

Vulnerabilidade clínico funcional de idosos usuários da atenção primária à saúde: estudo transversal

Gabrielly Segatto Brito¹  Gabriela Salomão de Oliveira²  Jessica de Almeida da Silva³  Ramon Moraes Penha¹ 
Suzi Rosa Miziara Barbosa¹  Rodrigo Guimarães dos Santos Almeida¹  Camila Guimarães Polisel¹ 

¹Universidade Federal de Mato Grosso do Sul – UFMS. Campo Grande/MS, Brasil.

²Raia Drogasil. Campo Grande/MS, Brasil.

³Secretaria Municipal de Saúde. Campo Grande – SESAU/PREFCG. Campo Grande/MS, Brasil.

E-mail: camila.guimaraes@ufms.br

Resumo

Identificar condições de saúde e de vida relacionadas com a perda de funcionalidade da pessoa idosa contribui na construção de políticas públicas e intervenções que as auxiliem a viverem com mais autonomia e independência. Na realidade da Atenção Primária à Saúde (APS), a identificação de idosos frágeis ou em risco de fragilização necessita ser simples e rápida. O propósito deste estudo foi identificar a vulnerabilidade clínico-funcional de idosos usuários da APS. Tratou-se de um estudo quantitativo e transversal, realizado por meio da aplicação do questionário Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional - 20 (IVCF-20), que avalia oito domínios preditoras de declínio funcional e óbito em idosos: idade, autopercepção da saúde, atividade de vida diária (AVD), cognição, humor/comportamento, mobilidade, comunicação e presença de comorbidades múltiplas. Participaram 67 idosos com idade média de 69,1 (\pm 6,9) anos. Desses, 47 (70,0%) eram do sexo feminino, 43 (64,1%) eram aposentados, 41 (61,1%) apresentavam ensino fundamental incompleto, 42 (62,6%) manifestaram alguma limitação física e 42 (62,6%) eram sedentários. Todos mostraram ter alteração em pelo menos um dos oito domínios avaliados pelo IVCF-20, especialmente mobilidade (n=67; 100%), cognição (n=54; 80,5%) e humor (n=40; 59,7%). Finalmente, 23 idosos (34,3%) foram classificados como robustos, 30 (44,7%) como em risco de fragilização e 14 (20,8%) como frágeis. A maioria dos idosos avaliados estava em risco de fragilização ou era frágil. O IVCF-20 demonstrou ser um instrumento de simples e rápida aplicação na APS para contribuir com a identificação, acompanhamento e manejo de idosos em risco de vulnerabilidade clínico-funcional.

Palavras-chave: Atenção à Saúde do Idoso. Equipe de Assistência ao Paciente. Vulnerabilidade em Saúde.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um processo que vem ocorrendo em escala global e de diversas formas. Nos países desenvolvidos, ele é um marcador de melhores condições de vida e maior acesso aos serviços de saúde. Já nos países em desenvolvimento, o envelhecimento populacional tem ocorrido sem o

devido desenvolvimento social e econômico, o que eleva as desigualdades e dificuldades relacionadas ao acesso a recursos e serviços de saúde¹. No Brasil, a expectativa de vida aumentou aproximadamente 25 anos em cinco décadas, porém; não houve melhorias significativas nas condições de vida e de saúde da

população².

A transição demográfica que o país vem atravessando desde meados do século 20 é caracterizada por modificações da população de um perfil caracterizado por alta fecundidade, alta mortalidade e predomínio de jovens para um perfil de baixa fecundidade, baixa mortalidade e predomínio de pessoas idosas¹, o que desencadeou transformações também no perfil epidemiológico, caracterizadas pela presença de doenças não transmissíveis (crônicas e degenerativas) e causas externas (acidentes e violências) como principais causas de morte, além da maior carga de morbimortalidade entre as pessoas idosas e do predomínio da morbidade sobre a mortalidade².

Devido às necessidades e vulnerabilidades que a população idosa apresenta, políticas públicas como o Estatuto do Idoso⁶, a Política Nacional de Saúde do idoso⁷ e a Política Nacional da pessoa Idosa⁸ surgiram para regulamentar os direitos dos idosos, estimulando sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade, dentre eles o direito à vida e à saúde, por meio da prevenção de agravos, promoção, proteção e recuperação da saúde e um envelhecimento em condições de dignidade⁶.

O envelhecimento é um processo heterogêneo e complexo, caracterizado por mudanças amplas e progressivas que estão associadas ao aumento da suscetibilidade a muitas doenças e são influenciadas por diversos fatores, incluindo características genéticas, estilo de vida e exposições ambientais². No Brasil, idoso é o indivíduo que apresenta idade igual ou superior a 60 anos, e segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a projeção de indivíduos idosos para 2060 é de aproximadamente 31 milhões, o que classificará o país como a sexta população mais envelhecida do mundo³. Nessa perspectiva, faz-se importante focar na integralidade, continuidade e articulação do cuidado, enfatizando a manutenção e/ou melhoria da capacidade funcional, com ações de promoção do envelhecimento saudável e ativo, pre-

venção de agravos, recuperação da saúde e reabilitação física e cognitiva^{4,5}.

