

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

**UEA**  
UNIVERSIDADE  
DO ESTADO DO  
AMAZONAS

Ana Beatriz de Freitas Werneck Lima

**Avaliação do índice de vulnerabilidade clínico-funcional dos idosos da UBSF L30,  
Manaus-AM**

Manaus

2019

Ana Beatriz de Freitas Werneck Lima

**Avaliação do índice de vulnerabilidade clínico-funcional dos idosos da UBSF L30,  
Manaus-AM**

Dissertação elaborada no curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família – PROFSAÚDE UEA e apresentada ao Programa de Pós-graduação em rede Saúde da Família, na Fundação Oswaldo Cruz como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família. Área de concentração: Saúde da Família. Programa proposto pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), com a coordenação acadêmica da Fundação Oswaldo Cruz e integrado por instituições de ensino superior associadas em uma Rede Nacional.

Orientador: Prof. Dr. Eduardo Jorge Sant’Ana Honorato

Manaus

2019

Evaluation of the Clinical-Functional Vulnerability Index of the elderly at UBSF L30, Manaus-AM

**Ficha Catalográfica**

Ficha catalográfica elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).  
**Sistema Integrado de Bibliotecas da Universidade do Estado do Amazonas.**

W491a Werneck Lima, Ana Beatriz De Freitas  
Avaliação do Índice de Vulnerabilidade Clínico  
Funcional dos Idosos da UBSFL 30 Manaus - AM / Ana  
Beatriz De Freitas Werneck Lima. Manaus : [s.n], 2019.  
77 f.: color.; 28 cm.

Tese - PGSS - Mestrado Profissional em Saúde da  
Família (Mestrado) - Universidade do Estado do  
Amazonas, Manaus, 2019.  
Inclui bibliografia  
Orientador: Honorato, Eduardo Jorge Santa'Ana

1. Idoso. 2. Avaliação . 3. IVCF-20. I. Honorato,  
Eduardo Jorge Santa'Ana (Orient.). II. Universidade do  
Estado do Amazonas. III. Avaliação do Índice de  
Vulnerabilidade Clínico Funcional dos Idosos da UBSFL  
30 Manaus - AM

**Elaborado por Jeane Macelino Galves - CRB-11/463**

Ana Beatriz de Freitas Werneck Lima

**Avaliação do índice de vulnerabilidade clínico-funcional dos idosos da UBSF L30, Manaus-AM**

Dissertação elaborada no curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família – PROFSAÚDE e apresentada ao Programa de Pós-graduação em rede Saúde da Família, na Fundação Oswaldo Cruz como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família. Área de concentração: Saúde da Família. Programa proposto pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), com a coordenação acadêmica da Fundação Oswaldo Cruz e integrado por instituições de ensino superior associadas em uma Rede Nacional.

Aprovada em: 25 de julho de 2019.

Banca Examinadora

Professora Doutora Sônia Maria Lemos ,  
Professora Adjunta da Escola Superior de Ciências da Saúde da Universidade do estado do Amazonas.

Professora Doutora Angela Xavier Monteiro  
Professora Adjunta da Escola Superior de Ciências da Saúde da Universidade do estado do Amazonas, Coordenadora local do Mestrado Profissional em Saúde da Família UEA

Professor Doutor Eduardo Jorge Sant’Ana Honorato (Orientador)  
Professor Adjunto da Escola Superior de Ciências da Saúde da Universidade do estado do Amazonas, Professor Permanente do Mestrado Profissional em Saúde da Família UEA

Manaus

2019



Dedico este trabalho ao meu esposo Vinícius que acreditou em mim mesmo nos momentos em que eu não acreditava e ao meu filho Lucas que ilumina os meus dias.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, por ter permitido que chegasse a esse momento ajudando a superar as dificuldades diárias.

A minha família pelo apoio incondicional e pelo estímulo diário de ir além.

Ao meu orientador, que esteve presente em todos os momentos e que favoreceu o processo de aprendizado.

A todos os docentes do PROFSAUDE, em particular a Prof. Ângela pela compreensão, apoio e incentivo mesmo nos momentos em que acreditei que não seria possível.

A toda equipe da UBSFL 30 que esteve presente na seleção dos usuários e fornecendo suporte durante o processo de entrevistas em especial a ACS Alberta fundamental na caminhada.

A todos os companheiros de jornada que dividi momentos de aprendizado, alegrias e angústia e que foram essenciais no processo de formação.

Envelhecer não é morrer, e nem deixar de  
viver: é ter a oportunidade de aprender a viver  
melhor, e de novo.

(REZNOR, A.)



## RESUMO

Sabe-se que envelhecer de forma saudável tem maior relação com a capacidade do idoso de realizar suas atividades com autonomia e independência do que com a ausência de doenças. Considerar apenas a idade e as doenças não é suficiente para avaliar a condição de saúde do idoso, sendo imprescindível avaliar a sua capacidade global, fator fundamental para o planejamento do cuidado. A Atenção Primária à Saúde (APS) é o local ideal para o atendimento dos idosos e identificação de suas fragilidades. Nesse intuito o presente trabalho se baseou na avaliação de uma amostra de idosos da UBSFL 30 em Manaus, a fim de possibilitar um melhor entendimento acerca do nível de vulnerabilidade dos idosos da área de abrangência da Unidade. Nesse trabalho foi utilizado o Índice de Vulnerabilidade clínico funcional-20 (IVCF-20), instrumento brasileiro que funciona como forma de triagem e que avalia o risco de vulnerabilidade dos idosos. Após análise dos resultados da pesquisa realizada com 50 idosos, maiores que 60 anos, de ambos os sexos, foi observado uma alta proporção de idosos de médio e alto risco de vulnerabilidade clínico-funcional. Assim, concluiu-se que o IVCF-20 é uma ferramenta útil para a APS como estratégia organizadora do serviço de saúde.

**Palavras-chave:** Saúde do Idoso; Atenção Primária à Saúde; Fragilidade.



## ABSTRACT

It is known that aging in a healthy way is more related to the ability of the elderly to perform their activities with autonomy and independence than with the absence of diseases. Considering only age and diseases is not enough to evaluate the health condition of the elderly, and it is essential to assess their overall capacity, a key factor in the planning of care. Primary Health Care (PHC) is the ideal place to care for the elderly and identify their fragilities. The present study was based on the evaluation of a sample of elderly individuals from UBSFL 30 in Manaus, in order to provide a better understanding of the level of vulnerability of the elderly in the area covered by the Unit. In this study, the Functional Clinical Vulnerability Index-20 (IVCF-20) was used, a Brazilian instrument that acts as a screening method and evaluates the risk of vulnerability of the elderly. After analyzing the results of a survey of 50 elderly individuals, both older than 60 years old, of both sexes, a high proportion of elderly individuals of medium and high risk of clinical and functional vulnerability were observed. Thus, it was concluded that IVCF-20 is a useful tool for PHC as an organizing strategy for the health service.

**Keywords:** Elderly Health; Primary Health Care; Fragility.



## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Perfil etário dos idosos participantes da UBSF L30, Manaus, 2019...	30
Figura 2 -	Auto percepção da Saúde dos idosos participantes da UBSF L30, Manaus, 2019.....	31
Figura 3 -	Independência dos idosos participantes da UBSF L30, Manaus, 2019.....	31
Figura 4 -	Autonomia dos idosos participantes da UBSF L30, Manaus, 2019.....	32
Figura 5 -	Atividades domésticas dos idosos participantes da UBSF L30, Manaus, 2019.....	33
Figura 6 -	Atividades básicas diárias dos idosos participantes da UBSF L30, Manaus, 2019.....	33
Figura 7 -	Percepção externa da memória dos idosos participantes da UBSF L30, Manaus, 2019.....	34
Figura 8 -	Progressão do transtorno da memória dos idosos participantes da UBSF L30, Manaus, 2019.....	35
Figura 9 -	Morbidade por transtorno de memória dos idosos participantes da UBSF L30, Manaus, 2019.....	35
Figura 10 -	Transtorno do humor dos idosos participantes da UBSF L30, Manaus, 2019.....	36
Figura 11 -	Transtorno do humor 2 dos idosos participantes da UBSF L30, Manaus, 2019.....	36
Figura 12 -	Mobilidade dos membros superiores dos idosos participantes da UBSF L30, Manaus, 2019.....	37
Figura 13 -	Coordenação motora fina dos idosos participantes da UBSF L30, Manaus, 2019.....	38
Figura 14 -	Capacidade aeróbica muscular: análise de perda de peso, IMC,	38

	circunferência da panturrilha e velocidade da marcha dos idosos participantes da UBSF L30, Manaus, 2019.....	
Figura 15 -	Avaliação de quedas dos idosos participantes da UBSF L30, Manaus, 2019.....	39
Figura 16 -	Avaliação da marcha dos idosos participantes da UBSF L30, Manaus, 2019.....	39
Figura 17 -	Continência esfinteriana dos idosos participantes da UBSF L30, Manaus, 2019.....	40
Figura 18 -	Avaliação da visão dos idosos participantes da UBSF L30, Manaus, 2019.....	41
Figura 19 -	Avaliação da audição dos idosos participantes da UBSF L30, Manaus, 2019.....	41
Figura 20 -	Análise de comorbidades múltiplas: Cinco ou mais doenças crônicas, polifarmácia, internação recente, dos idosos participantes da UBSF L30, Manaus, 2019.....	42
Figura 21 -	Risco de vulnerabilidade clínico-funcional dos idosos participantes da UBSF L30, Manaus, 2019.....	43
Figura 22 -	Quadro sobre a características do Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional – 20. (IVCF-20).....	53

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Modelo multidimensional da saúde do idoso.....	18
Tabela 2 - Escala visual de Fragilidade.....	19

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AMI	Avaliação Multidimensional do Idoso
APS	Atenção Primária à Saúde
AVD	Atividades Básicas da Vida Diária
AIVD	Atividades Instrumentais da Vida Diária
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
CRI	Centro de Referência do Idoso
DCNT	Doença Crônica Não Transmissível
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IMC	Índice de Massa Corporal
IVCF-20	Índice de Vulnerabilidade clínico-funcional 20
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
SEMSA	Secretária Municipal de Saúde
SciELO	Scientific Electronic Library Online



SUS Sistema Único de Saúde

UBS Unidade Básica de Saúde

## SUMÁRIO

1	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	14
2	<b>REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	17
2.1	ENVELHECIMENTO E FRAGILIDADE .....	17
2.2	A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS) E A ATENÇÃO AO IDOSO.....	20
2.3	INSTRUMENTO DE PESQUISA .....	22
3	<b>OBJETIVO.....</b>	25
3.1	OBJETVO GERAL.....	25
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	25
4	<b>METODOLOGIA.....</b>	26
4.1	CENÁRIO DO ESTUDO.....	26
4.2	TIPO DE ESTUDO.....	26
4.3	POPULAÇÃO DE ESTUDO E AMOSTRAGEM.....	26
4.3.1	<b>Critérios de inclusão.....</b>	26
4.3.2	<b>Critérios de exclusão.....</b>	26
4.4	COLETA DE DADOS.....	26
4.4.1	<b>Instrumento de coleta de dados .....</b>	28
4.5	ANÁLISE DOS DADOS.....	29
4.6	CRITÉRIOS ÉTICOS.....	29
5	<b>RESULTADOS.....</b>	30

6	<b>DISCUSSÃO.....</b>	44
7	<b>COSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	55
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	58
	<b>ANEXO A – Anuência Secretaria Municipal de Saúde .....</b>	64
	<b>ANEXO B – Aprovação comitê de ética em pesquisa.....</b>	65
	<b>ANEXO C- IVCF-20.....</b>	68

## 1 INTRODUÇÃO

A mudança no perfil do envelhecimento populacional e da expectativa de vida vêm aumentando nos países em desenvolvimento como o Brasil. Isto tem levado a um aumento na população de idosos e, conseqüentemente, um aumento nas doenças associadas à idade (WONG; CARVALHO, 2006).

No Brasil, a população que na década de 90 era predominantemente jovem, está sendo significativamente alterada para pessoas com mais de 60 anos de idade (MIRANDA *et al.*, 2016). De acordo com dados do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) divulgados em 2013, a população com faixa etária superior aos 65 anos deve quadruplicar até 2060 alcançando 58,4 milhões (26,7% do total de brasileiros), sendo que a expectativa média de vida deverá aumentar de 75 para 81 anos. Portanto, estima-se que a expectativa de vida global deva saltar dos atuais 68,6 anos para 76,2 anos em 2050.

