

ANÁLISE DE IMPLANTAÇÃO DE PLANO DE CUIDADO À SAÚDE DE PESSOAS IDOSAS EM INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA NO INTERIOR DO RIO GRANDE DO SUL

ANALYSIS OF THE IMPLEMENTATION OF A HEALTH CARE PLAN FOR THE ELDERLY IN A LONG-STAY INSTITUTION IN THE INTERIOR OF RIO GRANDE DO SUL

ANDRESSA DUARTE SEEHABER¹; MELISSA AGOSTINI LAMPERT²
KAYLA ARAÚJO XIMENES AGUIAR PALMA³

¹ Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Santa Maria, RS, Brasil.

² Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Santa Maria, RS, Brasil.

³ Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Departamento de Terapia Ocupacional. Santa Maria, RS, Brasil.

*Autor correspondente: Andressa Duarte Seehaber. ORCID 0009-0008-6581-5661. Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Santa Maria, RS, Brasil. CEP 97105-215. Telefone: (55) 996828081. Email: andressa.dseehaber@gmail.com

RESUMO

Introdução: O aumento da expectativa de vida e o predomínio da mortalidade por doenças crônicas não-transmissíveis têm aumentado o número de indivíduos precisando de cuidados de longa duração, como os encontrados em instituições de longa permanência para pessoas idosas (ILPI). **Objetivo:** Desenvolver um roteiro para a elaboração de um plano de cuidados à saúde de pessoas idosas residentes em uma ILPI. **Materiais e métodos:** Foram incluídos indivíduos com 60 anos ou mais residentes em uma ILPI no interior do Rio Grande do Sul, no Sul do Brasil, de março a dezembro de 2023 e excluídas as pessoas idosas que foram a óbito ou deixaram de residir na ILPI antes da elaboração do plano de cuidado. As análises estatísticas foram realizadas por meio do Programa Estatístico R Core Team (2023). **Resultados:** Dos 36 moradores do abrigo 31 foram incluídos na análise. A idade mínima dos participantes foi de 62 anos, com média de 78 anos, mediana de 77 anos e idade máxima de 97 anos. A maioria dos participantes era do sexo feminino (64,52%) e foi considerada frágil (96,77%). O plano de cuidado das pessoas idosas foi elaborado a

partir do diagnóstico funcional global, o qual detalha os domínios acometidos na aplicação do IVCF-20. A partir do fluxograma de encaminhamento por estratos clínico funcionais, dezenove pessoas idosas consultaram em serviço especializado, 14 (45,16%) no HRSM e 5 (16,13%) no HUSM. **Conclusão:** A implantação de um plano de cuidado em ILPI foi considerada eficaz por identificar a fragilidade e as síndromes geriátricas ativamente, auxiliando no direcionamento de condutas mais assertivas na abordagem do idoso frágil institucionalizado.

Palavras-chave: Plano de Cuidado. Pessoas idosas. Instituição de Longa Permanência.

ABSTRACT

Introduction: The increase in life expectancy and the predominance of mortality due to non-communicable chronic diseases have raised the number of individuals requiring long-term care, such as that provided in long-term care institutions for the elderly (LTCFs). **Objective:** To develop a guideline for creating a health care plan for elderly residents in LTCFs. **Materials and Methods:** Individuals aged 60 years or older residing in an LTCFs in the interior of Rio Grande do Sul, Southern Brazil, from March to December 2023, were included, while elderly individuals who passed away or left the LTCFs before the care plan was developed were excluded. Statistical analyses were conducted using the R Core Team Statistical Program (2023). **Results:** Out of the 36 shelter residents, 31 were included in the analysis. The minimum participant age was 62 years, with a mean of 78 years, a median of 77 years, and a maximum of 97 years. Most participants were female (64.52%) and considered frail (96.77%). The elderly care plan was developed based on a global functional diagnosis, detailing the affected domains as per the application of the IVCF-20. From the referral flowchart by clinical-functional strata, nineteen elderly individuals consulted specialized services, 14 (45.16%) at HRSM and 5 (16.13%) at HUSM. **Conclusion:** Implementing a care plan in LTCFs was deemed effective as it actively identified frailty and geriatric syndromes, assisting in directing more assertive approaches to the care of frail institutionalized elderly individuals.

Keywords: *Care Plan. Elderly. Long-stay institution*

INTRODUÇÃO

A transição demográfica é uma realidade mundial e pode ser vista no Brasil. Os dados do Censo Demográfico revelam um aumento na proporção de pessoas idosas de 10,8% para 15,6% entre 2010 e 2022. Para além do envelhecimento populacional, no Brasil houve um crescimento na razão de dependência econômica dos indivíduos com 65 anos ou mais em relação à população economicamente ativa nos últimos 10 anos. Tais tendências geram uma escassez no número de cuidadores disponíveis para prestação de cuidados à população de pessoas idosas no domicílio. (CENSO, 2023).

O aumento da expectativa de vida e o predomínio da mortalidade por doenças crônicas não-transmissíveis têm aumentado o número de indivíduos precisando de cuidados de longa duração. No contexto de famílias menos numerosas, as instituições de longa permanência para pessoas idosas (ILPI) se tornam uma opção para suprir a crescente demanda por assistência durante um período de vida com aumento das necessidades biopsicossociais (LOURENÇO; SANTOS, 2020).

Segundo o Serviço de Acolhimento para Pessoas Idosas do Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome, um Abrigo Institucional é caracterizado como: “atendimento em unidade institucional com característica domiciliar que acolhe pessoas idosas com diferentes necessidades e graus de dependência”. Segundo Lini, Portella, Doring (2016), comprometimento cognitivo e dependências funcionais parecem estar mais associadas à institucionalização do que a idade avançada. Portanto, as ILPIs tradicionalmente acolhem indivíduos com maiores demandas em relação aos cuidados em saúde.

