., 2014; TAVARES et al., 2015; SATHASIVAM et al., 2015; CARNEIRO et al., 2016; LIOTTA et al., 2017). A associação entre fragilidade e idade avançada pode ser explicada através das modificações presentes no processo de envelhecimento como alterações neuromusculares, disfunções neuroendócrinas e imunológicas decorrentes de mecanismos fisiológicos e processos patológicos (FRIED et al., 2001; FRIED et al., 2004).

Estudos corroboram com os achados da presente pesquisa, em que o maior percentual de idosos frágeis e pré-frágeis não possuem companheiro (a) (VIEIRA et al., 2013; LEE et al., 2014; CARNEIRO et al., 2016; LIOTTA et al., 2017). Investigação verificou que a presença de companheiro é capaz de atuar como fator de proteção contra a fragilidade (LIOTTA et al., 2017), uma vez que a proximidade e o vínculo presentes nas relações entre cônjuges configuram maior apoio aos idosos (TAVARES et al., 2015).

Apesar disto, verifica-se o predomínio de idosos nos três status de fragilidade que vivem acompanhados de outras pessoas. A ajuda ofertada por familiares, amigos e até mesmo pessoas da comunidade também contribuem como rede de apoio às necessidades do idoso (AMARAL et al., 2013).

O predomínio de idosos com baixa escolaridade nos três status de fragilidade também foi verificado em outras investigações (REMOR; BÓS; WERLANG, 2011; NG et al., 2014; SÁNCHEZ-GARCÍA et al., 2014; BURANELLO et al., 2015; LIOTTA et al., 2017), assim como a baixa renda entre pré-frágeis e frágeis (PEGORARI; TAVARES, 2014). Estudos confirmam a associação destas variáveis com a síndrome de fragilidade (ESPINOZA; JUNG; HAZUDA, 2010; SZANTON et al., 2010; NERI et al., 2013; BURANELLO et al., 2015) e recente revisão sistemática considera que estas variáveis não atuam diretamente nos fenômenos que ocasionam a síndrome de fragilidade, mas sim no estilo e qualidade de vida os quais podem influenciar o processo de fragilização (MELLO; ENGSTROM; ALVES, 2014).

Ao que concerne as condições clínicas dos idosos deste estudo, verificou-se maior percentual de morbidades entre os frágeis, assim como em outras pesquisas (BILOTTA et al., 2010; DANON-HERSCH et al., 2012; CHANG et al., 2012; VIEIRA et al., 2013; PEGORARI; TAVARES, 2014; LENARDT et al., 2015). A presença de doenças crônicas e síndrome de fragilidade precisa ser considerada quando se pretende ofertar melhores condições de saúde aos idosos (SÁNCHEZ-GARCÍA et al., 2014), visto que tais condições podem ser agravadas em razão das modificações geradas pela síndrome de fragilidade como o baixo nível de atividade física e alterações capazes de afetar mecanismos essenciais na manutenção da homeostase (FRIED et al., 2004). Sendo os idosos frágeis os mais acometidos por doenças crônicas, o enfermeiro através da ESF tem papel fundamental na investigação, acompanhamento, promoção da saúde e prevenção de agravos.

A presença de morbidades leva o idoso ao maior uso de medicamentos, visto que as alterações fisiológicas, mentais, sociais e psicológicas resultantes do processo de envelhecimento fazem com que este procure mais por serviços médicos e uso de automedicação (SILVANO et al., 2012). Corroborando com os achados desta investigação, pesquisa realizada com idosos da comunidade verificou que idosos não frágeis (74,2%) e pré-frágeis (59,1%) utilizam entre 1 a 4 medicamentos de uso contínuo, enquanto os frágeis (53,3%) 5 ou mais (PEGORARI; TAVARES, 2014). Como os idosos frágeis somam doenças crônicas, as condutas médicas para com estas condições são baseadas em diversas prescrições que acabam por favorecer o uso concomitante de vários medicamentos. Diante disto, a crescente necessidade de diversos medicamentos associada às alterações na farmacocinética e farmacodinâmica presentes no envelhecimento expõem o idoso frágil ao maior risco de interações medicamentosas e reações adversas (HUBBARD; MAHONY; WOODHOUSE, 2013). Como as reações adversas podem promover o desenvolvimento de fragilidade, bem como piorar o estado de idosos pré-frágeis e frágeis (HUBBARD; MAHONY; WOODHOUSE, 2013) são necessárias intervenções da equipe de enfermagem com vistas a promover orientações ao idoso e família nas questões relacionadas ao seu plano terapêutico e possíveis eventos adversos.

Assim como em outros estudos, o maior percentual de idosos com incapacidade funcional para realização das AIVD prevaleceu sobre as ABVD (SOUSA et al., 2012; PEGORARI; TAVARES, 2014). Estes achados são consonantes com outras pesquisas que referem ocorrer uma hierarquização do declínio funcional no idoso, iniciando-se com perdas nas habilidades em AIVD e posterior progressão para as ABVD (MARRA et al., 2007; RIBEIRO et al., 2015; FAGUNDES et al., 2017). O curso de progressão do declínio funcional

gera repercussões na vida do idoso, bem como aos serviços de saúde. Recente pesquisa verificou que idosos com limitações funcionais se consultam mais e são mais predispostos a hospitalização, sejam elas no sistema público ou privado (SILVA et al., 2017). Por estas razões, se faz necessário o olhar atento da enfermagem para identificar perdas na capacidade em realizar AIVD. Intervir precocemente permitirá minimizar ou impedir o agravamento da incapacidade funcional no idoso para AIVD e prevenir futuras limitações na realização de ABVD (FIALHO et al., 2014).

Semelhante a esta pesquisa, diversos estudos reportam que a ocorrência de quedas aumenta com o agravar do *status* de fragilidade (CHANG et al., 2012; FHON et al., 2013; VIEIRA et al., 2013; CARNEIRO et al., 2016). Este achado está de acordo com recente revisão sistemática com metanálise que verificou que a ocorrência de quedas está associada à presença de fragilidade no idoso. No referido estudo os autores consideram que esta associação depende de diversos fatores como idade, gênero, local de habitação, processos de envelhecimento e instrumentos utilizados para mensuração (FHON et al., 2016).

As quedas podem gerar diversas repercussões ao idoso, a família e a sociedade. Ao idoso em razão do risco de lesões físicas e danos psicológicos que podem levá-lo a isolamento, hospitalizações e morte (FHON et al., 2016). Na família as repercussões podem demandar modificações no arranjo familiar, contratação de um cuidador para prestar cuidados ao idoso e mudanças estruturais para prevenir quedas recorrentes (FHON et al., 2013). Na sociedade as repercussões estão relacionadas ao alto custo de hospitalizações, tratamentos e reabilitação necessários ao reestabelecimento das condições do idoso após estes eventos (FHON et al., 2013; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016). A atuação do enfermeiro, em conjunto com a equipe multiprofissional, poderá contribuir com a identificação de condições que favoreçam a ocorrência de quedas em idosos pré-frágeis e frágeis, bem como orientar familiares quanto às medidas preventivas que possam minimizar os riscos destes eventos.

Nesta, como em outras investigações, a prevalência de hospitalização se elevou com a piora do *status* de fragilidade (BILOTTA et al., 2010; REMOR; BÓS; WERLANG, 2011; VIEIRA et al., 2013; CARNEIRO et al., 2016; CALADO et al., 2016). Em Belo Horizonte – MG estudo verificou que os *status* de pré-fragilidade e fragilidade estão associadas a maior utilização dos serviços de saúde, especialmente hospitalizações (VIEIRA et al., 2013). Sabe-se que os idosos frágeis são mais susceptíveis a hospitalizações por serem mais vulneráveis em razão de fatores presentes na síndrome, como doenças crônicas, anorexia, sarcopenia, incapacidade funcional e menor capacidade de respostas a eventos estressores (FRIED et al.,

2001; FRIED et al., 2004). A hospitalização gera adversidades ao idoso podendo agravar as condições de não fragilidade e pré-fragilidade, bem como contribuir negativamente para a transição dos estágios. Outra preocupação refere-se às reinternações hospitalares, pois estão associadas a maior risco de morte (GILL et al., 2011). Por estas razões se faz necessário uma ação conjunta da equipe de saúde com a finalidade de evitar hospitalizações geradas por causas sensíveis a atenção primária e secundária, bem como evitar complicações que possam ocorrer durante a internação (GILL et al., 2011).

A autopercepção de saúde negativa verificada em idosos pré-frágeis e frágeis neste estudo, também foi descrita em outras pesquisas (PEGORARI; TAVARES, 2014; REIS JÚNIOR et al., 2014). Em estudo realizado com idosos da comunidade, verificou-se que a maioria dos idosos pré-frágeis (67%) e frágeis (82%) autorreferiam sua saúde como negativa e atribuíram ao fato características presentes na síndrome de fragilidade como, menor capacidade de resposta a condições de estresse e maior vulnerabilidade a agravos a saúde (PEGORARI; TAVARES, 2014). Sabe-se que a autopercepção de saúde no idoso é multidimensional e compreende fatores relacionados à saúde física, cognitiva e emocional (BUSATO et al., 2014), condições socioeconômicas e a maneira com que o idoso acessa e usa os serviços de saúde (LIMA-COSTA; FIRMO; UCHÔA, 2004). A autopercepção de saúde também pode ser influenciada pela história de vida do idoso, suas experiências e a maneira como lida com as situações adversas ao longo da vida (FRIED et al., 2001). Neste contexto, a enfermagem pode intervir nos fatores passíveis de modificação como promoção da saúde, prevenção de doenças e viabilização do acesso e a utilização dos serviços de saúde com vistas a contribuir para com a autopercepção de saúde positiva em idosos pré-frágeis e frágeis.

6.2 CARACTERIZAÇÃO DA UTILIZAÇÃO E ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE POR IDOSOS, SEGUNDO *STATUS* DE FRAGILIDADE

Em estudo que avaliou o acesso aos serviços de saúde por idosos com base na PNAD, pesquisadores identificaram que unidades de saúde e hospitais representam aproximadamente 50% dos locais procurados pelos idosos da pesquisa (ALMEIDA, 2015). Resultado semelhante foi observado neste estudo, no qual idosos não frágeis e pré-frágeis procuram dois ou mais serviços quando precisam de atendimento. Em contrapartida, os idosos frágeis procuraram mais por unidades de saúde.

O Ministério da Saúde, através da PNAB estabelece que a APS seja preferencialmente a porta de entrada nos serviços de saúde. Neste sentido a ESF visa fornecer a idosos,

familiares e cuidadores ações destinadas a promoção, recuperação, reabilitação e prevenção de agravos, bem como uma atenção individual e humanizada com orientação, acompanhamento e apoio domiciliar (2012b). À ESF compete ações e serviços que tem como base o reconhecimento das necessidades da população através da territorialização e estabelecimento de vínculo entre usuários e profissionais de saúde (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013). A relação duradoura e fortalecida entre profissionais e usuários, expressa pelo termo longitudinalidade, representa um atributo essencial na APS (STARFIELD, 2002), pois a partir do acompanhamento e conhecimento da realidade particular de cada indivíduo e família é possível elaborar intervenções mais eficazes e resolutivas (BARATIERI; MARCON, 2011) as quais tem grande potencial para beneficiar idosos frágeis e pré-frágeis.

Ao que se refere ao acesso a consultas médicas, no estudo predominaram a realização de uma a cinco consultas entre os três *status* de fragilidade, entretanto com menor prevalência à medida que a fragilidade se agravou. Diferentemente do observado em investigação realizada entre homens com 70 anos ou mais em Sydney – Austrália, que verificou o maior percentual de consultas no período de doze meses entre frágeis (73%), seguido por pré-frágeis (56,5%) e não frágeis (46,2%) (ROCHAT et al., 2010). O maior número de consultas entre idosos frágeis pode ser justificado pela vulnerabilidade em que estes estão expostos, situação esta que agrava suas condições de saúde e favorece a ocorrência de desfechos adversos gerando maior necessidade de cuidados médicos (ROCHAT et al., 2010), serviços especializados e cuidados de alta densidade tecnológica e alto custo (LOURENÇO, 2008).