Comumente, o termo fragilidade é utilizado para retratar o grau de vulnerabilidade do idoso a desfechos desfavoráveis como quedas, internação hospitalar, declínio funcional e óbito. Entretanto, há diversas definições de fragilidade na literatura, o que compromete sua padronização e instrumentalização na prática clínica⁶. O instrumento multidimensional reconhecido como o *padrão ouro* para a avaliação da fragilidade é a Avaliação Geriátrica Ampla (AGA). Ela envolve o idoso e seus familiares, com a finalidade de verificar a saúde do idoso evidenciando problemas que, previamente, eram atribuídos ao próprio envelhecimento e, então, interpretados de forma incorreta. Ao final da AGA, o idoso é classificado em 10 estratos clínico-funcionais, possibilitando a individualização do diagnóstico global do idoso e, conseqüentemente, facilitando a continuidade do cuidado de forma sistematizada, assegurando a integralidade na atenção à saúde⁷. Todavia, a utilização da AGA na Atenção primária à Saúde (APS) é inviável, visto que ela necessita ser conduzida por uma equipe geriátrico-gerontológica especializada.

Na realidade da APS, a identificação de idosos frágeis ou em risco de fragilização necessita ser simples e rápida. Nesse sentido, entre os instrumentos para triagem rápida de vulnerabilidade clínico funcional em idosos, destaca-se o Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional - 20 (IVCF-20), reconhecido como um dos quatro melhores instrumentos do mundo capazes de reconhecer o idoso frágil⁸. Trata-se de um questionário que avalia oito domínios da saúde do idoso de forma a identificar aqueles que precisam ser avaliados por uma equipe geriátrico-gerontológica especializada. O IVCF-20 é composto por vinte questões e é um instrumento de caráter multidimensional, válido, confiável, simples e de rápida aplicação, podendo ser utilizado por qualquer profissional de saúde⁹.

Identificar condições de saúde e de vida

relacionadas com a perda de funcionalidade da pessoa idosa contribui na construção de políticas públicas e intervenções que as auxiliem a viverem com mais autonomia e independência. O profissional de saúde responsável pelo cuidado da pessoa idosa, ao identificar precocemente os fatores responsáveis por gerar incapacidade funcional, tem a possibilidade de promover intervenções que provavelmente antes não seriam consideradas¹⁰. Dada a complexidade envolvida no reconhecimento de idosos vulneráveis, estratificar os idosos da comunidade segundo sua vulnerabilidade clínico-funcional pode ser um caminho para incluir a saúde da pessoa idosa de maneira mais eficaz entre as ações programáticas da APS¹¹.

METODOLOGIA

Tratou-se de um estudo de caráter transversal e quantitativo, cuja coleta de dados foi realizada no período de março a agosto de 2021 em duas Unidades em Saúde da APS de Campo Grande/MS, a saber: UBSF Dr Benza-min Azato - Parque do Sol e USF Aquino Dias Bezerra - Vida Nova. O município de Campo Grande possui 64 unidades de atenção primária à saúde. Atualmente, quase 10% da população, segundo dados do último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), é de idosos com 60 anos ou mais, o que representa cerca de 78,4 mil pessoas. A cidade é a 8ª capital brasileira com a melhor cobertura da atenção básica e primária de saúde do país. A média de 75,3% supera a cobertura nacional, de 74,5% conforme aponta o levantamento feito pelo Ministério da Saúde.

A população do estudo foi constituída por idosos que estavam nas unidades de saúde supracitadas no momento da coleta de dados. Para a inclusão no estudo, os indivíduos deveriam ter idade igual ou superior a 60 anos. Já os critérios de não inclusão foram limitações físicas e/ou clínicas que impedissem a adequada coleta dos dados e populações vulneráveis como indígenas, quilombolas e privados de liberdade.

O propósito deste estudo foi identificar a vulnerabilidade clínico-funcional de idosos usuários da APS. Considerando que os pesquisadores encontraram, em bases de dados científicos brasileiras, um número reduzido de produção científica a partir do questionário IVCF-20 na APS^{7,8,11,12,13,14}, a contribuição primária deste estudo está centrada na triagem da vulnerabilidade clínico-funcional dos idosos usuários da APS, uma vez que há forte evidência de que ela possibilita subsidiar a promoção e prevenção da saúde, viabilizando ações baseadas nas necessidades e características de cada indivíduo, contribuindo, assim, com melhores desfechos clínicos e com a qualidade de vida da pessoa idosa⁷.