Frente à diversidade de padrões de dependência funcional aliada à coexistência de patologias variadas nas pessoas idosas institucionalizadas, surge uma crescente demanda por padronizar o atendimento levando em conta as peculiaridades do cuidado desses indivíduos. No cerne dessas peculiaridades está inserido o conceito de fragilidade. Lacas e Rockwood (2012) trazem que a fragilidade corresponde a uma vulnerabilidade variável em relação aos desfechos adversos em saúde para pessoas com a mesma idade. Dentre esses desfechos, destaca-se a maior incidência de quedas, hospitalizações e óbitos nos indivíduos considerados frágeis (BARBOSA; MANSUR; COLUGNATI, 2017). Existem ainda dois outros modelos de fragilidade utilizados na área da Geriatria. O fenótipo da fragilidade, descrito em 2001 por Linda Fried, que foi definido como a presença de 3 ou mais de 5 critérios - perda de peso não intencional, exaustão autorrelatada, fraqueza, velocidade de marcha reduzida e baixo nível de atividade física (FRIED et al., 2001).

E mais recentemente o Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional-20 (IVCF-20), um instrumento para a identificação inicial do idoso de risco (MORAES et al., 2016).

No âmbito da complexidade envolvida no atendimento de pessoas idosas frágeis, emerge a necessidade de profissionais nas áreas de Geriatria e Gerontologia com formação adequada para suprir as demandas de saúde desses indivíduos. Sendo assim, em concordância com o estabelecido na Resolução nº16, de 6 de julho de 2021, do Conselho Nacional de Residência Médica, está incluído como parte do estágio no segundo ano do Programa de Residência Médica em Geriatria do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) / UFSM o treinamento direcionado às competências essenciais para médicos geriatras com relação à organização e à gestão das ILPIs. Conforme as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG) para a Residência Médica em Geriatria, este treinamento deve corresponder a 20% da carga horária anual, totalizando 576 horas em ILPI (GORDILHO et al., 2011). Assim, o objetivo deste estudo é desenvolver um roteiro para a elaboração de um plano de cuidados à saúde de pessoas residentes em uma ILPI.

MÉTODOS

O presente estudo é um recorte do projeto “Efeitos físicos, cognitivos, psicológicos e sociais do processo de envelhecimento e do cuidar de pessoas idosas”, o qual foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética do Hospital Universitário de Santa Maria (Certificado de Apresentação de Apreciação Ética: 55447621.2.0000.5346). Trata-se de um estudo longitudinal descritivo com amostra de conveniência. A coleta de dados foi realizada pela equipe assistente como parte da rotina de assistência, sem obtenção de amostras específicas ou aplicação de intervenções voltadas à realização do estudo. Os dados utilizados foram analisados e serão publicados de forma anônima, sendo que os pesquisadores assumiram confidencialidade com relação aos dados (Apêndice A). Frente ao apresentado, não foi necessário Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, já que a construção do plano de cuidados e o encaminhamento das pessoas idosas aos serviços especializados ocorreram independentemente do presente estudo.

Foram incluídos indivíduos com 60 anos ou mais residentes no Abrigo Espírita Oscar José Pithan de março a dezembro de 2023, com os quais a ILPI tenha

celebrado contrato formal de prestação de serviço ou, em caso de impossibilidade, com seus responsáveis legais ou curadores. Foram excluídos os pessoas idosas que foram a óbito ou deixaram de residir na ILPI antes da elaboração do plano de cuidado.

Para o desenvolvimento do plano de cuidado à saúde dos pessoas idosas institucionalizados no Abrigo Espírita Oscar José Pithan foi realizada, inicialmente, uma reunião entre a preceptoria do Serviço de Geriatria do HUSM e as médicas residentes a atuarem na ILPI a partir de março de 2023, como parte do estágio do segundo ano do Programa de Residência Médica em Geriatria do HUSM/UFSM. O objetivo do encontro foi estabelecer o cronograma de atividades do ano letivo de 2023 e as metas referentes à assistência junto à instituição parceira. Ficou acordado que a inserção da residência médica no abrigo aconteceria com periodicidade semanal sob supervisão da preceptora responsável pelo programa. Nesta ocasião foi definido como ponto de partida para a construção dos planos de cuidados a aplicação do instrumento IVCF-20 pelos profissionais de saúde atuantes na ILPI (Figura 1), já que é o instrumento preconizado para a triagem inicial e estratificação da pessoa idosa brasileira desde 2019 (SECRETARIA DE SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL, 2023).

O IVCF-20 é um questionário com 20 itens divididos em 8 sessões que consideram na pontuação total idade, autopercepção da saúde, atividades de vida diária, cognição, humor, mobilidade, comunicação e comorbidades múltiplas. A pontuação máxima neste instrumento é de 40 pontos, sendo maior o risco de vulnerabilidade clínico funcional quanto maior o valor obtido na aplicação do teste (MORAES, et al., 2016). O questionário foi aplicado pelas residentes do 2º ano de Geriatria, após a capacitação em módulo do curso Geriatria Aplicada à Prática Clínica, diretamente com os moradores e as respostas foram confirmadas com a enfermeira, técnicos em enfermagem e cuidadores da ILPI.

Após a definição dos domínios acometidos, ampliou-se a avaliação através da aplicação de mais duas escalas, a primeira para avaliar a realização de atividades básicas de vida diária (ABVD) – Katz (Figura 2), e a segunda para atividades instrumentais de vida diária (AIVD) – Lawton (Quadro 1). Concomitantemente, os prontuários foram revisados pela equipe médica em busca de informações referentes a diagnósticos atuais, tratamentos farmacológicos e não-farmacológicos, assim como eventos nos últimos 6 meses (internações e atendimentos em unidades de emergência).

Essa sequência tinha por objetivo direcionar a classificação clínico funcional dos moradores (Figura 3), que seria posteriormente utilizada como base para a construção do plano de cuidados, inclusive no que tange ao encaminhamento para os serviços de referência, partindo do preconizado regionalmente.