O maior contato dos idosos com os serviços de saúde gera maior prescrição de medicamentos. Para que os resultados terapêuticos sejam atingidos é imprescindível garantir aos idosos o acesso aos medicamentos prescritos (COSTA; FRANCISCO; BARROS, 2016). No Brasil, o acesso do idoso a medicamentos é um direito assegurado pelo Estatuto do Idoso, o qual atribui ao Poder Público a responsabilidade de fornecer gratuitamente medicamentos, especialmente aqueles de uso contínuo (BRASIL, 2003). Desta forma, visando regulamentar e estruturar o acesso a medicamentos no Brasil, foi criado um conjunto de políticas e programas com vistas à estruturação da assistência farmacêutica no SUS. A primeira foi a Política Nacional de Medicamentos (PNM) (BRASIL, 1998) com o objetivo de favorecer o acesso da população aos medicamentos essenciais, difundir o uso consciente e garantir segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos. Em seguida criou-se a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) (BRASIL, 2004a), a qual reúne um conjunto de ações voltadas à pesquisa, desenvolvimento e produção de medicamentos, bem como as demais etapas do ciclo de assistência farmacêutica (seleção, programação, aquisição, distribuição e

avaliação). No mesmo ano foi desenvolvido o Programa Farmácia Popular (BRASIL, 2004b), que visava a distribuição de medicamentos por intermédio de recursos federais, estaduais e municipais, bem como hospitais filantrópicos e rede de farmácias e drogarias. Por fim, o Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no SUS (BRASIL, 2012c) o qual tem como objetivo promover a estruturação dos serviços farmacêuticos no SUS como estratégia para garantir e ampliar o acesso a medicamentos de forma segura e eficaz.

Apesar das políticas e programas desenvolvidos pelo Poder Público com o intuito de promover o acesso a medicamentos de uso contínuo no Brasil, neste estudo os idosos nos três *status* de fragilidade receberam parte deles, restando a estes a compra dos demais não recebidos. Considerando que neste estudo o maior percentual de idosos pré-frágeis e frágeis recebem um salário mínimo, o acesso gratuito pode ser a única opção de aquisição dos medicamentos (PANIZ et al., 2008). Como os medicamentos são importantes para o tratamento dos agravos à saúde do idoso, estes buscam meios de não prejudicar o tratamento e obtê-los. Diante desta necessidade, muitas vezes os idosos destinam grande parte do orçamento para a obtenção dos seus medicamentos podendo comprometer outras necessidades, como moradia, alimentação, lazer e muitas outras (SILVANO et al., 2012).

Ao que se refere ao acesso a consultas odontológicas, observa-se o oposto do que ocorre com consultas médicas, visto que com o envelhecimento as visitas ao dentista tendem a se reduzir (BULGARELLI; MESTRINER; PINTO, 2012). Este fato corrobora com os resultados deste estudo, no qual o maior percentual de idosos não frágeis, pré-frágeis e frágeis realizaram a última consulta ao dentista há três anos ou mais, destacando-se os frágeis como mais prevalentes. Considerando que no idoso o estado de saúde bucal pode variar entre dentição completa, edentulismo, presença de cáries e doenças periodontais (PUTTEN et al., 2013), a diminuição dos serviços odontológicos pode impactar no bem estar geral, estado nutricional e na vida social do idoso (YELLOWITZ; SCHNEIDERMAN, 2014). Investigação realizada na Holanda atribuiu a menor procura por atendimentos odontológicos aos sentimentos de desmotivação e falta de crença nas visitas e tratamentos em razão de manifestações presentes na síndrome de fragilidade como dor crônica, mobilidade prejudicada, baixa disposição energética, dificuldades na memória, baixa autoestima e falta de apoio social (NIESTEN; MOURIK; SANDEN, 2013). Desta forma, os pesquisadores sugerem que as dificuldades na acessibilidade, disponibilidade, custo e dependência de outras pessoas são barreiras secundárias na procura por atendimentos odontológicos entre idosos frágeis e pré-frágeis (NIESTEN; MOURIK; SANDEN, 2013).

Vale também destacar que neste estudo a maioria das consultas odontológicas realizadas nos últimos 12 meses por idosos frágeis, pré-frágeis e não frágeis não foram cobertos pelo SUS e a maior parte deles pagaram algum valor pelo atendimento. O que sugere que além de vencer as barreiras enfrentadas pela condição de saúde os idosos ainda precisam superar a barreira financeira para cuidados em saúde bucal.

A necessidade de gastos com serviços odontológicos pode ser justificada em razão da cobertura parcial dos serviços de odontologia vigentes nas unidades de saúde (ALMEIDA et al., 2017). Na APS, há atualmente no município de Uberaba – MG, 33 unidades de saúde que realizam atendimentos odontológicos de baixa complexidade e apenas uma Unidade Matricial de Saúde momentaneamente atendendo de forma parcial (PREFEITURA MUNICIPAL DE UBERABA, 2017). Vale ressaltar que nestas unidades a porta de entrada para o serviço é a ESF, as quais realizam atendimentos de promoção, prevenção e reabilitação, bem como encaminhamento aos serviços especializados quando necessário (BRASIL, 2017b). Já na atenção secundária, o município oferta os serviços especializados através de uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), dois Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e um Centro de Atenção à Saúde da Mulher (CAISM) para atendimento a gestantes. Dentre estas unidades, os dois Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) estão com os atendimentos temporariamente interrompidos (PREFEITURA MUNICIPAL DE UBERABA, 2017), sendo estes responsáveis por atendimentos como diagnóstico bucal (com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer bucal), periodontia especializada, cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros, endodontia, atendimento a portadores de necessidades especiais, entre outros (BRASIL, 2006c). Vale ressaltar que para atendimento nos CEO é necessário que a pessoa aguarde a chamada através da Fila Eletrônica, o que muitas vezes faz com que o acesso a especialidades odontológicas seja burocrático, demorado e visto com dificuldade pelos idosos que necessitam deste serviço. Desta forma, a enfermagem pode sensibilizar idosos frágeis e pré-frágeis quanto à necessidade e benefícios dos cuidados em saúde bucal fornecendo orientações que vão desde a higiene oral diária até a orientação de fluxos no SUS para atendimentos odontológicos de baixa, média ou alta densidade tecnológica.

Ao que se refere à utilização dos serviços de saúde, diferindo desta investigação, na Cidade do México verificou-se alto percentual de utilização dos serviços de saúde entre idosos frágeis (91,0 %), pré-frágeis (84,1%) e não frágeis (83,5%) durante os seis meses que antecederam a pesquisa (SÁNCHEZ-GARCÍA et al., 2014). Estudo Europeu verificou ainda que idosos frágeis utilizaram, aproximadamente, três vezes mais os serviços de saúde quando comparados aos não frágeis (ILINCA; CALCIOLARI, 2015). Cabe destacar que nesta

investigação os idosos nos três *status* de fragilidade referiram que não procuraram os serviços de saúde nos últimos quinze dias por não necessitarem.

Dentre os que procuraram, obteve-se que os idosos não frágeis buscaram atendimento preventivo, os pré-frágeis procuraram por terem alguma doença, enquanto os frágeis para atendimento preventivo e por doença. Ressalta-se que a consolidação e o aprimoramento da APS como ordenadora do cuidado visam implementar um novo modelo assistencial, uma vez que o modelo biomédico não atende às necessidades de saúde dos indivíduos e seus familiares. Neste sentido, é fundamental que o enfermeiro e os demais profissionais atuantes na ESF desenvolvam ações de prevenção de doenças e promoção da saúde para que estas possam refletir em melhores condições de saúde a idosos frágeis e pré-frágeis e minimizar a exposição a fatores de risco que podem gerar novos agravos (BARATIERI; MARCON, 2011).

O local de procura mais prevalente por idosos não frágeis e frágeis corresponde a consultórios particulares nos atendimentos dos últimos 15 dias; enquanto os idosos pré-frágeis a unidade básica de saúde. O lugar escolhido na procura por serviços de saúde é determinado por variáveis socioeconômicas e evidencia falhas no princípio da universalidade, visto que indivíduos com melhor renda procuram por atendimentos privados enquanto os mais desprovidos financeiramente recorrem ao SUS (DIAS-DA-COSTA et al., 2011). Neste cenário, a enfermagem precisa identificar e minimizar possíveis barreiras que impedem ou dificultam o acesso aos serviços públicos de saúde entre idosos frágeis e pré-frágeis. Compreender a organização dos serviços de saúde e conhecer as particularidades inseridas na vida destes idosos, permitirá a enfermagem destino adequado aos diferentes níveis de complexidades que estruturam o atual modelo assistencial.

Em relação ao principal atendimento recebido, apesar de investigação realizada na Austrália identificar que idosos frágeis são mais propensos a utilizar os serviços de diversos profissionais (clínico geral, fisioterapeutas, assistentes sociais, enfermeiros e nutricionistas) (DENT et al., 2016), neste estudo a consulta médica foi o atendimento mais prevalente entre frágeis, pré-frágeis e não frágeis. Este dado sugere que apesar das tentativas de modificação da visão hospitalocêntrica dos serviços de saúde desde a implementação do SUS, as ações de saúde se baseiam prioritariamente no enfoque curativista através do atendimento médico (PASKULIN; VALER; VIANNA, 2011).

O maior percentual de idosos frágeis e pré-frágeis tiveram seus atendimentos cobertos pelo SUS. Uma justificativa para este dado pode ocorrer em razão de maior utilização dos serviços públicos de saúde por idosos de menor nível de escolaridade (PASKULIN; VALER;

VIANNA, 2011) e menor renda (BÓS; BÓS, 2004), situações estas que representam os idosos frágeis e pré-frágeis do estudo. Em contrapartida, a presença de plano de saúde é maior em idosos mais jovens, com maior renda, maior escolaridade e melhores condições de saúde (LOUVISON et al., 2008). Recente revisão de literatura identificou que idosos que utilizam sistemas de saúde privados tem melhores condições de saúde e o utilizam mais quando comparados aos que recorrem ao sistema público (SILVA et al., 2017). Outro estudo verificou que a presença de plano de saúde aumenta em 3,2 a 3,5% a probabilidade de os idosos realizarem acompanhamentos preventivos, fato este que pode estar relacionado a facilidade para a realização de “*check-ups*” (ALMEIDA, 2015). Neste sentido, os planos de saúde promovem desigualdades sociais no acesso e na utilização dos serviços de saúde por beneficiar, predominantemente, a população com maior renda (VERAS; PARAHYBA, 2007).

Podendo o acesso e a utilização dos serviços de saúde ser determinados pela condição financeira (ANJALI, MAULIK, 2014), os idosos estão expostos a dificuldades na obtenção de cuidados em saúde por apresentarem menor renda e maiores necessidades de saúde (TUNG et al., 2016).

Neste sentido a CUS estabelece que os serviços de saúde sejam projetados para proporcionar a todas as pessoas acesso universal isento de barreiras socioculturais, organizacionais, econômicas e/ou geográficas às ações de prevenção, promoção, cura e reabilitação sem que ocorram riscos financeiros ao usuário (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010). Idosos frágeis e pré-frágeis podem ser beneficiados com cobertura universal mediante o fortalecimento do atual modelo assistencial de saúde representado pela APS, o qual visa promover acesso universal e com equidade aos serviços de baixa, média e alta densidade tecnológica no SUS com qualidade e resolutividade.

6.3 FATORES ASSOCIADOS À UTILIZAÇÃO E ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE POR IDOSOS, SEGUNDO *STATUS* DE FRAGILIDADE

No estudo, o acesso aos serviços de saúde associou-se ao número de morbidades sugerindo que o acesso aos serviços de saúde entre idosos não frágeis e pré-frágeis seja influenciado pelas morbidades, mesmo quando ajustado para sexo, faixa etária, escolaridade, renda e autopercepção de saúde.

Estudo europeu verificou que a fragilidade e o número de morbidades associaram-se ao número de visitas médicas, sendo que idosos pré-frágeis procuram por médico 17% e frágeis 45% mais vezes que os não frágeis (ILINCA; CALCIOLARI, 2015). Divergindo desta

investigação, que verificou que a cada morbidade acumulada as chances de idosos não frágeis acessarem os serviços de saúde aumentam em 26% e pré-frágeis 16%.

Sabe-se que as morbidades presentes no processo de envelhecimento comprometem o equilíbrio metabólico, o desempenho cardiovascular e a função pulmonar, tornando o idoso mais vulnerável a eventos estressores (ÂNGULO; ASSAR; RODRIGUEZ-MANAS, 2016). Por outro lado, a presença de fragilidade pode potencializar o desenvolvimento ou a progressão de doenças crônicas, possivelmente pelo mau desempenho físico resultante da sarcopenia, assim como por outras vias que afetam algum mecanismo responsável pela manutenção da homeostase, como processos inflamatórios e o equilíbrio simpático-parassimpático (FRIED et al., 2004; ÂNGULO; ASSAR; RODRIGUEZ-MANAS, 2016).

Ao que se refere ao acesso gratuito a medicamentos de uso contínuo, verificou-se que entre idosos não frágeis as chances de acesso aos medicamentos aumentam 2,30% para homens, mesmo quando ajustados para faixa etária, escolaridade, renda, número de morbidades e autopercepção de saúde. Entre os idosos pré-frágeis verificou-se que mesmo após ajuste para sexo, faixa etária, escolaridade e renda as chances em acessar medicamentos de uso contínuo gratuitamente diminuem em 10% a cada morbidade acumulada e em 50% entre aqueles que referem autopercepção de saúde negativa.

