

**UNIVERSIDADE FEDERAL DOS VALES DO JEQUITINHONHA E MUCURI
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA PÓS-GRADUAÇÃO
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DO IDOSO**

Cleber Henrique Veloso

**PERFIL DOS IDOSOS ATENDIDOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
QUANTO AOS PRENUNCIADORES DE DECLÍNIO FUNCIONAL**

**Diamantina
2021**

Cleber Henrique Veloso

**PERFIL DOS IDOSOS ATENDIDOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
QUANTO AOS PRENUNCIADORES DE DECLÍNIO FUNCIONAL**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Programa de Pós-Graduação Lato Sensu em Residência Multiprofissional em Saúde do Idoso da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, como requisito para obtenção do título de especialista.

Orientador: Prof. Dra. Maristela Oliveira Lara

**Diamantina
2021**

Catálogo na fonte - Sisbi/UFVJM

V443p Veloso, Cleber Henrique
2021 Perfil dos idosos atendidos na atenção primária à saúde
quanto aos prenunciadores de declínio funcional [manuscrito]
/ Cleber Henrique Veloso. -- Diamantina, 2021.
31 p.

Orientador: Prof. Maristela Oliveira Lara.

Monografia (Especialização em Saúde do Idoso) --
Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri,
Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Idoso,
Diamantina, 2021.

1. Idoso. 2. Fragilidade. 3. Análise De Vulnerabilidade.
4. Avaliação Geriátrica. 5. Atenção Primária à Saúde. I.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da
UFVJM com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Bibliotecário Rodrigo Martins Cruz / CRB6-
2886 Técnico em T.I. Thales Francisco Mota
Carvalho

Cleber Henrique Veloso

**PERFIL DOS IDOSOS ATENDIDOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
QUANTO AOS PRENUNCIADORES DE DECLÍNIO FUNCIONAL**

Monografia apresentada ao programa de de Pós-Graduação Residência Multiprofissional em Saúde do Idoso da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, como requisito parcial para obtenção do título de especialista.

Orientadora: Profa. Dra. Maristela Oliveira Lara

Data de aprovação 30/06/2021

Enf. Camila Diana Macedo
Coordenadora da Atenção Primária de Felício dos Santos - MG

Profa. Dra. Ana Carolina Lanza Queiroz
Faculdade de Ciências Biológicas e da Saúde - UFVJM

Profa. Dra. Mariana Roberta Lopes Simões
Faculdade de Ciências Biológicas e da Saúde -
UFVJM

Profa. Dra. Maristela Oliveira Lara
Faculdade de Ciências Biológicas e da Saúde -
UFVJM

Diamantina – MG



Documento assinado eletronicamente por **Maristela Oliveira Lara, Servidor**, em 27/08/2021, às 13:35, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Ana Carolina Lanza Queiroz, Servidor**, em 27/08/2021, às 13:45, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Camila Diana Macedo, Usuário Externo**, em 27/08/2021, às 14:22, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Mariana Roberta Lopes Simoes, Servidor**, em 30/08/2021, às 09:40, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufvjm.edu.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0447347** eo código CRC **9D614F95**.

RESUMO

A população idosa no Brasil e no mundo cresce cada vez mais paralelamente ao aumento da expectativa de vida. A longevidade está intimamente ligada ao processo de fragilização, porém a capacidade funcional dos idosos está ligada a vários outros fatores. A fragilidade dos idosos não tem a relevância que deveria frente ao sistema de saúde, tratada muitas vezes como normal da idade avançada. **Objetivo:** descrever as características da população idosa atendida na APS em uma cidade do interior de Minas Gerais por uma equipe multiprofissional de residentes em saúde do idoso, considerando-se as dimensões indicadoras de fragilidade, e caracterizar o declínio funcional de acordo com a idade, gênero e região onde mora (rural e urbana). **Método:** estudo epidemiológico de corte transversal, retrospectivo, descritivo exploratório, de abordagem qualiquantitativa. A população foi composta por 60 idosos atendidos num período de 6 meses do ano de 2019 pela equipe de residentes na APS de uma cidade do interior de Minas Gerais. Os dados deste estudo foram coletados do instrumento de avaliação IVCF-20, que envolve vários aspectos da condição de saúde do idoso e que podem indicar o risco de declínio funcional. A coleta de dados se deu por meio de consulta em prontuários. **Resultados:** evidenciado que 10 % dos idosos foram classificados em baixo risco, 36,7% em médio risco e 53,3% em alto risco de declínio funcional. Dentre as dimensões do IVCF-20 as que mais tiveram destaque foram: idade avançada (75 anos ou mais), capacidade aeróbica e muscular prejudicada, polipatologia, déficit na realização de AVD e quedas. Verificou-se possível correlação do aumento da idade com o aumento do risco de declínio funcional. Constatou-se maior prevalência de incapacidades funcionais no gênero feminino, e semelhança na classificação de risco entre os gêneros, estando homens e mulheres em sua maioria no grupo de alto risco. Averiguou-se que os idosos residentes na zona urbana têm ligeiramente maior risco de incapacidades funcionais que aqueles residentes em zona rural. **Conclusão:** a caracterização do perfil de risco de fragilização dos idosos obtida neste estudo possibilita a aplicação em pesquisas futuras, dá um norteamento para o atendimento e triagem do idoso na atenção primária e fornece embasamento para propostas de políticas de envelhecimento saudável.

Palavras-chave: Idoso. Fragilidade. Idoso Fragilizado. Vulnerabilidade em Saúde. Análise De Vulnerabilidade. Avaliação Geriátrica. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

The elderly population in Brazil and in the world is growing more and more in parallel with the increase in life expectancy. Longevity is closely linked to the frailty process, but the functional capacity of the elderly is linked to several other factors. The frailty of the elderly is not as relevant as it should be in the health system, often treated as a normal part of old age. **Objective:** to describe the characteristics of the elderly population assisted in PHC in a city in the interior of Minas Gerais by a multidisciplinary team of elderly health residents, considering the dimensions that indicate frailty, and to characterize the functional decline according to age, gender and region where you live (rural and urban). **Method:** epidemiological, cross-sectional, retrospective, descriptive exploratory study, with a qualitative and quantitative approach. The population consisted of 60 elderly people cared for over a 6-month period in 2019 by the team of residents in the PHC of a city in the interior of Minas Gerais. Data from this study were collected from the IVCF-20 assessment instrument, which involves various aspects of the elderly's health condition and which may indicate the risk of functional decline. Data collection took place through consultation in medical records. **Results:** evidenced that 10% of the elderly were classified at low risk, 36.7% at medium risk and 53.3% at high risk of functional decline. Among the dimensions of the IVCF-20, the ones that stood out the most were: advanced age (75 years or more), impaired aerobic and muscular capacity, polyopathy, deficit in performing ADL and falls. There was a possible correlation between increasing age and increased risk of functional decline. There was a higher prevalence of functional disabilities in females, and similarity in the risk classification between genders, with men and women mostly in the high-risk group. It was found that elderly people living in urban areas have a slightly higher risk of functional disabilities than those living in rural areas. **Conclusion:** the characterization of the frailty risk profile of the elderly obtained in this study allows its application in future research, provides guidance for the care and screening of the elderly in primary care, and provides a basis for proposals for healthy aging policies.