Figura 1 - Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional-20

ÍNDICE DE VULNERABILIDADE CLÍNICO-FUNCIONAL-20 www.ivcf20.com.br			Pontuação
Responda às perguntas abaixo com a ajuda de familiares ou acompanhantes. Marque a opção mais apropriada para a sua condição de saúde atual. Todas as respostas devem ser confirmadas por alguém que conviva com você. Nos idosos incapazes de responder, utilizar as respostas do cuidador.			
IDADE	1. Qual é a sua idade?	<input type="checkbox"/> 60 a 74 anos ⁰ <input type="checkbox"/> 75 a 84 anos ¹ <input type="checkbox"/> ≥ 85 anos ²	
AUTO-PERCEÇÃO DA SAÚDE	2. Em geral, comparando com outras pessoas de sua idade, você diria que sua saúde é:	<input type="checkbox"/> Excelente, muito boa ou boa ⁰ <input type="checkbox"/> Regular ou ruim ¹	
ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA	AVD Instrumental <small>Respostas positivas valem 4 pontos cada. Todavia, a pontuação máxima do item é de 4 pontos, mesmo que o idoso tenha respondido sim para todas as questões 3, 4 e 5.</small>	3. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de fazer compras? <input type="checkbox"/> Sim ² <input type="checkbox"/> Não ou não faz compras por outros motivos que não a saúde	Máximo 4 pts
		4. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de controlar seu dinheiro, gastos ou pagar as contas de sua casa? <input type="checkbox"/> Sim ² <input type="checkbox"/> Não ou não controla o dinheiro por outros motivos que não a saúde	
		5. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de realizar pequenos trabalhos domésticos, como lavar louça, arrumar a casa ou fazer limpeza leve? <input type="checkbox"/> Sim ² <input type="checkbox"/> Não ou não faz mais pequenos trabalhos domésticos por outros motivos que não a saúde	
	AVD Básica	6. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de tomar banho sozinho? <input type="checkbox"/> Sim ² <input type="checkbox"/> Não	
COGNIÇÃO		7. Algum familiar ou amigo falou que você está ficando esquecido? <input type="checkbox"/> Sim ² <input type="checkbox"/> Não	
		8. Este esquecimento está piorando nos últimos meses? <input type="checkbox"/> Sim ² <input type="checkbox"/> Não	
		9. Este esquecimento está impedindo a realização de alguma atividade do cotidiano? <input type="checkbox"/> Sim ² <input type="checkbox"/> Não	
HUMOR		10. No último mês, você ficou com desânimo, tristeza ou desesperança? <input type="checkbox"/> Sim ² <input type="checkbox"/> Não	
		11. No último mês, você perdeu o interesse ou prazer em atividades anteriormente prazerosas? <input type="checkbox"/> Sim ² <input type="checkbox"/> Não	
MOBILIDADE	Alcance, preensão e pinça	12. Você é incapaz de elevar os braços acima do nível do ombro? <input type="checkbox"/> Sim ² <input type="checkbox"/> Não	Máximo 2 pts
		13. Você é incapaz de manusear ou segurar pequenos objetos? <input type="checkbox"/> Sim ² <input type="checkbox"/> Não	
	Capacidade aeróbica e /ou muscular	14. Você tem alguma das quatro condições abaixo relacionadas? • Perda de peso não intencional de 4,5 kg ou 5% do peso corporal no último ano ou 6 kg nos últimos 6 meses ou 3 kg no último mês (); • Índice de Massa Corporal (IMC) menor que 22 kg/m ² (); • Circunferência da panturrilha a < 31 cm (); • Tempo gasto no teste de velocidade da marcha (4m) > 5 segundos (). <input type="checkbox"/> Sim ² <input type="checkbox"/> Não	
	Marcha	15. Você tem dificuldade para caminhar capaz de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? <input type="checkbox"/> Sim ² <input type="checkbox"/> Não	
	16. Você teve duas ou mais quedas no último ano? <input type="checkbox"/> Sim ² <input type="checkbox"/> Não		
	Continência esfunteriana	17. Você perde urina ou fezes, sem querer, em algum momento? <input type="checkbox"/> Sim ² <input type="checkbox"/> Não	
COMUNICAÇÃO	Visão	18. Você tem problemas de visão capazes de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? É permitido o uso de óculos ou lentes de contato. <input type="checkbox"/> Sim ² <input type="checkbox"/> Não	
	Audição	19. Você tem problemas de audição capazes de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? É permitido o uso de aparelhos de audição. <input type="checkbox"/> Sim ² <input type="checkbox"/> Não	
COMORBIDADES MÚLTIPLAS	Polipatologia	20. Você tem alguma das três condições abaixo relacionadas? • Cinco ou mais doenças crônicas (); • Uso regular de cinco ou mais medicamentos diferentes, todo dia (); • Internação recente, nos últimos 6 meses (). <input type="checkbox"/> Sim ⁴ <input type="checkbox"/> Não	Máximo 4 pts
	Polifarmácia		
	Internação recente (<6 meses)		
PONTUAÇÃO FINAL (40 pontos)			

Fonte: (MORAES et al., 2016)

Figura 2 - Adaptação transcultural da Escala de Independência em Atividades da Vida Diária - Escala de Katz

Escala de Independência em Atividades da Vida Diária: a escala de independência em atividades da vida diária é baseada numa avaliação da independência ou dependência funcional de pacientes ao tomar banho, vestir-se, ir ao vaso sanitário, transferir-se, manter-se continente e alimentar-se.