Apesar de idosos pré-frágeis com morbidades acumuladas e autopercepção de saúde negativa utilizarem mais os serviços de saúde, observa-se que os serviços de saúde não têm ofertado o suporte necessário para que estes realizem o tratamento, dentre eles o acesso gratuito a medicamentos. Uma hipótese para este fato pode estar relacionada às diferentes necessidades de idosos pré-frágeis, visto que os medicamentos disponibilizados pelo Ministério da Saúde na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) contemplam doenças como Hipertensão, Diabetes, Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), Tuberculose, Hanseníase entre outros (BRASIL, 2017c), que podem não corresponder às necessidades destes idosos.

Ressalta-se que não foram observadas associações entre acesso a atendimentos odontológicos, bem como a utilização dos serviços de saúde.

Neste cenário, síndrome de fragilidade demanda cuidados específicos e complexos que variam com o agravar das condições de saúde do idoso (FRIED et al., 2004), tornando necessário promover o acesso dos idosos pré-frágeis e frágeis aos serviços de saúde e aos recursos disponíveis com equidade para que nas suas diferenças eles recebam os cuidados necessários.

7 CONCLUSÃO

Na presente investigação predominaram entre frágeis, pré-frágeis e não frágeis o sexo feminino, um a quatro anos de estudo e viver na companhia de outros. Os idosos mais jovens foram representados pelos não frágeis, enquanto que pré-frágeis e frágeis representaram os idosos mais velhos. Verificou-se que os idosos não frágeis apresentavam companheiro, enquanto que pré-frágeis e frágeis viviam sem companheiro. Quanto à renda, idosos não frágeis recebem entre um e três salários mínimos, enquanto frágeis e pré-frágeis recebem um salário mínimo.

Quanto as características clínicas, prevaleceram entre frágeis, pré-frágeis e não frágeis a presença de cinco ou mais morbidades, a dependência parcial em AIVD, independência em ABVD, ausência de quedas e internações nos últimos doze meses que antecederam a entrevista. Observou-se que o uso de um a quatro medicamentos de uso contínuo predominou entre não frágeis e pré-frágeis, enquanto os frágeis utilizavam cinco ou mais. A autopercepção de saúde positiva prevaleceu entre não frágeis, enquanto a negativa entre pré-frágeis e frágeis.

Ao que se refere ao acesso aos serviços de saúde, apesar de diferentes percentuais, predominaram entre frágeis, pré-frágeis e não frágeis a procura pelo mesmo lugar ou serviço de saúde quando necessário, a realização de uma a cinco consultas médicas no ano anterior a entrevista, o recebimento gratuito de parte dos medicamentos de uso contínuo, último atendimento odontológico realizado há mais de três anos, sendo estes não cobertos pelo SUS e plano de saúde. Verificou-se que não frágeis e pré-frágeis recorrem a dois ou mais serviços, enquanto frágeis procuram por unidades de saúde.

Com relação à utilização dos serviços de saúde, observou-se que o maior percentual de idosos frágeis, pré-frágeis e não frágeis não procuraram os serviços de saúde nas duas últimas semanas. Entretanto, entre aqueles que procuraram, o êxito do atendimento predominou entre os três *status* de fragilidade, sendo a consulta médica o principal atendimento recebido, a não cobertura por plano de saúde e avaliação positiva do atendimento. O atendimento por doença prevaleceu entre pré-frágeis e frágeis, enquanto que os atendimentos preventivos entre frágeis e não frágeis. Idosos pré-frágeis e frágeis procuraram mais por consultório médico particular e pré-frágeis unidade de APS. A utilização do SUS foi predominante entre idosos pré-frágeis e frágeis.

Ao avaliar os fatores associados ao acesso aos serviços de saúde verificou-se que a cada morbidade as chances de idosos não frágeis e pré-frágeis acessarem os serviços de saúde aumentam, entretanto com maior chance entre não frágeis. Com relação aos fatores

associados ao acesso gratuito a medicamentos de uso contínuo, verificou-se que entre os idosos não frágeis os homens apresentaram melhores chances no acesso; enquanto que entre idosos pré-frágeis a autopercepção de saúde negativa e as morbidades reduzem as chances de acesso gratuito aos medicamentos. Não foram verificadas associações entre idosos frágeis, o que pode estar relacionado a baixa prevalência deste grupo na pesquisa. Associações entre idosos com síndrome de fragilidade e acesso a atendimentos odontológicos e a utilização dos serviços de saúde também não foram verificadas.

O presente estudo permite compreender o comportamento dos idosos pré-frágeis e frágeis no acesso e utilização dos serviços de saúde e fornecem ao enfermeiro subsídios que poderão contribuir no planejamento de intervenções direcionadas à prevenção de desfechos adversos nesta população. Além disso, os resultados desta investigação poderão instigar profissionais e gestores de saúde sobre as necessidades de se discutir e implementar novas estratégias capazes de assegurar o acesso e a utilização dos serviços de saúde a idosos pré-frágeis e frágeis.

Em relação às limitações desta investigação, salienta-se a dificuldade em comparar e discutir os resultados frente a outras pesquisas, devido à escassez de estudos na literatura que avaliam a utilização e o acesso aos serviços de saúde por idosos com síndrome de fragilidade. Outra limitação corresponde ao fato de estudos com delineamento transversal não permitirem a realização de análises temporais, impedindo estabelecer relação de causalidade entre os fatores estudados.

REFERÊNCIAS

- ABIZANDA, P. et al. Frailty and mortality, disability and mobility loss in a spanish cohort of older adults: The FRADEA Study. **Maturitas**, Oxford, v. 74, n. 1, p. 54–60, 2013. Disponível em: <[http://www.maturitas.org/article/S0378-5122\(12\)00332-5/abstract](http://www.maturitas.org/article/S0378-5122(12)00332-5/abstract)>. Acesso em: 29 set. 2016.
- ALMEIDA, A. N. O acesso aos serviços de saúde pelos idosos no Brasil com base na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) entre 1998 e 2008. **J Bras Econ Saúde**, v. 7, n. 1, p. 43-52, 2015. Disponível em: <http://www.ppc.uerj.br/publicacoes/jbes/JBES_numero1.pdf>. Acesso em: 31 out. 2017.
- ALMEIDA, A. P. S. C. Determinantes socioeconômicos do acesso a serviços de saúde em idosos: revisão sistemática. **Rev Saude Publica**, v. 51, n. 50, p. 1-15, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872016050006661.pdf>. Acesso em: 14 set. 2017.
- AMARAL, F. L. J. et al. Apoio social e síndrome da fragilidade em idosos residentes na comunidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1835-1846, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n6/34.pdf>>. Acesso em: 16 ago. 2017.
- ANDERSEN, R.; NEWMAN, J. F. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. **The Milbank Quarterly**, v. 83, n. 4, p. 1-28, 2005. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2690261/pdf/milq0083-0428.pdf>>. Acesso em: 29 set. 2016.
- ANDRADE, A. N. et al. Análise do conceito fragilidade em idosos. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 21, n. 4, p. 748–756, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n4/04.pdf>>. Acesso em: 09 set. 2016.
- ÂNGULO, J.; ASSAR, M. E.; RODRÍGUES-MAÑAS, L. Frailty and sarcopenia as the basis for the phenotypic manifestation of chronic diseases in older adult. **Molecular Aspects of Medicine**, v. 50, p. 1-32, 2016. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0098299716300097?via%3Dihub>>. Acesso em: 11 nov. 2017.
- ANJALI, S.; MAULIK, M. A realização do direito à saúde por meio da Cobertura Universal de Saúde. **R. Dir. sanit.**, v. 15, n. 2, p. 13-29, 2014. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/90110>>. Acesso em: 22 set. 2017.
- ARAÚJO, J. D. Polarização epidemiológica no Brasil. **Epidemiol. Serv. de Saúde**, Brasília, v. 21, n. 4, p. 533–538, 2012. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742012000400002>. Acesso em: 25 nov. 2016.
- ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2865–2875, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n11/v17n11a02.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2016.

AUGUSTI, A. C. V., FALSARELLA, G. R., COIMBRA, A. M. V. Análise da síndrome da fragilidade em idosos na atenção primária - Estudo transversal. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 39, p. 1-9, 2017. Disponível em: <[http://dx.doi.org/10.5712/rbmf12\(39\)1353](http://dx.doi.org/10.5712/rbmf12(39)1353)>. Acesso em: 16 ago. 2017.

BARATIERI, T.; MARCON, S. S. Longitudinalidade do Cuidado: Compreensão dos Enfermeiros que Atuam na Estratégia Saúde da Família. **Esc Anna Nery**, v. 15, n. 4, p. 802-210, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1414-81452011000400020&lng=e&tlng=pt>. Acesso em: 07 out. 2017.

BARRETO, M. S.; CARREIRA, L.; MARCON, S. S. Envelhecimento populacional e doenças crônicas: Reflexões sobre os desafios para o Sistema de Saúde Pública. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 325–339, 2015. Disponível em: <<http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/26092/18731>>. Acesso em: 27 out. 2016.

BATISTONI, S. S. T.; NÉRI, A. L.; CUPERTINO, A. P. Validade e confiabilidade da versão brasileira da Center for Epidemiological Scale – Depression (CES-D) em idosos brasileiros. **Psico-USF**, Itatiba, v. 15, n. 1, p. 13–22, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-82712010000100003>. Acesso em: 21 ago. 2016.

BAUAB, J. P.; EMMEL, M. L. G. Mudanças no cotidiano de cuidadores de idosos em processo demencial. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 339–352, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232014000200339>. Acesso em: 22 nov. 2016.

BERTOLUCCI, P. H. F. et al. O Mini-Exame do Estado Mental em uma população geral: Impacto da escolaridade. **Arq NeuroPsiquiatria**, São Paulo, v. 52, n. 1, p. 01–07, 1994. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/anp/v52n1/01.pdf>>. Acesso em: 21 ago. 2016.

BILOTTA, C. et al. Dimensions and correlates of quality of life according to frailty status: a cross-sectional study on community-dwelling older adults referred to an outpatient geriatric service in Italy **Health and Quality of Life Outcomes**, Londres, v.8, n. 56, p. 1-10, 2010. Disponível em: <<https://hqlo.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1477-7525-8-56?site=hqlo.biomedcentral.com>>. Acesso em: 03 set. 2017.

BLOOM, D. E. et al. Macroeconomic implications of population ageing and selected policy responses. **The Lancet**, Londres, v. 385, n. 9968, p. 649–657, 2015. Disponível em: <[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(14\)61464-1/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(14)61464-1/abstract)>. Acesso em: 25 set. 2016.

BOCK, J. O. et al. Associations of frailty with health care costs – results of the ESTHER cohort study. **BMC Health Services Research**, Londres, v. 16, n. 128, p. 1-11, 2016. Disponível em: <<https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-016-1360-3>>. Acesso em: 09 set. 2016.

BORGES, C. L. **Adaptação transcultural do instrumento Groningen Frailty Indicator em idosos brasileiros**. 2013. 150 f. Tese (Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos em

Enfermagem e Saúde) – Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2013. Disponível em: <<http://www.uece.br/cmaccis/dmdocuments/CINTIALIRA.pdf>>. Acesso em: 5 nov. 2016.

BÓS, A. M. G.; BÓS, A. J. G. Determinantes na escolha entre atendimento de saúde privada e pública por idosos. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, n.38, p. 1, p. 113-20, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v38n1/18460.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2017.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 11 out. 2016.

BRASIL. Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Presidência da República**, Brasília, 19 set. 1990a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 11 out. 2016.

BRASIL. Lei no 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Presidência da República**, Brasília, 28 dez. 1990b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm>. Acesso em: 11 out. 2016.

BRASIL. Portaria Nº 3.916, de 30 De Outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. **República Federativa do Brasil**, Brasília, 30 out. 1998. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3916_30_10_1998.html>. Acesso em: 15 nov. 2017.

BRASIL. Lei nº 10.741, de 1º de Outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. **República Federativa do Brasil**, Brasília, 1 out. 2003. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm>. Acesso em: 02 out. 2017.

BRASIL. Resolução Nº 338, de 06 de Maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. **República Federativa do Brasil**, Brasília, 6 Maio 2004a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html>. Acesso em: 15 nov. 2017.

BRASIL. Decreto nº 5.090, de 20 de Maio de 2004. Institui o programa "Farmácia Popular do Brasil. **República Federativa do Brasil**, Brasília, 20 maio 2004b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/decreto/d5090.htm>. Acesso em: 15 nov. 2017.

BRASIL. Portaria GM/MS no 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. **República Federativa do Brasil**, Brasília, 19 out. 2006a. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria_2528.pdf>. Acesso em: 13 out. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. Disponível em: < <http://www.saude.mppr.mp.br/arquivos/File/volume1.pdf>>. Acesso em: 11 nov. 2016.