A transição brasileira possui algumas características especiais, como 55,7% de mulheres entre as pessoas mais idosas. Entre a população com idade acima dos 80 anos o número sobe para 61% dos idosos. 55% são da cor branca, 8,6% preta e 35,2 % parda. Outro dado importante é o crescimento da população dos mais idosos, sendo 10.473 milhões (44,5%) com 70 anos ou mais, 5.623 milhões (23,9%) entre 65 e 69 anos e 7.440 milhões (31,6%) entre 60 e 64 anos. Destaca-se também o aumento do número de centenários, hoje são 24 mil idosos com 100 anos ou mais (IBGE/ PNAD 2011)

Com essas mudanças no perfil da populacional experimentamos também mudanças no perfil epidemiológico da população, com alterações importantes no quadro de morbimortalidade. Em menos de 40 anos passamos de um cenário de mortalidade próprio de uma população jovem para um quadro de enfermidades onerosas, típicas da terceira idade, caracterizado por doenças crônicas e múltiplas, que perduram por anos, com exigências de cuidados constantes, medicação contínua e exames periódicos. As doenças infectocontagiosas, que representavam cerca de metade das mortes registradas no País em meados do Século XX, hoje são responsáveis por menos de 10%, ocorrendo o oposto em relação as doenças cardiovasculares (MORAES, 2016).

Além das mudanças do perfil demográfico e epidemiológico que o envelhecimento populacional causou e que requer mudanças nas políticas públicas, ocorreram mudanças na composição das famílias brasileiras com as mulheres ocupando um maior espaço no mercado de trabalho, na queda da taxa de fertilidade e na nupcialidade, gerando novos desafios no cuidado à pessoa idosa, o que afeta principalmente às políticas de saúde, da assistência social e

da previdência social. (Brasil, 2014).

Porém o fato de as pessoas estarem vivendo mais tempo, não significa necessariamente que elas estejam vivendo de forma mais saudável e com maior qualidade de vida na sua velhice. Isso porque, com a idade aumentam os riscos de aparecimento de doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT), que possuem grande impacto para o indivíduo, família e entorno social. Este é o caso das DCNT, que possuem alta prevalência na população idosa, e que atuam como um efeito cascata aumentando a carga de morbimortalidade enquanto que diminui a qualidade de vida dos seus portadores (ONU, 2015).

Raramente o indivíduo envelhece sem apresentar doenças crônicas (VERAS 2012). A idade de forma isolada não pode ser considerada como um fator incapacitante ou indicativa de vulnerabilidade. Os indivíduos idosos possuem diferentes características mesmo com a mesma idade, as doenças são mais frequentes nessa fase, porém não indicam obrigatoriamente redução na função. Idosos na mesma faixa etária e com a mesma doença podem ter capacidade funcional diferentes. (VERAS, 2012)

A definição de saúde na pessoa idosa tem a ver com a sua capacidade de se manter ativo e funcional. A grande maioria dos idosos é portadora de doenças ou alterações orgânicas que na maioria das vezes não impede as atividades ou a participação na sociedade. O idoso mesmo com doenças é capaz de ter uma vida satisfatória e desempenhar suas funções sociais. A medida de avaliação de saúde do idoso está relacionada com a funcionalidade global, ou seja, a capacidade de gerir a sua própria vida. A pessoa é considerada saudável quando é capaz de realizar suas atividades sozinha, de forma independente e com autonomia, mesmo tendo doenças. (MORAES, 2009).

A pessoa idosa possui particularidades biopsicossociais que a diferenciam da pessoa adulta e até mesmo de outras pessoas idosas, enquanto temos de um lado pessoas portadoras de doenças crônicas com independência e autonomia para realizarem suas atividades diárias, temos de outro que não é capaz de realizar o mesmo. O grupo com maior independência representa 70% dos idosos, mas 30% são considerados frágeis ou em risco de fragilidade, apresentando assim maior risco de vulnerabilidade que vai caracterizar declínio funcional, incapacidades ou condições de saúde preditoras de desfechos adversos, necessitando de acesso e cuidado qualificado no SUS (Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS, 2014).

Dessa forma, vivemos hoje uma conquista e um desafio, temos uma população que vive mais, porém isso leva a implicações nas áreas sociais, econômicas, culturais, política e no relacionado aos serviços de saúde que precisa trabalhar na melhoria das condições de saúde e qualidade de vida desse grupo etário.

A Atenção Primária à Saúde (APS) com sua característica de cuidado integral e continuado pode ser considerado o ambiente ideal para esse tipo de atendimento. Ela pode prevenir e retardar o surgimento de incapacidades. Com base neste contexto, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, promulgada no Brasil em 2006, estabeleceu seu foco de ação na manutenção da capacidade funcional dos idosos tendo como um dos seus eixos norteadores o enfrentamento da fragilidade dos idosos. (PARANÁ, 2017)

Fragilidade é um processo dinâmico e multidimensional, com uma redução nas funções físicas, psicológicas e sociais. Essa condição representa um risco em potencial para a saúde pública. Identificar o risco de fragilidade do idoso é um fator fundamental para o cuidado geriátrico, pois permite garantir o manejo adequado e a implementação de um plano de cuidados individuais para esse grupo e com essas medidas buscamos a manutenção da qualidade de vida desses usuários. (FALLER, 2019)

Pensando em formas de tornar o atendimento ao idosos mais eficiente pela APS e na busca por mecanismos de avaliação de risco e funcionalidade, que sejam de fácil aplicabilidade, foi utilizado nesse trabalho o Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional - IVCF -20. Este índice foi criado pelo Núcleo de Geriatria e Gerontologia-Hospital das Clínicas Universidade Federal de Minas Gerais UFMG.

Deste modo, esse trabalho buscou por meio da aplicação do IVCF-20 responder os seguintes questionamentos: Qual o risco de vulnerabilidade dos idosos selecionados na Unidade Básica de Saúde (UBSFL30), no Município de Manaus- AM? Como a aplicação do instrumento modificou a visão do pesquisador com relação aos seus usuário?

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1. ENVELHECIMENTO E FRAGILIDADE

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define o envelhecimento como:

[...] um processo sequencial, individual, cumulativo, irreversível, universal, não patológico de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio ambiente. (OPAS, 2003, p.30)

Assim, é considerado idoso o indivíduo com 60 anos ou mais de idade em países em desenvolvimento e 65 anos ou mais nos desenvolvidos. (OMS)

A saúde do idoso é o resultado da interação entre diversos fatores, temos que considerar os aspectos físicos e mentais (cognitivos e emocionais), a autonomia, integração social, suporte familiar e independência econômica. Ao envelhecer muito mais do que a ausência de doenças temos que considerar a qualidade de vida, e nos idosos a sua principal característica é a manutenção da capacidade de realizar suas próprias vontades. Quando existem problemas em qualquer uma das áreas, pode afetar a capacidade funcional, que se resume como a habilidade de se manter autônomo e independente. Assim, o conceito de saúde do idoso, deve ser avaliado por meio da sua capacidade de satisfazer as suas necessidades, independente da idade ou da presença ou não de doenças. (PARANÁ, 2017)

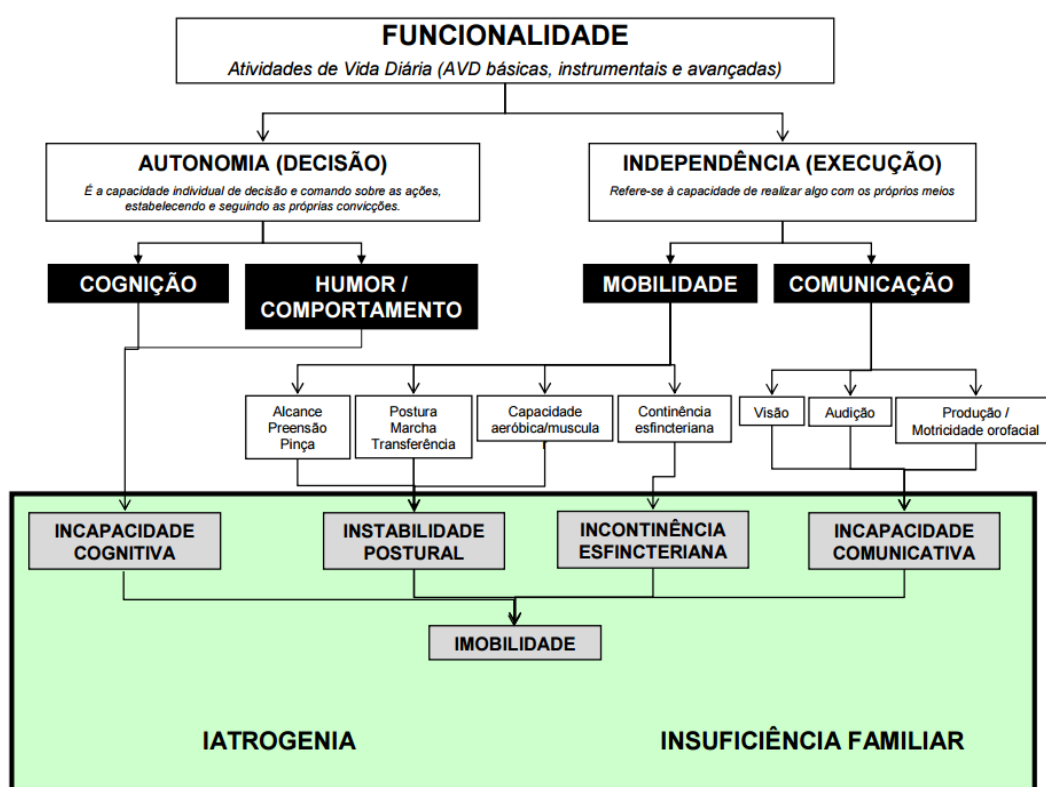
Durante o processo de envelhecimento existe a necessidade de diferenciar a senilidade da senescência. A senescência é o processo natural de envelhecimento com a diminuição da reserva funcional do indivíduo, enquanto a senilidade é o envelhecimento patológico que vai necessitar de assistência. O limite entre esses dois estados não é exato e as condições se sobrepõem. O desconhecimento dessas diferenças pode levar a práticas inadequadas por considerar aspectos naturais do envelhecimento como patológicos ou atribuir todo tipo de patologia como característica normal da idade. (PARANÁ, 2017; MORAES, 2016)

Mesmo com a grande maioria dos idosos possuindo alguma doença crônica, eles são funcionais e levam uma vida normal com autonomia e satisfação, assim a saúde do idoso não pode ser medida pela presença ou não de doenças crônicas, mas pelo grau de preservação da capacidade funcional. Por capacidade funcional se entende as habilidades físicas e mentais necessárias para uma vida independente e autônoma para desenvolver as atividades básicas da vida diária (AVD) até as ações mais complexas do cotidiano (AIVD), necessitando de pouca ou nenhuma ajuda garantindo assim qualidade de vida. A ausência dela pode levar a incapacidade funcional e a fragilidade. (MORAES, 2012)

A capacidade funcional passa a ser um novo paradigma de saúde, proposto pela Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNPSI). Manter a independência e a autonomia pelo maior tempo possível são objetivos quando falamos de saúde no idoso. A capacidade funcional pode ser considerada como a forma mais adequada de instrumentalizar e operacionalizar o cuidado como idoso para a saúde pública. (FARINASSO, 2006)

No gráfico abaixo vemos como a funcionalidade é influenciada por diversos fatores e que quando algum domínio é afetado vai produzir alterações na saúde do idoso.

Figura 1. Modelo multidimensional da saúde do idoso.



Fonte: MORAES, 2016.

A incapacidade funcional é multifatorial e limita o indivíduo de realizar suas atividades da vida diária comprometendo a independência do mesmo. Ela impede a execução das AVD e AIVD, reduz a qualidade de vida e aumenta o risco de dependência, institucionalização, aumenta o risco de quedas e de morte prematura. (MORAES, 2007)

A fragilidade é considerada como uma inevitável consequência do envelhecimento que está relacionada com os diferentes processos de doenças crônicas não transmissíveis, caracterizando assim, uma síndrome multidimensional que aumenta a vulnerabilidade no idoso,



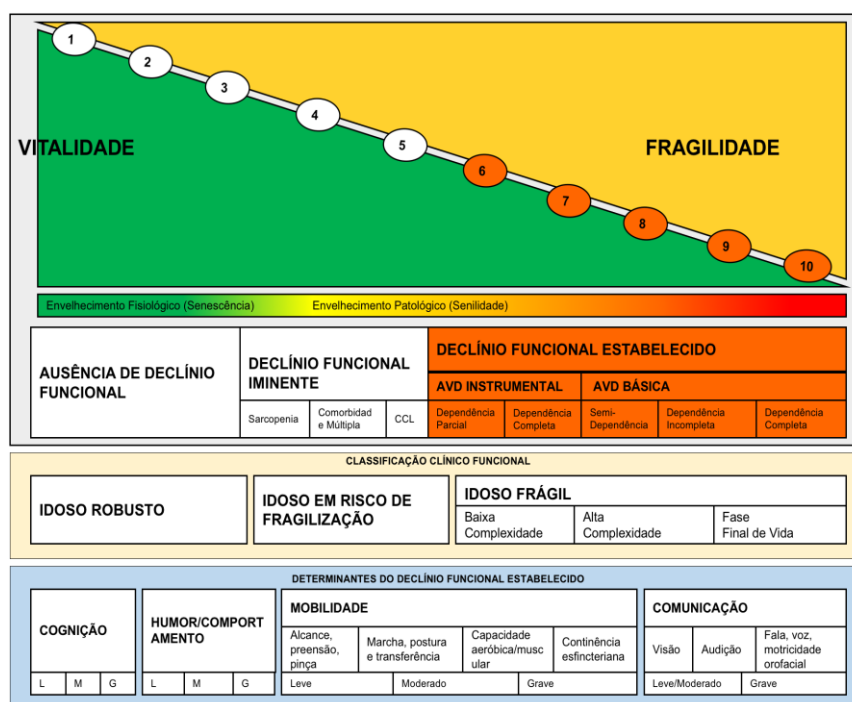
obtendo como resultado a diminuição das reservas fisiológicas e um aumento do declínio funcional associado com múltiplas mudanças físicas. (FHON *et al* 2012). A fragilidade e a incapacidade funcional são coisas distintas mas interagem entre si. A fragilidade e a comorbidade são preditores da incapacidade funcional. (MORAES, 2012).