A estratégia de seleção dos participantes foi realizada por amostragem de conveniência, onde o pesquisador utilizava o método de seleção aleatória dos usuários, considerando o critério de inclusão estabelecido. Os participantes pré-selecionados foram convidados para participarem do estudo, o que envolveu uma entrevista clínica com duração aproximada de 30-40 minutos, em sala privativa. Os indivíduos que demonstraram interesse em participar do estudo somente o fizeram após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Um instrumento de coleta desenvolvido pelos pesquisadores foi utilizado e apresentava quatro grupos de dados: perfil do participante, histórico social, história clínica e história medicamentosa. Os dados relacionados ao perfil do participante, bem como à história social e clínica compreenderam sexo, idade, ocupação, etilismo, tabagismo, profissão ou ocupação, prática de atividade física e limitações físicas. Além da entrevista clínica, o prontuário eletrônico e a prescrição medicamentosa de cada participante também foram fontes para a coleta dos dados previstos no estudo, a fim de reduzir ao máximo o tempo necessário para a entrevista

com o participante.

A triagem da vulnerabilidade clínico-funcional foi realizada por meio da aplicação do questionário IVCF-20, desenvolvido no Brasil no ano de 2014 pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e validado para uso na APS⁷. O IVCF-20 está positivamente relacionado à AGA e é constituído por 20 questões, avaliando oito domínios consideradas preditoras de declínio funcional e óbito em idosos: idade, autopercepção da saúde, atividade de vida diária (AVD), cognição, humor/comportamento, mobilidade (alcance, preensão e pinça; capacidade aeróbica/muscular; marcha e continência esfinteriana), comunicação (visão e audição) e presença de comorbidades múltiplas (polimorbidade, polifarmácia e/ou internação recente). Cada dimensão possui uma pontuação específica que juntas totalizam um valor máximo de 40 pontos. Quanto maior o valor obtido, maior é o risco de

vulnerabilidade clínico-funcional do idoso. O reconhecimento da condição clínico-funcional do idoso é obtida a partir dos seguintes critérios: a) zero a seis pontos – o idoso é considerado robusto ou de baixo risco de vulnerabilidade; b) sete a quatorze pontos – o idoso apresenta risco de fragilização ou moderado risco de vulnerabilidade clínico funcional; c) quinze pontos ou mais – o idoso é classificado como frágil ou de alto risco para vulnerabilidade clínico funcional, apresentando declínio funcional estabelecido e sendo incapaz de gerenciar sua vida^{7,8}.

Para a análise dos resultados, os dados foram tabulados e interpretados por meio de estatísticas descritivas simples. Para tanto, o Programa Excel[®], versão 2010, foi utilizado. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, de acordo com o parecer 4.211.316.

RESULTADOS

Participaram do estudo 67 idosos com idade média de 69,1(±6,9) anos. Desses, 47 (70,0%) eram do sexo feminino, 43 (64,1%) eram aposentados, 41 (61,1%) apresentavam ensino fundamental incompleto, 42 (62,6%) apresentavam alguma limitação física e 42 (62,6%) eram sedentários. Em relação à avaliação medicamentosa, 40 (59,7%) faziam uso de até 5 medicamentos ao dia, 25 (37,3%) utilizam de 5 a 10 medicamentos ao dia e 2 (2,9%) faziam uso de mais de 10 medicamentos ao dia. A Tabela 1 apresenta, em detalhes, o perfil da amostra.

Dos idosos avaliados, 21 (31,3%), 24 (35,8%) e 22 (26,3%) apresentavam uma, duas ou três ou mais doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), respectivamente. As DCNT mais prevalentes foram hipertensão arterial sistêmica (n=56; 83,5%), diabetes mellitus (n=32; 47,7%) e dislipidemias (n=10; 4,9%). Em relação aos fármacos em uso, as principais classes encontradas foram: anti-hipertensivos (antagonistas dos receptores da angiotensina, diuréticos, beta bloqueadores e inibidores da enzima converso-

ra da angiotensina); antidiabéticos da classe das biguanidas e sulfonilureias; dislipdemicos; antidepressivos (inibidores seletivos de recaptação de serotonina, benzodiazepinas); e inibidores da bomba de prótons.

A partir dos resultados do IVCF-20, todos os idosos (100,0%) avaliados apresentaram alteração em pelo menos um dos oito domínios avaliados pelo instrumento, conforme disposto a seguir: mobilidade (n=67; 100%), cognição (n=54; 80,5%), humor (n=40; 59,7%), comorbidades múltiplas (n=24; 35,8%), idade (n=36; 31,5%), incapacidades funcionais (n=22; 57,8%), auto-percepção da saúde (n=8; 53,7%) e comunicação (n=28; 41,7%). Além disso, 12 (17,9%), 27 (40,2%) e 24 (35,8%) idosos apresentaram alterações em um, dois, três ou mais domínios avaliados pelo instrumento respectivamente. Finalmente, 23 idosos (34,3%) foram classificados como robustos, 30 (44,7%) como em risco de fragilização e 14 (20,8%) como frágeis. A tabela 2 apresenta, em detalhes, os resultados individuais de cada domínio avaliado pelo IVCF-20.