BRASIL. Portaria nº 599 de 23 de Março de 2006. Implantação de Especialidades Odontológicas (CEOs) e de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPDs). **República Federativa do Brasil**, Brasília, 19 out. 2006c. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0599_23_03_2006_comp.html>. Acesso em: 25 out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Memórias da saúde da família no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/memorias_saude_familia_brasil.pdf>. Acesso em: 11 nov. 2016.

BRASIL. Portaria no 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **República Federativa do Brasil**, Brasília, 31 dez. 2010b. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf>. Acesso em: 13 out. 2016.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Sinopse do censo demográfico 2010, Minas Gerais. **População residente, por grupos de idade, segundo os municípios e o sexo**, Brasília, 2010c. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?dados=26&uf=31#topo_piramide>. Acesso em: 12 out. 2016.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Diretoria de Pesquisas Coordenação de Trabalho e Rendimento. **Cidades@: Minas Gerais, Uberaba**, 2010d. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=317010&idtema=1&search=minas-gerais|uberaba|censo-demografico-2010:-sinopse->>>. Acesso em: 25 mar. 2016.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Um panorama da saúde no Brasil: Acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção de saúde**. Brasília: 2010e. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnad_panorama_saude_brasil.pdf>. Acesso em: 20 set. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Informações de Saúde. Indicadores demográficos. **DATASUS**, Brasília, 2012a. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2012/a14.def>>. Acesso em: 05 set. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 13 out. 2016.

BRASIL. Portaria nº 1.214, de 13 de Junho de 2012. Institui o Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica. **República Federativa do Brasil**, Brasília, 13 jun. 2012c. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1214_13_06_2012.html>. Acesso em: 15 nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática / DAET. **Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS**: Proposta de modelo de atenção integral à saúde da pessoa idosa. Brasília, 2014. Disponível em: <http://www.pndh3.sdh.gov.br/public/uploads/anexo-acao-prog/1460746597_1565848264.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2016.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Diretoria de Pesquisas Coordenação de Trabalho e Rendimento. **Cidades@**: Minas Gerais, Uberaba, 2016. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=317010&idtema=16&search=mi-nas-gerais|uberaba|sintese-das-informacoes>>. Acesso em: 25 out. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Informações de Saúde. Projeção da população das unidades de federação por sexo e grupos de idade: 2000-2030. **DATASUS**, Brasília, 2017a. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?ibge/cnv/projpopuf.def>>. Acesso em: 25 jun. 2017.

BRASIL. **Centro de Especialidades Odontológicas**. Portal da Saúde, Brasília, 2017b. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_brasil_sorridente.php?conteudo=ceo>. Acesso em: 03 nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais**: RENAME 2017. Brasília: Ministério da Saúde, 2017c. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relacao_nacional_medicamentos_rename_2017.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2017.

BULGARELLI, A. F.; MESTRINER, S. F.; PINTO, I. C. Percepções de um grupo de idosos frente ao fato de não consultarem regularmente o cirurgião-dentista. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v. 15, n. 1, p. 97-107, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v15n1/11.pdf>>. Acesso em: 23 out. 2017.

BURANELLO, M. C. et al. Síndrome de fragilidade em idosos da comunidade: características socioeconômicas e de saúde – um estudo Observacional. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 48, n. 5, p. 431-439, 2015. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/112589/110490>>. Acesso em: 20 ago. 2017.

BUSATO, M. B. et al. Autopercepção de saúde e vulnerabilidade em idosos. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 38, n. 3, p. 625-635, 2014.

CALADO, L. B. et al. Frailty syndrome in an independent urban population in Brazil (FIBRA study): a cross-sectional populational study. **Sao Paulo Med J**, v. 134, n. 5, p. 385-92, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/spmj/v134n5/1806-9460-spmj-1516_3180_2016_0078180516.pdf>. Acesso em: 14 set. 2017.

CANO, C. et al. Frailty and cognitive impairment as predictors of mortality in older mexican americans. **J Nutr Health Aging**, Nova Iorque, v. 16, n. 2, p. 142–147, 2012. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3281306/>>. Acesso em: 11 set. 2016.

CARNEIRO, J. A. et al. Prevalence and factors associated with frailty in non-institutionalized older adults. **Rev Bras Enferm**, v. 69, n. 3, p. 408-15, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n3/en_0034-7167-reben-69-03-0435.pdf>. Acesso em: 31 ago. 2017.

CHANG, Y. et al. Frailty and Its Impact on Health-Related Quality of Life: A Cross-Sectional Study on Elder Community-Dwelling Preventive Health Service Users. **Plos One**, v. 7, n. 5, e38079, 2012. Disponível em: <<http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0038079>>. Acesso em: 12 set. 2017.

CHOI, J. et al. Global prevalence of physical frailty by Fried's criteria in community-dwelling elderly with national population-based surveys. **JAMDA**, St. Louis, v. 16, n. 7, p. 548–550, 2015. Disponível em: <[http://www.jamda.com/article/S1525-8610\(15\)00149-8/abstract](http://www.jamda.com/article/S1525-8610(15)00149-8/abstract)>. Acesso em: 12 set. 2016.

COSTA, K. S.; FRANCISCO, P. M. S. B.; BARROS, M. B. A. Utilização e fontes de obtenção de medicamentos: um estudo de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 32, n. 1, e00067814, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v32n1/0102-311X-csp-0102-311X00067814.pdf>>. Acesso em: 28 out. 2017.

DANON-HERSCH, N. Prefrailty and Chronic Morbidity in the Youngest Old: An Insight from the Lausanne Cohort Lc65+. **JAGS**, v. 60, n. 9, 1687-1694, 2012. Disponível em: <https://serval.unil.ch/resource/serval:BIB_3FD407787037.P001/REF.pdf>. Acesso em: 03 set. 2017.

DELLAROZA, M. S. G. et al. Associação de dor crônica com uso de serviços de saúde em idosos residentes em São Paulo. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 5, p. 914–922, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v47n5/0034-8910-rsp-47-05-0914.pdf>>. Acesso em: 13 set. 2016.

DENT, E. et al. Frailty and health service use in rural South Australia. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, Edimburgo, v. 62, p. 53–58, 2016. Disponível em: <[http://www.aggjournal.com/article/S0167-4943\(15\)30064-9/abstract](http://www.aggjournal.com/article/S0167-4943(15)30064-9/abstract)>. Acesso em: 12 set. 2016.

DIAS-DA-COSTA, J. S. et al. Utilização de serviços de saúde pela população adulta de São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brasil: resultados de um estudo transversal. **Cad. Saúde Pública**, v. 27, n. 5, p. 868-876, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n5/05.pdf>>. Acesso em: 23 ago. 2017.

DUARTE, M.; PAÚL, C. Prevalência de fragilidade fenotípica em pessoas em processo de envelhecimento numa comunidade portuguesa. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v. 18, n. 4, p. 871-880, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v18n4/pt_1809-9823-rbagg-18-04-00871.pdf>. Acesso em: 31 ago. 2017.

ESPINOZA, S. E.; JUNG, I.; HAZUDA, H. Lower Frailty Incidence Among Mexican American than Among European American Older Adults: The San Antonio Longitudinal Study of Aging. **J Am Geriatr Soc.**, v. 58, n. 11, p. 2142-2148, 2010. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3058917/>>. Acesso em: 18 ago. 2017.

FABRÍCIO, S. C. C.; RODRIGUES, R. A. P. Revisão da literatura sobre fragilidade e sua relação com o envelhecimento. **Rev. RENE**, Fortaleza, v. 9, n. 2, p. 113-119, 2008. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/3240/324027962014.pdf>>. Acesso em: 22 set. 2016.

FABRÍCIO-WEHBE, S. C. C. et al. Adaptação cultural e validade da Edmonton Frail Scale – EFS em uma amostra de idosos brasileiros. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 6, p. 1043–1049, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692009000600018&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 20 nov. 2016.

FAGUNDES, T. A. et al. Incapacidade funcional de idosos com demência. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 25, n. 1, p. 159-169, 2017. Disponível em: <<http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/1540/827>>. Acesso em: 18 set. 2017.

FAVELA, J. et al. Nurse home visits with or without alert buttons versus usual care in the frail elderly: a randomized controlled trial. **Clinical Interventions in Aging**, Auckland, v. 8, p. 85–95, 2013. Disponível em: <<https://www.dovepress.com/nurse-home-visits-with-or-without-alert-buttons-versus-usual-care-in-t-peer-reviewed-article-CIA>>. Acesso em: 18 set. 2016.

FHON, J. R. S. **A prevalência de quedas em idosos e a sua relação com a fragilidade e a capacidade funcional**. 2011. 130 f. Tese (Mestrado em Ciências) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-08092011-080538/>>. Acesso em: 26 ago. 2017.

FHON, J. R. Síndrome de fragilidade relacionada à incapacidade funcional no idoso. **Acta Paul Enferm.**, São Paulo, v. 25, n. 4, p. 589–594, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0103-21002012000400017>. Acesso em: 26 ago. 2017.

FIALHO, C. B. et al. Capacidade funcional e uso de serviços de saúde por idosos da Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: um estudo de base populacional. **Cad. Saúde Pública**, v. 30, n. 2, p. 599-610, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n3/0102-311X-csp-30-3-0599.pdf>>. Acesso em: 22 ago. 2017.

- FILLENBAUM, G. G., SMYER, M. A. The development, validity, and reliability of The Oars Multidimensional Functional Assessment Questionnaire. **J GERONTOL.**, Washington, v. 36, n. 4, p. 428–34, 1981.
- FRANÇA, V. H.; MODENA, C. M.; CONFALONIERI, U. E. C. Visão multiprofissional sobre as principais barreiras na cobertura e no acesso universal à saúde em territórios de extrema pobreza: contribuições da enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 24, e2795, p. 1-9, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt_0104-1169-rlae-24-02795.pdf>. Acesso em: 22 out. 2016.
- FREIHEIT, E. A. et al. Operationalizing frailty among older residents of assisted living facilities. **BMC Geriatrics**, Londres, v. 11, n. 23, p. 1-11, 2011. Disponível em: <<https://bmgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2318-11-23>>. Acesso em: 16 set. 2016.
- FRIED, L. P. et al. Frailty in older adults: Evidence for a phenotype. **Journals of Gerontology**, Oxford, v. 56, n. 3, p. M146-156, 2001. Disponível em: <<http://biomedgerontology.oxfordjournals.org/content/56/3/M146.long>>. Acesso em: 14 set. 2016.
- FRIED, L. P. et al. Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity: Implications for improved targeting and care. **Journals of Gerontology**, Oxford, v. 59, n. 3, p. 255–263, 2004. Disponível em: <<http://biomedgerontology.oxfordjournals.org/content/59/3/M255.long>>. Acesso em: 14 set. 2016.
- GILL, T. M. The Relationship Between Intervening Hospitalizations and Transitions Between Frailty States. **The Journals of Gerontology**, v. 66A, n. 11, p. 1238-1243, 2011. Disponível em: <<https://academic.oup.com/biomedgerontology/article/66A/11/1238/634650>>. Acesso em: 28 ago. 2017.
- GOBBENS, R. J. J. et al. Determinants of frailty. **JAMDA**, St. Louis, v. 11, n. 5, p. 356–364, 2010. Disponível em: <[http://www.jamda.com/article/S1525-8610\(09\)00411-3/abstract](http://www.jamda.com/article/S1525-8610(09)00411-3/abstract)>. Acesso em: 13 out. 2016.
- GOBBENS, R. J. J. et al. The predictive validity of the Tilburg Frailty Indicator: Disability, health care utilization, and quality of life in a population at risk. **The Gerontologist**, Oxford, v. 52, n. 5, p. 619-631, 2012. Disponível em: <<http://gerontologist.oxfordjournals.org/content/early/2012/01/04/geront.gnr135>>. Acesso em: 02 set. 2016.
- GONZÁLEZ-VACA, J. et al. Frailty in INstitutionalized Older Adults from ALbacete. The FINAL Study: Rationale, Design, Methodology, Prevalence and Attributes. **Maturitas**, Oxford, v. 77, n. 1, p. 78–84, 2014. Disponível em: <[http://www.maturitas.org/article/S0378-5122\(13\)00315-0/abstract](http://www.maturitas.org/article/S0378-5122(13)00315-0/abstract)>. Acesso em: 12 nov. 2016.
- HUBBARD, R. E.; O'MAHONY, M. S.; WOODHOUSE, K. W. Medication prescribing in frail older people. **European Journal of Clinical Pharmacology**, v. 69, n. 3, p. 319-326, 2013. Disponível em: <<https://link.springer.com/article/10.1007/s00228-012-1387-2>>. Acesso em: 31 out. 2017.