	Independente	Dependente
Tomar banho (leito, chuveiro ou banheira) ou toma banho sozinho	Requer ajuda somente para lavar uma única parte do corpo (como as costas ou membro deficiente) ou não toma banho sozinho	Requer ajuda para lavar mais de uma parte do corpo, ou para entrar ou sair da banheira,
Vestir-se	Pega as roupas nos armários e gavetas, veste-as, coloca órteses ou próteses, manuseia fechos. Exclui-se o ato de amarrar sapatos	Veste-se apenas parcialmente ou não se veste sozinho
Uso do vaso sanitário	Vai ao vaso sanitário, senta-se e levanta-se do vaso; ajeita as roupas, faz a higiene íntima (pode usar comadre ou similar somente à noite e pode ou não estar usando suportes mecânicos)	Usa comadre ou similar, controlado por terceiros, ou recebe ajuda para ir até o vaso sanitário e usá-lo
Transferência	Deita-se e sai da cama sozinho, senta e se levanta da cadeira sozinho (pode estar usando objeto de apoio)	Requer ajuda para deitar na cama ou sentar na cadeira, ou para levantar-se; não faz uma ou mais transferências
Continência	Micção e evacuação inteiramente autocontroladas	Incontinência parcial ou total para micção ou evacuação; controle parcial ou total por enemas e/ou catéteres; uso de urinóis ou comadre controlado por terceiros
Alimentação	Leva a comida do prato (ou de seu equivalente) à boca. O corte prévio da carne e o preparo do alimento, como passar manteiga no pão, são excluídos da avaliação	Requer ajuda para levar a comida do prato (ou de seu equivalente) à boca; não come nada ou recebe alimentação parenteral

Nota: independência significa a realização dos atos citados sem supervisão, orientação ou assistência pessoal ativa, exceto nos casos especificamente descritos abaixo. Esta avaliação é baseada no real desempenho e não na habilidade. Um paciente que se recusa a executar uma função é considerado como não a tendo executado, mesmo que se julgue ser ele capaz.

Fonte: (LINO, et al., 2008)

Quadro 1 – Escala de Lawton

Atividade		Avaliação	
1	O(a) Sr (a) consegue usar o telefone?	Sem ajuda	3
		Com ajuda parcial	2
		Não consegue	1
2	O(a) Sr (a) consegue ir a locais distantes, usando algum transporte, sem necessidade de planejamentos especiais?	Sem ajuda	3
		Com ajuda parcial	2
		Não consegue	1
3	O(a) Sr (a) consegue fazer compras?	Sem ajuda	3
		Com ajuda parcial	2
		Não consegue	1
4	O(a) Sr (a) consegue preparar suas próprias refeições?	Sem ajuda	3
		Com ajuda parcial	2
		Não consegue	1
5	O(a) Sr (a) consegue arrumar a casa?	Sem ajuda	3
		Com ajuda parcial	2

		Não consegue	1
6	O(a) Sr (a) consegue fazer trabalhos manuais domésticos, como pequenos reparos?	Sem ajuda	3
		Com ajuda parcial	2
		Não consegue	1
7	O(a) Sr (a) consegue lavar e passar sua roupa?	Sem ajuda	3
		Com ajuda parcial	2
		Não consegue	1
8	O(a) Sr (a) consegue tomar seus remédios na dose e horários corretos?	Sem ajuda	3
		Com ajuda parcial	2
		Não consegue	1
9	O(a) Sr (a) consegue cuidar de suas finanças?	Sem ajuda	3
		Com ajuda parcial	2
		Não consegue	1
Total			_____ pontos

Fonte: (Ministério da Saúde, 2006)

Para a análise foram consideradas as seguintes variáveis: idade como variável contínua, idade por categoria (60 a 74 anos; 75 a 84 anos e 85 anos ou mais), sexo e estratos clínicos funcionais. Também foram usados como referências nos estratos os locais onde o idoso consultou ou deveria consultar (Tabela 1). As análises foram realizadas por meio do Programa Estatístico R Core Team (2023). Serão apresentadas as frequências absolutas e relativas das variáveis qualitativas para cada categoria e a mediana como medida de tendência central.

Ainda, a partir dos dados supracitados serão analisadas as etapas de implantação do plano de cuidado dividindo-as em categorias: aplicação das escalas e revisão dos prontuários, classificação clínico funcional e consulta em serviço especializado.

