

## **MODELO DE CAPACITAÇÃO BASEADO EM EVIDÊNCIAS DE CUIDADOS COM IDOSOS FRAGILIZADOS OU EM RISCO DE FRAGILIDADE**

Bruno Nery ([brunoneryenfermagem@gmail.com](mailto:brunoneryenfermagem@gmail.com)) - Escola Superior de Ciências da Saúde

Adriana Haack ([adrianahaack@hotmail.com](mailto:adrianahaack@hotmail.com)) - Escola Superior de Ciências da Saúde

### **RESUMO**

Diante o cenário de envelhecimento da população brasileira, os profissionais de saúde devem aprimorar seus conhecimentos com o intuito de acompanhar essa transição, sendo a capacitação de saúde uma das formas de aprimoramento profissional voltado para realidade profissional, são fundamentais para o desenvolvimento de mudanças nas configurações dos serviços de atenção à saúde. projeto de capacitação baseado em evidências constituído por três momentos distintos, sendo o primeiro momento sendo um diagnóstico situacional, segundo a identificação de determinantes e indicadores de saúde com foco na vulnerabilidade e fragilidade dos idosos, e por fim, o terceiro momento a elaboração de um curso de capacitação que utilizara ferramentas de apoio a identificação dos indicadores e apoio a tomada de decisão. A pesquisa identificou três grandes grupos de determinantes de vulnerabilidade e fragilidade nos pacientes idosos, determinantes sociais; apresentou indicadores de vulnerabilidade em nível de escolaridade e renda; os pragmáticos os equipamentos públicos de saúde e os indicadores de saúde foram identificados por meio de quedas, incapacidade/imobilidade, fragilidade, dependência química, sarcopenia, cormobidade e polifarmácia. Contribuiu para identificar alguns indicadores de fragilidade, sendo que o envelhecimento populacional que foram subsídios para um curso de capacitação profissional.

Palavras chave: *idoso; capacitação e serviço; educação; vulnerabilidade em saúde; idoso fragilizado*

## 1. INTRODUÇÃO

A população mundial assim como a brasileira apresenta um rápido processo de envelhecimento, e essa transição demográfica representa, segundo projeções da Organização Mundial da Saúde (OMS), um aumento populacional de pessoas idosas de 60 anos ou mais. Estima-se que a população de idosos no mundo seja de 1, 2 bilhões de pessoas em 2025, e cerca de 2 bilhões em 2050 (BURLA *et al.*, 2013).

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística- IBGE, já em 2010, a população do Distrito Federal era de 2.570.160 indivíduos, sendo que 197.628 pessoas representavam sujeitos com 60 anos ou mais, dos quais 112.500 eram do sexo feminino e 85.128 do sexo masculino (CODEPLAN, 2018)

