

SAÚDE E AMBIENTE

V.8 • N.3 • 2021 - Fluxo Contínuo

ISSN Digital: 2316-3798

ISSN Impresso: 2316-3313

DOI: 10.17564/2316-3798.2021v8n3p201-215



A IMPORTANCIA DA INFORMAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E A ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO VES-13 EM IDOSOS

THE IMPORTANCE OF INFORMATION ON PRIMARY HEALTH
CARE AND VES-13 RISK STRATIFICATION IN ELDERLY GROUP

LA IMPORTANCIA DE LA INFORMACIÓN EN LA ATENCIÓN
PRIMARIA DE SALUD Y LA ESTRATIFICACIÓN DEL
RIESGO VES-13 EN ANCIANOS

Yara Beatriz Razente¹

Rafaela Gorla Finati²

Gabriel de Lazary Castro³

Maria Tereza Soares Rezende Lopes⁴

Ana Cláudia Baladelli Silva Cimardi⁵

RESUMO

Com aumento da população idosa no Brasil e no mundo, tornou-se imprescindível identificar suas fragilidades para organizar e direcionar o cuidado em saúde. O objetivo deste trabalho foi analisar idosos atendidos em uma Unidade Básica de Saúde do município do norte do Paraná, Brasil, segundo sua estratificação de risco, condições de saúde autorreferidas, perfil sociodemográfico, escolaridade e comorbidades associadas. Além disso, buscou-se realizar o mapeamento dos idosos estratificados na área de abrangência da unidade. Trata-se de um estudo exploratório-descritivo, quantitativo, realizado em 2019, que envolveu 180 idosos atendidos por demanda espontânea. Para estratificação utilizou-se a ferramenta *Vulnerable Elders Survey-13* (VES-13), que identificou 40% dos idosos como baixo risco, 13,3% como médio risco e 36,1% em alto risco, enquanto que 10,5% não tinham informações. Foi realizada análise estatística dos dados por meio de Teste Qui. Quadrado de Pearson e Razão de Chances (Odds-ratio). Apesar das dificuldades encontradas na coleta pela falta de disponibilidade dos dados, observou-se, entre os principais resultados, que existe uma relação entre o alto risco do idosos e as comorbidades, principalmente doenças cerebrovasculares e cardíacas, assim como existe relação entre exposição a fatores de risco e doenças, como a relação entre hipertensão e acidente vascular encefálico. Conclui-se que há extrema importância da atenção primária na estratificação e acompanhamento da população idosa, bem como na necessidade de melhorar o registro de dados, visando implementar o trabalho das equipes, pois compreende-se que a escassez de informações é fator limitante de análise no planejamento.

PALAVRAS-CHAVE

Idoso. Atenção Primária à Saúde. Assistência Integral à Saúde do Idoso.

ABSTRACT

With the increase in elderly population in Brazil and world, it has become essential to identify their weakness to organize and direct healthcare. The study aims to analyze elderly people attended at Health Basic Attention in a city of northern Paraná, Brazil according to their risk stratification, self-reported health conditions, sociodemographic profile, education and comorbidities. In addition, the mapping of the stratified elderly in the area covered by the unit, was organized. This is an exploratory, descriptive and quantitative study, executed in 2019, involving 180 elderly assisted by spontaneous demand. The *Vulnerable Elders Survey -13* (VES-13) tool was used to stratification, which identified 40% as low risk, 13,3% as medium risk and 36,1% at high risk, while 10,5% had no information. For statistical analysis was used Qui Quadrado Pearson test and Odds Ratio. Despite the findings in the collection due to the lack of data availability, was observed that there is a relationship between high risk and comorbidities, especially cerebrovascular and cardiac disease, as well as there is a relationship between exposure to risk factor and diseases, like the relationship between hypertension and stroke brain. It was also possible to find a large data gap in the research. There is an extreme importance of primary care in the stratification and monitoring of the elderly, as well as the need to improve data recording, aiming to implement the work of the teams, as it is understood that the scarcity of information is a limiting factor of analysis in planning.