Tabela 1 - Perfil dos idosos usuários da Atenção Primária à Saúde. Campo Grande, MS, Brasil, 2021.

Variáveis	n	(%)
Sexo		
Feminino	47	70,0%
Masculino	20	30,0%
Idade média (±DP)		
69,1 (±6,9)		
Faixa etária		
60 a 69	36	53,7%
70 a 79	25	37,3%
≥ 80	6	8,9%
Nível de escolaridade		
Analfabeto	7	10,4%
Ensino fundamental incompleto	41	61,1%
Ensino fundamental completo	8	11,9%
Ensino médio completo	9	13,4%
Ensino superior completo	2	2,9%
Limitações físicas		
Visão	17	25,3%
Locomoção	18	26,8%
Audição	7	10,4%
Nenhuma	25	37,3%
Ocupação		
Aposentado	43	64,1%
Do lar	13	19,4%
Outros	11	16,4%

Tabela 2 - Resultados individuais de cada domínio avaliado pelo questionário IVCF-20 aplicado aos idosos usuários da Atenção Primária à Saúde participantes deste estudo. Campo Grande, MS, Brasil, 2021.

Questão	ITENS DO IVCF-20	n (%)	Questão	ITENS DO IVCF-20	n (%)
Idade					
1	60 a 74 anos	43 (64,1%)	12	Incapacidade de levantar os braços acima do nível do ombro	10 (14,9%)
	75 a 84 anos	23 (34,3%)	13	Incapacidade de segurar pequenos objetos	6 (8,9%)
	85 anos ou mais	1 (1,49%)	14	IMC menor que 22 kg/m ²	9 (13,4%)
Autopercepção da saúde					
2	Autopercepção da saúde em regular ou ruim	24 (35,8%)	15	Dificuldade para caminhar impeditiva de realização de atividades no cotidiano ⁽³⁾	24 (35,8%)
Incapacidades funcionais					
3 a 5	Incapacidade em pelo menos uma AIVD*	21 (35,8%)	16	Duas ou mais quedas no último ano	15 (22,3%)
6	Deixar de tomar banho sozinho por condição da saúde – ABVD**	3 (4,4%)	17	Perda involuntária de urina ou fezes em algum momento	22 (32,8%)
Cognição					
7	Algum parente ou amigo mencionou esquecimento do paciente	23 (34,3%)	18	Dificuldades na visão impeditivas de realização de atividades no cotidiano ⁽⁴⁾	21 (31,3%)
8	Piora do esquecimento nos últimos meses ⁽¹⁾	18 (26,8%)	19	Dificuldades na audição impeditivas de realização de atividades no cotidiano ⁽⁵⁾	7 (10,4%)
Humor					
10	Esquecimento impedindo a prática de atividade no cotidiano	13 (19,1%)	20	Uso regular de 5 ou mais medicamentos diferentes	24 (35,8%)
11	Desânimo, tristeza ou desesperança nos últimos 30 dias	25 (37,3%)			
Mobilidade					
	Perda de interesse ou prazer nos últimos 30 dias em atividades antes prazerosas	15 (22,3%)			

* Atividades instrumentais da vida diária.

** Atividades básicas da vida diária.

(1) As incapacidades em atividades instrumentais consideradas foram três: deixar de fazer compras devido a condição física; deixar de controlar dinheiro gasto, pagar contas devido à saúde ou condição física; deixar de realizar pequenos trabalhos domésticos, tais como, lavar louça, arrumar a casa devido a condição física.

(2) É considerado positivo para perda de peso não intencional aquele idoso que perdeu mais de 4,5 kg ou 5% do peso corporal no último ano ou 3 kg no último mês ou 6 kg nos últimos 6 meses.

DISCUSSÃO

Em decorrência do processo de envelhecimento, muitos idosos apresentam declínio da capacidade clínico-funcional, o que está intimamente ligado ao prejuízo parcial ou total da sua autonomia e independência. Entretanto, o declínio funcional e a perda de independência não constituem consequências inevitáveis do processo de envelhecimento humano. Em função da elevada prevalência e impacto de problemas crônicos de saúde na população idosa, as intervenções baseadas em evidências para o manejo desses problemas tornam-se cada vez mais relevantes para contribuírem com o envelhecimento saudável, ou seja, com o processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional que permite o bem-estar em idade avançada^{6,15}.