Keywords: Aged. Frailty. Frail Elderly. Health Vulnerability. Vulnerability Analysis. Geriatric Assessment. Primary Health Care.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição da população conforme classificação de risco de vulnerabilidade clínico-funcional	15
Tabela 2 – Frequências (absolutas e relativas) de indicadores de vulnerabilidade clínico-funcional na população estudada	16
Tabela 3 – Média de Idade dos idosos de cada grupo segundo a Classificação quanto ao risco de vulnerabilidade clínico-funcional.....	20
Tabela 4 – Distribuição quanto ao gênero e risco de vulnerabilidade	21
Tabela 5 – Distribuição quanto a região onde mora e o risco de vulnerabilidade.....	23

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVD — Atividade da Vida Diária

ACS — Agente Comunitário de Saúde

APS — Atenção Primária à Saúde

CAAE — Certificado de Apresentação de Apreciação Ética

CNS — Conselho Nacional de Saúde

ESF — Estratégia Saúde da Família

IBGE — Instituto Brasileiro de Geografia Estatística

IMC — Índice de Massa Corporal

IVCF-20 — Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional-20

MG — Minas Gerais

OMS — Organização Mundial da Saúde

RAM — Reações Adversas à Medicamentos

SUS — Sistema Único de Saúde

UBS — Unidade Básica de Saúde

UFVJM — Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	8
2	OBJETIVOS	11
2.1	Geral.....	11
2.2	Específicos	11
3	METODOLOGIA.....	12
3.1	Desenho.....	12
3.2	População	12
3.3	Cenário da pesquisa.....	12
3.4	Dados do paciente.....	13
3.5	Coleta de dados	14
3.6	Análise dos dados	14
3.7	Aspectos éticos da pesquisa.....	14
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	15
5	CONCLUSÃO.....	25
	REFERÊNCIAS.....	27
	ANEXO	31

1 INTRODUÇÃO

O aumento da proporção de pessoas com idade igual ou maior a 60 anos na população brasileira e mundial é uma realidade atual e se intensificará nos próximos anos, conforme estimativas (TIENSOLI *et al*, 2019). No Brasil, o Instituto Brasileiro de Geografia Estatística (IBGE), estima que, o número de indivíduos que se encontravam na faixa etária acima de 60 anos em 2010, quando foi realizado o último censo demográfico, possa triplicar até 2050, passando de 20 milhões para 64 milhões (TIENSOLI *et al*, 2019).

Essa transição demográfica pode ser explicada, principalmente, pela redução da taxa de fecundidade e aumento na expectativa de vida da população, sendo portando, um avanço para a humanidade, e ao mesmo tempo um dos maiores desafios da saúde pública contemporânea, repercutindo na atuação dos profissionais da área de saúde, especialmente o enfermeiro, de modo que é necessário um reestruturação dos serviços de saúde para o atendimento das necessidades desse grupo, que por sua vez tem aspectos particulares que demandam uma atenção diferenciada, devido a maior prevalência de doenças crônicas, e a maior propensão a fragilidade e incapacidades decorrentes do próprio processo de envelhecimento (RIBEIRO *et al*, 2018).

Segundo Mores e Moraes (2016), o envelhecimento está estreitamente ligado ao processo de fragilização. Entretanto existe uma heterogeneidade na maneira de envelhecer entre os indivíduos idosos, de forma que, a idade por si só, é um preditor de fragilidade inadequado. Além disso, esporadicamente indivíduos envelhecem sem qualquer doença crônica. Sendo assim, não é possível compreender a situação de saúde do idoso apenas tendo conhecimento de sua idade e o número de doenças crônicas.

Existem na literatura várias definições para o termo fragilidade, que geralmente é utilizado para definir o grau de vulnerabilidade do idoso a desfechos adversos, como declínio funcional, quedas, internação hospitalar, institucionalização e óbito, o que dificulta sua padronização e utilização (MORAES *et al*, 2016). Birkelbach (2019), Cardoso *et al* (2019) e Moraes *et al* (2016) consideram como fragilidade multidimensional a redução da reserva homeostática, ou seja, das reservas funcionais orgânicas, que provocam a diminuição progressiva da competência de adequação às agressões biopsicossociais e, conseqüentemente, aumento da vulnerabilidade e a decadência funcional e suas conseqüências.

Pilger, Menon e Mathias (2013), definem a capacidade funcional como o potencial que uma pessoa apresenta para decidir e atuar de forma independente em sua vida, no seu

cotidiano, e a incapacidade funcional pela dificuldade na execução de atividades da vida diária ou mesmo pela inviabilidade de executá-las.

Assim, o declínio funcional nos idosos pode ser decorrente de vários fatores que requerem maior atenção e uma abordagem mais profunda, como por exemplo as ocorrências de quedas, que são as principais causas de fraturas, internações por trauma e perda da independência, além de causarem dor, isolamento social, incapacidades e perda da confiança, ocasionando impacto significativo na qualidade de vida e nos custos relacionados com a saúde. (CARDOSO *et al*, 2019).

Silveira *et al* (2013), nos mostram em seu estudo, os custos relacionados a internações de idosos comparados aos da população de adultos no Brasil no período de 2002 a 2011, evidenciando que, embora o maior número de internações esteja na faixa etária adulta, a proporção de despesas foi maior com os idosos, destacando as complicações de saúde provenientes do próprio processo de envelhecimento como as principais causas de gastos.

Para Moraes e Moraes (2016), a maioria dos profissionais de saúde muitas vezes consideram a fragilidade e/ou a perda da autonomia e independência como eventos do envelhecimento normal (“da idade”), e portanto, não dão a atenção necessária.

“No Brasil, os profissionais de saúde na atenção primária tendem a considerar um idoso como frágil baseando-se em sua aparência geral, ou quando tal indivíduo apresenta múltiplas doenças ou comorbidades.”. (MORAES *et al*, 2016, p. 2).

Frente a esse cenário, a Organização Mundial de Saúde (OMS), preconiza o cuidado integral ao idoso, que provê maior resolutividade de suas necessidades. Para isso, devem ser fortalecidas e estruturadas as políticas que ofereçam melhores condições de vida aos idosos, com foco na promoção da saúde e prevenção de doenças, além do tratamento e reabilitação (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2015). Essa abordagem integral, objetiva, principalmente, a prevenção da fragilidade e incapacidades, comuns nessa faixa etária. (TIENSOLI *et al*, 2019).

Compreendendo a importância da visão diferenciada e especializada sobre o idoso, questiona-se: quais as características dos idosos atendidos na Atenção Primária à Saúde (APS) pela Residência Multiprofissional em Saúde do Idoso em uma cidade do interior de Minas Gerais, levando em consideração os aspectos da saúde do idoso abordados pelo ICVF-20.

O ICVF-20 é um instrumento desenvolvido e validado no Brasil e pode ser considerado uma metodologia de Avaliação Geriátrica Ampla. Trata-se de um questionário simples de fácil aplicação, constituído por 20 questões que abordam aspectos

multidimensionais da condição de saúde do idoso: idade, autopercepção da saúde, atividades da vida diária (três AVD instrumentais e uma AVD básica), cognição, o humor/comportamento, mobilidade (alcance, preensão e pinça; capacidade aeróbica/muscular, marcha e continência esfinteriana), a comunicação (visão e audição), e presença de comorbidades múltiplas (polipatologia, polifarmácia e/ou internação recente). Cada dimensão tem pontuação específica que perfazem um valor máximo de 40 pontos. Quanto mais alto o valor obtido, maior é o risco de vulnerabilidade clínico-funcional do idoso, o que também representa maior chance de perda da autonomia e independência para a realização das atividades de vida cotidiana e de autocuidado.

O idoso que obter a soma total de pontos entre 0 e 6 é classificado em baixo risco de vulnerabilidade clínico-funcional, entre 7 e 14 pontos como idoso em moderado risco de vulnerabilidade clínico-funcional e entre 15 e 40 pontos como idoso em alto risco de vulnerabilidade clínico-funcional.

Assim, este estudo se justifica na colaboração do aumento do conhecimento sobre a vulnerabilidade clínico-funcional em idosos e sobre os fatores de risco de fragilidade, viabilizando a construção de estratégias de promoção à saúde, elaboração de medidas preventivas e o adequado planejamento das ações dos profissionais que prestam serviços a essa população.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Identificar o perfil dos idosos atendidos por uma equipe de residentes em saúde do idoso na Atenção Primária à Saúde quanto aos prenunciadores de declínio funcional.