KEYWORDS

Elderly. Primary Health Care. Comprehensive Health Care

RESUMEN

Con aumento de la población anciana en Brasil y mundo, se hizo imprescindible identificar sus debilidades, organizar y orientar la atención de salud. El objetivo de este estudio fue analizar los ancianos atendidos en una Unidad Básica de Salud en el municipio del norte de Paraná, Brasil, según su estratificación de riesgo, condiciones de salud autoinformadas, perfil sociodemográfico, educación y comorbilidades asociadas. Además, buscamos mapear los ancianos estratificados en el área cubierta por la unidad. Se trata de un estudio exploratorio-descriptivo, cuantitativo realizado en 2019, que involucró 180 ancianos atendidos por demanda espontánea. Para estratificación utilizó la herramienta

Vulnerable Elders Survey-13 (VES-13), que identificó 40% como bajo riesgo, 13,3% como riesgo medio y 36,1% como riesgo alto, mientras que el 10,5% no tenía información. El análisis estadístico usó teste Qui Cuadrado de Pearson y razón de probabilidades. A pesar de las dificultades encontradas em recopilación debido a falta de disponibilidad de datos, observó relación entre alto riesgo y comorbilidades, especialmente enfermedades cerebrovasculares y cardíacas, así como entre la exposición a factores de riesgo y enfermedades, como entre la hipertensión y accidente cerebrovascular. También fue posible encontrar una brecha de datos en la investigación. Se concluye que existe una extrema importancia de atención primaria en la estratificación y seguimiento de población anciana, así como en la necesidad de mejorar el registro de datos, con objetivo de implementar el trabajo de equipos, ya que se entiende que la escasez de la información es un factor limitante del análisis en la planificación.

PALABRAS CLAVE

Anciano; Atención Primaria de Salud; Atención Integral al Anciano

1 INTRODUÇÃO

Segundo as Nações Unidas, em 2019, viviam no mundo cerca de 705 milhões de indivíduos com idade acima de 65 anos, o que representava 9,3% da população mundial. De acordo com as projeções, este número tende a dobrar para 1,5 bilhões em 2050, elevando essa porcentagem para 22,7% (UNITED NATIONS, 2019).

O envelhecimento é acompanhado de diversas modificações fisiológicas, dentre elas físicas, cognitivas e sociais. Essa multidimensionalidade de transformações é essencial para que possam ser conhecidas as alterações da senescência e senilidade. A ausência de conhecimento sobre os determinantes individuais de cada idoso acarreta iatrogenias e condutas negligentes, sendo necessário sempre adequar as demandas de saúde em âmbito individual e coletivo, para que seja alcançada maior adesão e vínculo com o paciente (PEREIRA, 2014).

Existe uma relação considerável entre vulnerabilidade social e prevalência de fragilidade em idosos. As condições financeiras, escolaridade, dificuldade de acesso a serviços de saúde, os problemas de interação social com familiares e a própria posição do idoso no núcleo familiar são fatores que influenciam no desfecho de comorbidades (JESUS *et al.*, 2017).

Os idosos tendem a utilizar mais os serviços de saúde e apresentam maiores taxas de internação e permanência nos leitos hospitalares. Seus problemas de saúde são, em grande maioria, crônicos e múltiplos, requerendo tratamentos longos e onerosos. O envelhecimento populacional é um dos maiores desafios da atualidade em relação a prestação de serviços de saúde, ao ensino nessa mesma área e às políticas públicas (GOMES, 2018).

Dentro desse contexto, estratificar o risco do idoso se tornou uma abordagem necessária, principalmente na Atenção Primária à Saúde (APS). O instrumento de avaliação *Vulnerable Elders Sur-*

vey-13 (VES-13) tem sido utilizado nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e /ou técnicos de enfermagem, que sejam previamente treinados e que tenham o conhecimento necessário para identificar possíveis fragilidades (PARANÁ, 2014).

Trata-se de um questionário simples e eficaz que identifica a vulnerabilidade dos idosos na comunidade, principalmente abordando aspectos relacionados a idade, limitações físicas, autopercepção de saúde e doenças associadas a incapacidade (PARANÁ, 2014). Esta ferramenta não é um determinante de qualidade de vida, porém classifica o idoso em alto, médio e baixo risco, sendo está uma medida importante para a orientação de condutas dentro do Sistema Único de Saúde (SUS). Por esse motivo, torna-se necessário que os profissionais da APS estratifiquem o risco dos usuários, em suas respectivas áreas de abrangência e realizem os registros adequados nos sistemas de informação, visando favorecer a tomada de decisão e o planejamento de ações locais (SILVA *et al.*, 2019).