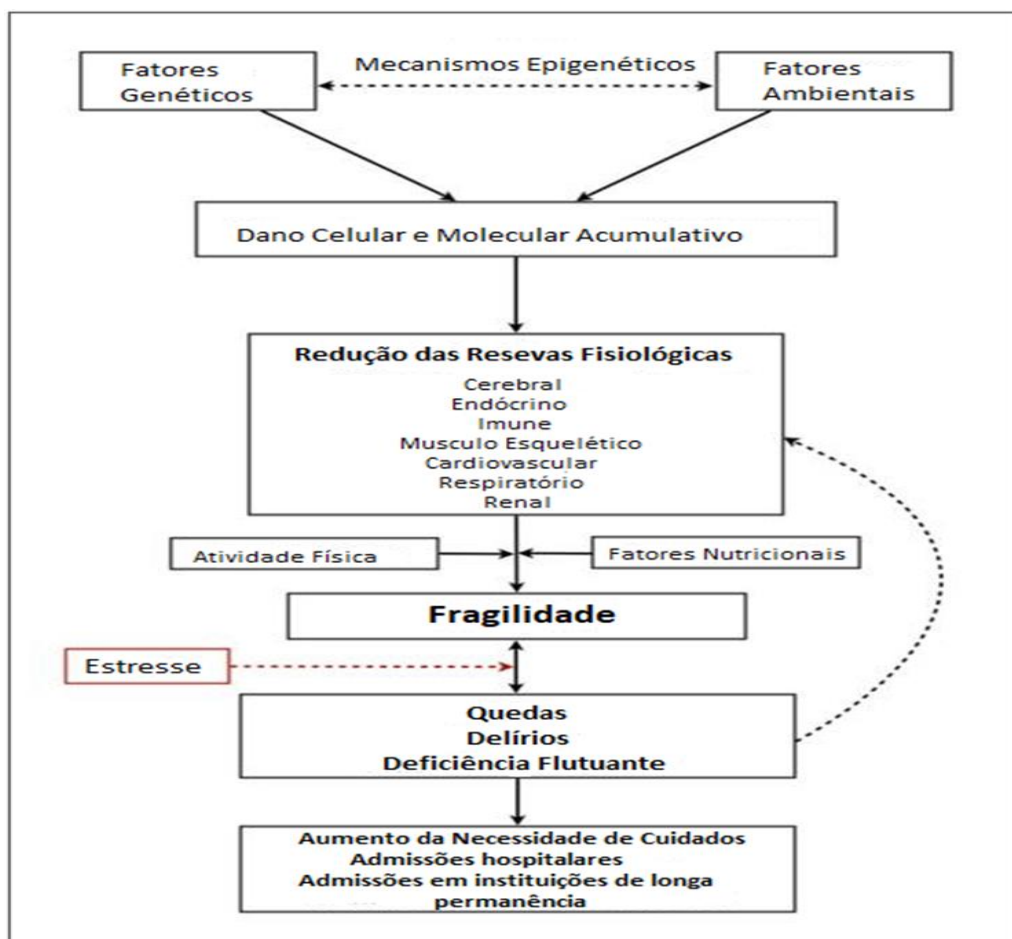
O envelhecimento humano gerou discussões na comunidade científica nacional e internacional, que entendem os idosos como sujeitos de direitos com necessidades físicas, sociais, econômicas e políticas, e visam à promoção do envelhecimento saudável, com prevenção de doenças e recuperação da saúde. Destas discussões surge a Política Nacional do Idoso, Lei nº 8842, sancionada em 1994, que definiu como pessoa idosa aquela maior de 60 anos de idade e posteriormente por meio da Portaria nº 1395/1999, surge a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI), que norteou todas as diretrizes de ações em saúde e responsabilidades institucionais pra alcance do envelhecimento saudável. Em 2006 foi instituída pela Portaria nº 2528/GM, de 19 de outubro de 2006, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) implantando processo de avaliação para efetivação da política (VERAS, 2018)

Diante do atual cenário de envelhecimento da população Brasileira, o sistema de saúde encontra-se fragmentado com conceitos de atenção ao idoso em múltiplas especialidades, e terapias acríticas, no que tangencia a linha de cuidado em saúde da pessoa idosa, gerando sobrecarga do sistema e desperdício dos escassos recursos financeiros do sistema de saúde, bem como dos usuários dos sistemas públicos ou privados, não trazendo os benefícios significativos almejados pela política da pessoa idosa (ARAÚJO, 2018; PEREIRA 2017).

O envelhecimento é resultado do acúmulo de danos celulares e moleculares ao longo dos anos, regulado por uma complexa rede de manutenção e reparo de origem genética, ambientais e epigenéticas. Perdas de reservas fisiológicas em múltiplos sistemas orgânicos importante, podem levar o idoso a uma situação de fragilidade, acarretando aumento de vulnerabilidade e má resolução dos mecanismos de homeostases, que após um evento estressor

aumentam o risco de eventos adversos, tais como quedas, delírios e incapacidades, demonstrando que o declínio fisiológico atinge órgãos de forma crítica agregada, assim, a fragilidade se torna evidente (Figura 1) (CLEGG, *et al.*, 2013).

Figura 1-Representação dos mecanismos de fragilidade.



Fonte: Adaptado de Clegg *et al.*, 2013.

A forma mais complexa de vulnerabilidade encontrada nos idosos é a síndrome da fragilidade, manifestada por nuances multidimensionais, associadas a fatores sociais, biológicos e psicológicos, que predis põem os idosos a riscos e desfechos clínicos adversos com declínio funcional, perda das reservas orgânicas, imobilidade, retração social, aumento de hospitalização e mortalidade (OLIVEIRA *et al.*, 2013).