Essa condição gera prejuízos práticos à vida do idoso e de sua família, tanto clínica como psicossocialmente, pois é associada a um maior risco de consequências adversas, como dependência, quedas, hospitalização, institucionalização e morte. (Mello, 2014).

FRIED (2001) definiu a existência de síndrome da fragilidade pela presença de três ou mais dos seguintes critérios: perda de peso, fadigabilidade (exaustão), fraqueza (redução da força muscular), baixo nível de atividade física e lentificação da marcha. Esse fenótipo da fragilidade está presente em cerca de 10% dos idosos. Nessa classificação existe uma valorização da mobilidade mas pouco fala dos outros determinantes da funcionalidade global como a cognição, humor e comunicação, além de indicadores de mau prognóstico como polipatologia, polifarmácia, internação hospitalar recente, idade avançada e risco familiar elevado (MORAES, 2012)

A fragilidade é uma síndrome clínica que possui uma grande importância na vida do idoso, de suas famílias e dos serviços de saúde. Ela é uma preditora de eventos adversos e exige um maior uso dos serviços sociais e de saúde aumentando os custos assistenciais do idoso. (NUNES *et al*, 2014)

Figura 2 . Escala visual de Fragilidade.



Identificar a fragilidade e os idosos em risco de fragilização deve ser um dos fundamentos do cuidado geriátrico. (FALLER *et al*, 2019).

## 2.2. A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS) E A ATENÇÃO AO IDOSO

O Brasil vive um momento de rápido envelhecimento populacional e essa mudança demográfica não pode ser alterada por metas e programas do governo nem depende da intenção de qualquer grupo social. O encurtamento da base e o alargamento do topo da pirâmide populacional compõem um fenômeno que seguirá seu curso, a passos firmes e determinados até que, por volta de 2050, o número de brasileiros com mais de 60 anos terá saltado dos atuais 24 milhões para 66 milhões (BRASÍLIA, 2017).

O envelhecimento da população trás consigo novas demandas para os sistemas de saúde, idosos possuem necessidades específicas e seus problemas de saúde desafiam os modelos de cuidado atuais. Os avanços da tecnologia e da medicina estenderam a vida e criar estratégias de prevenção, torna-se importante para melhorar a qualidade de vida hoje e no futuro (VERAS 2012).

Os sistemas de saúde precisam trabalhar com essa nova demanda populacional crescente e heterogênea, onde diferentes patologias convivem ao mesmo tempo com uma demanda maior aos serviços de saúde tanto em número de atendimentos como no custo dos mesmos. Esses usuários mais frágeis também demandam mais serviços de reabilitação e de cuidados paliativos. (BRITO *et al*, 2013)

Os sistemas de saúde atuais foram criados baseando-se em pessoas jovens com enfermidades únicas e agudas, mas com a mudança no panorama global enfrentamos uma crise onde precisamos de forma urgente reformular esses sistemas. Com o envelhecimento da população surge um novo tipo de paciente, com múltiplas doenças crônicas, que exige múltiplos profissionais e cuidados prolongados (MORAES, 2016).

O processo do envelhecimento não inicia de forma súbita aos 60 anos, ele é o resultado de um conjunto de processos sociais, médicos e de comportamento de toda a vida. Para se alcançar um envelhecimento saudável e reduzir a morbidade a promoção de saúde e bem-estar deve ocorrer durante toda a vida do indivíduo (LITVAK, 1990)

As mudanças no estilo de vida que ocorreram ao longo do século com mudanças alimentares, sedentarismo, níveis de estresse e o aumento da expectativa de vida levaram a um aumento das doenças crônicas. Atualmente elas são um problema de saúde para o sistema e possuem maior frequência na população idosa (IESS, 2013).

Dessa forma, a APS com sua característica de cuidado integral e continuado pode ser

considerado o ambiente ideal para esse tipo de atendimento. Ela pode prevenir e retardar o surgimento de incapacidades. Com base neste contexto, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, promulgada no Brasil em 2006, estabeleceu seu foco de ação na manutenção da capacidade funcional dos idosos tendo como um dos seus eixos norteadores o enfrentamento da fragilidade dos idosos.

A APS, deve assumir a função de coordenação do cuidado do idoso e de orientação e apoio dos seus cuidadores e familiares. Com a possibilidade de consultas mais frequentes, proximidade física e o cuidado continuado que os idosos necessitam, a mesma pode auxiliar na prevenção de incapacidades ou atrasar o surgimento de incapacidades resultantes das condições crônicas de saúde. Também possui a capacidade de resolver até 80% das necessidades dos usuários que buscam o serviço de saúde. (STARFIELD 2002, GIOVANELLA 2012)

A atenção frequente e continua prestada pelos profissionais da APS permite que o usuário tenha possibilidade de intervenções efetivas que permitam redução da morbimortalidade, melhora da qualidade de vida e a capacidade de reduzir as incapacidades. Considerando que, o aumento dos anos de vida só será benéfico se for acompanhado por uma melhoria na qualidade de vida. (VERAS, 2009; OLIVEIRA,2013).

A Saúde do idoso é determinada pela manutenção da independência e da sua capacidade de desempenhar as suas atividades da vida diária, e estas podem ser limitadas devido as doenças crônicas. Assim a detecção precoce destas e as medidas preventivas visando a melhoria dos hábitos de vida, constitui-se um papel fundamental das equipes de saúde da família com a responsabilidade de prestar assistência integral ao idoso e sua família. (FARINASSO, 2006)

O envelhecimento populacional carrega grandes desafios aos sistemas de saúde, e a APS na sua posição de coordenadora do cuidado precisa ajustar-se a nova realidade demográfica e epidemiológica, considerando as características particulares do envelhecimento, isso exige dos serviços uma adequação a essa nova demanda, com necessidade de mudanças nas estruturas físicas e também maior treinamento dos profissionais para o trabalho com idosos e suas peculiaridades. (BRITO *et al.*, 2013).

No atendimento ao idoso alguns fatores prejudicam o acompanhamento dos idosos, a baixa qualidade dos serviços, a falta de qualificação e/ou envolvimento dos profissionais que atendem essa população (LOUREIRO, 2013).

A necessidade de aprimorar os serviços de saúde oferecidos pelas equipes de saúde da família é fundamental para a criação de uma rede de suporte formal adequada para idosos e familiares. (MEDEIROS *et al* 2017)

Algumas estratégias estão sendo utilizadas para melhorar o cuidado desse grupo, a

Organização Mundial da Saúde (OMS) passou a usar a estratégia do “envelhecimento ativo” com o objetivo de incluir, além dos cuidados com a saúde outros fatores que afetam o envelhecimento buscando melhorar a qualidade de vida dos idosos. (OMS, 2005)

A partir de 2005, o Ministério da Saúde, definiu a Agenda de Compromisso pela Saúde que agrega três eixos: o Pacto em Defesa do Sistema Único de Saúde (SUS), o Pacto em Defesa da Vida e o Pacto de Gestão. (BRASIL, 2007)

No Pacto em Defesa da Vida, foram definidas seis prioridades e três tem relação com o planejamento de saúde do idoso. São elas: a saúde do idoso, a promoção da saúde e o fortalecimento da Atenção Básica. (BRASIL, 2007)

A Política Nacional de Promoção da Saúde – Portaria 687/GM, de 30 de Março de 2006, norteia as ações locais em relação a promoção da saúde da pessoa idosa. Outras leis foram importantes para a implementação da atenção ao idoso. Entre elas temos a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), Portaria GM n 2. 528, de 19 de outubro de 2006, define que a porta de entrada para o idoso é a Atenção Básica e tem como referência a rede de serviços especializados. (BRASIL, 2007)

A Política Nacional de Atenção Básica, regulamentada pela Portaria GM nº 648 de 28 de março de 2006, caracteriza-se por desenvolver um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção à saúde, prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. (BRASIL, 2007, p.12)

Assim o envelhecimento saudável e ativo depende de políticas públicas e apropriadas como também de um serviço de saúde preparado para lidar com questões relativas a manutenção, melhoria e recuperação das capacidades funcionais assim como a prevenção de doenças. (VERAS, 2015).

### 2.3. INSTRUMENTO DE PESQUISA

A necessidade de aprimorar os serviços de saúde oferecidos pelas equipes de saúde da família é fundamental para a criação de uma rede de suporte formal adequada para idosos e familiares. (MEDEIROS *et al* 2017) A APS tem também uma importante função na coordenação do cuidado dos idosos. Esse grupo etário possui múltiplas patologias que irá depender do apoio de diversos profissionais e a APS tem a capacidade de orientar esse cuidado favorecendo um melhor acompanhamento (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

De acordo com MORAES *et al*, 2016, os profissionais da APS tendem a avaliar o nível de fragilidade do idoso apenas pela sua aparência, pela idade ou quando apresenta múltiplas

comorbidades ou doenças. O que mostra a necessidade de serem utilizados instrumentos que permitam essa avaliação.

Para planejar o atendimento ao idoso a APS precisa de instrumentos de fácil aplicabilidade e rápidos que ajudem a avaliar o idoso, classifica-lo e determinar o seu grau de dependência de forma que seja possível planejar o seu atendimento, visando a prevenção do risco de fragilidade (CALDAS *et al.*, 2013, p. 775).

Caldas *et al.* (2013) realizaram um estudo com alguns instrumentos de rastreio de perda funcional de idosos onde os pesquisadores concluíram que ao direcionar a assistência à saúde do idoso, supondo que evitando a perda funcional, a fragilidade e o uso excessivo dos serviços de saúde se poderia aumentar a qualidade de vida dessas pessoas e reduzir os gastos em saúde. Também vemos que após a identificação de risco os desfechos variaram da redução da perda funcional, número de admissão no setor de emergência, número de óbitos, redução de gastos em saúde e uma maior satisfação do usuário com o serviço. Porém os autores observaram que a utilização de instrumentos de fora do país não foi precedida por uma validação transcultural pois poderia ter alguns vieses culturais. Esses instrumentos diversos descritos na literatura para a triagem rápida utilizados para idosos não são tão precisos na avaliação do idoso frágil pela APS (MORAES *et al.*, 2016).

Sistemas de saúde devem considerar que o processo de identificar fragilidade deve ser baseado em um teste simples, que gaste pouco tempo e recursos, que possa ser interpretado por profissionais não especialistas. Também entre os vários instrumentos deveriam optar por um que tenha sido traduzido e validado naquele local e que se mostre o mais adequado naquele contexto (FALLER, 2019).

O padrão-ouro de avaliação do idoso é a Avaliação Geriátrica Ampla (AGA) porém a mesma deve ser aplicada por uma equipe geriátrico-gerontológica especializada onde diversos instrumentos são utilizados. A AGA leva em média 60 a 90 minutos, o que torna essa avaliação muito difícil de ser realizada na APS (MORAES, *et al.*, 2016).

Este estudo utilizou para o rastreio e triagem dos usuários da unidade básica o IVCF-20 (Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional – 20). Instrumento brasileiro, validado, que pode ser utilizado por qualquer profissional de saúde inclusive pelo próprio idoso ou familiar, que é capaz de avaliar os principais determinantes de saúde das pessoas idosas. Ele possui um caráter multidimensional e com alta confiabilidade e pode ser descrito como um instrumento de triagem o que permitiria indicar qual o grau a prioridade no seguimento desse paciente assim como orientar o seu acompanhamento na rede de saúde (SECRETARIA SAÚDE DO PARANÁ, 2017).

Faller (2019) em sua revisão bibliográfica, destaca que o IVCF-20 conseguiu avaliar 8 domínios da saúde do idoso. Destaca também que um bom instrumento de triagem deve ter características como ser de rápida aplicação, se possível ser administrado por telefone e por diferentes profissionais de saúde (clínicos, médicos generalistas, enfermeiras), para poder alcançar um grande número de pessoas e ainda ser preciso para avaliar os possíveis efeitos adversos, características essas encontradas no IVCF-20.