Figura 3 - Estratificação de risco clínico-funcional

Idoso robusto – ausência de declínio funcional	Estrato 1	Idosos que se encontram no grau máximo de vitalidade Idosos independentes para todas as AAVD, AIVD e ABVD Ausência de doenças ou fatores de risco, exceto a própria idade Envelheceram livres de doenças e não apresentam outra condição de saúde preditora de desfechos adversos
	Estrato 2	Idosos independentes para todas as AAVD, AIVD e ABVD Apresentam condições de saúde de menor complexidade clínica, como a hipertensão arterial controlada e sem lesão de órgão-alvo ou <i>diabetes mellitus</i> controlado e sem lesão de órgão-alvo E/OU Apresentam fatores de risco gerais, como tabagismo, dislipidemia, osteopenia, depressão leve, dentre outros
	Estrato 3	Idosos independentes para todas as AAVD, AIVD e ABVD Apresentam doenças crônico-degenerativas com base em critérios diagnósticos bem estabelecidos e de maior complexidade clínica, como hipertensão arterial descontrolada ou com lesão de órgão-alvo, <i>diabetes mellitus</i> descontrolado ou com lesão de órgão-alvo, depressão moderada/grave, ataque isquêmico transitório, acidente vascular cerebral, doença renal crônica, insuficiência cardíaca, doença pulmonar obstrutiva crônica/asma, osteoartrite, doença arterial coronariana, história de infarto agudo de miocárdio, doença arterial periférica, câncer não cutâneo, osteoporose densitométrica, dor crônica, fibrilação atrial, doença de Parkinson e anemia
Idoso em risco de fragilização – declínio funcional iminente	Estrato 4	Idosos independentes para todas as AAVD, AIVD e ABVD Apresentam algumas das situações: <ul style="list-style-type: none"> • Presença de evidências de redução da capacidade aeróbia/muscular: perda de peso significativa, fadigabilidade, baixo nível de atividade física associado à redução objetiva da força muscular ou CP 31cm • Presença de CCL ou transtorno neurocognitivo leve • Presença de comorbidades múltiplas: <ul style="list-style-type: none"> • Duas ou mais doenças crônico-degenerativas bem estabelecidas e de maior complexidade clínica (ver estrato 3) • 5 ou mais condições crônicas de saúde, incluindo as doenças crônico-degenerativas clássicas, enfermidades (<i>illness</i>), fatores de risco ou sintomas que necessitam de intervenção médica • Polifarmácia: uso diário de 5 ou mais medicamentos de classes diferentes • Internação recente, nos últimos 6 meses
	Estrato 5	Idosos independentes para AIVD e ABVD Apresentam: <ul style="list-style-type: none"> • Limitações nas AAVD (atividades relacionadas à integração social, atividades produtivas, recreativas e/ou sociais) • Evidências clínicas de redução significativa da capacidade aeróbia/muscular: VM-4m $\leq 0,8$ m/s ou TUG ≥ 20 segundo
Idoso frágil – declínio funcional estabelecido	Estrato 6	Idosos que apresentam: <ul style="list-style-type: none"> • Independência para ABVD E <ul style="list-style-type: none"> • Declínio funcional parcial nas AIVD (dependência parcial)
	Estrato 7	Idosos que apresentam: <ul style="list-style-type: none"> • Independência para ABVD E <ul style="list-style-type: none"> • Declínio funcional em todas as AIVD (dependência completa)
	Estrato 8	Idosos que apresentam: <ul style="list-style-type: none"> • Dependência completa nas AIVD E <ul style="list-style-type: none"> • Semidependência nas ABVD: comprometimento de uma das funções influenciadas pela cultura e aprendizado (banhar-se e/ou vestir-se e/ou uso do banheiro)
	Estrato 9	Idosos que apresentam: <ul style="list-style-type: none"> • Dependência completa nas AIVD E <ul style="list-style-type: none"> • Dependência incompleta para ABVD: banhar-se, vestir-se, uso do banheiro, continência e transferência. A única AVDB preservada é a capacidade de alimentar-se sozinho
	Estrato 10	Idosos que apresentam: <ul style="list-style-type: none"> • Dependência completa para ABVD Encontram-se no grau máximo de fragilidade e, conseqüentemente, apresentam o máximo de dependência funcional, necessitando de ajuda, inclusive, para alimentar-se

AAVD: atividades avançadas de vida diária; AIVD: atividades instrumentais de vida diária; ABVD: atividades básicas de vida diária; CP: circunferência da panturrilha; CCL: comprometimento cognitivo leve; VM-4m: velocidade de marcha em 4 metros; TUG: *Timed Up and Go*.

Fonte: (Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein, 2019)

Tabela 1 – Variáveis Seleccionadas de acordo com Estratificação clínico-funcional.

IDENTIFICAÇÃO	Descrição das Variáveis
IDADE	Idade contínua e Idade por categoria (60 a 74 anos, 75 a 84 anos, 85 anos ou mais)
SEXO	Feminino, masculino
ESTRATOS	IDOSO ROBUSTO - Ausência de declínio funcional. Classificados como estratos 1,2 e 3; IDOSO EM RISCO DE FRAGILIZAÇÃO - Declínio funcional iminentes. Classificados como estratos 4 e 5; IDOSO FRÁGIL - Declínio funcional estabelecido. Classificados como estratos 6,7,8,9 e 10.
CONSULTAS Variável referente ao local da consulta do paciente	Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), Hospital Regional de Santa Maria (HRSM) Ou aguarda consulta.
LOCAL ONDE O IDOSO DEVERIA CONSULTAR	Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), Hospital Regional de Santa Maria (HRSM)

Fonte: Elaboração própria

RESULTADOS

No período do acompanhamento dos 36 moradores do abrigo, 31 foram incluídos na análise, 1 foi excluído por não preencher o requisito de contrato formal com a instituição, 2 faleceram e 2 deixaram de residir na ILPI antes da elaboração do plano de cuidados.

Foi realizada a avaliação inicial e a classificação clínico-funcional dos 31 (100%) pessoas idosas incluídos durante o período de abrangência do presente estudo, em uma cooperação entre o serviço de Geriatria do HUSM e os profissionais de saúde atuantes na instituição.

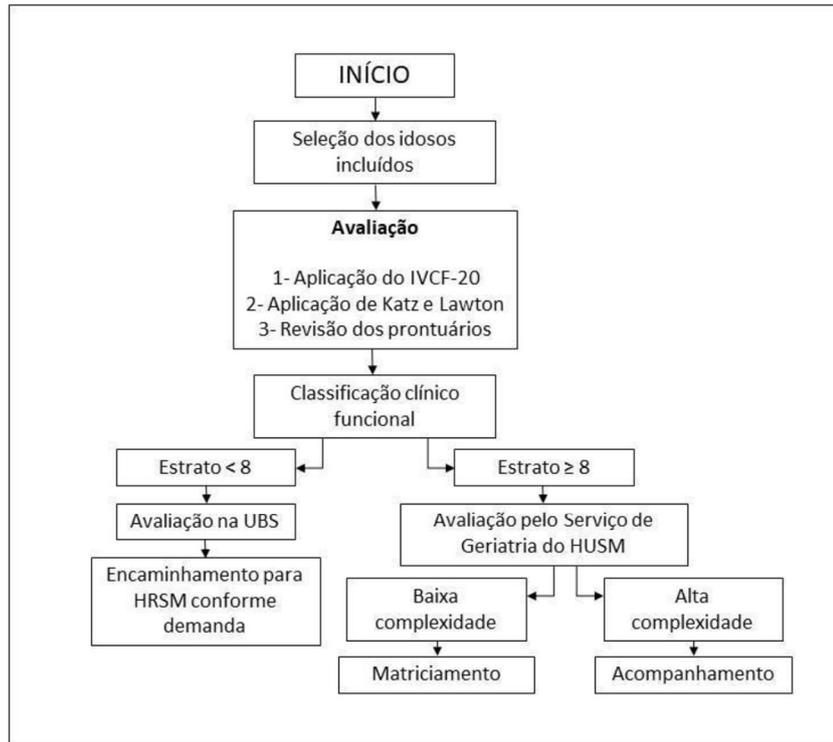
O plano de cuidado das pessoas idosas foi elaborado a partir do diagnóstico funcional global, o qual detalha os domínios acometidos na aplicação do IVCF-20. Com base na definição dos problemas, foram estabelecidas prioridades, sendo as intervenções capazes de reduzir o declínio funcional as primeiras a serem realizadas. Na sequência, foram previstas intervenções curativas e, por fim, as preventivas (Apêndice B). Ainda, estão previstas reuniões com a equipe de profissionais de saúde da instituição para discussão dos casos e da estratégia de seguimento conforme o