Os pacientes que são identificados como alto risco pelo VES-13 devem ter condutas diferentes, uma vez que, as condições gerais associadas ao idosos são também diferentes. Isso corrobora a ideia de Silva e colaboradores (2019) de que outros fatores, além da estratificação, devem ser levados em consideração, como doenças metabólicas, cardíacas, renais, respiratórias e de outros sistemas. A presença de scores elevados na estratificação VES-13, está associada com aumento do tempo de internação hospitalar e prejuízos de vida diária (KERMINEM *et al.*, 2020).

Com isso, o objetivo deste trabalho foi analisar idosos atendidos em uma Unidade Básica de Saúde de município do norte do Paraná-Brasil, segundo sua estratificação de risco e condições de saúde autorreferidas e relacionar com informações de perfil sociodemográfico, escolaridade, comorbidades associadas (diabetes, hipertensão, tabagismo, etilismo), entre outros.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo, de abordagem quantitativa, realizado com 180 idosos, 60 anos ou mais vinculados à UBS Jardim das Flores na cidade de Sarandi, PR, (23° 26' 38" S 51° 52' 26" O) (Figura 1), ao longo do ano de 2019.

Figura 1 – Município de Sarandi (em vermelho) dentro do Estado do Paraná, Brasil, 2020



Fonte: Google imagens (2020).

A variável dependente do estudo foi a vulnerabilidade, avaliada no estudo pelo instrumento *Vulnerable Elders Survey* (VES-13), que classifica o idoso em baixo, médio e alto risco. É composto por 13 itens, sendo eles: idade, auto percepção de saúde, capacidade física e funcional e varia de 0 a 13 pontos. Os idosos com escore ≥ 3 são considerados vulneráveis ou alto risco, com escore igual a 2, médio risco e com escore ≤ 1 são considerados não-vulneráveis, baixo risco ou robustos (SILVA *et al.*, 2019)

Dentre os 180 idosos deste estudo, 19 não possuíam registros de estratificação. Para complementar as informações, foi realizada uma segunda coleta de dados, por meio da consulta de cadastros, prontuários de pacientes, sistema de informação local e visitas domiciliares, com a utilização do questionário de Cadastro individual e Auto Referido de condições/situações de saúde. As variáveis independentes deste questionário usadas para complementar as informações deste estudo foram: escolaridade (analfabeto, escolarizado ou sem informações), sexo (feminino e masculino), deficiências gerais (sim ou não), tabagismo (sim ou não), Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes *Mellitus*, Acidente Vascular Encefálico, doenças cardíacas, doenças renais e respiratórias (BRASIL, 2014).

Nesta etapa da coleta, nem todas as informações estavam disponíveis e, portanto, para cada variável sem informação, foi identificado nas tabelas como “sem informação”. Além disso, nem todas as variáveis independentes foram utilizadas na análise devido à ausência de dados. As análises dos resultados a seguir estão relacionadas aos dados que estavam disponíveis no sistema e prontuários.

As análises estatísticas das variáveis foram realizadas a partir do Teste Qui Quadrado de Pearson, ao nível de significância de 0,05. Para relacionar eventos adversos e exposições, foi utilizado o teste de Razão de Chances (*Odds-Ratio*).

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Cesumar (UNICESUMAR) com número de parecer 3.614.903. Além disso, o trabalho contou com a utilização de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para garantir o anonimato de todas as informações coletadas.

3 RESULTADOS

Dentre os 180 idosos, foram identificados 72 de baixo risco (40,0%), 24 de médio risco (13,3%) e 65 de alto risco (36,1%). Além disso, 19 idosos encontravam-se sem registro de estratificação (10,0%). Com relação ao sexo, observou-se que 60,6% eram mulheres, sendo que 55,4% destas apresentaram-se com classificação de alto risco. Ao avaliar a relação entre as variáveis de classificação de risco VES-13 (alto, médio e baixo) e a alfabetização ou não do idoso, não foram encontradas relações significativas ($p=0,003$) entre os 63 idosos que possuíam essa informação. Também, quanto ao hábito de tabagismo, identificou-se que não houve relação direta com o risco do paciente ($p= 0,001$) (Tabela 1).