O IVCF-20 funciona como um instrumento de identificação inicial do idoso de risco, é um mecanismo de triagem que reconhece o idoso que possui maior vulnerabilidade e que precisa ser avaliado por uma equipe especializada e aqueles que por estarem com melhores condições podem ser acompanhados exclusivamente pela atenção básica.

Esse instrumento foi criado com a participação de profissionais de diferentes áreas, da equipe geriátrico-gerontológica especializada na atenção ao idoso pela UFMG (Universidade Federal de Minas Gerais). Além disso, contribuíram membros da Equipe de Saúde da Família, do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, e gestores da atenção primária. O tema foi discutido por profissionais da atenção básica de todas as regiões do Brasil, em oficinas no Ministério da Saúde e teve a participação de pesquisadores da área (MORAES *et al.*, 2016).

### **3 OBJETIVO**

#### **3.1 OBJETIVO GERAL**

Investigar índice de vulnerabilidade clínico-funcional de uma amostra dos idosos da UBSF L30 de Manaus-AM.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Propor uma estratégia de avaliação dos idosos que permita a organização do serviço;
- Avaliar a aplicabilidade do instrumento pela APS.

## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 CENÁRIO DO ESTUDO**

O estudo foi realizado na UBSFL 30 localizada no bairro do Coroado, zona leste de Manaus – AM. O local foi escolhido por ser o ambiente de trabalho do pesquisador, porém esse fato mudou ao longo do processo pois a mesma deixou o local para assumir concurso público em outra localidade.

### **4.2 TIPO DE ESTUDO**

Os procedimentos metodológicos utilizados na pesquisa foram do tipo exploratório, descritivo e encontra-se estruturado em uma abordagem quantitativa.

### **4.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO E AMOSTRAGEM**

A UBS possui 330 adultos acima de 60 anos cadastrados. Deste total foi retirado uma amostra de 50 idosos de ambos os sexos, distribuídos nas 5 micro-áreas da unidade da seguinte forma 5 homens e 5 mulheres de cada micro-área. As ACS escolheram os usuários de acordo com a facilidade de acesso interpessoal e foi dada a preferência por usuários que já haviam tido contato prévio com o entrevistador.

A amostra foi escolhida por conveniência. Os usuários foram escolhidos pelas ACS, sem conhecimento prévio do pesquisador, no caso de não concordância com a pesquisa houve substituição por outro usuário também de escolha da ACS.

#### **4.3.1 Critérios de inclusão**

Idosos maiores de 60 anos de ambos os sexos cadastrados na unidade, sem comprometimento cognitivo diagnosticado, capaz de se manter na posição supina e sem comprometimentos severos na audição.

#### **4.3.2 Critérios de exclusão**

Idosos que possuam alterações que afetem a cognição como doença de Alzheimer e outros quadros demenciais; pacientes em sofrimento mental severo; pacientes acamados; pacientes que tenham transtornos de locomoção que impossibilitem a posição supina; pacientes com déficit auditivo severo; casos de cegueira.



#### 4.4 COLETA DE DADOS

O período da coleta de dados ocorreu no primeiro semestre de 2019, de 10 de Abril a 30 de Abril. Os participantes da pesquisa foram entrevistados em sua casa e receberam informações sobre como a mesma seria realizada e receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foi garantida a confidencialidade dos dados e que a pesquisa era livre não havendo prejuízo aos mesmos por não participarem.

O pesquisador teve contato com o questionário na Universidade Aberta da Terceira Idade – UNATI/UEA onde recebeu treinamento para a aplicação do mesmo como também por meio dos vídeos do site do IVCF-20.

Durante a entrevista os usuários responderam ao questionário do IVCF-20 com auxílio do pesquisador e foram realizadas as medidas da panturrilha, peso e altura. Durante esse processo houve a presença de uma ACS que participou de forma voluntária e fora do seu horário de serviço. A ACS também contribuiu para a localização dos endereços dos usuários selecionados e como forma de identificação de uma equipe de saúde visto que o bairro está localizado em uma área de risco devido a violência.

A medida da panturrilha foi realizada com o uso de fita métrica e é um quesito do questionário. A medida de panturrilha é realizada na perna esquerda com uma fita métrica inelástica, na sua parte mais protuberante, com a perna dobrada e formando um ângulo de 90 graus com o joelho. De acordo com a OMS essa medida é a mais sensível da massa muscular nos idosos. A mesma indica alterações na massa magra que ocorrem com a idade e com o decréscimo na atividade física.

Foram avaliados peso e altura com auxílio de fita métrica e balança para realizar o cálculo do índice de massa corporal (IMC). O IMC é calculado usando a fórmula  $\text{Peso} / \text{Altura}^2$ .

Também foi calculado a velocidade de marcha, foi realizada a marcação com o auxílio de fita métrica de uma distância de 4 metros e com o auxílio de um cronômetro foi calculado o tempo gasto pelo idoso para percorrer a distância. Esses dados eram necessários para responder à questão número 14 do questionário do IVCF-20.

A Unidade de Saúde recebeu o Termo de Autorização para a Realização da Pesquisa, emitido pela Secretária Municipal de Saúde (SEMSA) que foi entregue para a ciência e anuência do gestor da unidade.

No primeiro contato com o usuário eram dadas as devidas explicações sobre o objetivo da entrevista, formulário e a confidencialidade dos dados. Após a assinatura do TCLE os

usuários eram submetidos ao preenchimento do formulário, e eram avaliadas as medidas antropométricas, circunferência de panturrilha e velocidade da marcha.

#### **4.4.1. Instrumento de coleta de dados**

Para a coleta de dados foi utilizada uma entrevista estruturada coletada (formulário IVCF-20) pelo pesquisador durante visitas domiciliares no horário noturno e durante os finais de semana. O tempo gasto em média para as entrevistas era de 5 minutos e o demais era gasto com avaliações de saúde dos usuários.

O instrumento IVCF-20 foi desenvolvido e validado no Brasil, a partir do Vulnerable Elders Survey- 13 (Saliba et al.,2001) e de outros instrumentos de triagem rápida amplamente citados na literatura, como o Prisma-7 (Raiche,2008), Sherbrooke Postal Questionnaire (Hébert, 1998), Tilburg Frailty Indicator (Gobbens, 2010; Santiago 2012), o Groniengen Frailty Indicator (stevenrik, 2001) dentre outros. (MORAES, et al., 2016, p.214)

Esse instrumento foi criado com a participação de profissionais de diferentes áreas, da equipe geriátrico-gerontológica especializada na atenção ao idoso. Além disso, contribuíram membros da Equipe de Saúde da Família, do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, e gestores da atenção primária. O tema foi discutido por profissionais da atenção básica de todas as regiões do Brasil, em oficinas no Ministério da Saúde e teve a participação de pesquisadores da área. . (MORAES et al, 2016)

O IVCF-20 é um questionário que pode ser aplicado pelo próprio idoso e seus familiares, assim como por profissionais de saúde, inclusive os de nível médio, o que contemplaria sua aplicação por Técnicos de Enfermagem e Agentes comunitários de Saúde (ACS). Ele possui 20 questões distribuídas em oito dimensões, consideradas preditoras de declínio funcional e/ou óbito em idosos: idade (1 questão), auto percepção da saúde (1 questão), incapacidades funcionais (4 questões), cognição (3 questões), humor (2 questões), mobilidade (6 questões), comunicação (2 questões) e morbidades múltiplas (1 questão) dando um valor máximo de 40 pontos. Quanto mais alto o valor computado, maior o risco de vulnerabilidade clínico-funcional do idoso. A duração média da aplicação do instrumento é de 5 a 10 minutos e utiliza tecnologias de baixo custo como relógio, balança e fita métrica.

Ele classifica o idosos de acordo com o seu risco de vulnerabilidade e pode ser considerado uma AMI (Avaliação Multidimensional do Idoso) inicial: de 0 a 6 pontos baixo risco de vulnerabilidade , ausência de declínio funcional e podem ser acompanhados de forma rotineira pela atenção básica; de 7 a 14 pontos de moderado risco para vulnerabilidade clínico-funcional, possível declínio funcional e que devem ser submetidos a uma AMI intermediária,

que pode ser realizada por médicos e enfermeiros não especialistas em geriatria, desde que tenham sido previamente treinados; igual ou acima de 15 pontos o idoso possui alto risco de vulnerabilidade clínico-funcional, presença de declínio funcional devendo ser avaliado por equipe especializada por meio de uma AMI avançada.

Este instrumento foi criado pela UFMG e está validado podendo assim ser utilizado para fins de pesquisa.

Foram utilizados na pesquisa formulários impressos do IVCF-20, TCLE, fita métrica, balança e cronômetro. Todos os custos foram cobertos pelo pesquisador.

A fita métrica foi utilizada para avaliar a circunferência da panturrilha e para avaliar a altura para o cálculo do IMC e para medir a distância de 4 metros usada no cálculo da velocidade de marcha, balança para o peso que foi utilizado no cálculo do IMC e o cronômetro foi usado no cálculo da velocidade da marcha.

#### **4.5 ANÁLISE DOS DADOS**

Os dados foram categorizados e tabulados eletronicamente no programa Excel Windows 7 e submetidos a análise por meio de tabulação simples. Eles foram submetidos a operações estatísticas simples de maneira que ressaltem as informações obtidas durante a pesquisa.

#### **4.6 CRITÉRIOS ÉTICOS**

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Amazonas (UEA), por meio da Plataforma Brasil, e foi aprovado pelo parecer nº 3.232.189, CSP nº CAAEE: 08161019.9.0000.5016 de 29 de março de 2019, e a pesquisa foi autorizada previamente pela Secretaria Municipal de Saúde de Manaus (SEMSA), conforme Autorização Nº017/2019-ESAP/SEMSA de 08 de abril de 2019. Os participantes selecionados que participaram do estudo declararam sua anuência através de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que continha as informações sobre o objetivo do trabalho e sobre seus direitos enquanto participantes da pesquisa. Respeitando assim a Resolução nº 466/2012 (BRASIL,2012) que trata de normas para a pesquisa com seres humanos.

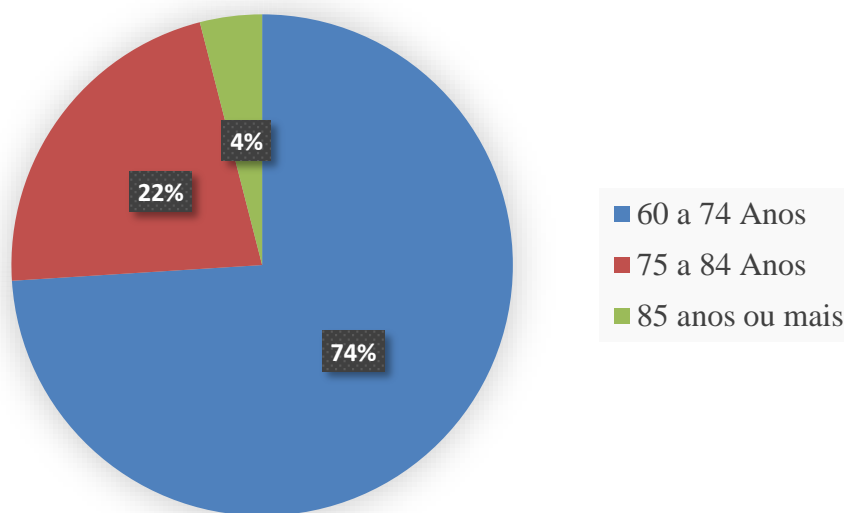
## 5 RESULTADOS

Para a pesquisa foram selecionados pelas agentes comunitárias de saúde 50 adultos acima de 60 anos de ambos os sexos, distribuídos entre as 5 micro áreas. Dos selecionados apenas um participante do sexo feminino recusou participar da pesquisa sendo substituído por outro do mesmo sexo e da mesma micro área.

O IVCF-20 avalia 8 dimensões distribuídas em 20 questões sendo, Idade (questão 1); Auto percepção da Saúde (questão 2); Atividades da Vida Diária Instrumental (questões 3,4 e 5); Atividades de Vida Diária Básicas (questão 6); Cognição (questões 7,8 e 9); Humor (10 e 11); Mobilidade: alcance, prensão e pinça (12 e 13), capacidade aeróbica e muscular (questão 14), marcha (questão 15 e 16), continência esfincteriana (questão 17); Comunicação (questão 18 e 19) e Comorbidades Múltiplas (questão 20).

A figura 1 demonstra os resultados da distribuição dos idosos em relação à idade, onde houve um predomínio de idosos entre 60 a 74 anos com 74% dos participantes nessa faixa etária, 22% de idosos na faixa dos 74 a 84 anos e 4% acima dos 85 anos.