2.2 Específicos

Mensurar a ocorrência das dimensões prenunciadoras de declínio funcional: idade, auto percepção da saúde, funcionalidade global, sistemas funcionais (cognição, humor, mobilidade, comunicação), uso de medicamentos e história pregressa (comorbidades e internações recentes).

Caracterizar o declínio funcional de acordo com a idade, o gênero (masculino e feminino) e a região onde mora (zona rural e urbana), na população estudada.

3 METODOLOGIA

3.1 Desenho

Estudo epidemiológico de corte transversal, retrospectivo, descritivo exploratório, de abordagem quantitativa, em que foram identificados e analisados os fatores prenunciadores de declínio funcional em idosos através de um instrumento de avaliação de risco.

3.2 População

Fizeram parte deste estudo todos os prontuários dos idosos atendidos no pela equipe de residentes da Residência Multiprofissional em Saúde do Idoso da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM), em todas as áreas de abrangência da Atenção Primária à Saúde (APS) da cidade de Felício dos Santos, no período de março a agosto de 2019, período este em que foram realizadas as avaliações por meio do IVCF-20. Do total de 67 prontuários, foram selecionados 60 que atenderam aos critérios de inclusão.

Foram incluídos no estudo os prontuários das pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, que tenham sido submetidas ao instrumento de avaliação IVCF-20 e tenham sido atendidos pela equipe multiprofissional de residentes em saúde do idoso da UFVJM no período acima citado. Sendo excluídos, portanto, os prontuários das pessoas com idade até 59 anos, daquelas que não foram submetidas ao instrumento IVCF-20, prontuários que não puderem ser encontrados devido a problemas de arquivamento inadequado e daquelas pessoas que não foram atendidas pela equipe de residentes em saúde do idoso da UFVJM.

A formação da população estudada foi influenciada indiretamente pelos agentes comunitários de saúde do município, uma vez que estes foram quem escolheram os idosos para o atendimento pela equipe de residentes, baseando-se em critérios próprios como maior número de comorbidades, doenças agudas ou crônicas descompensadas, pacientes visivelmente debilitados e etc., e assim determinavam e agendavam o atendimento pela equipe de residentes. O que corrobora com Moraes *et al*, (2016), no que diz respeito a tendência dos profissionais de saúde a presumirem que o idoso é frágil com base em sua aparência geral e a presença de comorbidades.

3.3 Cenário da pesquisa

A cidade de Felício dos Santos está localizada no Vale do Jequitinhonha em Minas Gerais. De acordo com dados disponíveis no DATASUS (2020) e com base no censo demográfico de 2010, a população estimada é de 5142 pessoas, e o grupo de pessoas com idade superior ou igual a 60 anos é de 714 pessoas, correspondendo a 13,89% da população total.

No período da coleta de dados deste estudo, na APS de Felício dos Santos atuavam três equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF), sendo que uma equipe atendia em uma unidade básica localizada na comunidade rural do Real, e outras duas equipes atendiam em unidade básica na zona urbana do município, de modo que outros profissionais não vinculados à ESF complementavam o assistência de saúde com finalidade de ofertar atenção de baixa e média complexidade, com atendimento durante 24 horas por dia e em todos os dias da semana. Existia ainda uma outra unidade básica na comunidade rural de São José da Cachoeira, funcionando como apoio. Em março de 2019, a APS tinha cobertura de 100% da população, segundo dados do site e-Gestor (Atenção Básica).

Compunha a rede de atenção à saúde do município o serviço do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) que era composto por fisioterapeuta, nutricionista e psicólogo, o atendimento por 3 equipes de saúde bucal e também os serviços de Academia da Saúde e Farmácia Para Todos.

A Residência Multiprofissional em Saúde do Idoso da UFVJM está atualmente inserida, de forma complementar, na rede de APS da cidade em estudo, por meio de convênio entre a prefeitura do município e a universidade.

No período em estudo, a equipe multiprofissional de residentes era composta por seis pessoas: dois enfermeiros, um fisioterapeuta, um cirurgiã-dentista, um nutricionista e um profissional de educação física, que realizavam dentre outras atividades, o atendimento multiprofissional domiciliar e em consultório, momentos em que eram aplicados o instrumento IVCF-20 (Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional-20), passando a compor o prontuário do paciente.

3.4 Dados do paciente

Os dados deste estudo foram coletados dos prontuários dos pacientes, e são referentes a idade, gênero (feminino ou masculino) e região onde moram (rural ou urbana). Do instrumento de avaliação IVCF-20, foram coletadas informações que envolvem vários aspectos da condição de saúde do idoso e que podem indicar o risco de declínio funcional.

3.5 Coleta de dados

Iniciada com a consulta ao caderno próprio de registro de atendimentos realizados pelos residentes em saúde do idoso no período predeterminado, para coletar os nomes e os números dos prontuários a serem analisados. Os nomes dos pacientes foram utilizados apenas para a procura dos prontuários e não foram divulgados com os demais dados coletados. Esse caderno encontrava-se disponível na Unidade Básica de Saúde (UBS) do município, localizada no centro da cidade, onde também se localizava o arquivo dos prontuários de todos os pacientes do município.

Munido dessas informações, foi realizada a busca dos prontuários no arquivo, e os dados necessários para o estudo foram coletados e lançados em uma planilha para posterior análise.

3.6 Análise dos dados

O software *Microsoft Excel* versão 2012, foi usado para a coleta e registro dos dados, e para a análise, foi utilizado o *software IBM Statistical Package for the Social Sciences Inc* (SPSS) na versão 20, o qual também foi empregado para obtenção de frequência absoluta e relativa de cada indicador do IVCF-20 e ainda de idosos em cada grau de risco de vulnerabilidade clínico-funcional (baixo, médio e alto).

3.7 Aspectos éticos da pesquisa

Pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM) em 15 de setembro de 2020 sob o parecer de número 4.277.738 e CAAE: 34005620.2.0000.5108, atendendo aos preceitos éticos para pesquisas envolvendo seres humanos preconizados na Resolução 466/12 CNS.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

No âmbito da saúde do idoso, a classificação de risco de vulnerabilidade clínico-funcional é importante, sobretudo para os enfermeiros, porque é uma forma de triagem risco, onde é possível identificar quais idosos precisam de atenção diferenciada na UBS, facilitando a demanda programada no SUS, corroborando com o princípio básico do SUS: a equidade, contribuindo também com o planejamento da consulta especializada com geriatra ou gerontólogo, destacando as dimensões da saúde do idoso que merecem uma investigação mais detalhada, além de possibilitar a construção individual e específica para cada idoso, de um plano de cuidados interdisciplinar baseado condições de risco de fragilidade apresentadas (MORAES; MORAES, 2016).

Considerando o IVCF-20 como um instrumento de avaliação inicial e triagem do idoso, que determinará ou não a necessidade de encaminhamento para a atenção secundária, e seguindo a linha de pensamento de Moraes e Moraes (2016), a **Tabela 1** nos mostra que 32 idosos deste estudo que apresentaram pontuação acima de 15 pontos e portando são classificados em alto risco de vulnerabilidade clínico-funcional, necessitariam, na data que foram avaliados, de uma avaliação multidimensional realizada preferencialmente por uma equipe especializada em geriatria/gerontologia ou atenção secundária; 22 idosos que com pontuação entre 7 e 14 pontos e que foram classificados em risco moderado de vulnerabilidade, necessitariam do geriatra, mas sem urgência, ou poderiam também serem atendidos por equipe não especialista, mas que tenha treinamento no reconhecimento das especificidades da saúde do idoso; e 6 idosos que tiveram pontuação entre 0 e 6 pontos e foram classificados em baixo risco de vulnerabilidade, poderiam ter acompanhamento clínico rotineiro na Unidade Básica de Saúde pelos profissionais da ESF.