grau de complexidade dos pacientes.

Frente aos resultados apresentados, foi proposto um fluxo de encaminhamento para os pessoas idosas abrigados de acordo com o perfil de fragilidade. Este fluxo foi exposto em uma reunião realizada na presença de representantes da Secretaria Municipal de Saúde de Santa Maria - RS, direção do Abrigo Espírita Oscar José Pithan e equipe médica do serviço de Geriatria do HUSM. A proposta estabelecia que os residentes considerados robustos, em risco de fragilização ou com declínio funcional estabelecido, mas ainda independentes para atividades básicas de vida diária - estratos 1 a 7 - seriam acompanhados pela Unidade Básica de Saúde (UBS) responsável, em conjunto com o ambulatório de saúde do idoso do Hospital Regional de Santa Maria (HRSM) conforme as demandas encontradas. Já os pessoas idosas com semi-dependência para ABVD - estratos 8, 9 e 10 – também seriam acompanhados pela UBS responsável e avaliados pela equipe médica do ambulatório de Geriatria do HUSM. Aqueles considerados de alta complexidade (maior probabilidade de ganho funcional) manteriam acompanhamento especializado, enquanto os que têm baixo potencial de reversibilidade do declínio funcional ou em fase final de vida seriam matriciados (Figura 4).

Os resultados da aplicação dos 31 IVCF-20 foram encaminhados para a UBS Joy Betts, que ficou responsável por referenciar os moradores para o ambulatório do idoso do HRSM ou para o ambulatório de Geriatria do HUSM conforme o estrato clínico funcional.

Figura 4 - Fluxograma para encaminhamento dos idosos institucionalizados



Fonte: Elaboração própria.

A Tabela 2 apresenta a frequência absoluta e relativa das variáveis qualitativas para cada categoria. A idade mínima dos participantes foi de 62 anos, com média de 78 anos, mediana de 77 anos e idade máxima de 97 anos. A maioria dos participantes era do sexo feminino (64,52%) e foi considerada frágil (96,77%). De março a dezembro de 2023, 19 pessoas idosas consultaram em serviço especializado, 14 (45,16%) no HRSM e 5 (16,13%) no HUSM

A Figura 5 representa graficamente o local onde o idoso deveria consultar em relação às consultas já realizadas ou que ainda aguardam agendamento. É possível observar que a maioria dos pessoas idosas que ainda aguardam consulta deveria consultar no HRSM.

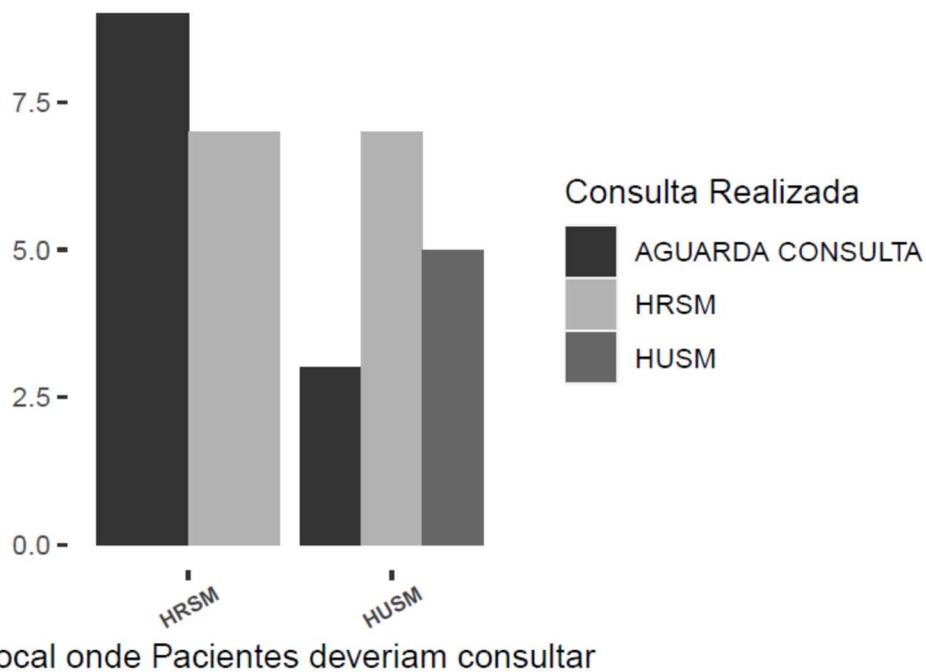
Já a Tabela 3 demonstra os dados cruzados entre local onde as consultas foram realizadas ou estão sendo aguardadas versus o local onde o paciente deveria consultar, de acordo com os estratos clínicos funcionais. Pode-se perceber que 51,61% deveriam consultar no HRSM e 48,39% no HUSM, mas os resultados mostram que 22,58% dos pacientes que deveriam consultar no HRSM realmente consultaram no HRSM, enquanto 22,58% dos que deveriam consultar no HUSM na realidade consultaram no HRSM.