Diante dessa transição demográfica, os profissionais de saúde devem aprimorar seus conhecimentos com o intuito de acompanhar essa transição, sendo a capacitação de saúde uma das formas de aprimoramento profissional. Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), em

1970, iniciou os debates na valorização dos processos educacionais em saúde no ambiente de trabalho, desencadeando mudanças de paradigmas na educação, em consonância, no Brasil, as Conferências Nacionais de Saúde (CNS), de 1986 e 1993, debateram sobre a necessidade de educação profissional voltada para realidade sendo os profissionais de saúde fundamentais para o desenvolvimentos de mudanças nas configuração dos serviços de atenção à saúde. (CARDOSO; MONTEIRO, 2017)

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) formalizada pela Portaria nº 198/2004, e reformulada pela Portaria nº 1.996/2007, determinar as diretrizes e estratégias para regulamentação das PNESP, defendidas pelo Pacto pela Saúde, estabelecendo estratégias de valorização do trabalho e qualidade nas prestações das ações de saúde voltadas a população, por meio de articulações de ensino e serviço (SENA, 2017).

Desta forma esse curso de aprimoramento profissional desenvolvido como produto de mestrado profissional busca o desenvolvimento de práticas educativas pautadas na problematização do cenário de trabalho, com foco na pessoa idosa, possibilitando construir uma micropolítica na unidade, em benefício da assistência dessa população vulnerável.

## **2. METODOLOGIA**

O projeto de capacitação baseado em evidências foi constituído por três momentos distintos, primeiro foi realizado um diagnóstico situacional, que respondesse à pergunta norteadora “quais as características de vulnerabilidades e fragilidades das internações de pacientes idosos”.

Para responder essa questão foi realizado uma pesquisa transversal analítica com idosos internados na unidade de emergência de um hospital público do Distrito Federal. A amostra da pesquisa foi de conveniência com 154 idosos atendidos na unidade de urgência e emergência. As variáveis dependentes e independentes foram aferidas por meio de uma entrevista a beira leito com idosos que responderam aos questionamentos do pesquisador, constituído por um formulário semiestruturado elaborado para o projeto de pesquisa, aprovado em comitê de ética, que constava informações sobre dados sociodemográficos (nome, sexo, idade, estado civil, escolaridade, renda familiar, tempo de internação, local de residência, familiares e presença de cuidador) e dados de saúde (classificação de risco, prática de atividade física, diagnóstico médico, problemas de audição, visão e locomoção, número de quedas, internações, morbidades e avaliação antropométrica da circunferência da panturrilha).

Para fins desse estudo foi utilizado o Índice de Barthel, concerne de uma ferramenta de avaliação da capacidade de desempenho das pessoas em cumprir suas atividades de vida diária (AVDs), atentando para os graus de independência funcional na realização de atividades no cuidado pessoal, mobilidade, locomoção e eliminações. (NASCIMENTO, RIBEIRO; 2018).

Para o rastreamento dos grau de fragilidade será utilizada a escala de *Tilburg Frailty Indicator* (TFI), este instrumento é dividido em duas partes, a primeira avalia os determinantes de fragilidade como sexo, idade, escolaridade, pais de nascimento, renda familiar, percepção do estado de saúde, presença de duas ou mais morbidades, histórico de traumas de vida e contexto do ambiente familiar, e a segunda parte voltada para os componentes da fragilidade propriamente dita, validada para a população brasileira (SANTIAGO *et al.*, 2012).

O Segundo momento foi a assimilação dos indicadores de fragilidade e vulnerabilidades realizado na pesquisa e posterior busca na literatura científica de métodos de rastreio e apoio a tomada de decisão profissional, que subsidiasse um curso de aprimoramento profissional, desenvolvido a partir de práticas educativas pautadas na problematização do cenário de trabalho, com enfoco na pessoa idosa, possibilitando construir uma micropolítica na unidade em benefício da assistência dessa população vulnerável.

O terceiro momento é a construção do curso de aprimoramento e treinamento da equipe de saúde em cuidados com pacientes idosos fragilizados ou em risco de fragilização. Preconizou um curso de curta duração que atendesse o cronograma de vulnerabilidades e fragilizadas identificadas, direcionados para enfermeiros, técnicos de enfermagem, professores, estudantes de graduação, e cursos técnicos em enfermagem e demais profissionais de saúde.