Tabela 1 – Distribuição da população conforme classificação de risco de vulnerabilidade clínico-funcional

	Frequência	Porcentagem
Baixo	6	10,0%
Moderado	22	36,7%
Alto	32	53,3%
Total	60	100%

Fonte: dados dos prontuários

A **Tabela 2** nos mostra a soma total do número de vezes em cada umas das 20 questões abordadas pelo questionário IVCF-20 foi respondida positivamente pela população estudada. Uma vez que as perguntas respondidas com *não*, não pontuam no questionário, representando que o idoso não tem risco significativo naquela questão.

Tabela 2 - Frequências (absolutas e relativas) de indicadores de vulnerabilidade clínico-funcional na população estudada

Itens do IVCF-20	Frequência	Porcentagem
Idade \geq 75 anos	42	70%
Autopercepção de saúde regular ou ruim	23	38,3%
Deixou, por saúde ou condição física:		
de fazer compras	35	58,3%
de controlar dinheiro/gastos/pagar contas	30	50%
de realizar pequenos trabalhos domésticos	25	41,7%
Deixou de tomar banho sozinho por condição física	13	21,7%
Algum familiar ou amigo mencionou esquecimento	25	41,7%
Piora do esquecimento nos últimos meses	12	20%
Esquecimento impedindo a realização de alguma atividade no cotidiano	12	20%
Desânimo, tristeza ou desesperança no último mês	24	40%
Perda de interesse ou prazer no último mês em atividades antes prazerosas	11	18,3%
Incapacidade de elevar o braço acima do nível do ombro	8	13,3%
Incapacidade de manusear/segurar pequenos objetos	1	1,7%
Perda de peso não intencional (2) ou IMC menor que 22 kg/m ² ou circunferência da panturrilha menor que 31 cm ou tempo no teste de velocidade da marcha (4m) maior que 5 segundos	39	65%
Duas ou mais quedas no último ano	31	51,7%
Dificuldade para caminhar impeditiva de realização de atividades no cotidiano	26	43,3%

Continuação: Tabela 3 - Frequências (absolutas e relativas) de indicadores de vulnerabilidade clínico-funcional na população estudada

Perda involuntária de urina ou fezes em algum momento	27	45%
Problemas de visão impeditivos de realização de atividades no cotidiano	20	33,3%
Problemas de audição impeditivos de realização de atividades no cotidiano	4	6,7%
Cinco ou mais doenças crônicas ou uso diário de cinco ou mais medicamentos diferentes ou internação nos últimos seis meses	35	58,3%

Fonte: dados dos prontuários

As cinco questões do IVFC-20 com maior destaque em ordem decrescente de prevalência foram: idade superior ou igual a 75 anos; a questão que abrange a capacidade aeróbica e muscular; a questão que envolve a polipatologia, polifarmácia e/ou internação recente; a questão relacionada a AVD instrumental do hábito de fazer compras; e a questão relacionada ao histórico de quedas. Assim, é possível perceber que estas são as principais dimensões da saúde do idoso que estão correlacionadas ao risco de vulnerabilidade clínico-funcional na população estudada.

A idade é identificada neste estudo como a principal dimensão preditora de declínio funcional e é um fator não modificável e irreversível. É possível perceber que a população está em sua maioria com idade superior a 75 anos, o que corrobora com o estudo realizado por Vasconcelos e Gomes (2012), que retrata a transição demográfica brasileira, que pode ser reflexo das baixas taxas de fecundidade e do aumento da expectativa de vida. Entretanto, é importante lembrar da influência dos ACS na formação da população do estudo, na qual os idosos atendidos foram escolhidos, dentro outros motivos, por sua aparência geral e possivelmente pela sua idade avançada.

A segunda questão mais pontuada, tem o objetivo de avaliar a capacidade aeróbica e muscular, que reflete a possível presença de sarcopenia, que é uma síndrome clínica, caracterizada pela perda progressiva e generalizada da massa e função muscular, podendo levar a redução da força muscular e desempenho funcional, com risco de desfechos adversos (MORAES; MORAES, 2016). A possibilidade da presença de sarcopenia na população estudada pode estar relacionada a alguns fatores dos quais é possível se intervir e melhorar, como o sedentarismo e alimentação inadequada (ALEXANDRE *et al*, 2019).

Marzetti *et al* (2017) reúnem em seu estudo, realizado no Reino Unido, evidências em apoio da atividade física como uma forma primordial de prevenção da fragilidade e sarcopenia, proporcionando a robustez dos idosos. Assim como Stephen *et al* (2020), que comprovaram em seu estudo de revisão que o exercício físico por si só ou em associação a nutrição adequada e avaliação geriátrica ampla, podem reduzir a fragilidade.

A terceira questão do IVCF-20 mais pontuada envolve a polipatologia. Essa questão é dividida em três subquestões, das quais a polifarmácia foi visivelmente a mais presente, sendo evidenciada em 34 idosos, ou 55,74%, o que ainda fica acima do resultado apresentado no estudo Carvalho *et al* 2012, que verificou a presença de polifarmácia na população idosa do município de São Paulo, identificada em 36% da amostra.

A polifarmácia é definida como o uso de cinco ou mais medicamentos diferentes ao longo do dia, e está relacionada ao aumento de Reações Adversas à Medicamentos (RAM) que intensificam o risco de declínio funcional e óbito nos idosos. (SECOLI, 2010). Existem medicamentos apropriados (que apresentam evidências de efeito terapêutico e segurança), medicamentos inapropriados (associados a eventos adversos e inefetividade terapêutica) e medicamentos fúteis (aqueles que não têm efetividade terapêutica comprovada a situação na qual eles estão sendo utilizados, todavia podem apresentar efeitos adversos), sendo aconselhável a desprescrição desses dois últimos. (MORAES, 2018). Um exemplo, é o aumento da mortalidade nos idosos (1,26 a 3,7 vezes) relacionado ao uso crônico de benzodiazepínicos, provavelmente pelo, maior risco de traumas, quedas, acidentes automobilísticos, pneumonias, suicídios, dentre outras causas. (MORAES, 2018).

Estudo realizado na Coréia por Moon *et al* (2019), evidenciou a polifarmácia em 26,8% da amostra de 2392 idosos com idade entre 70 e 84 anos, destacando a tendência destes a ter mais comprometimento cognitivo e fragilidade, concluindo que apesar dos idosos dependerem de vários medicamentos, a polifarmácia deve ser levada em consideração quando se objetiva a saúde do idoso.

A quarta questão mais pontuada do IVCF-20 está relacionada as Atividades da Vida Diária (AVD), que são aquelas tarefas fundamentais para a gestão da própria vida e autocuidado, que dependem da autonomia (capacidade de decisão) e independência (capacidade de executar a decisão). A autonomia depende da cognição (capacidade mental de compreender e resolver problemas do cotidiano) e humor/comportamento (motivação necessária para a realização das atividades e/ou participação social), enquanto a independência depende da mobilidade (capacidade de deslocamento e manipulação do meio) e da comunicação

(capacidade de estabelecer um relacionamento produtivo com o meio, trocar informações, manifestar desejos, ideias e sentimentos) (MORAES; MORAES, 2016).

Com isso, é possível perceber que a deficiência na realização das AVD, pode indicar problemas relacionados a uma gama maior de outros aspectos da saúde do idoso que também são abordados em outras questões do IVCF-20. Portanto, é necessário utilizar-se de todo o instrumento para tentar identificar as causas do declínio na execução das AVD. Sendo assim, esse dado é importante, porque nos mostra a perda da autonomia e independência de grande parte da população estudada, servindo de alerta para a exploração das outras dimensões do IVCF-20 na busca da identificação e resolução das causas de declínio.