Tabela 1 – Características dos idosos atendidos na UBS Jardim das Flores, segundo estratificação de risco VES-13, Sarandi-PR, 2020

VARIÁVEIS	RISCO				TOTAL
	Baixo	Médio	Alto	Sem estratificação	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Sexo					
Feminino	23 (31,9%)	9 (37,5%)	29 (44,6%)	10 (52,6%)	71 (39,4%)
Masculino	49 (68,1%)	15 (62,5%)	36 (55,4%)	9 (47,4%)	109 (60,6%)
Escolaridade					
Analfabeto	2 (2,8%)	2 (8,3%)	11 (16,9%)	0 (0,0%)	15 (8,3%)
Alfabetizado	21 (29,2%)	6 (25,0%)	16 (24,6%)	5 (23,3%)	48 (26,8%)
Sem informação	49 (68,1%)	16 (66,7%)	38 (58,4%)	14 (73,7%)	117 (65,0%)
Tabagismo					
Sim	0 (0,0%)	1 (4,2%)	2 (3,1%)	0 (0,0%)	3 (1,7%)
Não	34 (47,2%)	11 (45,8%)	31 (47,4%)	13 (68,4%)	89 (49,4%)
Sem informação	38 (52,8%)	12 (50,0%)	32 (49,2%)	6 (31,6%)	88 (48,3%)
Total	72 (100,0%)	24 (100,0%)	65 (100,0%)	19 (100,0%)	180 (100,0%)

Fonte: Dados da pesquisa.

Ao relacionar a presença ou não de deficiências (físicas, mentais, visuais, auditivas, pacientes acamados e outras), com a classificação de risco em que se encontrava o idoso, dos 180 idosos, apenas 82 tinham essa informação. Foi possível estabelecer uma relação entre as variáveis ($p=0,395$), ou seja, existe uma associação entre o risco do paciente na estratificação e a presença de deficiências.

Com relação as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DNCT), como Diabetes Mellitus (DM) e Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), dentre os 92 idosos que tinham essa informação, foi encontrada uma relação entre o risco de estratificação do paciente e a presença da HAS ($p=0,804$), assim como para a DM ($p=0,879$). Quanto a doença renal, existe também uma relação entre o risco de estratificação e a doença ($p=0,697$) (Tabela 2).

Tabela 2 – Deficiências e Doenças Crônicas Não Transmissíveis, de acordo com a estratificação de risco VES-13, UBS Jardim das Flores, Sarandi, PR, 2020

VARIÁVEIS	RISCO				TOTAL
	Baixo	Médio	Alto	Sem estratificação	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Deficiência					
Sim	3 (4,2%)	2 (8,3%)	9 (31,9%)	0 (0,0%)	14 (7,7%)
Não	26 (36,1%)	9 (37,5%)	21 (32,3%)	12 (63,2%)	68 (37,7%)
Sem Informação	43 (59,7%)	13 (54,2%)	35 (35,8%)	7 (38,8%)	98 (54,5%)
Hipertensão					
Sim	23 (31,9%)	9 (37,5%)	19 (29,2%)	8 (42,1%)	59 (32,8%)
Não	11 (15,3%)	3 (12,5%)	14 (21,5%)	5 (26,3%)	33 (18,3%)
Sem informação	38 (52,8%)	12 (50,0%)	32 (49,2%)	6 (31,6%)	88 (48,9%)
Diabetes					
Sim	9 (12,5%)	5 (20,8%)	11 (16,9%)	3 (15,8%)	28 (15,6%)
Não	25 (34,7%)	7 (29,2%)	22 (33,8%)	10 (52,6%)	64 (35,6%)
Sem informação	38 (52,8%)	12 (50,0%)	32 (49,2%)	6 (31,6%)	88 (48,9%)

VARIÁVEIS	RISCO				TOTAL
	Baixo	Médio	Alto	Sem estratificação	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Acidente Vascular Encefálico (AVE)					
Sim	2 (2,8%)	1 (4,2%)	10 (16,9%)	0 (0,0%)	13 (7,2%)
Não	32 (44,4%)	11 (45,8%)	23 (35,4%)	13 (68,4%)	79 (43,9%)
Sem Informação	38 (52,8%)	12 (50,0%)	32 (49,2%)	6 (31,6%)	88 (48,9%)
Doença renal					
Sim	3 (4,2%)	2 (8,3%)	7 (10,8%)	0 (0,0%)	13 (7,2%)
Não	31 (43,1%)	10 (41,7%)	26 (40,0%)	13 (68,4%)	79 (43,9%)
Sem informação	38 (52,8%)	12 (50,0%)	32 (49,2%)	6 (31,6%)	88 (48,9%)
Doença cardíaca					
Sim	7 (9,7%)	1 (4,2%)	11 (16,9%)	1 (5,3%)	20 (11,1%)
Não	27 (37,5%)	11 (45,8%)	22 (33,8%)	12 (63,2%)	72 (40,0%)
Sem informação	38 (52,8%)	12 (50,0%)	32 (49,2%)	6 (31,6%)	88 (48,9%)

Fonte: Dados da pesquisa.