A incapacidade funcional remete também a uma dificuldade em executar atividades cotidianas em função de um problema de saúde. A incapacidade funcional pode ser avaliada sob duas óticas, a saber: a dificuldade em realizar atividades básicas da vida diária (ABVD) como alimentar-se e tarefas ligadas ao autocuidado e dificuldade em realizar atividades instrumentais da vida diária (AIVD) como fazer compras, utilizar meios de transportes e ir ao banco, dentre outras³.

A predominância de idosos do sexo feminino neste estudo reforça o evidenciado também por outros autores¹⁶ e pode ser explicada por fatores associados à proteção biológica, por questões culturais como a maior procura, pelas mulheres, dos serviços de saúde ao longo da vida¹⁶ ou pela menor exposição das mulheres a fatores de mortalidade, tais como menor consumo de tabaco e álcool¹⁵. A feminilização da velhice é um fenômeno de grande impacto social na transição demográfica, caracterizado pela maior proporção de mulheres idosas na população

geral¹⁷. Além disso, as mulheres vivem em média 6 a 8 anos a mais do que os homens. Projeções para o ano de 2050 estimam uma expectativa de vida de 84,54 anos para mulheres e 78,16 anos para homens, resultado da interação de fatores ambientais, sociais e comportamentais^{17,18}.

A maioria dos idosos participantes deste estudo apresentava baixo nível de escolaridade e era aposentado(a). Baixo nível educacional e condições econômicas desfavoráveis estão associados à maior ocorrência de comprometimento cognitivo. Isso pode estar relacionado ao menor acesso a estímulos bem como a dificuldades de acesso à assistência de saúde, consumo alimentar adequado e prática de atividade física, resultando em menor preservação da cognição durante o processo de envelhecimento^{19,20}. Estudos também apontam que pessoas com baixa escolaridade têm menores possibilidades de reabilitação e maiores de fragilização, no curto prazo. Além disso, a baixa escolaridade está frequentemente associada a hábitos de vida não saudáveis, como consumo de bebidas alcólicas, tabagismo e obesidade¹³. No que diz respeito à ocupação, a literatura mostra que grande parte dos idosos brasileiros são aposentados e tem como principais fontes de renda as aposentadorias, pensões e outros benefícios do Governo²¹.

A maioria dos idosos participantes deste estudo era sedentário(a). Estudos mostram que o sedentarismo aumentou em sete vezes o risco para fragilidade. Tal achado pode ser justificado pelo fato de a redução do nível de atividade física ocasionar diminuição da força de prensão e lentidão de marcha, critérios para diagnóstico da fragilidade. Por outro lado, fraqueza muscular, fadiga, má nutrição e sarcopenia contribuem com a redução das práticas de atividades físicas pelos

idosos e podem influenciar na realização de Atividade da Vida Diária (AVD) e de forma mais acentuada podem agravar as Atividade Instrumentais da Vida Diária (AVDI)^{22,23}.

A prática regular de atividade física pode ser utilizada para o manejo da fragilidade, uma vez que melhora o equilíbrio e a estabilidade ao sentar-se e subir degraus, diminuindo o risco de queda²². Além disso, a prática de exercícios de resistência promove alterações no organismo capazes de minimizar os efeitos da sarcopenia e melhorar a fragilidade²⁴. O estado de humor em suas dimensões (vigor, fadiga, tensão, confusão mental, depressão e raiva) também sofrem comprometimentos agudos e crônicos decorrentes da falta da prática regular de exercício físico²⁵.

A presença de doenças crônicas foi comum nos idosos avaliados neste estudo. No que tange à presença de polimorbidade e sua associação com a fragilidade, uma série de instrumentos trazem o número de doenças como um dos critérios para definição de fragilidade, incluindo o IVCF-20. Vale lembrar que a prevalência de doenças crônicas aumenta com a idade e um número significativo de doenças cursam com perda de capacidade aeróbica e muscular, além de maior necessidade de assistência médica e uso de medicamentos.

Idosos com polimorbidade também estão mais suscetíveis a hospitalizações e frequentemente evoluem com declínio funcional³. Ressalta-se, no entanto, que a polimorbidade pode ser minimizada e, por vezes, evitada por meio de intervenções precoces em saúde, do controle e da redução dos fatores de riscos evitáveis, realizados por meio do trabalho interprofissional e em rede na APS³.

A mobilidade foi o domínio da saúde do idoso com maior alteração neste estudo. O declínio da mobilidade em idosos mostra-se como um importante preditor de saúde na velhice, capaz de detectar precocemente sarcopenia e limitação funcional, além de permitir a operacionalização da atenção à saúde do idoso para prevenção de eventos

adversos tais como incapacidade funcional e quedas^{26,27}. Por outro lado, diversos estudos tem mostrado a relação entre a prática de atividade física e a melhoria da mobilidade funcional²⁸. Nesse sentido, a prática regular de atividade física, a partir das capacidades e necessidades individuais de cada idoso, pode atuar como uma estratégia preventiva em saúde, contribuindo como fator de proteção para a perda da mobilidade, apesar do avançar da idade²⁸.