A ocorrência de 2 ou mais quedas no último ano anterior as avaliações, ocupa a quinta posição no ranking de questões mais pontuadas do IVCF-20. A sociedade brasileira dá pouca importância ao evento da queda em idosos, talvez pelo desconhecimento do seu reflexo à saúde dos mesmos. As quedas são causadoras de lesões e distúrbios emocionais que convergem em incapacidades funcionais, levando a dependência, perda da qualidade de vida e à elevação dos custos para o sistema de saúde, decorrente de suas consequências. Assim, as quedas requerem maior atenção por parte dos profissionais de saúde, e devem ser prevenidas. (TIENSOLI *et al*, 2019).

Segundo Guerra *et al* 2016, a estimativa é que a quedas tenham uma frequência de 75% em pessoas na faixa etária dos 65 a 74 anos e de 90% nos idosos com idade superior a 75 anos. Já Ferreti *et al* 2013, acredita que cerca de 30% dos indivíduos com idade maior ou igual há 65 anos apresentam relato de queda anualmente, havendo aumento desse percentual para 51% nos indivíduos com mais de 85 anos, dados que corroboram com o estudo de Tiensoli *et al* 2019, que mostram que no Brasil, aproximadamente 30% dos idosos caem uma vez por ano e o risco de cair aumenta acima dos 80 anos, chegando a 50%.

Neste estudo, 51,7% dos idosos relataram ocorrência quedas, sendo um percentual preocupante frente ao impacto à saúde do idoso, porém justificável dentro das estimativas apresentadas pela literatura. Além disso, a maioria da população pesquisada (70%) tem idade superior à 75 anos, e como é sabido, a ocorrência das quedas aumenta paralelamente com o a elevação da faixa etária.

No estudo realizado por Ožić *et al* (2020) na Croácia, cujo objetivo foi averiguar o reflexo de duas intervenções, uma fundamentada na prevenção de quedas e outra na prevenção da solidão, na fragilidade total e nas dimensões da fragilidade em idosos, realizadas por meio da identificação e eliminação de fatores de risco de quedas nas residências dos participantes e ações educativas com o tema principal “envelhecimento saudável”, evidenciou de forma

prospectiva após 1 ano, que as medidas tiveram impacto positivo na fragilidade e na independência dos idosos, mostrando aumento da fragilidade no grupo controle e estagnação do grupo de intervenção.

Para correlacionar a idade com o risco de vulnerabilidade, foi obtida a frequência absoluta de idosos por idade e a média de idade dos idosos em cada grau de risco. A **tabela 3** mostra que quanto maior a idade, maior é o risco de vulnerabilidade clínico-funcional. Sendo que a média de idade dos indivíduos é de 72,3 anos, 76,6 anos e 80,5 anos para aqueles classificados em baixo, médio e alto risco, respectivamente.

Tabela 4 - Média de Idade dos idosos de cada grupo segundo a Classificação quanto ao risco de vulnerabilidade clínico-funcional

Classificação	Média de Idade
Baixo	72,3
Moderado	76,2
Alto	80,9

Fonte: Dados dos prontuários

Para Moraes *et al* (2016, p. 2) “O envelhecimento está intimamente associado ao processo de fragilização.”. Porém, a idade isoladamente, não deve ser considerada como um determinante de fragilidade, porque os idosos envelhecem de maneiras diferentes, devido ao estilo de vida ou a fatores genéticos, por exemplo. Com isso, alguns idosos com idade próxima dos 100 anos podem ser menos frágeis que outros com idade próxima dos 60 anos.

Cunha *et al* (2009), não vê clareza na relação entre a idade e declínio funcional. No estudo, cujo objetivo foi a revisão da literatura sobre os fatores de risco associados ao declínio funcional em idosos hospitalizados, verificou-se que a idade não tem forte relação com o declínio funcional e hospitalização, uma vez que outros elementos, tais como a gravidade da doença apresentada na admissão, a presença de doenças crônicas e o comprometimento funcional prévio, têm maior valor preditivo do que a idade isoladamente. Contudo mostra que os idosos com idade avançada tinham maior nível de doenças graves e dependência funcional antes da hospitalização, quando comparados aos indivíduos com menor idade da amostra.

Conforme descrito por Paz, Santos e Eidt (2006), a redução da capacidade de homeostase do idoso quando submetido a stress fisiológico associada a idade cronológica avançada determina a maior susceptibilidade a doenças, aumento da vulnerabilidade e maior probabilidade de morte.

Segundo análise realizada pelo Ministério da Saúde (2010), os óbitos na faixa etária a partir de 60 anos, corresponderam a 60,4% do total de óbitos registrados no Brasil, e as principais causas no ano de 2008, foram às doenças cerebrovasculares (9,2%) e as doenças isquêmicas do coração (8,9%), que na maioria das vezes são consequência de doenças crônicas e/ou uso inadequado de medicamentos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

No presente estudo, verificou-se que 62,3% dos idosos tinham cinco ou mais doenças crônicas, ou usavam diariamente cinco ou mais medicamentos diferentes ou tiveram internação nos 6 meses anteriores à avaliação.

Para comparar a classificação de risco quanto ao gênero, foi obtida a frequência absoluta e relativa de idosos do sexo masculino e feminino em cada grau de risco.

A **Tabela 4** mostra a distribuição dos idosos quanto aos gêneros masculino e feminino e quanto a classificação de risco de vulnerabilidade clínico-funcional.

Tabela 5 – Distribuição quanto ao gênero e risco de vulnerabilidade

Classificação	Gênero			
	Masculino		Feminino	
	Contagem	Porcentagem	Contagem	Porcentagem
Baixo	2	10,5%	4	9,8%
Moderado	5	26,3%	17	41,5%
Alto	12	63,2%	20	48,8%

Fonte: Dados dos prontuários

O percentual de homens e mulheres classificados em baixo risco de vulnerabilidade clínico-funcional foi relativamente próximo, correspondendo a 10,5% e 9,8% respectivamente. Entretanto nas classificações de risco moderado e alto houve diferença significativa entre os gêneros, em que 41,5% das mulheres e 26,3% dos homens tiveram risco moderado, e 63,2% dos homens e 48,8% das mulheres tiveram alto risco de vulnerabilidade clínico-funcional.

Portanto, foi possível perceber que a maioria dos homens deste estudo estão no grupo de idosos com maior risco de declínio funcional. Já as mulheres estão em sua maioria nos grupos de moderado e alto risco de declínio funcional, ficando este último grupo ligeiramente maior.

O estudo realizado por Campos *et al* em 2016, cujo objetivo foi descrever a prevalência de incapacidade funcional por gênero entre idosos brasileiros, fez uma revisão bibliográfica na qual a soma das amostras de todos os estudos foi de 44714 idosos, evidenciando

que a proporção de mulheres com incapacidade funcional é 1,51 vezes maior que a de homens. Essa diferença também foi confirmada por Alexandre *et al* (2016) em seu estudo, evidenciando que a maioria dos fatores de risco para a fragilidade são mais percebidos nas mulheres, destacando a importância da adoção de estratégias para a prevenção da fragilidade que levem em consideração a diferença entre os gêneros, priorizando as mulheres.

Levando em consideração o contexto da formação da população deste estudo, em que os idosos foram escolhidos pelos agentes comunitários de saúde, é importante destacar que um número 2,16 vezes maior de mulheres foram atendidas no período estudado em relação aos homens, permitindo-se presumir que no município a prevalência de mulheres com declínio funcional é maior que a dos homens, fundamentando-se na premissa de que os agentes comunitários de saúde escolheram uma quantidade maior mulheres porque estas tinham aparentemente pior estado de saúde e maior necessidade de atendimento pela equipe em especialização em gerontologia, corroborando assim com o estudo de Campos *et al* 2016 acima citado.