O curso de capacitação contará com profissionais de saúde experientes na temática abordada e que utilizarão dinâmicas ativas e participativas para a integração dos participantes às temáticas propostas pelos facilitadores.

### **3. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Os dados obtidos da amostra de idosos internados em uma unidade de emergência, aferidos na presente pesquisa, são apresentados em forma de determinantes de saúde e indicadores de (Tabela 1). Observa-se que o rendimento familiar para 43,5%, era de um salário mínimo, renda considerada hipossuficiente para o sustento do núcleo familiar. A baixa escolaridade contribui para uma situação de vulnerabilidade dos idosos, sendo que a presente pesquisa identificou que 77,3% da amostra apresentavam níveis de escolaridades deficientes.

A fragilidade do idoso foi identificada pelo uso da escala de rastreamento TFI, ao qual apontou que 60,4% da amostra apresentavam sinais de fragilização, e 11,7% já apresentavam sinais indicativos de fragilidade instalada, com impactos negativos na sobrevida desses pacientes.

**Tabela 1** - Frequência absoluta e percentual dos determinantes e indicadores de saúde dos pacientes idosos, Distrito Federal, 2018 (n=154)

Determinante	Indicador	n	%
<b>Insuficiência Financeira</b>			
	Renda Familiar $\leq$ 1 salário mínimo	67	43,5
	Renda Familiar $>$ 1 salário mínimo	87	56,6
<b>Escolaridade</b>			
	$\leq$ 4 anos de estudo	119	77,3
	$\leq$ 8 anos de estudos	25	16,2
	$>$ De 9 anos de estudos	10	5,5
<b>Mobilidade/ Incapacidades</b>			
	Quedas $<$ 2 quedas por ano	125	81,1
	Quedas $\geq$ 2 quedas por anos	29	18,9
	Barthel 60 $\leq$ repercussões negativas na AVD	130	84,4
	Barthel 60 $>$ AVD preservadas	24	15,6
<b>Fragilidade</b>			
	TFI $\leq$ 4 ausência de Fragilidade	43	27,9
	TFI $\geq$ 5 $\leq$ 9 Risco de Fragilidade	93	60,4
	TFI $\geq$ Idoso Frágil	18	11,7
<b>Dependência Química</b>			
	Uso de Alcool habitual	46	29,9
	Não uso de alcool	108	70,1
	Uso de Fumo Habitual	47	30,5
	Não Uso de Fumo	107	69,5
<b>Sarcopenia</b>			
	Perímetro da Panturrilha $\geq$ 31cm	121	78,6
	Perímetro da Panturrilha $<$ 31cm	33	21,4
<b>Comorbidades</b>			
	$\leq$ 2 morbidades	72	46,8
	$\geq$ 3 morbidades	82	23,2
<b>Polifarmácia</b>			
	$\leq$ 4 medicamentos uso contínuo	108	70,1
	$\geq$ 5 medicamentos uso contínuo	46	29,9

Fonte: Dados da pesquisa.

\*TFI- *Tilburg Frailty Indicator*. AVD- Atividades de Vida Diária.

A pesquisa identificou três grandes grupos de determinantes de vulnerabilidade e fragilidade nos pacientes idosos. O primeiro grupo é dos determinantes sociais, apresentado pela aferições dos níveis de escolaridade e renda familiar, os pragmáticos, foram identificados pela análise da situação dos equipamentos público de saúde da cidade de Planaltina DF, que era

composta a nível de atenção primária com 20 equipes de estratégia de saúde da família e 2 equipe de núcleo de apoio a estratégia de saúde da família, a nível secundário a região conta com um policlínica com apenas um geriatra para atendimento especializado aos idosos da região, e a nível terciário, a região conta com um hospital regional com capacidade de 180 leitos, que são insuficientes para atender a população adstrita.