Ao analisar a relação entre a prevalência de HAS e de Acidente Vascular Encefálico (AVE), ambos na classificação de alto risco pelo VES-13, foi possível verificar um risco 4,3 vezes maior de chance de ocorrência de eventos cerebrovasculares nesta população. Ao comparar esses dados com as mesmas variáveis no baixo risco VES-13, encontrou-se um risco mínimo (0,45 vezes) de desenvolver esse evento (Tabela 2).

Além do AVE, foi possível associar a prevalência de HAS em população alto e baixo risco com a prevalência de doenças cardíacas. Verificou-se que pacientes classificados em alto risco com HAS

tinham 2,6 vezes mais chance de desenvolver doenças cardíacas, enquanto os baixos risco apresentavam um risco 1,25 vezes maior que os demais (Tabela 2).

Foi possível ainda demonstrar a relação entre a prevalência de DM em associação com as doenças renais, em que foi obtido um risco 1,6 vezes maior na população alto risco de desenvolvimento da doença renal (Tabela 2).

Além da coleta de dados, foi realizado o mapeamento da distribuição dos idosos de acordo com a estratificação de risco na área de abrangência da UBS Jardim das Flores, em Sarandi.

A figura 2 apresenta a área de abrangência da UBS Jardim das Flores, delimitada em linhas vermelhas dentro do município de Sarandi. As linhas internas em preto correspondem ao local de moradia dos idosos estratificados em cada uma dessas subáreas (1, 2 e 3), sendo que na subárea 1 concentraram-se os idosos com alto risco, na subárea 2 com médio risco e na subárea 3 com baixo risco. Essa coincidência pode ser levada em consideração pela Equipe de Saúde da Família da UBS, no que diz respeito à priorização das ações nestas áreas onde se concentraram os idosos que apresentaram risco na estratificação.

Figura 2 – Distribuição de prevalência de risco por subáreas na abrangência da UBS Jardim das Flores, Sarandi, 2020



Fonte: Dados da pesquisa.

4 DISCUSSÃO

Entre os idosos que apresentaram informações sobre a escolaridade, foi possível constatar que a grande parte era alfabetizada, o que pode significar um aspecto positivo, pois, de acordo com Silva e colaboradores (2019), idosos analfabetos funcionais não conseguem interpretar ou realizar operações simples, decorrente provavelmente de um baixo acesso à educação nas etapas iniciais da vida, prejudicando a funcionalidade de vida diária.

No que diz respeito às deficiências e incapacidades, os distúrbios mentais/visuais, por exemplo, dificultam o controle da postura e aumentam o risco de quedas, sendo associados com a incapacidade funcional e desfechos ruins e relevantes perante o contexto social do idoso e para o sistema de saúde (ALVES *et al.*, 2017). As limitações físicas e outras incapacidades são fatores importantes na estratificação do idoso por meio do VES-13 (ALVES *et al.*, 2017). No presente estudo, a relação entre as deficiências no geral e a estratificação de risco foi positiva entre aqueles que apresentaram essa condição, corroborando a literatura.

Ao analisar as comorbidades, principalmente as mais comuns como HAS, Diabetes Mellitus (DM), doença cardíaca, AVE e doenças renais, foi identificado maior frequência nos idosos estratificados como alto risco, confirmado pelos testes estatísticos apresentados. Com relação às Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), sabe-se que as doenças cardiovasculares em idosos são as maiores responsáveis por mortalidade e morbidade, sendo de 70 a 80% relacionadas com doenças coronarianas, tanto em mulheres como em homens (ASLAVSKY *et al.*, 2002). Silva e colaboradores (2019) observaram um alto índice de HAS entre os idosos (71,7%), corroborando os achados deste estudo. Nesse sentido, foi possível associar a relação significativa entre HAS e AVE no presente estudo, sendo esta relação amplamente já comprovada na literatura (MENDONÇA *et al.*, 2012); (BARBOSA *et al.*, 2009).

Hábitos de vida não saudáveis, como o tabagismo, por exemplo, tem importância significativa para a incidência de DCNT, já que a exposição prolongada está associada a efeitos deletérios e diminuição de expectativa de vida (GUERRA *et al.*, 2018). Porém, no presente estudo não houve relação significativa entre os riscos estratificados e o hábito do tabagismo.