Tabela 2 – Frequências Absolutas e Relativas das Variáveis Qualitativas

IDENTIFICAÇÃO		(n)	(%)
IDADE CATEGORIA	60 - 74 anos	14	45.16
	75 - 84 anos	11	35.48
	85 anos ou mais	6	19.35
SEXO	Feminino	20	64.52
	Masculino	11	35.48
ESTRATOS	Frágil	30	96.77
	Risco de Fragilização	1	3.23
CONSULTAS	HUSM	14	45.16
	HRSM	5	16.13
	Aguardando consulta.	12	38.71
LOCAL ONDE O IDOSO DEVERIA CONSULTAR	HRSM	16	51.61
	HUSM	15	48.39

Fonte: Elaboração própria

Figura 5 - Expectativa de encaminhamento x Local de consulta realizada



Fonte: Elaboração própria.

Tabela 3 – Comparação da frequência de consultas agendadas e local onde o paciente deveria consultar.

Local onde as consultas foram realizadas	Local onde o paciente deveria consultar	
	HRSM(n=16)	HUSM (n=15)
HRSM (n, %)	7 (22.58)	7 (22.58)
HUSM (n, %)	(0.00)	5 (16.13)
Aguarda Consulta (n, %)	9 (29.03)	3 (9.68)

Fonte: Elaboração própria.

DISCUSSÃO

O presente estudo demonstrou que o modelo de avaliação proposto para a elaboração do plano de cuidados foi eficaz, na medida que sistematizou a identificação da funcionalidade das pessoas idosas e do grau de fragilidade dos mesmos. Nesse sentido, passaram a ser detectados problemas prevalentes na população de institucionalizados, especialmente as síndromes geriátricas, mais precocemente, visto que os instrumentos escolhidos funcionam como uma busca ativa destas condições. Como cita Wang et al. (2021), sobre a importância de se ter uma visão integrada sobre a fragilidade e realizar intervenções para prevenir resultados adversos e fornecer cuidados aos residentes frágeis em instalações de cuidados de longa duração.

Embora a fragilidade tenha sido uma condição bastante prevalente nos indivíduos incluídos, 12 (38,71%) ainda aguardavam por consulta especializada no acompanhamento de 10 meses. Esse achado suporta a existência do roteiro para elaboração do plano de cuidados já na atenção primária, a fim de não adiar as intervenções que possam reduzir o declínio funcional e confortar o paciente, a família e a própria equipe envolvida na rotina de cuidados.

A despeito da relevância dos achados do presente estudo, suas limitações devem ser salientadas para direcionar novas pesquisas dentro do mesmo contexto, carente do que diz respeito a modelos de avaliação geriátrica em ILPI. Considerando que a institucionalização é por vezes a única alternativa em alguns casos, é preciso uma rede bem articulada de recursos humanos e estruturais para atender bem essa população tão peculiar (ANGELO; SILVA; LIMA, 2011).

Houveram alguns obstáculos na implantação do plano de cuidados, entre eles: limitação de recursos, especialmente humanos com formação na área da gerontologia; falta de adesão da equipe da instituição e dos pacientes às orientações; assim como dificuldade de comunicação entre os envolvidos. Estes achados estão de acordo com revisão sistemática sobre o tema publicada em 2021, na qual os autores citam falta de tempo e pessoal adequado, custos e lacunas de conhecimento na área (MCARTHUR et al., 2021).

Quanto ao fluxograma de encaminhamento para o serviço especializado, foi observado que houve divergência entre as expectativas de direcionamento das pessoas idosas e o local onde eles realmente consultaram. Esse resultado pode ser

justificado pela construção da Linha de Cuidado da Pessoa Idosa da 4ª Coordenadora Regional de Saúde (CRS) concomitante ao desenvolvimento do presente trabalho. No novo modelo pactuado ficou definido que os pessoas idosas frágeis seriam encaminhados primeiramente ao HRSM, sendo direcionados ao HUSM após reestratificação, quando tiverem estratos 8,9 e 10, baixo potencial de melhora e em fase final de vida (4ª COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE, 2023). A alteração do fluxo acima descrita explica os 7 (22,58%) pacientes que deveriam consultar no HUSM e foram avaliados primeiro no HRSM.

Mesmo que o presente trabalho tenha trazido um direcionamento na sistematização do atendimento e no encaminhamento destes pacientes para serviço especializado, a realização de novos estudos abrangendo as correções do modelo adotado são encorajados, para que seja possível estabelecer um protocolo definitivo para estes pacientes. Como sugestões é possível citar: a construção do plano de cuidados a partir de um olhar interdisciplinar, a pactuação precoce dos encaminhamentos na rede e o compartilhamento das informações com pacientes, cuidadores e responsáveis legais durante a etapa do diagnóstico funcional global.

CONCLUSÃO

Apesar das limitações do presente estudo, é possível concluir que a implantação de um plano de cuidado em ILPI foi considerada eficaz por identificar a fragilidade e as síndromes geriátricas ativamente, auxiliando no direcionamento de condutas mais assertivas na abordagem do idoso frágil institucionalizado.