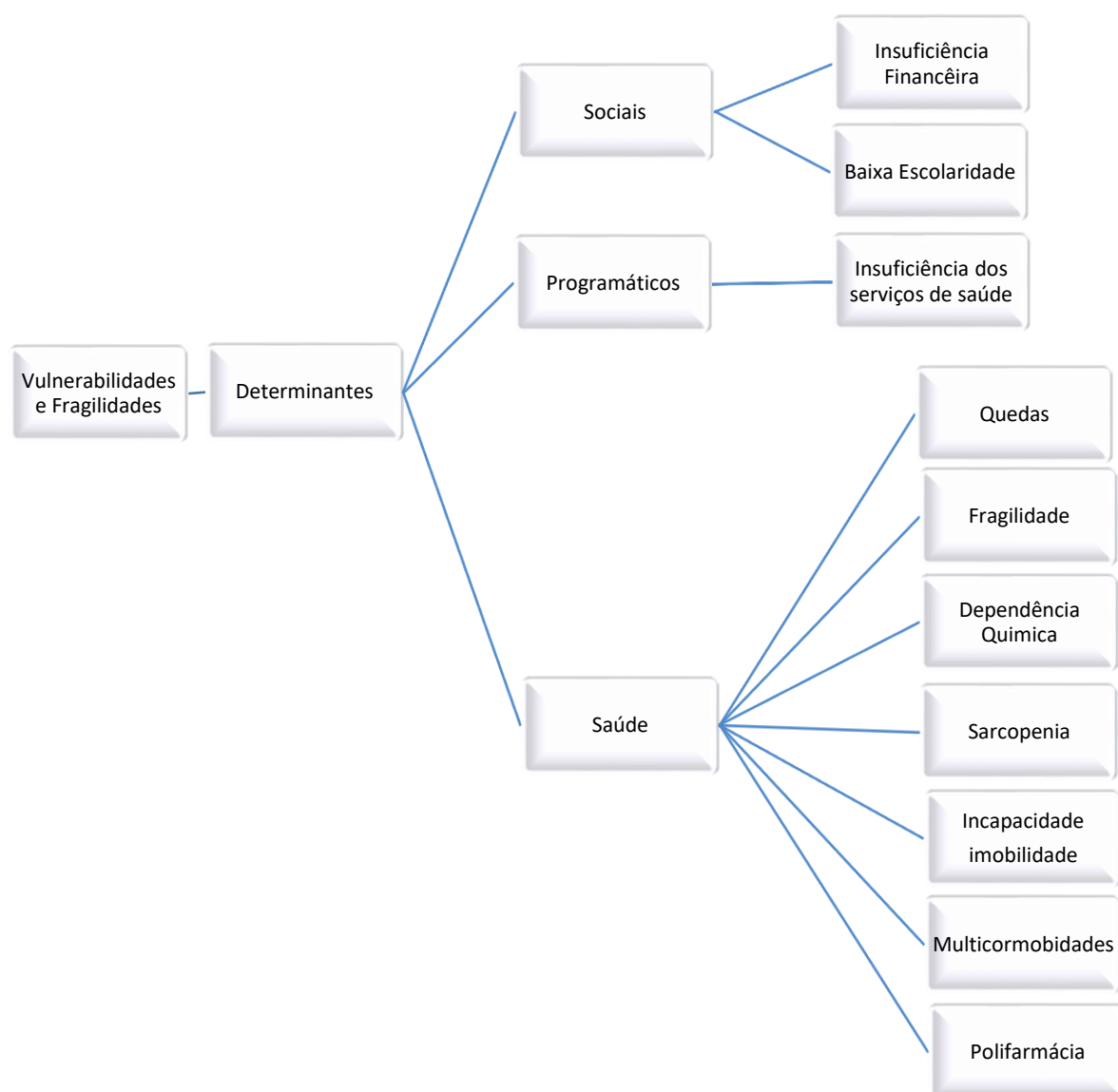
Segundos dados da Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios (PDAD) em 2015, estima-se que a população urbana da região seja de 189.412 pessoas, sendo que aproximadamente, 10,5 % dessa população seja de pessoas idosas com 60 anos ou mais. Sua população apresenta renda domiciliar média de 4 salários mínimos, com renda per capita de 1,1 salários mínimos. O nível de escolaridade da população é relativamente baixo, onde 39,3% de sua população possui o ensino fundamental incompleto e 20% nível fundamental completo. O coeficiente de Gini da região é de 0,477 (CODEPLAN, 2018).

A crescente transição demográfica brasileira, o envelhecimento da população e o cenário econômico e de políticas públicas de saúde da população idosa, colocam esses idosos em situação de vulnerabilidade, e esta é complexa e exprime valores multidimensionais, tais como aspectos biológicos, existenciais e sociais. Uma situação de vulnerabilidade significa um grau de fragilização do indivíduo, que pode ser individual quando está relacionada ao comportamento e ao conhecimento dos riscos e agravos; programática, quando refere-se a precariedade dos os serviços de saúde ao enfrentamento de uma situação de fragilidade em saúde, e social, que avalia a questões sociodemográficas de uma região geográfica abrangendo os níveis culturais, de acesso à informação e gastos com saúde.(MIRANDA et al., 2015, OVIEDO; CZERESNIA, 2015).