O estudo de Menezes e colaboradores (2019) indicou 14,1% dos idosos analisados com DM e relacionou esses dados com os eventos cardiovasculares como AVE e doenças cardíacas. No presente estudo, encontrou-se que a presença de DM se apresentava com 0,6 vezes mais chance de evento cardíaco em pacientes alto risco e 1,14 vezes mais chance em pacientes baixo risco.

As terapias farmacológicas aliadas aos exercícios físicos praticados regularmente, correspondem a um importante fator para controle de DCNT. A HAS, por exemplo, esta diretamente relacionada ao Índice de massa Corporal (IMC) elevado e dislipidemias, o que demonstra a necessidade de ações de promoções de saúde com incentivo a prática de exercícios físicos adequados para cada risco (HORTÊNCIO *et al.*, 2018).

Campolina e colaboradores (2011) encontraram em seu trabalho, 5,4% dos idosos com AVE, com ligeira maioria das pessoas do sexo masculino. Os achados deste estudo com relação ao AVE foram superiores ao encontrado na literatura e demandam cuidado mais apurado por parte da equipe de saúde, não só ao idoso, mas também aos seus cuidadores que necessitam de informações para o cuidado. O AVE traz sofrimento, devido aos prejuízos físicos, cognitivos e sensoriais e torna a situação familiar complicada, principalmente devido aos cuidados específicos que este agravo exige, às mudanças inesperadas e à fragilidade, tanto social como psicológica a que o idoso e sua família ficam expostos (REIS *et al.*, 2016)

Quanto as doenças renais, essas podem implicar em pior qualidade de vida e fragilidade, dependendo da gravidade do problema (GESUALDO *et al.*, 2016). No presente estudo, foi possível associar a presença de DM como fator elevador de risco (1,6 vezes mais) para o desenvolvimento de problemas renais no grupo de estratificação alto risco. Tal relação já é comprovada na literatura, como afirma o estudo de Burmeister e colaboradores (2011) em que a DM é a principal causa de Insuficiência Renal Crônica.

Como um ponto relevante desta pesquisa, observou-se, como já foi comentado anteriormente, um grande número de informações não registradas nos documentos avaliados que pudessem ampliar as análises. Sabe-se que o aumento da população idosa e das DCNT demandam políticas públicas adequadas para essa população, à depender de suas características (RIBEIRO *et al.*, 2019) e, portanto, as informações são fundamentais para orientar o planejamento das atividades.

Nesse sentido, é importante analisar as informações à luz da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que define como atribuição de todos os profissionais de saúde da atenção básica a tarefa de cadastrar e manter atualizado o sistema de dados de saúde das famílias e dos indivíduos no sistema de informação vigente, utilizando as informações para a análise da situação de saúde, priorizando as situações que merecem melhor monitoramento por parte da equipe (BRASIL, 2017).

Todo o processo de acolhimento e organização da equipe deve ser organizado, visando promover a continuidade do cuidado, a construção de vínculos e a garantia de bons resultados finais. Nessa sistemática, a Estratificação de Risco é essencial, bem como o seu registro no prontuário e nos sistemas de informação, pois revelam condições de saúde, informações clínicas, sociais, econômicas, familiares e outros, para que seja determinada a complexidade clínica do paciente e assim possa ser orientada a conduta correta para um cuidado integral mais fortalecido (BRASIL, 2017).

A gestão local deve conhecer o território de cada Equipe de Saúde da Família, e esta deve estabelecer as áreas prioritárias de atuação para programar atividades compatíveis com o perfil e as necessidades do local. São utilizados diversos elementos cartográficos: ambientais, históricos, demográficos, geográficos, econômicos, sanitários, sociais, culturais etc. É importante manter este processo atualizado, uma vez que o território é vivo. Nesse processo, a Vigilância em Saúde (sanitária, ambiental, epidemiológica e do trabalhador) e a Promoção da Saúde se mostram como referenciais essenciais para a identificação da rede de causalidades e dos elementos que exercem determinação sobre o processo saúde-doença, auxiliando na percepção dos problemas de saúde da população por parte da equipe e no planejamento das estratégias de intervenção (JUSTO *et al.*, 2017).

O mapeamento dos idosos segundo a estratificação de risco, conforme demonstrado na Figura 2 é relevante, pois permite traçar planos de ação regionalizados e preparar os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para atuar na sua microárea, segundo o perfil de sua comunidade. Auxilia na visualização das áreas mais vulneráveis, ou seja, alto risco, para que possam ser direcionadas ações, visando a melhoria da qualidade de vida.