ILINCA, S.; CALCIOLARI, S. The patterns of health care utilization by elderly europeans: Frailty and its implications for health systems. **Health Services Research**, Chicago, v. 50, n. 1, p. 305–320, 2015. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1475-6773.12211/abstract?jsessionid=254807AD71BA7063170805EF29B5AE67.f01t02>>. Acesso em: 08 nov. 2016.

JURSCHIK, P. Prevalence of frailty and factors associated with frailty in the elderly population of Lleida, Spain: The FRALLE survey. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, v. 55, n. 3, p. 625-631, 2012. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0167494312001446>>. Acesso em: 31 ago. 2017.

KAN, G. A. V. et al. Frailty: Toward a clinical definition. **JAMDA**, St. Louis, v. 9, n. 2, p. 71–72, 2008. Disponível em: <[http://www.jamda.com/article/S1525-8610\(07\)00514-2/abstract](http://www.jamda.com/article/S1525-8610(07)00514-2/abstract)>. Acesso em: 19 set. 2016.

LEBRÃO, M. L. O envelhecimento no Brasil: aspectos da transição demográfica e epidemiológica. **Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 4, n. 17, p. 135-140, 2007. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=84201703>>. Acesso em: 18 nov. 2016.

LEBRÃO, M.L.; DUARTE, Y.A.O. SABE – Saúde, Bem-estar e Envelhecimento. **O Projeto Sabe no município de São Paulo**: uma abordagem inicial. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003. 255p.

LEE, Y. Frailty and Body Mass Index as Predictors of 3-Year Mortality in Older Adults Living in the Community. **Gerontology**, v. 60, n. 6, p. 475-482, 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Frailty+and+Body+Mass+Index+as+Predictors+of+3-Year+Mortality+in+Older+Adults+Living+in+the+Community>>. Acesso em: 23 ago. 2017.

LENARDT, M. H. et al. Relação entre fragilidade física e características sociodemográficas e clínicas de idosos. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 585-592, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452015000400585&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 03 set. 2017.

LIMA-COSTA, M. F.; FIRMO, J. O. A; UCHOA, E. A estrutura da auto-avaliação da saúde entre idosos: projeto Bambuí. **Rev. Saúde Públ.**, v. 38, n. 6, p. 827-834, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102004000600011&lng=e&nrm=iso>. Acesso em: 08 set. 2017.

LINO, V. T. S. et al. Adaptação transcultural da Escala de Independência em Atividades da Vida Diária (Escala de Katz). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 103–112, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n1/09.pdf>>. Acesso em: 23 ago. 2016.

LIOTTA, G. et al. Assessment of frailty in community-dwelling older adults residents in the Lazio region (Italy): A model to plan regional community-based services. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, v. 68, p. 1-7, 2017.

- LOURENÇO, R. A. A síndrome de fragilidade no idoso: marcadores clínicos e biológicos. **Rev. HUPE**, v. 7, n. 1, p. 21-29, 2008. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistahupe/article/view/9277/7183>>. Acesso em: 04 set. 2016.
- LOUVISON, M. C. P. et al. Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos do município de São Paulo. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 733–740, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000400021>. Acesso em: 04 set. 2016.
- LUM, H. D. et al. Early hospital readmission is a predictor of one-year mortality in community-dwelling older medicare beneficiaries. **J Gen Intern Med**, Filadélfia, v. 27, n. 11, p. 1467–1474, 2012. Disponível em: <<http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11606-012-2116-3>>. Acesso em: 23 set. 2016.
- LUSTOSA, L. P. et al. Fragilidade e funcionalidade entre idosos frequentadores de grupos de convivência em Belo Horizonte, MG. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 347-354, 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232013000200014&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 16 ago. 2017.
- MALAGUARNERA, M. et al. What is the frailty in elderly? Value and significance of the multidimensional assessments. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, Edimburgo, v. 56, n. 1, p. 23–26, 2013. Disponível em: <[http://www.aggjournal.com/article/S0167-4943\(11\)00282-2/abstract](http://www.aggjournal.com/article/S0167-4943(11)00282-2/abstract)>. Acesso em: 02 set. 2016.
- MARRA, T. A. et al. Avaliação das atividades de vida diária de idosos com diferentes níveis de demência. **Rev. bras. fisioter.**, São Carlos, v. 11, n. 4, p. 267-273, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-35552007000400005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 ago. 2017.
- MATA, F. A. F. et al. Prevalence of frailty in Latin America and the Caribbean: A systematic review and meta-analysis. **PLOS ONE**, São Francisco, v. 11, n. 8, p. 1-18, 2016. Disponível em: <<http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371%2Fjournal.pone.0160019>>. Acesso em: 14 nov. 2016.
- MAZO, G. Z.; BENEDETTI, T. R. B. Adaptação do questionário internacional de atividade física para idosos. **Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum**, Florianópolis, v. 12, n. 6, p. 480-484, 2010. Disponível em: <http://www.cefid.udesc.br/arquivos/id_submenu/748/artigoipaq_adaptado._pdf.pdf>. Acesso em: 08 dez. 2016.
- MELLO, A. C.; ENGSTROM, E. M.; ALVES, L. C. Fatores sociodemográficos e de saúde associados à fragilidade em idosos: uma revisão sistemática de literatura. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 6, p. 1143-1168, jun. 2014. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014000601143&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 18 ago. 2017.
- MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. Disponível em: <<http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/documentos-de-planejamento-em->

saude/elaboracao-do-plano-estadual-de-saude-2010-2015/textos-de-
apoios/redes_de_atencao_mendes_2.pdf>. Acesso em: 13 out. 2016.

MOREIRA, R. M. et al. Qualidade de vida, saúde e política pública de idosos no Brasil: uma reflexão teórica. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 27–38, 2013. Disponível em: <<http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/17629/13128>>. Acesso em: 13 out. 2016.

MORETTO, M. C. et al. Relação entre estado nutricional e fragilidade em idosos brasileiros. **Rev Bras Clin Med.**, v. 10, n. 4, p. 267-271, 2012. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2012/v10n4/a3034.pdf>>. Acesso em: 31 ago. 2017.

MORLEY, J. E. et al. Frailty consensus: A call to action. **JAMDA**, St. Louis, v. 14, n. 6, p. 392–397, 2013. Disponível em: <[http://www.jamda.com/article/S1525-8610\(13\)00182-5/abstract](http://www.jamda.com/article/S1525-8610(13)00182-5/abstract)>. Acesso em: 14 set. 2016.

NAVARATNARAJAH, A.; JACKSON, S. H. D. The physiology of ageing. **Medicine**, Oxford, v. 41, n. 1, p. 5–8, 2013. Disponível em: <[http://www.medicinejournal.co.uk/article/S1357-3039\(12\)00249-6/abstract](http://www.medicinejournal.co.uk/article/S1357-3039(12)00249-6/abstract)>. Acesso em: 25 out. 2016.

NERI, A. L. et al. Metodologia e perfil sociodemográfico, cognitivo e de fragilidade de idosos comunitários de sete cidades brasileiras: Estudo FIBRA. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 4, p. 778–792, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n4/15.pdf>>. Acesso em: 21 set. 2016.

NG, T. P. et al. Frailty in Older Persons: Multisystem Risk Factors and the Frailty Risk Index (FRI). **Journal of the American Medical Directors Association**, v. 15, n. 9, p. 635-642, 2014. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1525861014001443>>. Acesso em: 18 ago. 2017.

NIESTEN, D.; MOURIK, K.; SANDEN, W. The impact of frailty on oral care behavior of older people: a qualitative study. **BMC Oral health**, v. 13, n. 61, 2013. Disponível em: <<https://link.springer.com/article/10.1186/1472-6831-13-61>>. Acesso em: 17 set. 2017.

NUNES, B. P. et al. Desigualdades socioeconômicas no acesso e qualidade da atenção nos serviços de saúde. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 6, p. 968–976, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102014000600968&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 18 set. 2016.

NUNES, D. P. **Validação da avaliação subjetiva de fragilidade em idosos no município de São Paulo: Estudo SABE**. 2011. 115 f. Tese (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011. Disponível em: <<http://hygeia.fsp.usp.br/sabe/Teses/Danipires%20nunes.pdf>>. Acesso em: 5 nov. 2016.

OLIVEIRA, E. B. et al. Avaliação da qualidade do cuidado a idosos nos serviços da rede pública de atenção primária à saúde de Porto Alegre, Brasil. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 29, p. 264–273, 2013. Disponível em: <<https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/826/586>>. Acesso em: 15 nov. 2016.

OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 66, n. spe, p. 158-164, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000700020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 out. 2017.

PANIZ, V. M. V. et al. Acesso a medicamentos de uso contínuo em adultos e idosos nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 267-280, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000200005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 16 ago. 2017.

PASKULIN, L. M. G.; VALER, D. B.; VIANNA, L. A. C. Utilização e acesso de idosos a serviços de atenção básica em Porto Alegre (RS, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2935–2944, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000600031>. Acesso em: 28 set. 2016.

PATE, R. R. et al. Physical activity and public health. A recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. **JAMA**, Chicago, v. 273, n.5, p. 402-407, 1995. Disponível em: <<http://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/386766>>. Acesso em: 24 ago. 2016.

PEGORARI, M. S.; TAVARES, D. M. S. Fatores associados à síndrome de fragilidade em idosos residentes em área urbana. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 5, p. 874–882, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692014000500874>. Acesso em: 15 set. 2016.

PREFEITURA MUNICIPAL DE UBERABA. **Localização**. Uberaba, MG. Disponível em: <<http://www.uberaba.mg.gov.br/portal/conteudo,709>>. Acesso em: 25 out. 2016.

PUTTEN, G. J. et al. The importance of oral health in (frail) elderly people – a review. **European Geriatric Medicine**, v. 4, n. 5, p. 339-344, 2013. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S187876491300123X>>. Acesso em: 17 set. 2017.

RAMOS, L. R. **Growing old in São Paulo, Brazil**: Assessment of health status and family support of the elderly of different socioeconomic strata living in the Community. 1987. 326 f. Tese (Pós-Doutorado em Gerontologia) - University of London, London, 1987.

RAMOS, R. S. et al. O acesso às ações e serviços do Sistema Único de Saúde na perspectiva da judicialização. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 24, e2797, p. 1-7, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt_0104-1169-rlae-24-02797.pdf>. Acesso em: 22 out. 2016.

REIS JUNIOR, W. M. et al. Pré-fragilidade e fragilidade de idosos residentes em município com baixo Índice de Desenvolvimento Humano. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 4, p. 654-661, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692014000400654&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 ago. 2017.

REMOR, C. B.; BÓS, A. J. G.; WERLANG, M. C. Características relacionadas ao perfil de fragilidade no idoso. **Scientia Medica**, v. 21, n. 3, p. 107-112, 2011. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/scientiamedica/article/viewFile/8491/6717>>. Acesso em: 31 ago. 2017.

RIBEIRO, D. K. M. N. et al. Fatores contributivos para a independência funcional de idosos longevos. *Rev Esc Enferm USP*, **Ribeirão Preto**, v. 49, n. 1, p. 89-95, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n1/pt_0080-6234-reeusp-49-01-0089.pdf>. Acesso em: 26 ago. 2017.

ROCHAT, S. et al. Frailty and use of health and community services by community-dwelling older men: The Concord Health and Ageing in Men Project. **Age and Ageing**, v. 39, n. 2, p. 228-233, 2010. Disponível em: <<https://academic.oup.com/ageing/article/39/2/228/41599>>. Acesso em: 28 set. 2017.

ROLFSON, D. B. et al. Validity and Reliability of the Edmonton Frail Scale. **Age and Ageing**, Oxford, v. 35, n. 5, p. 526–529, 2006. Disponível em: <<http://ageing.oxfordjournals.org/content/35/5/526.full?sid=9ce8a64d-d365-4be3-9939-c4d7f03d1dc0>>. Acesso em: 16 nov. 2016.

ROSA, W. A. G.; LABATE, R. C. Programa Saúde da Família: A construção de um novo modelo de assistência. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 6, p. 1027–1034, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n6/v13n6a16.pdf>>. Acesso em: 28 set. 2016.

SANCHEZ, R. M; CICONELLI, R. M. Conceitos de acesso à saúde. **Rev Panam Salud Publica**, Washington, v. 31, n. 3, p. 260–268, 2012. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v31n3/12.pdf>>. Acesso em: 02 set. 2016.

SANCHEZ-GARCIA, S. et al. Frailty among community-dwelling elderly Mexican people: Prevalence and association with sociodemographic characteristics, health state and the use of health services. **Geriatrics e Gerontology International**, v. 14, n. 2, p. 395-402, 2014. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ggi.12114/abstract?globalMessage=0>>. Acesso em: 02 ago. 2017.

SANTIAGO, L. M. et al. Adaptação transcultural do instrumento Tilburg Frailty Indicator (TFI) para a população brasileira. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 9, p. 1795–1801, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000900018>. Acesso em: 21 nov. 2016.