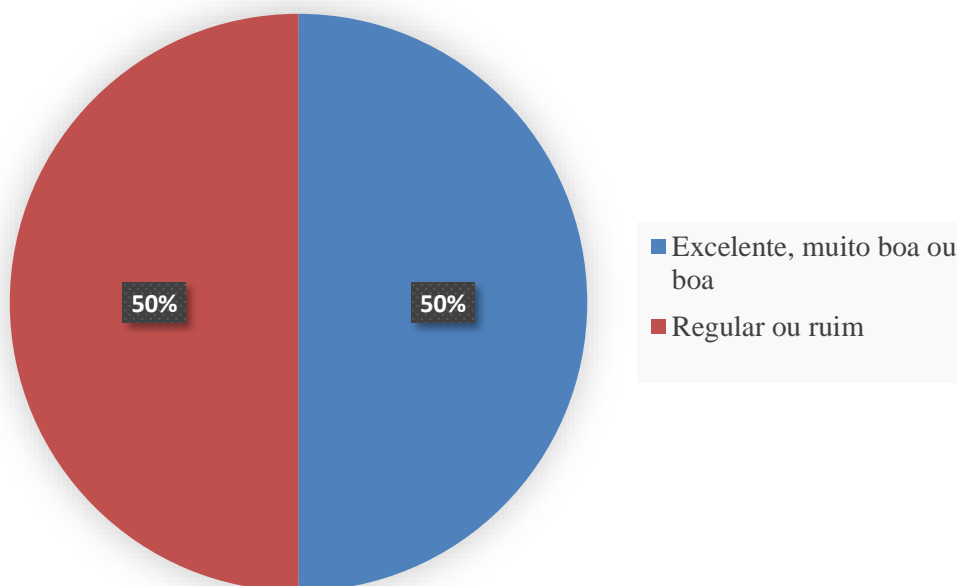
Figura 1. Perfil etário dos idosos participantes da UBSF L30, Manaus, 2019.



Fonte: A autora.

No indicador auto percepção da saúde, foi perguntado ao idoso: “Em geral, comparando com outras pessoas de sua idade, você diria que a sua saúde é”, sendo que 50% consideraram excelente, muito boa ou boa e 50 % consideraram regular ou ruim.(figura 2).

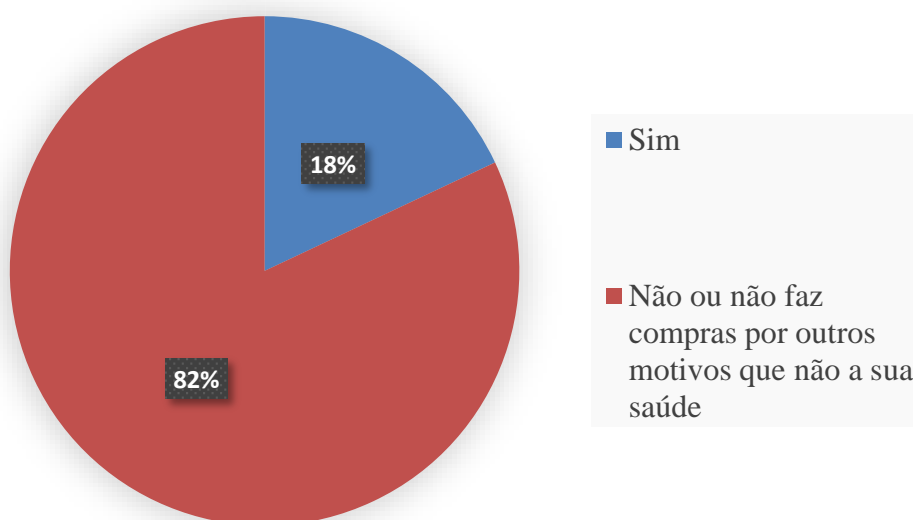
Figura 2. Auto percepção da Saúde dos idosos participantes da UBSF L30, Manaus, 2019.



Fonte: A autora.

As AVD Instrumentais foram abordadas nas figuras 3, 4 e 5 e as AVD Básicas na figura 6. O gráfico 3 abordou a questão: “Por causa da sua saúde ou condição física, você deixou de fazer compras?”, onde 82 % dos idosos relatam que vão ao mercado fazer as suas compras e apenas 18% não conseguem.

Figura 3. Independência dos idosos participantes da UBSF L30, Manaus, 2019.

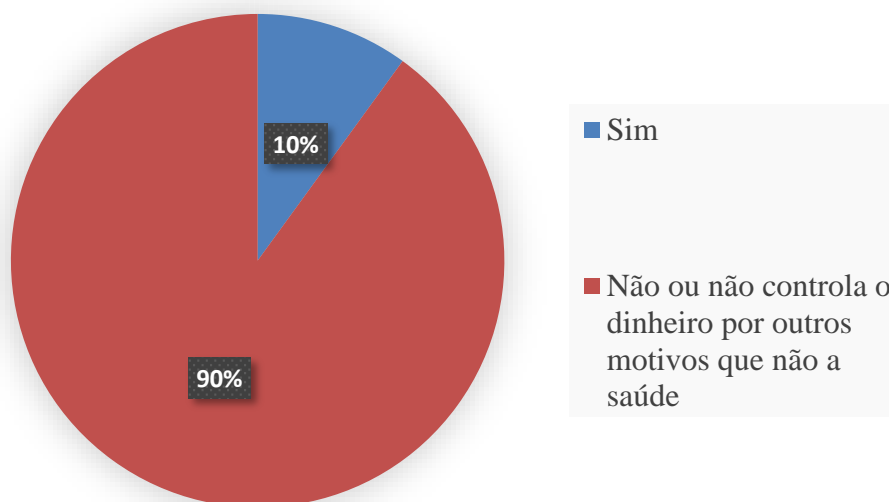


Fonte: A autora.

A figura 4 trouxe a questão “Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de controlar o seu dinheiro, gastos ou pagar as contas de sua casa? Pode-se observar que 90% dos idosos continuam controlando o seu dinheiro e apenas 10% não realiza mais essa atividade.

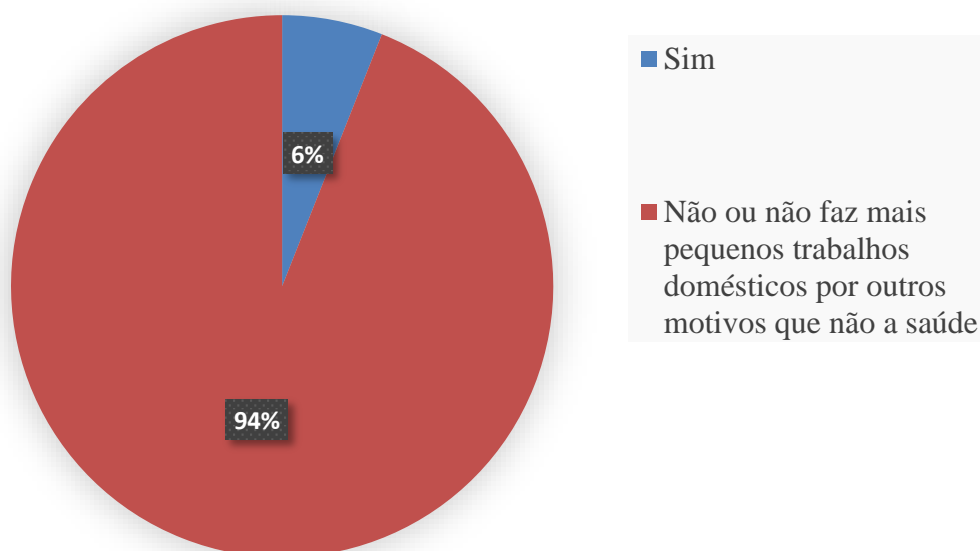
Na figura 5 ainda abordamos o tema das atividades instrumentais da vida diária, com a realização de tarefas domésticas, 94% dos entrevistados disseram que realizam pequenas atividades em suas casas, apenas 6% não são capazes de realiza-las.

Figura 4. Autonomia dos idosos participantes da UBSF L30, Manaus, 2019.



Fonte: A autora.

Figura 5. Atividades domésticas dos idosos participantes da UBSF L30, Manaus, 2019.

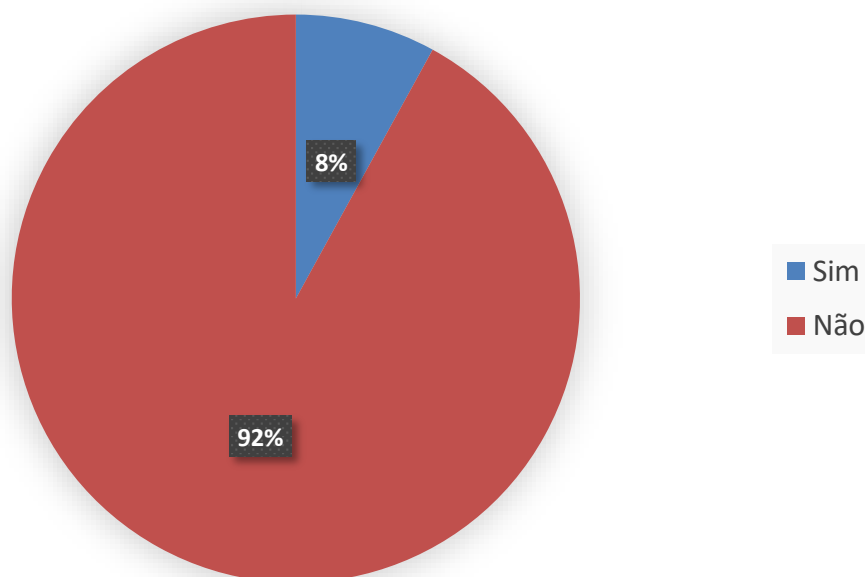


Fonte: A autora.

A figura 6 evidencia se o idoso deixou de tomar banho sozinho devido sua condição de

saúde, onde 92% disse que mantinha o domínio do autocuidado e apenas 8% disse que não.

Figura 6. Atividades básicas diárias dos idosos participantes da UBSF L30, Manaus, 2019.

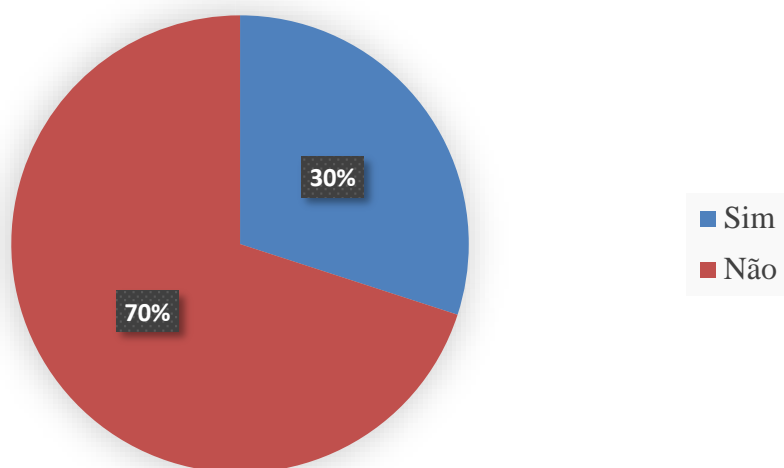


Fonte: A autora.

A avaliação do domínio da cognição é abordado nas questões 7,8,9. A questão 7 (figura 7) possuía um caráter eliminatório das demais, sendo que os idosos que pontuaram de forma positiva nessa questão foram avaliados para as questões 8 e 9 e aqueles que não pontuaram seguiam para a questão 10. Do total de idosos, 70% não relatou que os familiares reclamavam de esquecimento e 30% responderam que sim. Dessa forma, a pergunta número 8 foi realizada apenas nos entrevistados que responderam sim à pergunta número 7. Entre este grupo, foi encontrado que 53% relatou que o esquecimento possuía caráter progressivo e 47% não (figura 8).

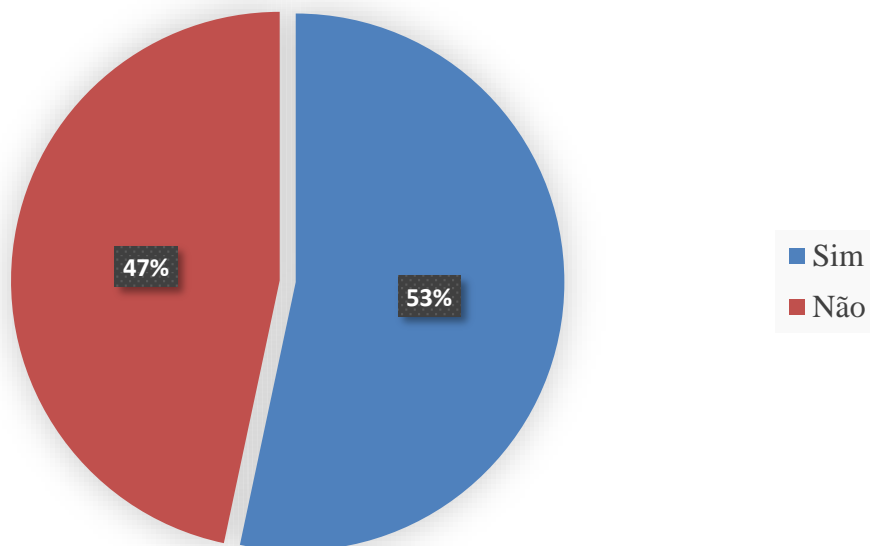
Na figura 9 também a questão foi realizada apenas nos idosos que responderam de forma positiva a questão 7, e encontramos dentre esses idosos 73% que relataram que o esquecimento não tem prejudicado as suas atividades diárias e 27% relataram que sim.