No que diz respeito ao financiamento da APS, recentemente houve uma atualização no seu formato, ampliando os recursos federais para aumentar os atendimentos, ter mais resolutividade e ampliar as responsabilidades do gestor local, uma vez que a APS é porta de entrada do sistema. Esse investimento é direcionado para melhorar a capacidade de gestão e alcançar resultados melhores nas ações realizadas e nos indicadores de saúde e exige melhores estratégias de ação e ferramentas de territorialização para o cadastramento da população (BRASIL, 2020).

Apesar dessas políticas públicas implantadas no Brasil para valorizar a APS, a falta de informação foi um ponto importante destacado nesta pesquisa e evidenciou que mesmo com definições nas políticas públicas, a disponibilização de dados ainda é muito incipiente na UBS do estudo.

Nesse sentido, foi possível observar durante a coleta de dados as dificuldades pelas quais a população de Sarandi enfrenta, relacionadas ao acesso aos serviços, como também a falta de profissionais nas equipes, problemas no processo de trabalho nas mesmas, falta de equipamentos, sistemas de informação ainda em fase de implantação, entre outros. A APS apresenta-se sem estrutura condizente com as necessidades locais e não oferece as respostas necessárias para o enfrentamento dos principais problemas.

De acordo com o observado pela pesquisa e campo de estágio, Sarandi é um município com características favoráveis à vulnerabilidade, uma vez que possui um fluxo econômico baixo e escassez de profissionais da saúde, devido à proximidade com grandes centros, que atraem o público. Além disso, muitas famílias vivem em condições precárias de saneamento básico e água tratada, além de terem baixos níveis educacionais. Todas estas condições requerem políticas públicas adequadas que visem a redução dessas iniquidades.

5 CONCLUSÃO

Os resultados analisados mostraram que existe uma grande prevalência de doenças associadas entre os idosos classificados como alto risco pelo VES-13, principalmente doenças cardíacas, deficiências, DM, HAS e AVE. Foi ainda possível relacionar variáveis entre si e estimar riscos de exposição e doença, principalmente no caso da relação entre HAS e AVE. Além disso, verificou-se uma prevalência maior destas doenças nos idosos estratificados como médio e alto risco, evidenciando a importância de realizar diagnósticos precoces para abordagens específicas e individuais cada vez mais completas.

A grande prevalência de doenças crônicas e comorbidades encontradas nos idosos do estudo demonstraram um grande risco prognóstico na evolução de saúde, que podem gerar problemas de origem psicológica e social, além de risco de dependência funcional de outros familiares. Tais limitações mostram que é necessário que o município de Sarandi fortaleça as políticas públicas voltadas à população vulnerável, mediante maior desprendimento de organização e recursos financeiros para preparo profissional, adequação de estrutura de equipes, melhoria de acolhimento em Unidades de Saúde e conscientização da população adscrita.

Finalmente, a escassez de informações, que foi um ponto importante na pesquisa, limitou a análise, mas permitiu que esta fragilidade do sistema de saúde fosse evidenciada, no que diz respeito a coleta de dados efetiva preconizada pela PNAB.

REFERENCIAS

ALVES, R.L.T. *et al.* Avaliação dos fatores de risco que contribuem para queda em idosos. **Rev Bras Geriatr Gerontol**, v. 20, n. 1, p. 59-69, 2017.

ASLAVSKY, C.; GUS, I. Idoso: doença cardíaca e comorbidades. **Arq Bras Cardiol**, v. 79, n. 6, p. 635-639, 2002.

BARBOSA, M.A.R. *et al.* Prevalência de hipertensão arterial sistêmica nos pacientes portadores de acidente vascular encefálico, atendidos na emergência de um hospital público terciário. **Rev Bras Clín Méd**, v. 7, p. 57-360, 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária a SAÚDE (APS). **Nota técnica nº 306/2020-CGFAP/DESF/SAPS/MS**. Brasília: MS. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2017. Acesso em: 22 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. **Cadernos de Atenção Básica** – nº 19. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **e-SUS Atenção Básica: manual do sistema com coleta de dados simplificada: CDS**. Secretaria-Executiva. Brasília, 2014.

BURMEISTER, J.E. *et al.* Prevalência de *diabetes mellitus* em pacientes renais crônicos sob hemodiálise em Porto Alegre, Brasil. **J. Bras Nefrol**, v. 34, n. 2, p. 117-121, 2012.