SANTOS, P. H. S. et al. Perfil de fragilidade e fatores associados em idosos cadastrados em uma Unidade de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 6, p. 1917-1924, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n6/1413-8123-csc-20-06-1917.pdf>>. Acesso em: 31 ago. 2017.

SANTOS, R. L.; VIRTUOSO JÚNIOR, J. S. Confiabilidade da versão brasileira da escala de atividades instrumentais da vida diária. **RBPS**, v. 21, n. 4, p. 290–296, 2012. Disponível em: <<http://ojs.unifor.br/index.php/RBPS/article/view/575>>. Acesso em: 19 ago. 2016.

SATHASIVAM, J. et al. Frail Elders in an Urban District Setting in Malaysia: Multidimensional Frailty and Its Correlates. **Asia-Pacific Journal of Public Health**, v. 27, n. BS, p. 52s-61s, 2015. Disponível em: <https://umexpert.um.edu.my/file/publication/00011749_129485.pdf>. Acesso em: 27 ago. 2017.

SCHUURMANS, H. et al. Old or frail: What tells us more? **Journals of Gerontology**, Oxford, v. 59, n. 9, p. 962-965, 2004. Disponível em: <<http://biomedgerontology.oxfordjournals.org/content/59/9/M962.short>>. Acesso em: 14 set. 2016.

SHAMLIYAN, T. et al. Association of frailty with Survival: A systematic literature review. **Ageing Research Reviews**, Oxford, v. 12, n. 2, p. 719–736, 2013. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1568163712000414>>. Acesso em: 02 set. 2016.

SILVA, A. M. M. et al. Uso de serviços de saúde por idosos brasileiros com e sem limitação funcional. **Rev Saude Publica**, n. 51, n. supl 1, p. 1s-5s, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51s1/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872017051000243.pdf>. Acesso em: 11 set. 2017.

SILVA, Z. P. et al. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização dos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), 2003- 2008. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 9, p. 3807-3816, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n9/a16v16n9.pdf>>. Acesso em: 08 out. 2017.

SILVANO, C. M. et al. The phenomenon of polupharmacy in the frail elderly. **Cuidado é fundamental**, v. 4, n. 4, p. 2995-3005, 2012. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1876/pdf_642>. Acesso em: 16 set. 2017.

SOUSA, A. C. P. A. et al. Frailty syndrome and associated factors in community-dwelling elderly in northeast Brazil. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, Edimburgo, v. 54, n. 2, p. e95–e101, 2012. Disponível em: <[http://www.aggjournal.com/article/S0167-4943\(11\)00256-1/abstract](http://www.aggjournal.com/article/S0167-4943(11)00256-1/abstract)>. Acesso em: 15 out. 2016.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p.

SYDALL, H. et al. Prevalence and correlates of frailty among community-dwelling older men and women: findings from the Hertfordshire Cohort Study. **Age and Ageing**, v. 39, n. 2, p. 197-203, 2010. Disponível em: <<https://academic.oup.com/ageing/article/39/2/197/40677>>. Acesso em: 17 ago. 2017.

SZANTON, S. L. et al. Socioeconomic status is associated with frailty: the Women's Health and Aging Studies. **Epidemiology and Community Health**, v. 64, n. 1, p. 63-67, 2010. Disponível em: <<http://jech.bmj.com/content/64/01/63>>. Acesso em: 03 set. 2017.

TAVARES, D. M. S. et al. Asociación de variables socioeconómicas y clínicas con el estado de fragilidad en personas mayores hospitalizadas. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão

Preto, v. 23, n. 6, p. 1121-1129, dez. 2015. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692015000601121&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 31 ago. 2017.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. supl 2, p. S190–S198, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000800014>. Acesso em: 02 set. 2016.

TRIBESS, S.; OLIVEIRA, R. J. Biological fragility syndrome in the elderly: Systematic review. **Rev. Salud Pública**, Bogotá, v. 13, n. 5, p. 853–864, 2011. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22634952>>. Acesso em: 11 out. 2016.

TRIBESS, S.; VIRTUOSO JUNIOR, J. S.; OLIVEIRA, R. J. Atividade física como preditor da ausência de fragilidade em idosos. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 58, n. 3, p. 341-347, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302012000300015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 ago. 2017.

TUNG, F. L. N. et al. Conhecimento dos enfermeiros sobre a cobertura universal de saúde para serviços inclusivos e sustentáveis de cuidados a idosos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 24, e2670, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692016000100302&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 21 set. 2017.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO. Biblioteca Universitária **Manual para elaboração de trabalhos acadêmicos baseado nas normas de documentação da ABNT / Universidade Federal do Triângulo Mineiro**, Biblioteca Universitária; organizado por Beatriz Gabellini Alves, Rachel Inês da Silva, Maira Silveira de Almeida. 2. ed. rev. atual., 2013. 107 f.

VARELA-PINEDO, L.; ORTIZ-SAAVEDRA, P. J.; CHÁVEZ-JIMENO, H. Síndrome de fragilidad en adultos mayores de la comunidad de Lima Metropolitana. **Rev Soc Peru Med Interna**, v. 21, n. 1, p. 11-15, 2008.

VERAS, R. Population aging today: demands, challenges and innovations. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 548–554, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102009000300020&script=sci_arttext&tlng=en>. Acesso em: 26 ago. 2016.

VERAS, R. P. Estratégias para o enfrentamento das doenças crônicas: um modelo em que todos ganham. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 779–786, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232011000400017>. Acesso em: 16 ago. 2016.

VERAS, R. P. Prevenção de doenças em idosos: os equívocos dos atuais modelos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 10, p. 1834–1840, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012001000003>. Acesso em: 04 nov. 2016.

- VERAS, R.; PARAHYBA, M. I. O anacronismo dos modelos assistenciais para os idosos na área da saúde: desafios para o setor privado. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 2479-2489, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007001000022&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 out. 2017.
- VERMEULEN, J. et al. Predicting ADL disability in community-dwelling elderly people using physical frailty indicators: A systematic review. **BMC Geriatrics**, Londres, v. 11, n. 33, p. 1-11, 2011. Disponível em: <<https://bmgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2318-11-33>>. Acesso em: 03 set. 2016.
- VIEIRA, R. A. et al. Prevalência de fragilidade e fatores associados em idosos comunitários de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: Dados do Estudo FIBRA. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 8, p. 1631–1643, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000800015>. Acesso em: 08 set. 2016.
- WEISS, C. O. Frailty and chronic diseases in older adults. **Clin Geriatr Med**, Maryland Heights, v. 27, n. 1, p. 39–52, 2011. Disponível em: <[http://www.geriatric.theclinics.com/article/S0749-0690\(10\)00077-7/abstract](http://www.geriatric.theclinics.com/article/S0749-0690(10)00077-7/abstract)>. Acesso em: 10 set. 2016.
- WOO, J. et al. Frailty screening in the community using the FRAIL Scale. **JAMDA**, St. Louis, v. 16, n. 5, p. 412–419, 2015. Disponível em: <[http://www.jamda.com/article/S1525-8610\(15\)00094-8/abstract](http://www.jamda.com/article/S1525-8610(15)00094-8/abstract)>. Acesso em: 10 set. 2016.
- WOODHOUSE, K. W. et al. Who are the Frail Elderly? **Quarterly Journal of Medicine**, Oxford, v. 68, n. 255, p. 505-506, 1988. Disponível em: <<http://qjmed.oxfordjournals.org/content/qjmed/68/1/505.full.pdf>>. Acesso em: 3 nov. 2016.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Fifty-eighth World Health Assembly**: Sustainable health financing, universal coverage and social health insurance. Geneva, 2005. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/20302/1/A58_20-en.pdf?ua=1>. Acesso em: 20 out. 2016.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Health systems financing**: the path to universal coverage. Geneva: WHO, 2010. Disponível em: <<http://www.who.int/whr/2010/overview.pdf>>. Acesso em: 30 out. 2017.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Health and Aging**, 2011. Disponível em: <http://www.who.int/ageing/publications/global_health.pdf?ua=1>. Acesso em: 05 set. 2016.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Caídas**. Geneva: WHO, 2016. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/es/>>. Acesso em: 05 set. 2017.
- YELLOWITZ, J. A.; SCHNEIDERMAN, M. T. Elder's oral health crisis. **J. Evid. Dent. Pract.**, v. 14, supl 1, p. 191-200, 2014. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S153233821400075X>>. Acesso em: 17 set. 2017.

ANEXO I

MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)

1) Orientação para tempo (1 ponto por cada resposta correta ou 0 se não responder adequadamente)

Em que ano estamos? _____
 Em que mês estamos? _____
 Em que dia do mês estamos? _____
 Em que dia da semana estamos? _____
 Em que estação do ano estamos? _____

Nota: _____

2) Orientação para local (1 ponto por cada resposta correta ou 0 se não responder adequadamente)

Em que estado vive? _____
 Em que cidade vive? _____
 Em que bairro estamos? _____
 Em que local estamos? _____
 Em que lugar específico estamos (apontar para o chão)? _____

Nota: _____

3) Memória Imediata (Coloque 1 ponto por cada palavra corretamente repetida ou 0 quando o idoso não repetir a palavra corretamente)

"Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois que eu as disser todas; procure ficar a sabê-las de cor".

Caneca _____

Tapete _____

Tijolo _____

Nota: _____

4) Atenção e Cálculo (Nos espaços abaixo acrescente 1 se a resposta for correta e 0 para resposta errada. Na "Nota" coloque a soma das respostas corretas).

a) "Agora peço-lhe que me diga quantos são 100 menos 7 e depois ao número encontrado volta a tirar 7 e repete assim até eu lhe dizer para parar".

100 _____ 93 _____ 86 _____ 79 _____ 72 _____ 65

Nota: _____

b) "Soletre a palavra MUNDO de trás para frente"

O _____ D _____ N _____ U _____ M _____

Nota: _____

Considere na Nota Final da questão 4 a maior Nota entre os itens a e b.

Nota Final: _____

5) Evocação (1 ponto por cada resposta correta ou 0 quando não acertar.)

"Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar".

Caneca _____

Tapete _____

Tijolo _____

Nota: _____

6) Linguagem (1 ponto por cada resposta correta ou 0 quando não acertar)

a. "Como se chama isto? Mostrar os objetos:

Relógio _____

Lápis _____

Nota: _____

b. "Repita a frase que eu vou dizer: "Nem aqui, nem ali, nem lá"

Nota: _____

c. "Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa"; dar a folha segurando com as duas mãos.

Pega com a mão direita _____

Dobra ao meio _____

Coloca onde deve _____

Nota: _____

d. "Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz". Mostrar um cartão com a frase bem legível, "FECHE OS OLHOS"; sendo analfabeto lê-se a frase. Fechou os olhos?

Nota: _____

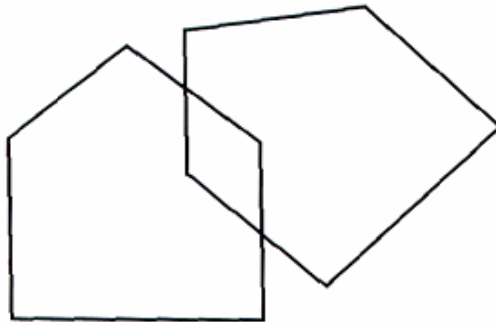
e. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

Frase:

Nota: _____

7) Capacidade Construtiva Visual (1 ponto pela cópia correta.)

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação.



Nota: _____

8) TOTAL (Máximo 30 pontos): _____

Considera-se com declínio cognitivo: • analfabetos ≤ 13 pontos

• 1 a 11 anos de escolaridade ≤ 18

• com escolaridade superior a 11 anos ≤ 26

9) Idoso apresentou declínio cognitivo:.....

(1) Sim (2) Não

OBS: SE DER DECLÍNIO COGNITIVO ENCERRAR A ENTREVISTA.



ANEXO III

ACESSO AO SERVIÇO DE SAÚDE

1) Costuma procurar o mesmo lugar, mesmo médico ou mesmo serviço de saúde quando precisa de atendimento de saúde?

- 1- Sim (siga para a questão 2)
2- Não (pule para a questão 3)

2) Quando está doente ou precisando de atendimento de saúde costuma procurar:

- 1-Farmácia 2-Posto ou centro de saúde 3- Consultório particular
4-Ambulatório ou consultório de empresa ou sindicato 5- Ambulatório ou consultório de clínica
6-Ambulatório de hospital 7- Pronto-socorro ou emergência
8-Agente comunitário de saúde
9-Outro tipo de serviço (curandeiro, centro espírita, etc..) – Especifique _____

3) Nos últimos doze meses consultou médico?

- 1-Sim (siga para a questão 4)
2-Não (pule para a questão 4a)

4) Quantas vezes consultou médico nos doze últimos meses?.....

4a) Utiliza medicamentos de uso contínuo?.....