Barros e Machado 2017, sugerem que essa diferença entre os gêneros pode ser explicada pela tendência das mulheres a mencionarem maiores dificuldades funcionais que os homens, e ainda pela maior expectativa de vida das mulheres que associadas às limitações funcionais poderá levar a dependência de cuidados.

Neste estudo a comparação do risco de vulnerabilidade clínico-funcional entre homens e mulheres foi dificultada pela diferença quantitativa entre os dois grupos e também pela influência não intencional dos ACS, sendo possível considerar, portanto, que tanto no grupo das mulheres quanto dos homens a maioria foi classificada em alto risco de vulnerabilidade clínico funcional, sendo que no grupo dos homens o percentual foi 14,4% maior que no das mulheres.

Para analisar a distribuição geográfica de risco, foi obtida a frequência absoluta de idosos classificados em cada grau de risco de acordo com a região onde moram (zona rural e urbana).

O **Tabela 5** mostra a distribuição dos idosos quanto a região onde moram (rural ou urbana) e quanto a classificação de risco de vulnerabilidade clínico-funcional.

Tabela 6 – Distribuição quanto a região onde mora e o risco de vulnerabilidade

		Risco de Vulnerabilidade Clínico- funcional			Total
		Baixo	Moderado	Alto	
		Região onde mora			
	Zona Urbana	2 (6%)	12 (36%)	19 (58%)	33
	Zona Rural	4 (15%)	10 (37%)	13 (48%)	27
Total		6 (10%)	22 (37%)	32 (53%)	60

Fonte: Dados dos prontuários

Os dados apontam semelhança entre os idosos que residem nas zonas urbana e rural em relação ao risco de vulnerabilidade clínico-funcional, visto que, o número de idosos em cada grupo cresce paralelamente com aumento do grau de vulnerabilidade, estando a sua maioria na classificação de alto risco. Entretanto o número de idosos classificados em alto risco de declínio funcional residentes em área urbana é 1,21 vezes maior que o da zona rural, em contrapartida aos classificados em baixo risco, cujo número é 2 vezes maior naqueles residentes em área rural. Em comparação aos idosos classificados em moderado risco, observa-se percentual bem próximo, estando 1% maior na zona rural.

Esses resultados corroboram com o estudo de Beltrame *et al* 2012, cujo objetivo foi analisar a qualidade de vida entre idosos da área urbana e rural do município de Concórdia-SC, e dentre os pontos avaliados incluiu-se a capacidade funcional para realização de atividades de vida diária (AVD), mostrando-se 1,12 vezes (11%) maior naqueles residentes em área rural. Além disso, o estudo conclui que apesar de alguns escores serem melhores na área urbana, possivelmente justificado pelos melhores níveis econômicos que facilitam a acessibilidade aos meios de comunicação, saúde, lazer e etc., observou-se que em relação aos aspectos sociais e de saúde, os idosos residentes em área rural tiveram resultados mais satisfatórios.

Diferenças nas características dos idosos que residem em áreas urbanas e rurais em termos socioeconômicos e de estilo de vida podem influenciar na prevalência de fragilidade (HAMIDIN *et al*, 2018).

De acordo com Llano *et al* (2017), os idosos residentes na zona rural podem ter um estilo de vida mais saudável, com maior incorporação do comportamento ativo em atividades do cotidiano como práticas agrícolas, jardinagem, caminhadas e pesca.

Importante ressaltar que os idosos residentes em zona rural têm algumas particularidades culturais, sociais e étnicas que refletem na sua saúde. Apesar de possuírem hábitos de vida mais saudáveis, têm maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde por

consequência da distância até os mesmos e também da dificuldade de locomoção. (LLANO *et al*, 2017).

Assim, possivelmente pela busca de novas fontes de renda e maior facilidade de acesso aos serviços de saúde, tem-se observado uma crescente transição de idosos da área rural para a urbana, os quais necessitam de atenção integral com vistas à prevenção e manutenção de suas funcionalidades, visto que, é possível que esses idosos tenham maior dificuldade de acesso a escolas e assistência à saúde em âmbito rural (FREITAS *et al*, 2018).

Descobrir onde os idosos em risco de fragilização residem é de grande importância para definir medidas preventivas e intervencionistas que retardem e atenuem o declínio funcional, evitando assim os desfechos adversos, proporcionando uma vida mais ativa aos idosos e para melhorar a qualidade de vida nos diversos contextos (LLANO *et al*, 2017). O processo de fragilização pode ser reversível quando detectado precocemente, mas pode chegar a um ponto sem retorno após o surgimento da deficiência/dependência (PRETO *et al*, 2018).

5 CONCLUSÃO

Quando se iniciou a pesquisa havia uma necessidade discutir-se sobre a vulnerabilidade clínico-funcional e os fatores de risco de fragilidade a fim de expandir o as informações sobre este tema e, portanto, era importante estudá-lo.

Constata-se que o objetivo geral foi atendido, porque foi possível traçar um perfil de risco de vulnerabilidade clínico-funcional da população estudada por meio dos aspectos abordados pelo IVCF-20, identificando-se quais fatores eram mais prevalentes e realizando-se uma discussão sobre os mesmos, fazendo um paralelo com outros aspectos de vida.

Conclui-se que os idosos com maior risco de vulnerabilidade clínico-funcional apresentaram: idade avançada (75 anos ou mais), capacidade aeróbica e muscular prejudicada, polipatologia, déficit na realização de AVD e quedas. Verificou-se que possivelmente existe correlação da longevidade com o maior risco de declínio, levando em consideração o paralelo aumento de comorbidades. Constatou-se maior prevalência de incapacidades funcionais no gênero feminino, e semelhança na classificação de risco entre os gêneros, estando homens e mulheres em sua maioria no grupo de alto risco. Para completar o perfil dos idosos em estudo foi considerado que aqueles que residem em zona rural têm hábitos de vida mais saudáveis e conseqüentemente menor risco de desenvolvimento de incapacidades funcionais.

De acordo com a metodologia aplicada, percebe-se que a pesquisa poderia ter sido realizada em um período maior de tempo a fim de aumentar o número da população estudada para proporcionar resultados que transpareçam melhor a realidade. Assim como, a própria metodologia poderia ser modificada com esse mesmo propósito, de forma que o instrumento do IVCF-20 pudesse ser aplicado em um número mais expressivo de idosos, e que estes fossem escolhidos de forma aleatória, evitando o que aconteceu neste estudo e que trouxe limitação na análise dos dados, que foi o fato da escolha do idoso atendido por meio do julgamento de necessidade por parte do ACS com base em aparência geral e múltiplas comorbidades.

Sugere-se que seja pesquisada essa percepção dos ACS e até mesmo de outros profissionais de saúde a cerca do conceito de idoso frágil e dos fatores de risco de fragilidade e o quanto isto tem impacto na saúde do idoso.

O conceito de fragilidade aqui adotado pode ser considerado um exemplar confiável e de fácil aplicação nas pesquisas epidemiológicas sobre vulnerabilidade clínico-funcional e nas avaliações de acolhimento e/ou triagem dos serviços de atenção primária à saúde. Assim, este estudo apresenta resultados convenientes ao direcionamento e aprimoramento de pesquisas

futuras com idosos e ao embasamento de propostas políticas de prevenção de declínio funcional com foco no atendimento integral à saúde da pessoa idosa.