Figura 7. Percepção externa da memória dos idosos participantes da UBSF L30, Manaus, 2019.



Fonte: A autora.

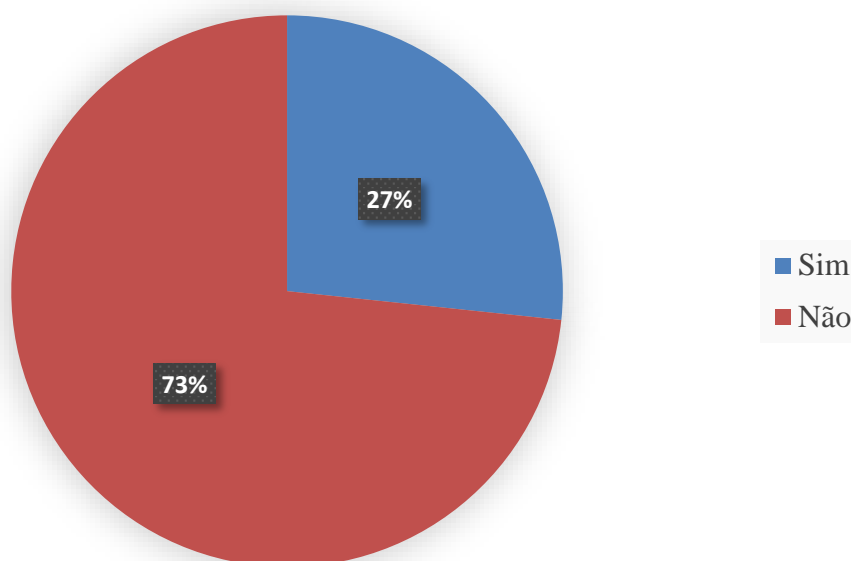
Figura 8. Progressão do transtorno da memória dos idosos participantes da UBSF L30, Manaus, 2019.



Fonte: A autora.



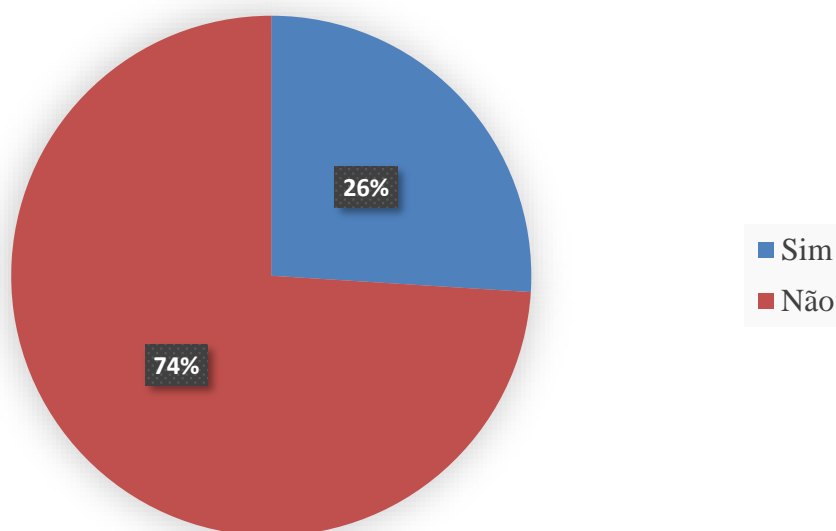
Figura 9. Morbidade por transtorno de memória dos idosos participantes da UBSF L30, Manaus, 2019.



Fonte: A autora.

As figuras 10 e 11 avaliam a função humor/comportamento e respostas positivas nesse item sugerem depressão. Na figura 10 observa-se que 74% dos idosos não apresentaram queixa de tristeza ou desânimo, porém 26% apresentaram os sintomas.

Figura 10. Transtorno do humor dos idosos participantes da UBSF L30, Manaus, 2019.

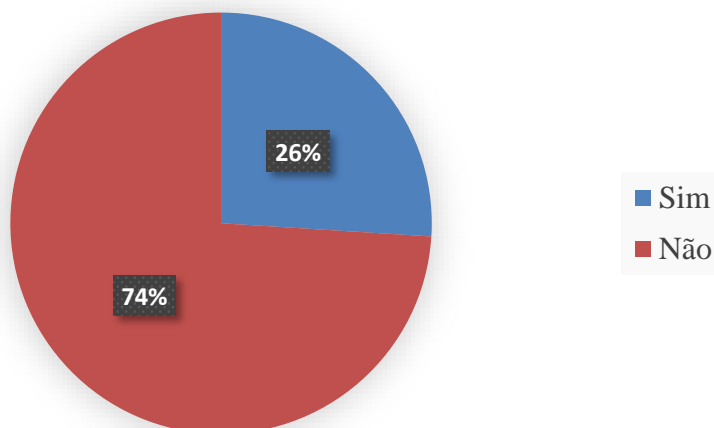


Fonte: A autora.

Ao questionar se o idoso, no último mês, perdeu o interesse ou prazer em atividades

anteriormente prazerosas encontramos que 74% não perdeu o interesse nas atividades prazerosas enquanto 26% apresentou esse problema (Figura 11).

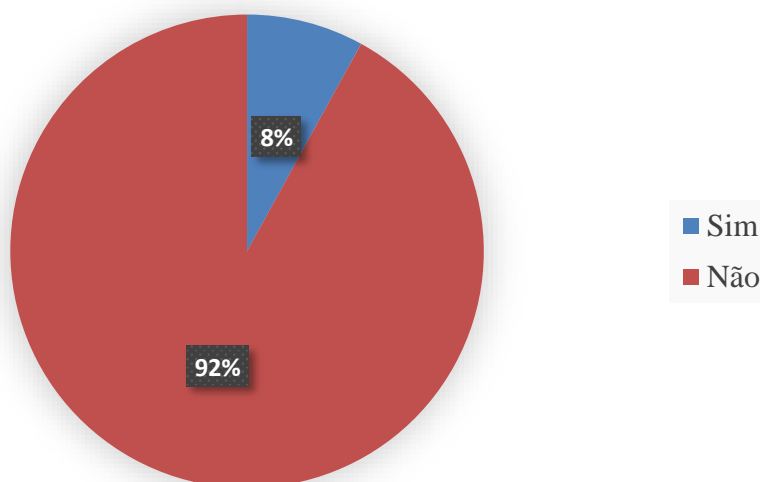
Figura 11. Transtorno do humor 2 dos idosos participantes da UBSF L30, Manaus, 2019.



Fonte: A autora.

As questões 12 a 17 estão relacionadas com a manutenção da mobilidade e são subdivididas de forma que as questões 12 e 13 relacionan-se ao alcance, preensão e pinça, a questão 14 com capacidade aeróbica e muscular, as questões 15 e 16 com a marcha e a questão 17 com a continência esfinteriana. A figura 12 evidencia a capacidade de elevar os braços acima do nível do ombro, onde foi encontrado que 92% dos idosos conseguem levantar os braços acima do ombro, enquanto 8% não consegue.

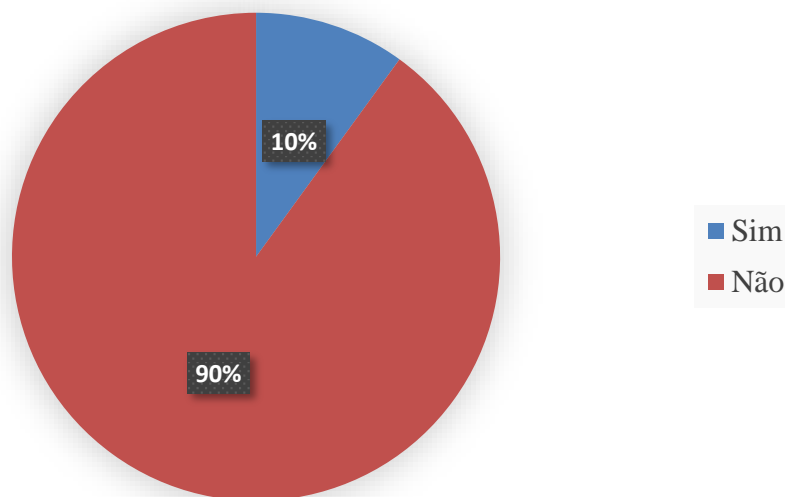
Figura 12. Mobilidade dos membros superiores dos idosos participantes da UBSF L30, Manaus, 2019.



Fonte: A autora.

Ao serem questionados se eram capazes de manusear pequenos objetos encontrou-se que 90 % dos idosos eram capazes de manusear pequenos objetos, enquanto 10 % apresentavam essa dificuldade. (Figura13)

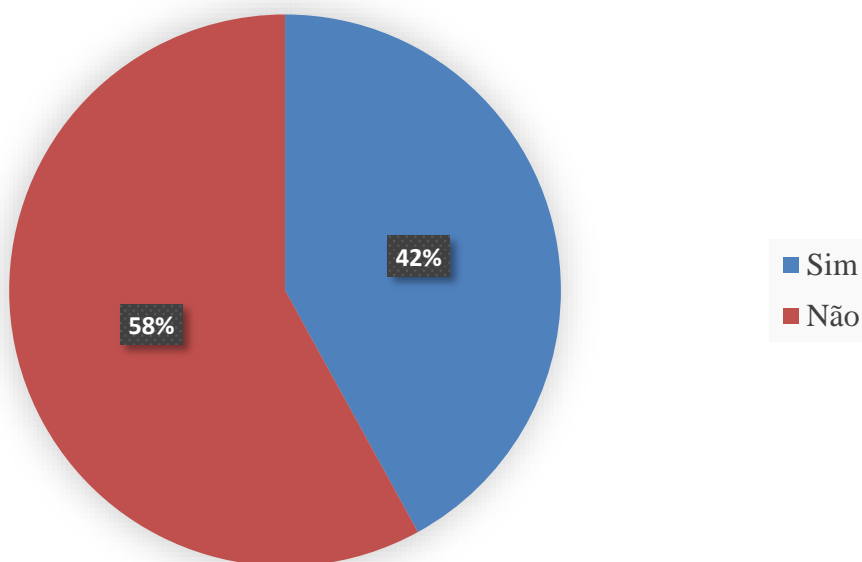
Figura 13. Coordenação motora fina dos idosos participantes da UBSF L30, Manaus, 2019.



Fonte: A autora.

A figura 14 evidencia a capacidade aeróbica muscular questionando se o idosos apresenta alguma(s) das seguintes condições: análise de perda de peso, IMC, circunferência da panturrilha e velocidade da marcha, onde foi encontrado que 42% dos idosos pontuaram em alguma das 4 situações.

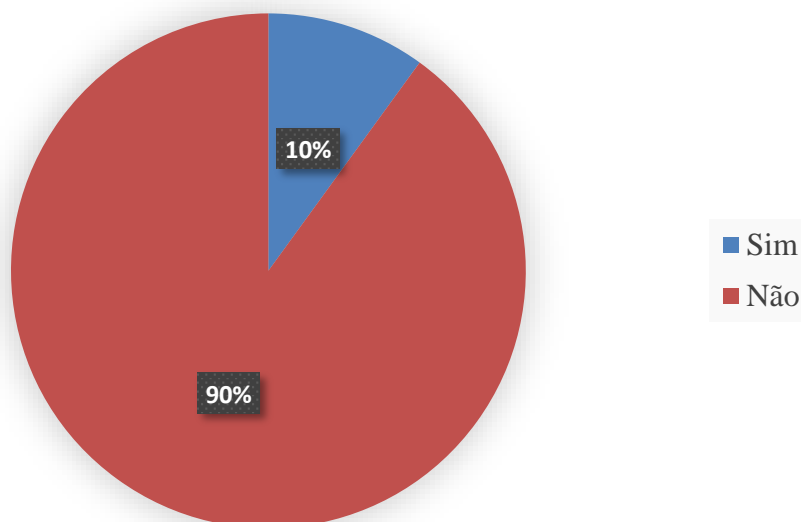
Figura 14. Capacidade aeróbica muscular: análise de perda de peso, IMC, circunferência da panturrilha e velocidade da marcha dos idosos participantes da UBSF L30, Manaus, 2019.



Fonte: A autora.

A figura 15 aborda a questão se o idoso teve duas ou mais quedas no último ano, e fica evidente que 90% dos idosos avaliados não apresentaram quedas no último ano.