- 1-Sim (siga para a questão 4b)
2-Não (pule para a questão 5a)

4b) Na última vez que precisou obter o(s) medicamento(s) de uso contínuo, recebeu gratuitamente:.....

- 1-Todos os medicamentos (pule para a questão 5a)
2-Parte dos medicamentos (siga para a questão 4c)
3-Nenhum dos medicamentos (siga para a questão 4c)

4c) Do(s) medicamento(s) de uso contínuo que não recebeu gratuitamente, comprou:.....

- 1-Todos os medicamentos 2-Parte dos medicamentos 3-Nenhum dos medicamentos

5a) Quando foi ao dentista pela última vez?.....

- 1-Menos de 1 ano (siga para a questão 5b)
2-De 1 ano a menos de 2 anos
3-De 2 anos a menos de 3 anos
4-3 anos ou mais (pule para a questão 6)
5-Nunca foi ao dentista

5b) Na última vez que foi ao dentista, este atendimento foi coberto por algum plano de saúde?...

- 1-Sim 2-Não

5c) Pagou algum valor na última vez que foi ao dentista?

- 1-Sim 2-Não

5d) Na última vez que foi ao dentista, o atendimento foi feito através do Sistema Único de Saúde (SUS)?.....

- 1-Sim 2-Não 3-Não sabe

UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

14)Porque motivo não foi atendido (a) nessa última vez que procurou atendimento de saúde nas duas últimas semanas? (após responder, encerre esta seção e pule para o 'papel do enfermeiro').....

- 1-Não conseguiu vaga ou senha
2-Não tinha médico atendendo
3-Não tinha dentista atendendo 4-Não tinha serviço ou profissional especializado
5-O serviço ou equipamento não estava funcionando 6-Não podia pagar
7-Esperou muito e desistiu
8-Outro motivo (especifique) _____

15)Qual foi o principal atendimento de saúde que recebeu?.....

- 1-Consulta médica 2-Consulta odontológica
3-Atendimento de agente comunitário de saúde ou de parteira
4-Consulta de outro profissional de saúde (fonoaudiólogo, psicólogo, etc.)
5-Atendimento de farmácia 6-Quimioterapia, radioterapia, hemodiálise ou hemoterapia
7-Vacinação, injeção, curativo, medicação de pressão ou outro atendimento
8-Cirurgia em ambulatório 9-Gesso ou imobilização
10-Internação hospitalar 11-Exames complementares
12- Outro atendimento (especifique)
13-Somente marcação de consulta (encerre a entrevista de acesso e utilização dos serviços de saúde)

16)Este serviço de saúde onde foi atendido era:.....

- 1-Público 2-Particular 3-Não sabe

17)Este atendimento de saúde foi coberto por algum plano de saúde?.....

- 1-Sim 2-Não

18)Pagou algum valor por este atendimento de saúde recebido nas duas últimas semanas?.....

- 1-Sim 2-Não

19)Este atendimento de saúde foi feito através do Sistema Único de Saúde (SUS)?.....

- 1-Sim 2-Não 3-Não sabe

20)Considera que o atendimento de saúde recebido foi:

- 1-Muito bom 2-Bom 3-Regular 4-Ruim 5-Muito ruim

21a)Neste atendimento de saúde foi receitado algum medicamento?.....

- 1-Sim (siga para a questão 21b)
2-Não (encerre a entrevista de acesso e utilização dos serviços de saúde)

21b)Neste atendimento de saúde, recebeu gratuitamente os medicamentos receitados?.....

- 1-Todos os medicamentos – (encerre a entrevista de acesso e utilização dos serviços de saúde)
2-Parte dos medicamentos } (siga para a questão a 21c)
3-Nenhum dos medicamentos }

21c)Dos medicamentos receitados que não recebeu gratuitamente, comprou:

- 1-Todos os medicamentos – (encerre a entrevista de acesso e utilização dos serviços de saúde)
2-Parte dos medicamentos } (siga para a questão 21d)
3-Nenhum dos medicamentos }

21d)Qual o principal motivo de não ter comprado todos os medicamentos? (após responder, encerre esta seção e pule para o 'papel do enfermeiro').....

- 1-Não tinha dinheiro 2-Não encontrou o medicamento na farmácia
3-Não tinha farmácia próxima 4-Recebeu de um amigo, parente ou entidade filantrópica
5-Tinha os medicamentos em casa
6-Não achou que todos os medicamentos eram necessários
7-Começou a sentir-se melhor 8-Outro motivo (especifique) _____

22)Nas duas últimas semanas, porque motivo não procurou o serviço de saúde?

- 1-Não houve necessidade 2-Não tinha dinheiro

- 3-O local de atendimento era distante ou de difícil acesso 4-Dificuldade de transporte
5-Horário incompatível 6-O atendimento é muito demorado
- 7-O estabelecimento não possuía especialista compatível com suas necessidades
8-Achou que não tinha direito 9-Não tinha quem o (a) acompanhasse
10-Não gostava dos profissionais do estabelecimento 11-Greve nos serviços de saúde
12-Outro motivo (especifique)_____

ANEXO IV

SÍNDROME DE FRAGILIDADE

1. Alterações de peso/perda de peso não intencional no último ano

No último ano, o senhor (a) perdeu mais do que 4,5 kg sem intenção (isto e, sem dieta ou exercício)? (1) sim (2) não
Se sim, quantos quilos aproximadamente? _____ Kg

2. Força muscular/diminuição da força de preensão palmar da mão dominante medida pelo dinamômetro e ajustada ao sexo e ao índice de massa corporal

3.

1ª medida de força de preensão		2ª medida de força de preensão		3ª medida de força de preensão	
Média das 3 medidas: _____					

3. Auto relato de exaustão/Fadiga

Pensando na última semana, diga com que frequência as seguintes coisas aconteceram com o (a) senhor (a):

QUESTÕES		NUNCA/ RARAMENTE	POUCAS VEZES	NA MAIORIA DAS VEZES	SEMPRE
Sentiu que teve que fazer esforço para dar conta das suas tarefas habituais?	(1) sim (2) não	(1)	(2)	(3)	(4)
Não conseguiu levar adiante suas coisas?	(1) sim (2) não	(1)	(2)	(3)	(4)

4. Lentidão da marcha/velocidade da marcha (ver marcação na trena COR PRETA)

O (a) Sr./Sra. utiliza habitualmente algum dispositivo auxiliar de marcha, como bengala ou andador?

(1) não usa (2) Andador (3) Bengala (4) Outro

1ª medida de velocidade de marcha		2ª medida de velocidade de marcha		3ª medida de velocidade de marcha	
Média das 3 medidas: _____					

5. Nível de Atividade Física/baixo nível de atividade física

Para responder as questões lembre que:

- ✓ Atividades físicas **VIGOROSAS** são aquelas que precisam de um grande esforço físico e que fazem respirar **MUITO** mais forte que o normal;
- ✓ Atividades físicas **MODERADAS** são aquelas que precisam de algum esforço físico e que fazem respirar **UM POUCO** mais forte que o normal;
- ✓ Atividades físicas **LEVES** são aquelas em que o esforço físico é normal, fazendo que a respiração seja normal.

Pontuação (seção 1+ seção2 + seção3 + seção4) = _____ min/sem

SEÇÃO 1- Atividade Física no Trabalho Tempo (1b + 1c + 1d) = _____ min/sem

Nesta seção constam as atividades que você faz no seu serviço, que incluem trabalho remunerado ou voluntário, as atividades na escola ou faculdade (trabalho intelectual) e outro tipo de trabalho não remunerado fora da sua casa, **NÃO** incluem as tarefas que você faz na sua casa, como tarefas domésticas, cuidar do jardim e da casa ou tomar conta da sua família. Estas serão incluídas na seção 3.

1a. Atualmente o (a) Senhor (a) trabalha ou faz trabalho voluntário?(1) Sim (2) Não (Caso você responda não Vá para seção 2: Transporte)

As próximas questões estão relacionadas a toda a atividade física que o (a) Senhor (a) faz em uma semana **usual** ou **normal** como parte do seu trabalho remunerado ou não remunerado, **Não** incluir o transporte para o trabalho. Pense unicamente nas atividades que você faz por, **pelo menos, 10 min contínuos**:

1b. Em quantos dias de uma semana normal o (a) Senhor (a) gasta fazendo atividades **vigorosas**, por, **pelo menos, 10 min contínuos**, como trabalho de construção pesada, carregar grandes pesos, trabalhar com enxada, cortar lenha, serrar madeira, cortar grama, pintar casa, cavar valas ou buracos, subir escadas **como parte do seu trabalho?** (Coloque o n° de minutos em cada dia da semana do quadro abaixo e o n° total de minutos a seguir)

TOTAL: _____ minutos, () nenhum - **Vá para a questão 1c**

DIA	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira	Sábado	Domingo
Tempo minutos							

1c. Em quantos dias de uma semana normal o (a) Senhor (a) faz atividades **moderadas**, por, **pelo menos, 10 min contínuos**, como carregar pesos leves, limpar vidros, varrer ou limpar o chão, carregar crianças no colo, lavar roupa com a mão **como parte do seu trabalho remunerado ou voluntário?**

_____ minutos () nenhum - **Vá para a questão 1d**

DIA	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira	Sábado	Domingo
Tempo minutos							

1d. Em quantos dias de uma semana normal o (a) Senhor (a) **anda/caminha**, durante, **pelo menos, 10 min contínuos, como parte do seu trabalho?** Por favor, **NÃO** incluir o andar como forma de transporte para ir ou voltar do trabalho ou do local que o (a) Senhor (a) e voluntário.

_____ minutos () nenhum - **Vá para a seção 2 - Transporte**

DIA	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira	Sábado	Domingo
Tempo minutos							

SEÇÃO 2 - Atividade Física como meio de TransporteTempo $(2b + 2c) =$ _____ min/sem

Estas questões se referem à forma normal como o (a) Senhor (a) se desloca de um lugar para outro, incluindo seu trabalho, escola, feira, igreja, cinema, lojas, supermercado, encontro do grupo de terceira idade ou qualquer outro lugar.

2a. Em quantos dias de uma semana normal o (a) Senhor (a) anda de carro, ônibus ou moto?

_____ minutos () nenhum - **Vá para questão 2b**

DIA	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira	Sábado	Domingo
Tempo minutos							

Agora pense somente em relação a caminhar ou pedalar para ir de um lugar a outro em uma semana normal.

2b. Em quantos dias de uma semana normal o (a) Senhor (a) anda de bicicleta por, **pelo menos, 10 min contínuos** para ir de um lugar para outro? (**NÃO** incluir o pedalar por lazer ou exercício).

_____ minutos

() Nenhum - **Vá para a questão 2c**

DIA	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira	Sábado	Domingo
Tempo minutos							

2c. Em quantos dias de uma semana normal o (a) Senhor (a) caminha por, **pelo menos, 10 min contínuos** para ir de um lugar para outro, como: ir ao grupo de convivência para idosos, igreja, supermercado, feira, medico, banco, visita um parente ou vizinho? (**NÃO** incluir as caminhadas por lazer ou exercício).

_____ minutos

() Nenhum - **Vá para a Seção 3**

DIA	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira	Sábado	Domingo
Tempo minutos							

SEÇÃO 3 – AF em casa: trabalho, tarefas domésticas e cuidar da família

Tempo (3a + 3b + 3c) = _____ min/sem

Esta parte inclui as atividades físicas que o (a) Senhor (a) faz em uma semana **Normal/habitual** dentro e ao redor de sua casa, por exemplo, trabalho em casa, cuidar do jardim, cuidar do quintal, trabalho de manutenção da casa ou para cuidar da sua família. Novamente, pense **somente** naquelas atividades físicas que o (a) Senhor (a) faz **por, pelo menos, 10 min contínuos**.

3a. Em quantos dias de uma semana normal o (a) Senhor (a) faz atividades físicas **vigorosas no jardim ou quintal** por, pelo menos, 10min como: carpir, lavar o quintal, esfregar o chão, cortar lenha, pintar casa, levantar e transportar objetos pesados, cortar grama com tesoura:

_____ minutos

() nenhum - **Vá para a questão 3b**

DIA	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira	Sábado	Domingo
Tempo minutos							

3b. Em quantos dias de uma semana normal o (a) Senhor (a) faz atividades **moderadas no jardim ou quintal** por, pelo menos, 10 min como: carregar pesos leves, limpar vidros, varrer, limpar a garagem, brincar com crianças, rastelar a grama, serviço de jardinagem em geral.

_____ minutos

() Nenhum - **Vá para questão 3c.**

DIA	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira	Sábado	Domingo
Tempo minutos							

3c. Em quantos dias de uma semana normal o (a) Senhor (a) faz atividades **moderadas dentro de sua casa** por pelo menos 10 minutos como: carregar pesos leves, limpar vidros ou janelas, lavar roupas a mão, limpar banheiro, varrer ou limpar o chão.