A nível de determinante de saúde, foi possível identificar sete indicadores de fragilidade e vulnerabilidade dos pacientes idosos internados na unidade emergência (Figura 1), destaca-se que os determinantes de saúde são passíveis de intervenções profissionais de saúde. Desta forma a partir das identificações desses determinantes passíveis de intervenção, foi elaborado um curso de capacitação profissional de saúde do tipo aprimoramento com carga horária de 20 horas.

Figura 1- Fluxograma das vulnerabilidade e fragilidades dos pacientes idosos internados, Distrito Federal, n=154, 2018.





Fonte: Autores da Pesquisa

A capacitação e desenvolvida por meio de aulas práticas de rastreio e apoio ao diagnóstico utilizando-se escalas de avaliação de fragilidade nos idosos internados, identificando os que se encontra em situação de fragilização ou em risco de fragilização constituída por uma avaliação geriátrica abrangente, multidisciplinar, com objetivo de detecção de vulnerabilidades e incapacidades por meio de escalas de rastreio de alguns aspectos relevantes a fragilidade.

A fragilidade é um poderoso indicador do estado de saúde da pessoa idosa, estima-se que a prevalência de internações de pessoas frágeis seja de 59% em comparação aos 33% da população não frágil (VERGARA *et al.*, 2016).



A avaliação geriátrica inicialmente identifica os grupos de idosos em risco de fragilização ou em fragilidade que necessitam de terapias reabilitadoras; possibilita intervenções pontuais nos aspectos mais comuns descritos na literatura como desencadeantes da síndrome da fragilidade, possibilita o cuidado holístico com práticas reabilitadoras e um cuidado humanizado com benefícios a saúde dos idosos, dessa forma os indicadores a serem utilizados abordaram aspectos que apoie a tomada de decisão dos profissionais de saúde

**Fragilidade-** (Avaliação da fragilidade -*Tilburg Frailty Indicator* (TFI). Considerada uma das escalas com alta consistência interna e validade em comparações com outras escalas de rastreamento. É considerada uma ferramenta de rastreio de baixo custo e fácil aplicação o que facilita a adoção dos profissionais de saúde na utilização deste teste de rastreio (DANIELS *et. al.*, 2012).

**Cognitiva-** (Escala de avaliação Mini Exame de Estado Mental-MEEM). Escala utilizada para avaliar a função cognitiva de forma rápida, de fácil aplicação que consiste numa ferramenta de rastreio para domínios de (orientação temporal, espacial, memória imediata, linguagem compreensão, repetição, desenho e escrita) (BRASIL,2006).

**Humor-** (Escala de Depressão Geriátrica Reduzida- EDG-15). É uma ferramenta de rastreio de disfunção de humor que utiliza 15 perguntas dicotômicas de fácil interpretação que pode definir quadros indicativos de pressão em idosos (BRASIL, 2006).

**Vulnerabilidades** (*Vulnerable Elders Survey – VES 13*) VES-13 é um instrumento simples de rastreio de vulnerabilidade por meio de identificadores de vulnerabilidade (percepção do estado de saúde limitações físicas e incapacidades) (MAIA, et al., 2012)

**Quedas – (Morse).** Avalia o risco de queda é uma escala utilizada para pontuar o risco de queda num ambiente hospitalar (DIAS *et al.*, 2014).

**Lesão por Pressão (Braden).** Escala que avalia determinantes clínicos favoráveis ao desenvolvimento de lesão por pressão avaliando domínios de pressão e tolerância do tecido a pressão, umidade, fricção, cisalhamento e nutrição da pessoa (SOUSA *et al.*, 2016).