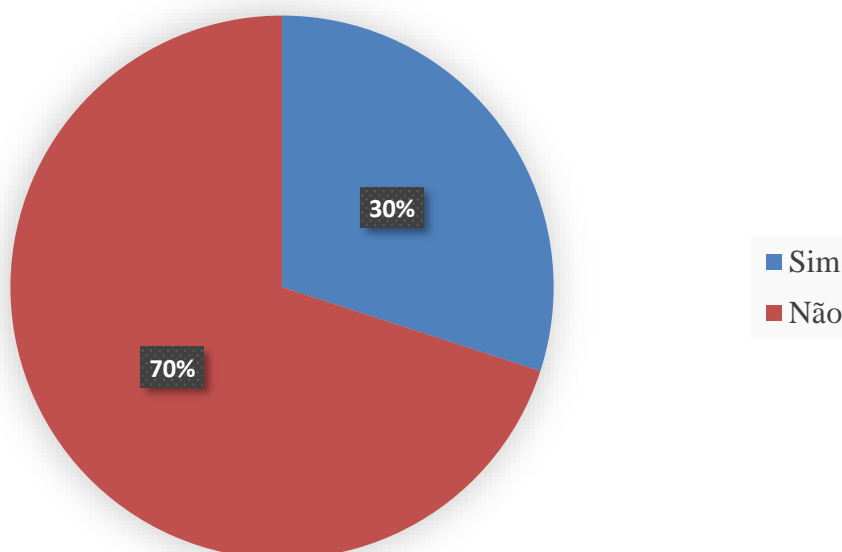
Figura 15. Avaliação de quedas dos idosos participantes da UBSF L30, Manaus, 2019.



Fonte: A autora.

A figura 16 apresenta a dificuldade de deambulação e encontrou-se que 30% tinham queixas de dificuldade de deambulação.

Figura 16. Avaliação da marcha dos idosos participantes da UBSF L30, Manaus, 2019.

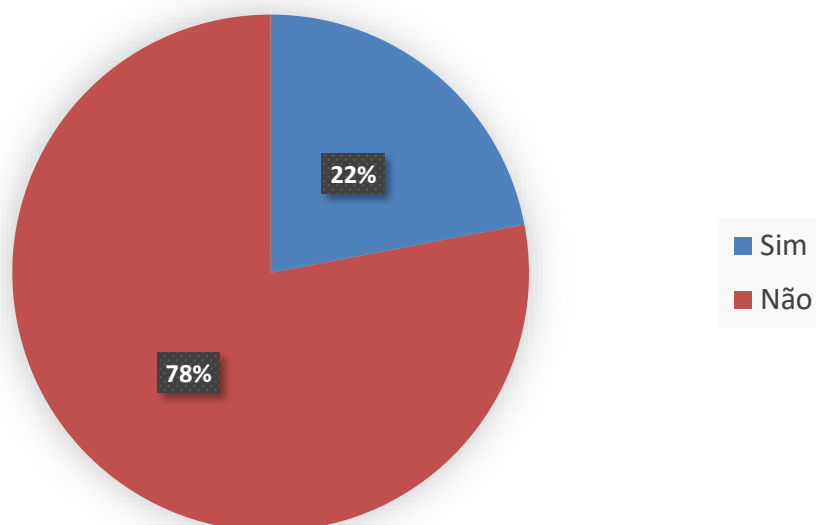


Fonte: A autora.

A questão 17 questiona se o idoso perdeu urina ou fezes, sem querer, em algum momento, e encontrou 22% dos idosos que informaram que sofriam desse problema, conforme

demonstrado na figura 17.

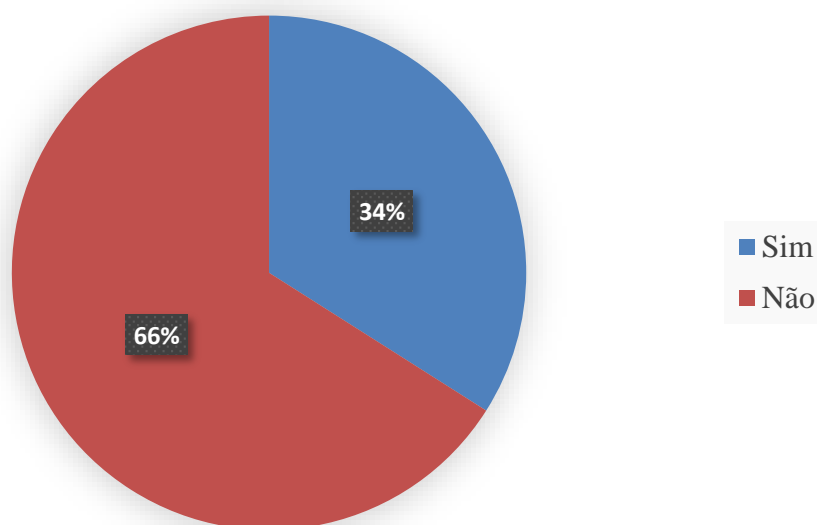
Figura 17. Continência esfincteriana dos idosos participantes da UBSF L30, Manaus, 2019.



Fonte: A autora.

As questões 18 e 19 tem relação com o domínio da comunicação, sendo que a questão 18 questionou se o idoso tem problemas de visão capazes de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano. Foi encontrado que 34% dos usuários apresentavam dificuldades visuais que atrapalhavam o seu dia a dia. (Figura 18)

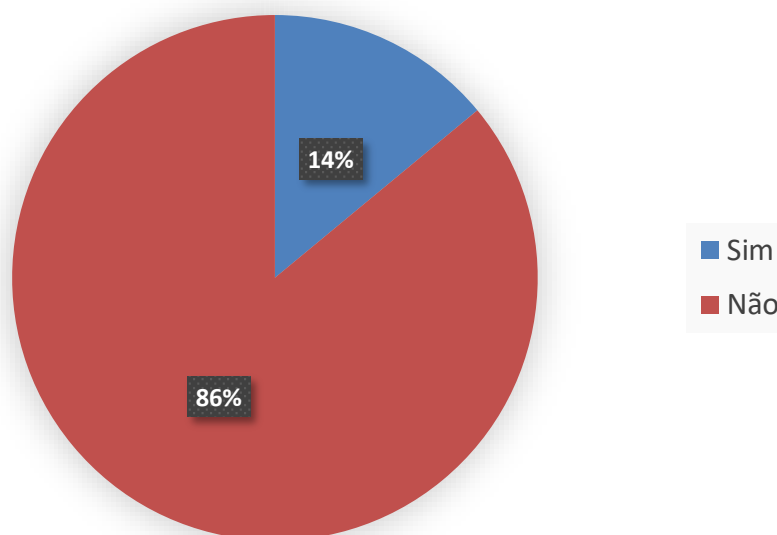
Figura 18. Avaliação da visão dos idosos participantes da UBSF L30, Manaus, 2019.



Fonte: Autoria própria

A figura 19 aborda a questão da audição e foi encontrado que 14% dos idosos sofriam com essa dificuldade.

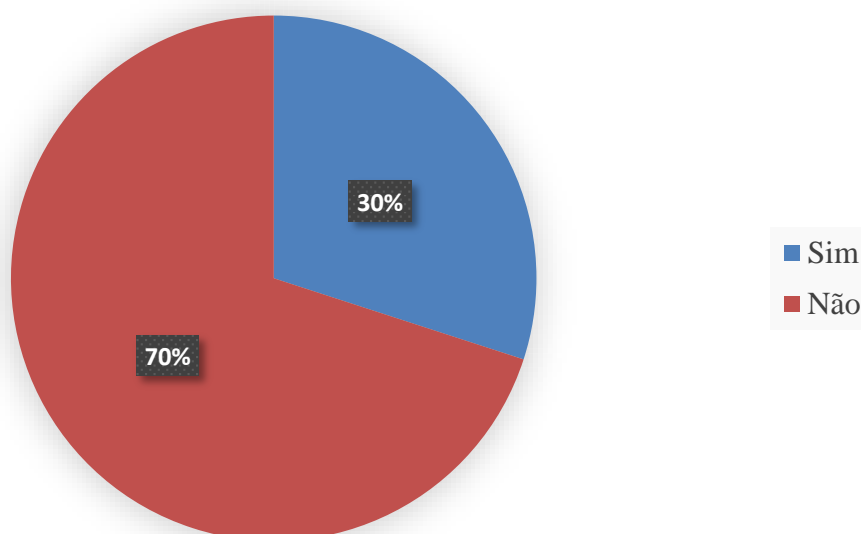
Figura 19. Avaliação da audição dos idosos participantes da UBSF L30, Manaus, 2019.



Fonte: A autora.

A figura 20 aborda a análise das comorbidades múltiplas: Cinco ou mais doenças crônicas, polifarmácia, internação recente, sendo encontrado que 30% respondeu de forma positiva a alguma das questões.

Figura 20. Análise de comorbidades múltiplas: Cinco ou mais doenças crônicas, polifarmácia, internação recente, dos idosos participantes da UBSF L30, Manaus, 2019.

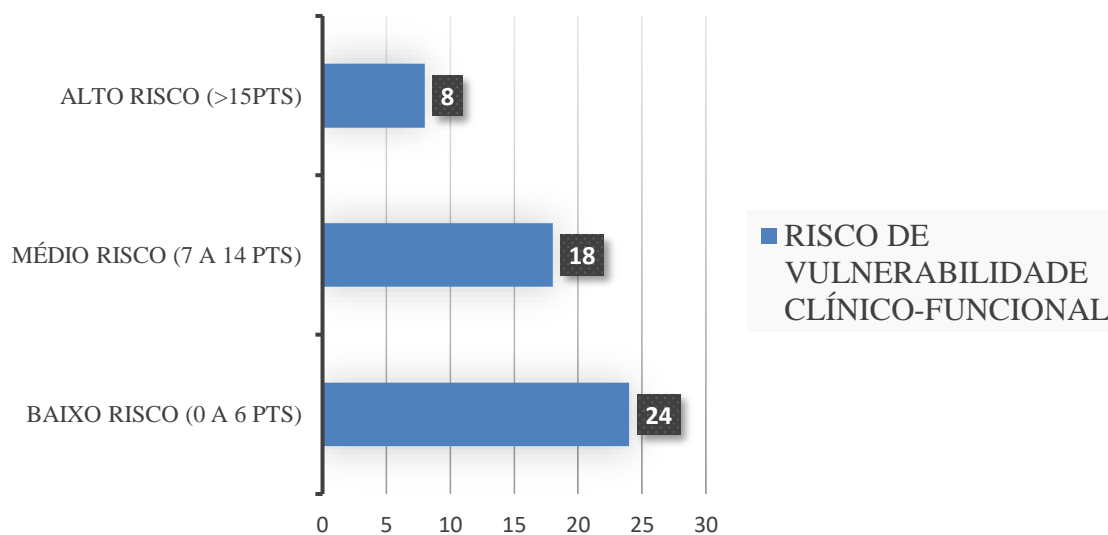


Fonte: A autora.

Ao avaliar a vulnerabilidade clínico funcional geral, foi encontrado entre os pesquisados que 48%, estão classificados no grupo de baixo risco de vulnerabilidade e que estes seguiriam o acompanhamento na própria UBS. No grupo de médio risco, 36% a decisão seria

individualizada para encaminhamento para a atenção secundária após a aplicação da Avaliação Médica Intermediária. O grupo de alto risco, 16% tem indicação de encaminhamento para a atenção secundária. (Figura 21)

Figura 21. Risco de vulnerabilidade clínico-funcional dos idosos participantes da UBSF L30, Manaus, 2019.



Fonte: A autora.

## 5 DISCUSSÃO

No quesito idade, neste estudo, 74% apresentavam entre 60 e 74 anos de idade, semelhante ao estudo realizado por Moraes no Centro de Referência ao Idoso (CRI) 44,8% eram entre 60-74 anos, 40,8% entre 75-84 anos, 14% maiores de 85 anos; no Centro de saúde 75% tinham de 60-74 anos, 21,2 % tinha de 75-85 anos e apenas 3,9% acima de 85 anos. Conforme CENSO realizado em 2010, referente à pirâmide etária do Município de Manaus, dos idosos acima de 60 anos, 76% estão na faixa entre 60 a 74 anos, 22% na faixa de 74 a 84 anos, e 2% dos idosos possuem acima dos 85 anos, muito próximo deste estudo, confirmando a representatividade da amostra quando comparada ao total de idosos da cidade. (IBGE, 2010) Não foi considerado neste estudo o fenômeno da “feminização do envelhecimento” pois o instrumento escolhido não inclui o quesito sexo e escolhemos por usar o mesmo número de participantes de ambos os sexos.

No indicador auto percepção da saúde 50% consideraram excelente, muito boa ou boa e 50 % consideraram regular ou ruim. A auto percepção da saúde é um bom preditor de morbimortalidade nos idosos como também do risco de fragilidade (MORAES et al, 2016) No estudo de Moraes foi encontrado no CRI 59,5 % com uma auto percepção da saúde regular ou ruim enquanto no centro de saúde 19,2 % apenas tiveram essa visão.