CONFLITO DE INTERESSE

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

REFERÊNCIAS

- 4ª COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE. **Guia de apoio para o compartilhamento do cuidado entre a atenção primária em saúde e atenção ambulatorial especializada nas linhas de cuidado da pessoa idosa e da pessoa com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus para as regiões de saúde Verde Campos e Entre Rios do estado do Rio Grande do Sul**. Santa Maria: [s. n.], 2023. 23 p.
- ANGELO, Barbara Helena de Brito; SILVA, Débhora Isis Barbosa e.; LIMA, Maria do Amparo Souza. Avaliação das instituições de longa permanência para pessoas idosas do município de Olinda-PE. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 14, n. 4, p. 663-673, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s180998232011000400006>. Acesso em: 3 fev. 2024.
- BARBOSA, Sergio Ribeiro; MANSUR, Henrique Novais; COLUGNATI, Fernando Antonio Basile. Impacts of frailty on the negative health outcomes of elderly Brazilians. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 20, n. 6, p. 836-844, dez. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-22562017020.170069>. Acesso em: 26 dez. 2023.
- CENSO 2022: número de pessoas com 65 anos ou mais de idade cresceu 57,4% em 12 anos | Agência de Notícias. 23 dez. 2023. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/38186-censo-2022-numero-de-pessoas-com-65-anos-ou-mais-de-idade-cresceu-57-4-em-12-anos>. Acesso em: 26 dez. 2023.
- CEZAR B. GORDILHO, Adriano *et al.* Residência médica em Geriatria – Diretrizes da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG). **Geriatrics & Gerontology**, v. 5, n. 2, p. 119-125, 2011. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/ggaging.com/pdf/v5n2a12.pdf>. Acesso em: 21 jan.2024.
- FRIED, L. P. *et al.* Frailty in Older Adults: Evidence for a Phenotype. **The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences**, v. 56, n. 3, p. M146—M157, 1 mar. 2001. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/gerona/56.3.m146>. Acesso em: 18 jan. 2024.
- LACAS, Alethea; ROCKWOOD, Kenneth. Frailty in primary care: a review of its conceptualization and implications for practice. **BMC Medicine**, v. 10, n. 1, 11 jan. 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1741-7015-10-4>. Acesso em: 21 jan. 2024.
- LINI, Ezequiel Vitório; PORTELLA, Marilene Rodrigues; DORING, Marlene. Factors associated with the institutionalization of the elderly: a case-control study. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 19, n. 6, p. 1004-1014, dez. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-22562016019.160043>. Acesso em: 26 dez. 2023.

LINO, Valéria Teresa Saraiva *et al.* Adaptação transcultural da Escala de Independência em Atividades da Vida Diária (Escala de Katz). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 1, p. 103-112, jan. 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0102-311x2008000100010>. Acesso em: 22 jan. 2024.

LOURENÇO, Luciana de Fátima Leite; SANTOS, Silvia Maria Azevedo dos. Institucionalização de pessoas idosas e cuidado familiar: perspectivas de profissionais de instituições de longa permanência. **Cogitare Enfermagem**, v. 26, 14 dez. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.5380/ce.v26i0.69459>. Acesso em: 21 jan. 2024.

MCARTHUR, Caitlin *et al.* Barriers and facilitators to implementing evidence-based guidelines in long-term care: a qualitative evidence synthesis. **Implementation Science**, v. 16, n. 1, 9 jul. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13012-021-01140-0>. Acesso em: 3 fev. 2024.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO/SECRETARIA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR. **RESOLUÇÃO CNRM Nº 16, DE 6 DE JULHO DE 2021**. Brasília: DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO, 2021. 455 p. Disponível em: <https://www.gov.br/mec/pt-br/residenciamedica/crm/2021/resolucao-cnrm-no-16-de-6-de-julho-de-2021-resolucao-cnrm-no-16-de-6-de-julho-de-2021-dou-imprensa-nacional.pdf/view>. Acesso em: 21 jan. 2024.

MINISTÉRIO DA SAÚDE / AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **RESOLUÇÃO DE DIRETORIA COLEGIADA - RDC Nº 502, DE 27 DE MAIO DE 2021**. Brasília: DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO, 2021. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2020/rdc0502_27_05_2021.pdf. Acesso em: 21 jan. 2024.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 192 p. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcdad19.pdf. Acesso em: 16 jan. 2024.

MORAES, Edgar Nunes de *et al.* Clinical-Functional Vulnerability Index-20 (IVCF- 20): rapid recognition of frail older adults. **Revista de Saúde Pública**, v. 50, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1518-8787.2016050006963>. Acesso em: 22 jan. 2024.

NUNES DE MORAES, Edgar. Plano de Cuidados. *In*: NUNES DE MORAES, Edgar. **Atenção à Saúde do Idoso: aspectos conceituais**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. p. 49-60. Disponível em: <https://apsredes.org/pdf/Saudedo-Idoso-WEB1.pdf>. Acesso em: 21 jan. 2024.

POPULAÇÃO cresce, mas número de pessoas com menos de 30 anos cai 5,4% de 2012 a 2021 | Agência de Notícias. 22 jul. 2022. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-denoticias/noticias/34438-populacao-cresce-mas-numero-de-pessoas-com-menos-de-30-anos-cai-5-4-de-2012-a-2021>. Acesso em: 26 dez. 2023.

SECRETARIA DE SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL. **ISBN 978-65-89000-37-2: manual de aplicação do Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional (IVCF-20):**

Orientações para profissionais da Atenção Primária à Saúde. Porto Alegre: ESP/SES, 2023. 36 p. Disponível em: <https://admin.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202401/18100919-manual-deaplicacao-do-indice-de-vulnerabilidade-clinico-funcional.pdf>. Acesso em: 1 fev. 2024.

SERVIÇO de Acolhimento para Pessoas Idosas. Disponível em: <https://www.gov.br/mds/pt-br/acoes-e-programas/suas/unidades-deatendimento/servico-de-acolhimento-para-pessoas-idosas>. Acesso em: 26 dez. 2023.

SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA ALBERT EINSTEIN. **NOTA TÉCNICA PARA ORGANIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE COM FOCO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E NA ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA - SAÚDE DA PESSOA IDOS**. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein: Ministério da Saúde, 2019. 60 p. Disponível em: <https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202001/03091212-nt-saudedo-idoso-planificasus.pdf>. Acesso em: 22 jan. 2024.

WANG, Huihui *et al.* Multi-dimensional frailty and its risk factors among older residents in long-term care facilities in Shanghai, China. **International Journal of Nursing Sciences**, v. 8, n. 3, p. 298-303, jul. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2021.06.003>. Acesso em: 3 fev. 2024.