CAMPOLINA, A.G. *et al.* Impacto da doença crônica na qualidade de vida de idosos da comunidade em São Paulo (SP, Brasil). **Ciêns saúde col**, v. 16, n. 6, p. 2919-2925, 2011.

GESUALDO; G.D. *et al.* Fatores associados à fragilidade de idosos com doença renal crônica em hemodiálise. **Ciêns saúde col**, v. 21, n. 11, p. 3493-3498, 2016.

GOMES, M.C.P.A.; THIOLENT, J. M. Estudo de caso: os idosos no serviço de Atenção Primária à Saúde. **Hygeia**, v. 14, n. 30, p. 1-16, 2018.

GUERRA, A.A. *et al.* Prevalência de tabagismo em idosos usuários de Unidades Básicas no Município de Santos/SP. In: VII Encontro Nacional de Pós-Graduação, **Anais do VII Encontro Nacional de Pós-Graduação**, v. 2, n. 1, p. 304-308. Santos, SP, 2018.

HORTÊNCIO, M.N.S. *et al.* Efeitos de exercícios físicos sobre fatores de risco cardiovascular em idosos hipertensos. **Rev Bras Prom Saúde**, v. 31, n. 2, p. 1 – 9, 2018.

JESUS, I.T.M. *et al.* Fragilidade de idosos em vulnerabilidade social. **Acta Paul Enferm**, v. 30, n. 6, p. 614 – 620, 2017.

JUSTO, L.G. *et al.* A territorialização da atenção básica: um relato de experiência na formação médica. **Interface Comunic Saúde Educ**, v. 21(supl.1), p. 1345-1354, 2017.

KERMINEM, H. *et al.* Frailty Index and functional level upon admission predict hospital outcomes: an interRAI-based cohort study of older patients in post-acute care hospitals. **BMC Geriatr**, v. 20, art. 160, 2020.

MENDONÇA, L.B.A. *et al.* Acidente vascular encefálico como complicação da hipertensão arterial: quais são os fatores intervenientes? **Esc Anna Nery**, v. 16, n. 2, p. 340 – 346, 2012.

MENEZES, T.N.; OLIVEIRA, E.C.T. Validade e concordância do diabetes mellitus referido em idosos. **Ciêñ Saúde Col**, v. 24, p. 27-34, 2019.

PARANÁ. Oficina da APSUS – saúde do idoso na atenção primária à saúde. **Oficina 9**. Governo do Estado do Paraná. 2014.

PEREIRA, A.M.V.B. Saúde do idoso na atenção primária. Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde – APSUS. **Oficina 9**. Saúde do Idoso. 2014 Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Apsus_cadero9_1208_14_alta.pdf. Acesso em: 8 maio 2020.

REIS, R.D. *et al.* Significados, para os familiares, de conviver com um idoso com sequelas de Acidente Vascular Cerebral (AVC). **Interface Comunic Saúde Educ**, v. 21, p. 641-650, 2016.

RIBEIRO, I.A. *et al.* Frailty syndrome in the elderly in elderly with chronic diseases in Primary Care. **Rev Esc Enferm USP**, v. 53, e03449, 2019.

SILVA, S.M. *et al.* Pontos de corte VES-13 e WHOQOL-bref para detectar qualidade de vida em idosos na atenção primária à saúde. **Rev Saude Publ**, v. 53, n. 26, p. 1 – 7, 2019.

UNITED NATIONS. Department of Economic and Social Affairs. **World Population Ageing 2019. Highlights**. United Nations: New York, 2020.

Recebido em: 15 de Março de 2021

Avaliado em: 10 de Maio de 2021

Aceito em: 10 de Maio de 2021



A autenticidade desse artigo pode ser conferida no site <https://periodicos.set.edu.br>

1 Acadêmica do Curso de Medicina – Unicesumar.

E-mail: yara.razente@alunos.unicesumar.edu.br

2 Acadêmica do Curso de Medicina – Unicesumar.

E-mail: ra-1803495-2@alunos.unicesumar.edu.br

3 Acadêmico do Curso de Medicina – Unicesumar.

E-mail: ra-1806033-2@alunos.unicesumar.edu.br

4 Mestre em Enfermagem; Professora do curso de Medicina – Unicesumar. E-mail: maria.lopes@unicesumar.edu.br

5 Doutora em Odontologia em Saúde Coletiva; Professora do curso de Medicina – Unicesumar.

E-mail: ana.cimardi@unicesumar.edu.br



Este artigo é licenciado na modalidade acesso abertosob a Atribuição-Compartilha Igual CC BY-SA