O humor e a cognição também foram domínios da saúde do idoso com frequentes alterações nos idosos participantes deste estudo. O comprometimento cognitivo é uma síndrome geriátrica caracterizada pela redução das funções cognitivas, com déficit nas atividades sociais e ocupacionais. Está associado com a capacidade de adquirir novos conhecimentos, ser capaz de integrar esses novos conhecimentos no seu entendimento da vida e do mundo, lembrar-se do passado, reconhecer pessoas e objetos, ser capaz de realizar cálculos matemáticos, tomar decisões, raciocinar, construir sentidos, entre outros^{29,30}.

O comprometimento cognitivo está intimamente relacionado aos transtornos de humor, uma vez que os dois podem cursar juntos. Os principais fatores de risco para depressão em pessoas idosas são sexo feminino, isolamento social, dor crônica, multimorbidades, baixo nível socioeconômico e estado civil (viúvo, solteiro ou divorciado). O diagnóstico de depressão na pessoa idosa é um desafio, especialmente nos indivíduos mais frágeis, devido à relutância do indivíduo em reconhecer o sofrimento psíquico e desconhecimento ou desvalorização dos sintomas depressivos apresentados²⁹.

Diversas alterações fisiológicas oriundas do processo natural de envelhecimento comprometem a manutenção da capacidade cognitiva, especialmente a memória, elemento essencial para a funcionalidade e participação do idoso na sociedade. As queixas de memória mais comuns entre a população

idosos estão ligadas a dificuldade de armazenar informações recentes, conseguir resgatá-las e manter-se atento nas atividades do cotidiano. Os prejuízos funcionais decorrentes das queixas de memórias podem acarretar nos idosos a perda da autoestima, sentimento de inutilidade, isolamento social, familiar e desencadear o aparecimento de outras doenças, a exemplo dos transtornos de ansiedade e depressão³⁰.

A associação entre cognição e fragilidade foi identificada em estudos previamente publicados e que destacam a cognição como um importante fator de composição do fenótipo da síndrome de fragilidade. Os idosos com alterações cognitivas podem apresentar maior dificuldade para se alimentar e realizar atividade física, com conseqüente emagrecimento e prejuízo das funções motoras favorecendo o início e progressão de síndromes geriátricas³¹.

A maioria dos idosos participantes deste estudo eram frágeis ou estavam em risco de fragilização. Para os idosos frágeis, recomenda-se o encaminhamento para avaliação multidimensional e acompanhamento especializado com equipe geriátrica-gerontológica visando uma abordagem preventiva, curativa ou paliativa⁸. Idosos frágeis tem 1,27 vezes mais chances de apresentar declínio cognitivo quando comparados a indivíduos não frágeis. A fragilidade, portanto, pode ser considerada um fator de risco para o desenvolvimento de demências. De modo semelhante, estudos mostram que o declínio cognitivo pode ser considerado um fator de risco independente para fragilidade. As chances de idosos frágeis apresentarem declínio cognitivo são 330% maiores se comparadas com idosos robusto¹⁹. Já para os idosos em risco de fragilização, recomenda-se encaminhamento para a atenção secundária a fim de que seja realizada a avaliação multidimensional e implantadas estratégias de prevenção do declínio funcional².

Desse modo, a triagem para fragilidade não representa somente um instrumento

“fim”, que apenas define o grau de vulnerabilidade de um indivíduo idoso, mas sim um instrumento “meio”, que evidencia qual a prioridade no seguimento desse paciente, possibilitando o encaminhamento e acompanhamento clínico necessário em um contexto de diferentes redes de atenção à saúde do idoso^{7,20}. Ressalta-se, também, que algumas diretrizes internacionais já trazem recomendações de metas terapêuticas diferenciadas para idosos a partir da classificação da fragilidade, como as diretrizes da Associação Americana de Diabetes (ADA)³². Nela, as metas terapêuticas de hemoglobina glicada, glicemia e pressão arterial variam para cada classificação de fragilidade, permitindo a construção de planos de cuidado mais individualizados a partir das necessidades e características clínicas de cada paciente.

Entre as limitações deste estudo, destaca-se a coleta de dados por meio de autorrelato, o que pode comprometer a veracidade dos mesmos em casos onde o idoso não tenha certeza ou tenha se confundido sobre o mesmo. É importante ressaltar que a coleta de dados foi realizada por pesquisadores diferentes, o que pode ter gerado interpretações diferentes acerca dos dados coletados. Vale lembrar que houve uma interrupção temporária dos atendimentos nas unidades em função da pandemia de COVID-19, o que comprometeu o fluxo de pacientes nas unidades durante o período de coleta de dados e, conseqüentemente, o tamanho amostral deste estudo. Em função da amostra ter sido de conveniência e o tamanho amostral ser restrito, os resultados não podem ser generalizados. Além disso, o corte transversal impediu o acompanhamento e a realização de intervenções junto à equipe multiprofissional de saúde. Finalmente, por vezes as coletas eram impedidas em função da disponibilidade de um local apropriado, que garantisse a privacidade do participante.