A atenção à saúde do idoso se atribui sobretudo para a enfermagem, quando na atenção primária, o enfermeiro deve favorecer o cuidado integral e de qualidade a pessoa idosa. Levando em consideração os dados obtidos neste estudo epidemiológico, o enfermeiro deve ter uma visão holística do idoso quanto aos fatores indicativos de risco de fragilização e trabalhar na promoção da saúde para evitar que ela se instale. Deve, além disso, atentar para o cuidado dos idosos frágeis, seja pelas circunstâncias próprias das comorbidades, seja pelo processo natural de fragilização em virtude da maior longevidade, provendo meios que ajudem a manter a melhor qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

- ALEXANDRE, T.D.S.; CORONA, L.P.; BRITO, T.R.P.; SANTOS, J.L.F.; DUARTE, Y.A.O.; LEBRÃO, M.L. **Gender Differences in the Incidence and Determinants of Components of the Frailty Phenotype Among Older Adults: Findings from the SABE Study.** *Journal of Aging and Health.* V. 30, n. 2, p. 190-212. Feb. 2018. Disponível em <https://doi.org/10.1177/0898264316671228>. Acesso em: 12 mar. 2021.
- ALEXANDRE, T.D.S.; DUARTE, Y.A. O.; SANTOS, J.L.O.; LEBRÃO, M.L. **Prevalência e fatores associados à sarcopenia, dinapenia e sarcodinapenia em idosos residentes no Município de São Paulo - Estudo SABE.** *Revista brasileira de epidemiologia.* V. 21, fev. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720180009.supl.2>. Acesso em: 14 jun. 2021.
- BARROS, A. P. de M.; MACHADO, V. B. **Revisão sistemática da produção científica sobre os benefícios adquiridos na promoção do envelhecimento saudável.** *Revista Eletrônica Gestão & Saúde.* V. 3, n. 2, p. 413-24, jul. 2017. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/113>. Acesso em 05 jun. 2021
- BELTRAME, V.; CADER, S. A.; CORDAZZO, F.; DANTAS, E. H. M. **Qualidade de vida de idosos da área urbana e rural do município de Concórdia, SC.** *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia.* Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 223-232, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1809-98232012000200005>. Acesso em: 10 fev. 2021.
- BIRKELBACH1, O.; MÖRGELIL, R.; SPIES, C.; OLBERT, M.; WEISS, B.; BRAUNER, M.; NEUNER, B.; FRANCIS, R. C. E.; TRESKATSCH, S.; BALZER, F. **Routine frailty assessment predicts postoperative complications in elderly patients across surgical disciplines – a retrospective observational study.** *BMC Anesthesiology.* V. 19, n. 1, p. 204, nov. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12871-019-0880-x>. Acesso em: 16 jun. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Datasus. **Informações de Saúde (TABNET).** Demográficas e Socioeconômicas. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/popmg.def>. Acesso em: 13 fev. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção Primária à Saúde. **e-Gestor (Atenção Básica).** Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br>. Acesso em: 18 mai. 2021.
- CAMPOS, A. C. V.; ALMEIDA, M. H. M.; CAMPOS, G. V.; BOGUTCHI, T. F. **Prevalência de incapacidade funcional por gênero em idosos brasileiros: uma revisão sistemática com metanálise.** *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia.* Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 545-559, jun. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232016000300545&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 fev. 2021.
- CARDOSO, L.C.P.; SAINTRAIN, M.V.L.; ANJOS, R.E.S.; PINHEIRO, S.S.; CARVALHO FILHO, M.A.M.; RODRIGUES, G.; TAVARES, M.R.S.; ROLIM, K.M.C.; ABDON, A.P.V. **The importance of measuring functional independence for rehabilitation therapy in older trauma patients.** *International Journal of Advanced Engineering Research and Science.* V. 6, p. 229-238, jul. 2019.

- CARVALHO, M.F.C.; ROMANO-LIEBER, N. S.; BERGSTEN-MENDES, G.; SECOLI, S. R.; RIBEIRO, E.; LEBRÃO, M. L.; DUARTE, Y. A. O. **Polifarmácia entre idosos do Município de São Paulo - Estudo SABE**. Revista Brasileira de Epidemiologia. São Paulo, v. 15, n. 4, p. 817-827, dez. 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2012000400013>. Acesso em: 10 fev. 2021.
- CUNHA, F. C. M.; CINTRA, M. T. G.; CUNHA, L. C. M.; COUTO, E. A. B.; GIACOMIN, K. C. **Fatores que predisõem ao declínio funcional em idosos hospitalizados**. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 475-487, dez. 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1809-9823.2009.00013>. Acesso em: 10 fev. 2021.
- FREITAS, F. F. Q.; BELEZA, C. M. F.; FURTADO, I. Q. C. G.; FERNANDES, A. R. K.; SOARES, S. M. **Temporal analysis of the functional status of older people in the state of Paraíba, Brazil**. Revista Brasileira de Enfermagem. Brasília, v. 71, supl. 2, p. 905-911, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0130>. Acesso em: 10 fev. 2021.
- FERRETTI, F.; LUNARDI, D.; BRUSCHI, L. **Causas e consequências de quedas de idosos em domicílio**. Fisioterapia em Movimento. Curitiba, v. 26, n. 4, p. 753-762, dez. 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-51502013000400005>. Acesso em: 10 fev. 2021.
- GUERRA, H. S.; SOUZA, R. A.; BERNARDES, D. C. F.; SANTANA, J. A.; BARREIRA, L. M. **Prevalência de quedas em idosos na comunidade**. Revista Saúde e Pesquisa. V. 9, n. 3, p. 547-555, set./dez. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.17765/2176-9206.2016v9n3p547-555>. Acesso em: 10 fev. 2021.
- HAMIDIN, F. A. M.; ADZNAM, S. N; IBRAHIM, Z.; CHAN, Y. M.; AZIZ, N. H. A. **Prevalence of frailty syndrome and its associated factors among community welling elderly in East Coast of Peninsular Malaysia**. SAGE Open Medicine. V. 6, may. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/2050312118775581>. Acessado em: 10 fev. 2021.
- LLANO, P. M. P.; LANGE, C.; NUNES, D. P.; PASTORE, C. A.; PINTO, A. H.; CASAGRANDA, L. P. **Fragilidade em idosos da zona rural: proposta de algoritmo de cuidados**. Acta Paulista de Enfermagem. São Paulo, v. 30, n. 5, p. 520-530, out. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201700075>. Acesso em: 10 fev. 2021.
- MARZETTI, E.; CALVANI, R.; TOSATO, M.; CESARI, M.; DI BARI, M.; CHERUBINI, A.; BROCCATELLI, M.; SAVERA, G.; DELIA, M.; PAHOR, M.; BERNABEI, R.; LANDI, F. **Physical activity and exercise as countermeasures to physical frailty and sarcopenia**. Aging Clin Exp Res. V. 29, p. 35-42, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s40520-016-0705-4>. Acesso em: 10 fev. 2021.
- MACDONALD, S.H.-F.; TRAVERS, J.; SHÉ, É.N.; BAILEY, J.; ROMERO-ORTUNO, R.; KEYES, M.; O'SHEA, D.; COONEY, M.T. **Primary care interventions to address physical frailty among community-dwelling adults aged 60 years or older: A meta-analysis**. PLoS ONE. V. 15, n. 2, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0228821>. Acesso em: 10 fev. 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde Brasil 2009: Uma Análise da Situação de Saúde e da Agenda Nacional e Internacional de Prioridades em Saúde.** Brasília, DF. 2010.

MOON, J.H.; HUH, J.S.; WON, C.W.; KIM, W. J. **Is Polypharmacy Associated with Cognitive Frailty in the Elderly? Results from the Korean Frailty and Aging Cohort Study.** The journal of nutrition, health & aging. V. 23, p. 958–965, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s12603-019-1274-y>. Acesso em: 10 fev. 2021.