_____ minutos

() Nenhum - **Vá para seção 4**

DIA	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira	Sábado	Domingo
Tempo minutos							

SEÇÃO 4, Atividades Físicas de Recreação, Esporte, Exercício e de Lazer

Tempo (4a + 4b + 4c) = _____ min/sem

Esta seção se refere às atividades físicas que o (a) Senhor (a) faz em uma semana **Normal** unicamente por recreação, esporte, exercício ou lazer. Novamente pense somente nas atividades físicas que o (a) Senhor (a) faz **por pelo menos 10 minutos contínuos**. Por favor, **NÃO** incluir atividades que você já tenha citado.

4a. Sem contar qualquer caminhada que o (a) Senhor (a) faça como forma de transporte (para se deslocar de um lugar para outro), em quantos dias de uma semana normal, o (a) Senhor (a) caminha por, pelo menos, 10 min contínuos no seu tempo livre?

_____ minutos () Nenhum - **Vá para questão 4b.**

DIA	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira	Sábado	Domingo
Tempo minutos							

4b. Em quantos dias de uma semana normal, o (a) Senhor (a) faz atividades vigorosas no seu tempo livre por, pelo menos, 10 min, como correr, nadar rápido, musculação, remo, pedalar rápido, enfim esportes em geral:

_____ minutos () Nenhum - **Vá para questão 4c**

DIA	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira	Sábado	Domingo
Tempo minutos							

4c. Em quantos dias de uma semana normal, o (a) Senhor (a) faz atividades moderadas no seu tempo livre por, pelo menos, 10 min, como pedalar ou nadar a velocidade regular, jogar bola, vôlei, basquete, tênis, natação, hidroginástica, ginastica para terceira idade, dança e peteca.

_____ minutos () Nenhum - **Vá para seção 5**

DIA	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira	Sábado	Domingo
Tempo minutos							

SEÇÃO 5 - Tempo Gasto Sentado

Estas últimas questões são sobre o tempo que o (a) Senhor (a) permanece sentado em diferentes locais, como, por exemplo, no trabalho, na escola ou faculdade, em casa, no grupo de convivência para idosos, no consultório medico e durante seu tempo livre, Isto inclui o tempo sentado enquanto descansa, assiste TV, faz trabalhos manuais, visita amigos e parentes, faz leituras, telefonemas, na missa/culto e realiza as refeições. Não incluir o tempo gasto sentado durante o transporte em ônibus, carro ou moto.

5a. Quanto tempo no total o (a) Senhor (a) gasta sentado durante um dia de semana?

_____ horas _____ minutos

5b. Quanto tempo no total o (a) Senhor (a) gasta sentado durante um dia de final de semana?

_____ horas _____ minutos

ANEXO V
ESCALA DE KATZ

Área de funcionamento	Indep. Dep.
Tomar banho (leito, banheira ou chuveiro) 1. Não recebe ajuda (entra e sai da banheira sozinho, se este for o modo habitual de tomar banho). 2. Recebe ajuda para lavar apenas uma parte do corpo (como, por exemplo, as costas ou uma perna). 3. Recebe ajuda para lavar mais de uma parte do corpo, ou não toma banho sozinho.	(1) (2) (3)
Vestir-se (pega roupas, inclusive peças íntimas, nos armários e gavetas, e manuseia fechos, inclusive os de órteses e próteses, quando forem utilizadas) 1. Pega as roupas e veste-se completamente, sem ajuda 2. Pega as roupas e veste-se sem ajuda, exceto para amarrar os sapatos 3. Recebe ajuda para pegar as roupas ou vestir-se, ou permanece parcial ou completamente sem roupa	(1) (2) (3)
Uso do vaso sanitário (ida ao banheiro ou local equivalente para evacuar e urinar; higiene íntima e arrumação das roupas) 1. Vai ao banheiro ou local equivalente, limpa-se e ajeita as roupas sem ajuda (pode usar objetos para apoio como bengala, andador ou cadeira de rodas e pode usar comadre ou urinol à noite, esvaziando-o de manhã) 2. Recebe ajuda para ir ao banheiro ou local equivalente, ou para limpar-se, ou para ajeitar as roupas após evacuação ou micção, ou para usar a comadre ou urinol à noite 3. Não vai ao banheiro ou equivalente para eliminações fisiológicas	(1) (2) (3)
Transferência 1. Deita-se e sai da cama, senta-se e levanta-se da cadeira sem ajuda (pode estar usando objeto para apoio, como bengala ou andador) 2. Deita-se e sai da cama e/ou senta-se e levanta-se da cadeira com ajuda 3. Não sai da cama	(1) (2) (3)
Continência 1. Controla inteiramente a micção e a evacuação 2. Tem “acidentes” ocasionais 3. Necessita de ajuda para manter o controle da micção e evacuação; usa cateter ou é incontinente	(1) (2) (3)
Alimentação 1. Alimenta-se sem ajuda 2. Alimenta-se sozinho, mas recebe ajuda para cortar carne ou passar manteiga no pão 3. Recebe ajuda para alimentar-se, ou é alimentado parcialmente ou completamente pelo uso de cateteres ou fluidos intravenosos	(1) (2) (3)

0: independente em todas as seis funções;

1: independente em cinco funções e dependente em uma função;

2: independente em quatro funções e dependente em duas;

3: independente em três funções e dependente em três;

4: independente em duas funções e dependente em quatro;

5: independente em uma função e dependente em cinco funções;

6: dependente em todas as seis funções.

**dependente=assinhou a opção 3; independente=assinhou as opções 1 ou 2.*

1) Classificação.....

2) Número de ABVD que não consegue realizar (opção 3).....

ANEXO VI
ESCALA DE LAWTON E BRODY

Atividade	Avaliação	
Em relação ao uso do telefone...		
a) Telefone	Recebe e faz ligações sem assistência	3
	Necessita de assistência para realizar ligações telefônicas	2
	Não tem o hábito ou é incapaz de usar o telefone	1
Em relação as viagens...		
b) Viagens	Realiza viagem sozinho	3
	Somente viaja quando tem companhia	2
	Não tem o hábito ou é incapaz de viajar	1
Em relação a realização de compras...		
c) Compras	Realiza compras, quando é fornecido transporte	3
	Somente faz compras quando tem companhia	2
	Não tem o hábito ou é incapaz de realizar compras	1
Em relação ao preparo de refeições...		
d) Preparo de refeições	Planeja e cozinha as refeições completas	3
	Prepara somente refeições pequenas ou quando recebe ajuda	2
	Não tem o hábito ou é incapaz de preparar as próprias refeições	1
Em relação ao trabalho doméstico...		
e) Trabalho doméstico	Realiza tarefas pesadas	3
	Realiza tarefas leves, necessitando de ajuda nas pesadas	2
	Não tem o hábito ou é incapaz de realizar trabalhos domésticos	1
Em relação ao uso de medicamentos...		
f) Medicamentos	Faz uso de medicamentos sem assistência	3
	Necessita de lembretes ou de assistência	2
	É incapaz de controlar sozinho o uso dos medicamentos	1
Em relação ao manuseio do dinheiro		
g) Dinheiro	Preenche cheques e paga contas sem auxílio	3
	Necessita de assistência para uso de cheques e contas	2
	Não tem o hábito de lidar com o dinheiro ou é incapaz de manusear dinheiro, contas...	1

1) **TOTAL**.....

2) **Classificação da dependência para AIVDs**.....

(1) Dependência total: igual a 7 pontos

(2) Dependência parcial: 7-20 pontos

(3) Independente: 21 pontos

ANEXO VII

Brazilian OARS Multidimensional Functional Assessment Questionnaire – BOMFAQ

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

1- Péssima 2- Má 3- Regular 4- Boa 5- Ótima 99- Ignorado

2) Comparando sua saúde de hoje com a de 12 meses atrás, o Sr (a) diria que sua saúde está:.....

1- Pior 2- Igual 3- Melhor 99- Ignorado

3) Em comparação com a saúde de outras pessoas da sua idade, o(a) senhor(a) diria que sua saúde é:.....

1- Pior 2- Igual 3- Melhor 99- Ignorado

4) O(a) senhor(a) no momento tem algum destes problemas de saúde?

Morbidades	Sim	Não	Ignorado
A) Reumatismo	1	2	99
B) Artrite/artrose	1	2	99
C) Osteoporose	1	2	99
D) Asma ou bronquite	1	2	99
E) Tuberculose	1	2	99
F) Embolia	1	2	99
G) Pressão alta	1	2	99
H) Má circulação (varizes)	1	2	99
I) Problemas cardíacos	1	2	99
J) Diabetes * <i>aplicar QAD</i>	1	2	99
K) Obesidade	1	2	99
L) Derrame	1	2	99
M) Parkinson	1	2	99
N) Incontinência urinária	1	2	99
O) Incontinência fecal	1	2	99
P) Prisão de ventre	1	2	99
Q) Problemas para dormir	1	2	99
R) Catarata	1	2	99
S) Glaucoma	1	2	99
T) Problemas de coluna	1	2	99
U) Problema renal	1	2	99
V) Sequela acidente/trauma	1	2	99
W) Tumores malignos	1	2	99
X) Tumores benignos	1	2	99
Y) Problema de visão	1	2	99
Z) Depressão	1	2	99
Outras _____	1	2	99
	1	2	99
	1	2	99
	1	2	99
	1	2	99

5) Número de doenças.....

ANEXO X

**PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
TRIÂNGULO MINEIRO - MG



PARECER DO COLEGIADO

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Dependência para as atividades da vida diária, fragilidade e uso de serviços de saúde entre idosos do Triângulo Mineiro

Pesquisador: Darlene Mara dos Santos Tavares

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 26148813.0.0000.5154

Instituição Proponente: Universidade Federal do Triangulo Mineiro

Patrocinador Principal: FUNDACAO DE AMPARO A PESQUISA DO ESTADO DE MINAS GERAIS

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 493.211

Data da Relatoria: 18/12/2013

Apresentação do Projeto:

pertinente

Objetivo da Pesquisa:

coerente com a justificativa

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

pertinente

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

projeto relevante

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

pertinente

Recomendações:

o projeto atende aos princípios éticos

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

recomendo aprovação

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Rua Frei Paulino, 30 - Centro Educ. e Adm. UFTM

Bairro: 2º andar - Sala H **CEP:** 38.025-180

UF: MG **Município:** UBERABA

Telefone: (34)3318-5854 **Fax:** (34)3318-5854 **E-mail:** cep@pesqpg.uftm.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
TRIÂNGULO MINEIRO - MG



Continuação do Parecer: 493.211

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

aprovado

UBERABA, 13 de Dezembro de 2013

Assinado por:

ANA PALMIRA SOARES DOS SANTOS
(Coordenador)

Prof. Ana Palmira Soares dos Santos
Coordenadora do CEP da UFTM

Endereço: Rua Frei Paulino, 30 - Centro Educ. e Adm. UFTM
Bairro: 2º andar - Sala H **CEP:** 38.025-180
UF: MG **Município:** UBERABA
Telefone: (34)3318-5854 **Fax:** (34)3318-5854 **E-mail:** cep@pesqpg.uftm.edu.br

ANEXO XI

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar do estudo **Quedas e violência contra idosos de Uberaba - MG**. Os avanços na área da saúde ocorrem através de estudos como este, por isso a sua participação é importante. Os objetivos deste estudo são: calcular a prevalência de quedas e de violência contra idosos; caracterizar o perfil do idosos que sofreram quedas e violência física e psicológica; verificar os preditores de quedas e de violência física e psicológica contra os idosos e, identificar *clusters* de quedas e violência contra idosos no município de Uberaba. Para participar você deverá responder umas perguntas sobre os seus dados pessoais e sua saúde. Além disto, realizar testes de desempenho funcional realizados pela verificação da sua força das mãos e sua capacidade de andar.

Você poderá obter todas as informações que quiser; e poderá não participar da pesquisa e o consentimento poderá ser retirado a qualquer momento. Pela participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro, mas haverá a garantia de que todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não serão de sua responsabilidade. Seu nome não aparecerá em qualquer momento do estudo, pois ele será identificado por um número.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, APÓS ESCLARECIMENTO

Eu, _____, li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo e qual procedimento ao qual serei submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper a minha participação na pesquisa a qualquer momento, sem justificar a decisão tomada e que isso não me afetará. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro por participar do estudo.

Uberaba,/...../.....

Assinatura do voluntário ou seu responsável legal

Documento de identidade: _____

Assinatura do pesquisador

Assinatura do entrevistador

Telefone de contato dos pesquisadores: (34) 3700-6015 / 3318-5881

Em caso de dúvida em relação a esse documento, você pode entrar em contato com o Comitê Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, pelo telefone 3318-5854.