Apesar das limitações supracitadas, a aplicação do IVCF-20 mostrou-se rápida e prática para uso na APS como forma de triagem

para a vulnerabilidade clínico-funcional na pessoa idosa, de forma a contribuir com o delineamento de estratégias para a identi-

cação, acompanhamento e manejo de idosos em risco de vulnerabilidade na gestão da clínica local.

CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo mostraram que a maioria dos idosos participantes era do sexo feminino, com baixo nível de escolaridade, aposentado (a), com algum tipo de limitação física e sedentário(a). Além disso, a maioria estava em risco de fragilização ou era frágil. Os principais domínios da saúde do idoso com alterações foram mobilidade, cognição e hu-

mor, respectivamente. O IVCF-20 demonstrou ser um instrumento de simples e rápida aplicação durante a avaliação multiprofissional ao paciente idoso na APS e com potencial para contribuir com o delineamento de estratégias para a identificação, acompanhamento e manejo de idosos em risco de vulnerabilidade clínico-funcional na gestão da clínica local.

Declaração do autor CRediT

Conceituação: Brito, GS; Polisel, CG. Metodologia: Brito, GS; Polisel, CG; Silva, J.A. Validação: Brito, GS; Polisel, CG. Análise estatística: Brito, GS; Polisel, CG; Barbosa, SRM; Penha, RM. Análise formal: Barbosa, SRM; Penha, RM.; ALMEIDA, RGS. Investigação: Brito, GS; Polisel, CG; Silva, JÁ; Oliveira, GS. Fontes: Brito, GS. Redação-preparação do rascunho original: Brito, GS; Oliveira, GS. Redação-revisão e edição: Polisel, CG; Barbosa, SRM; Penha, RM. Visualização: Brito, GS; Polisel, CG; Silva, JÁ; Barbosa, SRM; Penha, RM.; Almeida, RGS; Oliveira, GS. Supervisão: Polisel, CG. Administração do projeto: Polisel, CG.

Todos os autores leram e concordaram com a versão publicada do manuscrito.

REFERÊNCIAS

1. Organização Pan-americana de Saúde. Guia Clínica para Atención Primaria a las Personas Mayores. 3ª ed. Washington: OPAS; 2003.
2. Dagleish T, Williams JMG., Golden A-MJ, Perkins N, Barrett LF, Barnard PJ et al. Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde. In: Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde. Organização Mundial da Saúde; 2015.
3. Souza, Joana Trengrouse Laignier de Prevalência de vulnerabilidade clínico-funcional entre idosos em unidade básica de saúde. 2021.
4. Fratezi FR. Atividades desenvolvidas em centros dia para idosos na perspectiva do envelhecimento ativo: subsídios para avaliação da qualidade dos serviços [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2015.
5. Decreto-Lei nº 101/2006. Cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, no âmbito dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social, adiante designada por Rede. Portugal: Diário da República, 06 de junho de 2006. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoSaude/DL_101_20_06_cuidados_continuados.pdf. Acesso em: 25 Mai 2013.
6. Schienker, Miriam; COSTA, Daniella Harth da. Avanços e desafios da atenção à saúde da população idosa com doenças crônicas na Atenção Primária à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 24, p. 1369-1380, 2019.
7. Carmo JA. Proposta de um índice de vulnerabilidade clínico-funcional para a atenção básica: um estudo comparativo com a avaliação multidimensional do idoso Belo Horizonte: Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, 2014.
8. Moraes END, Carmo JAD, Moraes FLD, Azevedo RS, Machado CJ, Montilla DER. Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional-20 (IVCF-20): reconhecimento rápido do idoso frágil. *Rev. Saúde Pública*, 2016 50.
9. Faller JW, Pereira DDN, de Souza S, Nampo FK, Orlandi FS, Matumoto S. Instruments for the detection of frailty syndrome in older adults: A systematic review. *PLoS One*. 2019 Apr 29;14(4):e0216166. doi: 10.1371/journal.pone.0216166. PMID: 31034516; PMCID: PMC6488093
10. Amancio, T. G., Oliveira, M. L. C. D., & Amancio, V. D. S. (2019). Fatores que interferem na condição de vulnerabilidade do idoso. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 22.
11. Souza J. T. L. D. (2021). Prevalência de Vulnerabilidade Clínico funcional entre idosos em unidade básica de saúde.
12. Andrade VML, Cavalcante MVC, Marla N, Aviz SA, Cassimiro UCA. Utilização do ivcf-20 no processo de envelhecimento sobre a perspectiva terapêutica ocupacional: uma experiência em uma unidade básica de saúde.