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), em 1970, iniciou os debates na valorização dos processos educacionais em saúde no ambiente de trabalho, desencadeando mudanças de paradigmas na educação, em consonância, no Brasil, as Conferências Nacionais de Saúde (CNS), de 1986 e 1993, debateram sobre a necessidade de educação profissional voltada pra realidade sendo os profissionais de saúde fundamentais para o desenvolvimentos

de mudanças nas configuração dos serviços de atenção à saúde. (CARDOSO; MONTEIRO, 2017)

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) formalizada pela Portaria nº 198/2004, e reformulada pela Portaria nº 1.996/2007, determinar as diretrizes e estratégias para regulamentação das PNEPS, defendidas pelo Pacto pela Saúde, estabelecendo estratégias de valorização do trabalho e qualidade nas prestações das ações de saúde voltadas a população, por meio de articulações de ensino e serviço (SENA, 2017).

Desta forma, o curso de capacitação pode ser um subsídio para a implementação de uma ferramenta de rastreamento inicial de fragilidade e construção de uma rede de suporte e reabilitação de pacientes idosos em situação de fragilidade no Distrito Federal, bem como, uma ferramenta a ser expandida e usada nas outras regiões de saúde do DF, gerar economia por diminuição de internação e cuidado humanizado ao paciente idoso.

As inovações tecnológicas em saúde, embasadas em evidências científicas, tem apoiado a tomada de decisões dos profissionais de saúde, na seleção da mais adequada e específica intervenção no cuidado a ser utilizada nos pacientes, associando a experiência profissional e as preferências do paciente, melhorando a assistência e promovendo a promoção das práticas eficientes. Assim, tende-se a anular lacunas prejudiciais e ineficazes existentes no cuidado ao paciente (SACKETT, *et al.*, 1997; DRUMMOND, SILVA, 1998).

#### 4. CONCLUSÃO

A pesquisa apresentou contribuições para identificar alguns indicadores de fragilidade, sendo que o envelhecimento populacional desvelou condições de vulnerabilidade importantes, sendo a principal e mais grave forma de manifestação a síndrome da fragilidade no idoso, que desencadeia efeitos indesejáveis, principalmente na parcela da população idosa inserida em contextos de sistemas de saúde precários, apoio social defasado e condições financeiras deficientes.

Em linhas gerais, os profissionais de saúde diante dessas mudanças demográficas necessitam aprimoramentos nas tecnologias de saúde, de forma a estabelecer mecanismos de rastreamento precoce de quadros sugestivos de fragilidade, prevenir, retardar e reduzir efeitos deletérios da fragilidade no idoso, com racionalidade dos escassos recursos públicos de saúde.

A educação permanente de saúde ganha destaque como ferramenta de capacitação das equipes, sendo que o de rastreio da fragilidade, é de fácil manuseio e aplicabilidade, e poderiam

ser inseridas nos protocolos de avaliação global da pessoa idosa, podendo ser incorporados à prática clínica das equipes multidisciplinares atuantes nos sistemas de saúde brasileiros, visto que atualmente o envelhecimento do país vem acompanhado de senilidade e contribui para as altas taxas de sinais e riscos de fragilidades encontrados na pesquisa.