MORAES, E. N. **A arte da (des)prescrição no idoso: a dualidade terapêutica.** Belo Horizonte: Folium, 2018.

MORAES, E.N.; CARMO, J.A.; MORAES, F.L.; AZEVEDO, R.S.; MACHADO, C.J.; MONTILLA, D.E.R. **Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional-20 (IVCF-20): reconhecimento rápido do idoso frágil.** São Paulo: Revista Saúde Pública, v. 50, 81, dez. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1518-8787.2016050006963>. Acesso em: 10 fev. 2021.

MORAES E.N.; MORAES F.L. **Avaliação multidimensional do idoso.** 5. Ed. Belo Horizonte: Folium, 2016. 248 p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Resumo. Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde.** WHO. Geneva, 2015. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf?sequence=6>. Acesso em: 13 fev. 2020.

OŽIĆ, S.; VASILJEV, V.; IVKOVIĆ, V.; BILAJAC, L.; RUKAVINA, T. **Interventions aimed at loneliness and fall prevention reduce frailty in elderly urban population.** Medicine. V. 99, n. 8, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000019145>. Acesso em: 10 fev. 2021.

PAZ, A.A.; SANTOS, B.R.L.; EIDT, O. R. **Vulnerabilidade e envelhecimento no contexto da saúde.** Acta Paulista de Enfermagem. São Paulo, v. 19, n. 3, p. 338-342, set. 2006. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002006000300014>. Acesso em: 10 fev. 2021.

PILGER, C.; MENON, M.U.; MATHIAS, T.A.F. **Capacidade funcional de idosos atendidos em unidades básicas de saúde do SUS.** Revista Brasileira de Enfermagem. Brasília, v. 66, n. 6, p. 907-913, dez. 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000600015>. Acesso em: 10 fev. 2021.

PRETO, L. S. R.; CONCEIÇÃO, M. C. D.; AMARAL, S. I. S.; FIGUEIREDO, T. M.; PRETO, P. M. B. **Fragilidade e fatores de risco associados em pessoas idosas independentes residentes em meio rural.** Revista de Enfermagem Referência. Coimbra, v. serIV, n. 16, p. 73-84, mar. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12707/RIV17078>. Acesso em: 11 fev. 2021.

RIBEIRO, E. G.; MATOZINHOS, F. P.; GUIMARÃES, G. de L.; do COUTO, A. M.; AZEVEDO, R. S.; MENDOZA, I. Y. Q. **Autopercepção de saúde e vulnerabilidade clínico-funcional de idosos de Belo Horizonte/Minas Gerais.** Revista Brasileira de

Enfermagem. Brasília, v. 71, supl. 2, p. 860-867, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0135>. Acesso em: 11 fev. 2021.

SECOLI, S. R. **Polifarmácia: interações e reações adversas no uso de medicamentos por idosos**. Revista Brasileira de Enfermagem. Brasília, v. 63, n. 1, p. 136-140, fev. 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672010000100023>. Acesso em: 11 fev. 2021.

SILVEIRA, R.E.; SANTOS, A.S.; SOUSA, M.C.; MONTEIRO, T.S. **Gastos relacionados a hospitalizações de idosos no Brasil**. Einstein (São Paulo). São Paulo, v. 11, n. 4, p. 514-520, dez. 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1679-45082013000400019>. Acesso em: 11 fev. 2021.

TIENSOLI, S. D.; dos SANTOS, M. L.; MOREIRA, A. D.; CORRÊA, A. R.; GOMES, F. S. L. **Características dos idosos atendidos em um pronto-socorro em decorrência de queda**. Revista Gaúcha de Enfermagem. Porto Alegre, v. 40, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180285>. Acesso em: 11 fev. 2021.

VASCONCELOS, A. M. N.; GOMES, M. M. F. **Transição demográfica: a experiência brasileira**. Epidemiologia e Serviços de Saúde. Brasília, v. 21, n. 4, p. 539-548, dez. 2012. Disponível em <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742012000400003>. Acesso em: 11 fev. 2021.

ANEXO

Anexo A – Índice de Vulnerabilidade Clínico-funcional

IVCF-20 (versão do profissional de saúde)

INDICE DE VULNERABILIDADE CLINICO-FUNCIONAL-20			
<p>Responda as 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.</p>			Pontuação
IDADE		1. Qual é a sua idade?	<input type="checkbox"/> 100 a 74 anos ^A <input type="checkbox"/> 75 a 84 anos ^B <input type="checkbox"/> ≥ 85 anos ^C
AUTO-PERCEPÇÃO 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 ^A <input type="checkbox"/> Regular ou ruim ^B
ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA	AVD Instrumental	3. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de fazer compras? <i>(Respostas positivas valem 4 pontos cada. Totaliza a pontuação máxima de item 3 de 4 pontos, mesmo que o idoso tenha respondido não para todas as questões 3, 4 e 5.)</i>	<input type="checkbox"/> Sim ^A <input type="checkbox"/> Não ou não faz compras por outros motivos que não a saúde
	AVD Básica	4. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de controlar seu dinheiro, gastos ou pagar as contas de sua casa? 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? 6. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de tomar banho sozinho?	<input type="checkbox"/> Sim ^A <input type="checkbox"/> Não ou não controla o dinheiro por outros motivos que não a saúde <input type="checkbox"/> Sim ^A <input type="checkbox"/> Não ou não faz mais pequenos trabalhos domésticos por outros motivos que não a saúde <input type="checkbox"/> Sim ^A <input type="checkbox"/> Não
COGNIÇÃO		7. Algum familiar ou amigo falou que você está ficando esquecido?	<input type="checkbox"/> Sim ^A <input type="checkbox"/> Não
		8. Este esquecimento está piorando nos últimos meses?	<input type="checkbox"/> Sim ^A <input type="checkbox"/> Não
		9. Este esquecimento está impedindo a realização de alguma atividade do cotidiano?	<input type="checkbox"/> Sim ^A <input type="checkbox"/> Não
HUMOR		10. No último mês, você ficou com desânimo, tristeza ou desesperança?	<input type="checkbox"/> Sim ^A <input type="checkbox"/> Não
		11. No último mês, você perdeu o interesse ou prazer em atividades anteriormente prazerosas?	<input type="checkbox"/> Sim ^A <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 ^A <input type="checkbox"/> Não
	Capacidade aeróbica e /ou muscular	13. Você é incapaz de manusear ou segurar pequenos objetos?	<input type="checkbox"/> Sim ^A <input type="checkbox"/> Não
	Marcha	14. Você tem alguma das quatro condições abaixo relacionadas? <ul style="list-style-type: none"> 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/m² () ; Circunferência da panturrilha a < 31 cm () ; Tempo gasto no teste de velocidade da marcha (4m) > 5 segundos () ; 	<input type="checkbox"/> Sim ^A <input type="checkbox"/> Não
	Courantância esfincteriana	15. Você tem dificuldade para caminhar capaz de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano?	<input type="checkbox"/> Sim ^A <input type="checkbox"/> Não
		16. Você teve duas ou mais quedas no último ano?	<input type="checkbox"/> Sim ^A <input type="checkbox"/> Não
COMUNICAÇÃO	Visão	17. Você perde urina ou fezes, sem querer, em algum momento?	<input type="checkbox"/> Sim ^A <input type="checkbox"/> Não
	Audição	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 ^A <input type="checkbox"/> Não
COMORBIDADES MÚLTIPLAS	Polipatologia	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 ^A <input type="checkbox"/> Não
	Polifarmácia	20. Você tem alguma das três condições abaixo relacionadas? <ul style="list-style-type: none"> 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 ^A <input type="checkbox"/> Não
	Internação recente (<6 meses)		<input type="checkbox"/> Sim ^A <input type="checkbox"/> Não
PONTUAÇÃO FINAL (40 pontos)			Máximo 4 pts