13. Carneiro MGC, Bastos AC, de Campos CA, Gama CC, de Carvalho JPSS, Neves JM, Costa MC. Levantamento de vulnerabilidades funcionais em idosos: possibilidades de atuação para a atenção primária à saúde. *Sinapse Múltipla*, 2017 6(2): 235-240.
14. Freitas FFQ, Soares SM. Índice De Vulnerabilidade Clínico-Funcional E As Dimensões Da Funcionalidade Em Idosos. *Rev Rene (Online)*, 2019 20(1): e39746-e39746.
15. Dalglish T, Williams JMG., Golden A-MJ, Perkins N, Barrett LF, Barnard PJ, et al. Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde. In: *Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde*. Organização Mundial de Saúde; 2015.
16. Borim FSA, Barros MBDA, Neri AL. Self-rated health in the elderly: a population-based study in Campinas, São Paulo, Brazil. *Cadernos de saúde pública*, 2012 28(4): 769-780.
17. Maia FOM, Duarte YAO, Lebrão ML, Santos JLF. Risk factors for mortality among elderly people. *Rev Saúde Pública*, 2006; 40(6).
18. Lima LCV, Bueno CMLB. Envelhecimento e gênero: A vulnerabilidade de idosas no Brasil. *Revista Saúde e Pesquisa*. 2009; 2(2): 273-80.
19. Brigola AG, Manzini CSS, Oliveira GBS, Ottaviani AC, Sako MP, Vale FAC. Subjective memory complaints associated with depression and cognitive impairment in the elderly: A systematic review. *Dementia & neuropsychologia*, 2015 9(1): 51-57.
20. Ikeda, T. et al. Income and education are associated with transitions in health status among community-dwelling older people in Japan: the JAGES cohort study. *Fam. Pract., London*, v. 18, n. 36, p. 713-722, nov. 2019.
21. Oliveira, C. E. D. S., Felipe, S. G. B., Silva, C. R. D. T. D., Carvalho, D. B. D., Silva-Júnior, F., Figueiredo, M. D. L. F., ... & Gouveia, M. T. D. O. (2020). Vulnerabilidade clínico-funcional de idosos em um centro de convivência. *Acta Paulista de Enfermagem*, 33.
22. Ferrer A, Formiga F, Sanz H, Monserrate E, Verges D, Octabaix G. Envejecimiento satisfactorio e indicadores de fragilidade en los mayores de la comunidad. *Estudio Octabaix. Atención primaria*, 2014 46(9): 475-482.
23. Morley JE, Vellas B, Van Kan GA, Anker SD, Bauer JM, Bernabei R, Fried LP. Frailty consensus: a call to action. *Journal of the American Medical Directors Association*, 2013 14(6): 392-397.
24. Calado LB, Ferriolli E, Moriguti JC, Martinez EZ, Lima NKDC. Frailty syndrome in an independent urban population in Brazil (FIBRA study): a cross-sectional populational study. *Sao Paulo Medical Journal*, 2016 134(5): 385-392.
25. Borsoi, Eduarda et al. Estado de humor de idosas durante a prática de exercício físico em diversas condições ambientais. *ConScientiae Saúde*, v. 18, n. 1, p. 125-131, 2019.
26. Studenski, Stephanie et al. Gait speed and survival in older adults. *Jama*, v. 305, n. 1, p. 50-58, 2011.
27. Fernandes AMBL, Ferreira JJA, Stolt LROG, Brito GEG, Clementino ACCR, Sousa NM. Efeitos da prática de exercício físico sobre o desempenho da marcha e da mobilidade funcional em idosos. *Fisioter Mov*. 2017;25(4):487-95.
28. Silva, Laize Gabriele de Castro et al. Avaliação da funcionalidade e mobilidade de idosos comunitários na atenção primária à saúde. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 22, 2020
29. Caramelli P. Avaliação clínica e complementar para o estabelecimento do diagnóstico de demência. In: Freitas EV, Py L, Cançado FAX, Doll J, Gorzoni ML, organizadores. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2013. p. 153-156, 36.
30. Manfrim A, Schmidt SL. Diagnóstico diferencial das demências. In: Freitas EV, Py L, Cançado FAX, Doll J, Gorzoni ML, organizadores. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2013. p.157-168.
31. Leonardo KC, Talmelli LFS, Diniz MA, Fhon JRS, Fabrício-Wehbe SCC, Rodrigues RAP. Avaliação do estado cognitivo e fragilidade em idosos mais velhos, residentes no domicílio. *Ciência, Cuidado e Saúde* 2014; 13(1):120-127
32. American Diabetes Association. Classification and diagnosis of Diabetes: Standards of Medical Care in Diabetes -2019. *Diabetes Care*, 2019 42(Suppl 1): S139-S.

Recebido: 06 julho 2022.

Aceito: 06 janeiro 2023.

Publicado: 28 fevereiro 2023.