## 5. REFERÊNCIAS

- ARAUJO, G.K.N.; SOUTO, R.Q.; ALVES, F.A.P. *et al.* Caracterização da saúde de idosos cadastrados em uma unidade de saúde da família. *Rev baiana enferm.* vol.32, pag.:e2804, 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica* – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- Brazilian older adults. *Achives of Gerontology and Geriatrics.* vol. 81, pag. 111-118, Mar-Apr 2019.
- BURLA, C. *et al.* Panorama prospectivo das demências no Brasil: um enfoque demográfico. *Ciênc. saúde coletiva*[online], vol.18, nº10, pag. 2949-2956. 2013.
- CARSOSO, J.L.S.; MONTEIRO, A.L. professor bacharel na educação profissional e tecnológica: a busca por identidades e o trabalho docente. *Margens - Revista Interdisciplinar.* Vol. 11, n. 16, pag. 115-130, Jun 2017.
- CLEGG, A.; YOUNG, J.; LLIFFE, S. *et. al.* Frailty in elderly people. *Lancet*, vol. 381, pag.752-762, Feb 2013.
- CODEPLAN–Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios-Planaltina-PDAD. Disponível em: <<http://www.codeplan.df.gov.br/images/CODEPLAN/PDF/Pesquisas%20Socioecon%C3%B4micas/PDAD/2013/PDADPlanaltina.pdf>> acessado em 9 de janeiro de 2019.
- CODEPLAN–Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios-Planaltina-PDAD. Disponível em: <<http://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/02/PDAD-Distrito-Federal-1.pdf>> acessado em 10 de Fevereiro de 2019.
- CODEPLAN–Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios-Planaltina-PDAD. Disponível em: <<http://www.codeplan.df.gov.br/images/CODEPLAN/PDF/Pesquisas%20Socioecon%C3%B4micas/PDAD/2013/PDADPlanaltina.pdf>> acessado em 9 novembro de 2018.
- DANIELS, R.; ROSSUM, E.V.; BEURSKENS, A. *et. al.* The predictive validity of three self-report screening instruments for identifying frail older people in the community. *BMC Public Health*, vol.12, n.69, Jan 2012.
- DIAS, M.J.M.C; MARTINS, T; ARAUJO, F. Estudo do ponto de corte da Escala de Quedas de Morse (MFS). *Rev. Enf. Ref. Coimbra* . vol. 4, n.1, pag. 65-74, Mar 2014.
- DRUMMOND J. P; SILVA, E. Medicina baseada em evidências: novo paradigma assistencial e pedagógico. São Paulo: Atheneu. p. XI-XII, 1998.
- MAIA, F.O.M; DUARTE, Y.A.O; SECOLI, S.R; SANTOS, J.L.F; LEBRÃO, M.L. Adaptação transcultural do Vulnerable Elders Survey-13 (VES-13): contribuindo para a identificação de idosos vulneráveis. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, vol. 46, pag. 116-122, 2016.
- MIRANDA, A.C.C.; SÉRGIO, S.R.; FONSECA, G.N.S. *et. al.* Avaliação da presença de cuidador familiar de idosos com déficits cognitivo e funcional residentes em Belo Horizonte-MG. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* vol. 18, n.1, pag. 141-150, Mar 2015.

NASCIMENTO, H.S; RIBEIRO N.M.S. Efeito do atendimento em grupo na qualidade de vida e capacidade funcional de pacientes após AVC. *Rev Pesq Fisio*. vol. 8, n. 2, pag. 183- 190, 2018.

OLIVEIRA, M.P.R.; MENEZES, I.H.C.F.; SOUSA, L.M. *et. al.* Formação e Qualificação de Profissionais de Saúde: Fatores Associados à Qualidade da Atenção Primária. *Rev. bras. educ. med.* [online]. vol. 40, n. 4, pag. 547-559, 2016.

OVIEDO, R. A. M.; CZERESNIA, D. O conceito de vulnerabilidade e seu caráter biossocial. *Interface (Botucatu)*. vol. 19, n. 53, pag. 237-250, Jun 2015.

PEREIRA, A.A.; BORIM, F.S.A.; NERI, A.L. Ausência de associação entre o índice de fragilidade e a sobrevivência de idosos no Brasil: Estudo FIBRA. *Cadernos de Saúde Pública [online]*. vol. 33, n. 5, 2017.

SACKETT, D. L., RICHARDSON, W.S., ROSENBERG, W., HAYNES, R.B. Evidence-based medicine. How to practice and teach *EBM*. London: Churchill Livingstone, 1997.

SANTIAGO, L.M.; GOBBENS, R.J.J.; MATTOS, I.E. *et al.* A comparison between physical na biopsychosocial measures of frailty: Prevalence and associated factors in

SENA, R.R.; GRILLO, M.J.C.; PEREIRA, L.D. *et. al.* Educação permanente nos serviços de saúde: atividades educativas desenvolvidas no estado de Minas Gerais, Brasil. *Rev. Gaúcha Enferm.* vol. 38, n. 2, pag.e64031, 2017.

SOUSA, C.A; SANTOS, I; SILVA, L.D. Aplicando recomendações da Escala de Braden e prevenindo úlceras por pressão: evidências do cuidar em enfermagem. *Rev. bras. enferm.* vol. 59, n. 3, pag. 279-284, Jun 2016.

VERAS, R.P.; OLIVEIRA, M. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. *Ciência & Saúde Coletiva*. vol. 23, n. 6, pag. 929-1936, 2018.

VERGARA, I.; RUIZ, F.R.; VROTSO, K. *et al.* Validation and comparison of instruments to identify frail patients in primary care settings: Study protocol. *BMC Health Services Research*. vol. 16, n. 354, 2016.