BORGES *et al*, 2014 em seu estudo com idosos no Rio Grande do Sul encontrou resultados semelhantes a presente pesquisa, a mesma encontrou que 47, 81% dos idosos considerava a sua saúde boa. Ela destaca que a auto percepção negativa está relacionada a fatores socioeconômicos do idoso e/ou sua família. Condições econômicas ruins associadas a baixo grau de instrução, dificuldade de acesso a rede de saúde vão prejudicar o autocuidado e a resolutividade dos problemas que o idoso e sua família enfrentam. Ambiente semelhante ao da pesquisa onde existe baixos índices de escolaridade e condições econômicas precárias. ALVES *et al*,2009 concluiu que idosos que auto perceberam a sua saúde como ruim ou muito ruim tinham mais possibilidades de não conseguirem realizar as suas atividades. Ela também reforça as questões econômicas como um fator que pode contribuir para uma pior percepção da saúde e desfechos desfavoráveis.

Ao comparar o fator auto percepção da saúde a população desta pesquisa obteve resultados semelhantes aos do CRI pesquisado por Moraes em 2016 porém temos que lembrar que este é um centro de atendimento especializado onde se pressupõe que os idosos terão piores condições de saúde, tivemos um resultado semelhante ao encontrado por Borges em sua comunidade, mas ainda com uma porcentagem um pouco maior. Isso indica uma percepção



pior da saúde o que é um fator de risco de morbimorbilidade. Alguns fatores como, condições sócias econômicas diferentes, com a população pesquisada com piores condições pode ter influenciado nessa diferença de resultados. (Borges et al 2014).

As atividades da vida diária são aquelas necessárias para a gestão da própria vida e podem ser atividades de vida diária básicas (ABVD), instrumentais (AIVD) ou avançadas (AAVD). As ABVD são aquelas relacionadas com o autocuidado, como tomar banho sozinho, usar o banheiro e vestir-se sem ajuda. As AIVD são aquelas necessárias para o cuidado do domicílio ou atividades domésticas como preparar refeições, pagar contas, tomar os remédios, arrumar a casa, fazer compras. E por último temos as AAVD que são as atividades mais complexas que tem relação com à integração social, atividades recreativas e a participação social. (Moraes et al, Nota Técnica – MS 2019)

Este grupo envolve as AVD Instrumentais nas questões 3, 4 e 5 e as AVD Básicas na questão 6. Nos gráficos relacionados com as atividades básicas da vida diária em suas duas categorias: Atividades Instrumentais Vida Diária (gráficos 3,4 e 5) e das Atividades da Vida Diária Básicas (gráfico 6).

No terceiro, quarto e quinto gráfico temos a avaliação das atividades de vida instrumentais (AVID). Essas são comumente avaliadas por meio da escala de *Lawton-Brody*. Quando ocorre o comprometimento dessa função o mesmo perde-se de forma hierarquizada comprometendo primeiro as atividades de vida instrumentais e posteriormente as atividades de vida básicas relacionadas com o autocuidado. (MORAES, 2016)

No terceiro gráfico 82 % dos idosos relatam que vão ao mercado fazer as suas compras e apenas 18% não conseguem. Moraes em seu estudo encontrou que 38,8 % dos idosos do CRI deixaram de realizar alguma AVD Instrumentais,

Já entre os idosos da comunidade apenas 1,9% tiveram essa resposta. BARBOSA et al, encontrou em sua pesquisa que 61,9% dos idosos da sua pesquisa era independente e 25,9% eram dependentes nas AVD Instrumentais e AVD básicas. Resultados um pouco abaixo dos encontrados na nossa pesquisa, para tal ele utilizou a escala de Lawton-Brody para as AVD instrumentais e a escala de Katz para as AVD básicas.

PINTO et al, encontrou 54,6% dos idosos pesquisados eram capazes de realizar as AVD instrumentais.

Essa pergunta avalia a perda da independência, que é a habilidade de ir resolver as suas próprias necessidades.

Neste gráfico 4 a pergunta realizada foi se por causa da condição de saúde ou condição física se o idoso deixou de controlar o dinheiro, gastos ou pagar as contas de sua casa. Vemos

que 90% dos idosos continuam controlando o seu dinheiro e apenas 10% não realiza mais essa atividade.

O controle financeiro depende que o paciente tenha domínio sobre as suas funções cognitivas para o mesmo e que mantenha a autonomia. Autonomia, é a capacidade de tomar decisões e comandar as suas ações, alguns idosos podem não ter a capacidade de se movimentar e ir realizar fisicamente a atividade devido a perda de independência, mas ao manter a habilidade de tomar decisões conserva a autonomia.

No gráfico 5 ainda abordamos o tema das atividades instrumentais da vida diária, com a realização de tarefas domésticas, 94% dos entrevistados disseram que realizam pequenas atividades em suas casas, apenas 6% não são capazes de realiza-las. Durante essa pergunta torna-se importante contextualizar para o idoso, alguns nunca realizaram atividades domésticas como lavar louça (particularmente homens) nesse caso se o mesmo responde de forma negativa de que hoje não faz mas nunca tinha realizado antes, não podemos considerar a resposta positiva como perda de função.

Essas três perguntas consideram um importante fator na saúde do idosos que é a manutenção da funcionalidade, para a realização das AVD instrumentais é necessário que os idosos tenham a manutenção dos domínios da mobilidade, humor/comportamento e comunicação. E quando estão prejudicadas podem indicar doenças como o Alzheimer em sua fase inicial. (MORAES, 2016).

Na questão 6 temos a avaliação do auto cuidado ao questionar sobre se o idoso deixou de tomar banho sozinho, no grupo avaliado 92% responderam que mantinham o domínio do autocuidado e apenas 8% disseram que não. Entre as atividades básicas da vida diária o autocuidado é a última a ser perdida. Essas atividades são avaliadas tradicionalmente pelo índice de Katz.

No estudo de Moraes entre os idosos do CRI 14,6% deixaram de realizar alguma AVD básica, enquanto entre os do Centro de saúde 1,9% marcaram essa opção.

PINTO et al. (2015) encontrou em seu estudo em Pelotas 81,8% dos idosos eram capazes de realizar as atividades de vida diária básicas, para tal ela utilizou o Índice de Katz. Quando temos a perda desse domínio do autocuidado temos um comprometimento maior da funcionalidade. (MORAES, 2016)

Nas questões 7,8,9 vemos a avaliação do domínio da cognição. A cognição é a habilidade de entender e resolver os problemas do cotidiano. Sendo assim um domínio fundamental para manter a autonomia juntamente com o humor/ comportamento. (MORAES, 2016) A cognição é fundamental para realizarmos as AVD tanto as básicas como as

instrumentais O ato de banhar-se depende da memória, função executivo, linguagem, praxia, gnosis e função visuoespacial (MORAES, 2016)

A questão 7 possuía um caráter eliminatório das demais, a pergunta era se algum familiar o considerava esquecido e não se o idoso se considerava esquecido, todos nós temos algum comprometimento da memória sem que isso seja considerado um fator preocupante. Alguns fatores com ansiedade e depressão podem levar a uma sobrevalorização desse dado, por esse motivo que consideramos a opinião externa. (MORAES, 2016) Os idosos que pontuaram de forma positiva nessa questão foram avaliados para as questões 8 e 9. Os que não pontuaram seguiam para a questão 10.

Na pesquisa realizada, 70 % dos idosos não relatou que os familiares relatavam que o mesmo estava esquecido. Apenas 30% relataram esse problema. Machado *et al.* encontrou em seu estudo uma prevalência de declínio cognitivo de 36,5%, número próximo ao encontrado na avaliação inicial do IVCF-20. Em seu estudo a mesma utilizou o Mini-Exame do Estado Mental (MEEM), assim mostra uma correspondência com o IVCF-20. Moraes encontrou 61,7% entre os idosos do CRI enquanto nos do Centro de Saúde foram 9,6%.

Nessa pergunta a avaliação era da percepção externa da memória e não a auto percebida pelo entrevistado.

Moraes, 2016, orienta que ao avaliar a cognição iniciamos pela presença de esquecimento, o tipo e a evolução. Quando o esquecimento é percebido mais pelo paciente que pelos familiares sugere depressão ou ansiedade (P mais que F), em casos em que os familiares notam mais que o paciente sugere demência (F mais que P) e quando ele é percebido de igual forma por paciente e familiares o diagnóstico mais provável é de comprometimento cognitivo leve (F=P).

De acordo com Machado *et al.* a demência é o transtorno mental que tem apresentando um importante crescimento e vai aumentando em número conforme aumenta a faixa etária indo de 0,6% na faixa dos 65 – 69 anos, para 8,4% naqueles com mais de 85 anos, a prevalência passa de 5% nos idosos com mais de 60 anos para 20% naqueles com mais de 80 anos.

A pergunta número 8 foi realizada apenas nos entrevistados que responderam sim à pergunta número 7. Entre este grupo encontramos que 53% relatou que o esquecimento possuía caráter progressivo e 47% não. As demências possuem um caráter progressivo isso ajuda a orientar a avaliação do quadro. (MORAES, 2016)

Moraes encontrou em seu estudo que 71,8% apresentaram piora do esquecimento nos últimos meses, enquanto nos do centro de convivência 40% apresentaram essa mesma queixa. Esse número foi calculado em cima dos que declaram que algum familiar ou amigo havia

mencionado esquecimento.

No gráfico relativo a questão 9 que tinha relação com o esquecimento causando prejuízo as atividades cotidianas, também foi realizado apenas nos idosos que responderam de forma positiva a questão número 7, encontramos dentre esses idosos 73% que relataram que o esquecimento não tem prejudicado as suas atividades diárias e 27% relataram que sim. O que é um fato importante pois as mudanças na cognição quando afetam a funcionalidade indicam a necessidade de maiores investigações (Moraes, 2016)

Moraes em seu estudo encontrou que no CRI 52,7% tinham essa queixa enquanto na comunidade o número foi 0%.

Os gráficos 10 e 11 avaliam a função humor/comportamento, respostas positivas nesse item sugerem depressão. Muito importante o rastreamento da depressão em idosos pois a mesma pode se confundir com quadros de demência, sendo o seu principal diagnóstico diferencial

No gráfico 10 vemos que 74% dos idosos não apresentaram queixa de tristeza, porém um número de 26 % apresentou os sintomas. Nogueira *et al* em sua pesquisa encontrou ao aplicar a Escala de Depressão Geriátrica (EDG-15) em Porto Alegre uma prevalência de 30,6%, com predomínio em mulheres (63,8%) com uma média de idades de 69,4%. O IVCF-20 tem como objetivo rastreamento, com alta sensibilidade, porém pouco específico o que pode justificar o número maior encontrado.

Moraes encontrou que 51,4% dos idosos do CRI tinham essa queixa, enquanto na comunidade os valores chegaram a 3,9%.

No rastreamento realizado na Unidade Básica de Saúde da Família Terezinha Parente, em Fortaleza, no estudo realizado por Bandeira (2008) ela encontrou entre idosos da comunidade uma prevalência de transtornos depressivos em 37,6 % da população.

No gráfico 11 ainda abordamos o tema de humor/comportamento, a OMS (1999) destaca que a depressão é um problema de saúde mundial e terá um impacto negativo e de alto custo para sociedade moderna. Nos idosos a depressão possui alta prevalência e está associada a incapacidade funcional, aumento da mortalidade e a uma maior utilização dos serviços de saúde (Castro-Costa *et al.* 2011). Os critérios da depressão em idosos e adultos não diferem, mas em idosos a depressão é acompanhada de outros sintomas como queixas cognitivas e somáticas. (Castro-Costa *et al.*, 2011). A função humor é essencial para a realização das atividades diárias e muitas vezes passa despercebida pela equipe de saúde, variando em sua prevalência de 8 a 16% (Moraes, 2016).

A depressão é um diagnóstico diferencial importante das demências. Muitos pacientes deprimidos chegam as unidades com queixas de transtornos de memória auto referidos e após

a avaliação o diagnóstico é de depressão. A demência tem uma evolução mais lenta e o paciente não percebe as modificações de memória e comportamento, sendo este mais percebido pelos familiares, no paciente deprimido eles relatam a queixa e durante a avaliação abandonam as avaliações ou alegam que não sabem responder. (Moraes, 2016; Castro- Costa *et al*, 2011).

Na nossa pesquisa encontramos que 74% não perdeu o interesse nas atividades prazerosas enquanto 26% apresentou esse problema. No estudo de Moraes et al 2016 encontrou um número de 31,7% dos idosos do CRI com essa queixa e 3,9% dos idosos do centro de saúde. Nossa pesquisa apesar de ter sido realizada com idosos da comunidade encontrou novamente números semelhantes ao do CRI onde é realizado atendimento especializado.

As questões 12, 13, 14, 15, 16 e 17 estão relacionadas com a manutenção da mobilidade e são subdivididas de forma que as questões 12 e 13 alcance, prensão e pinça, a questão 14 com capacidade aeróbica e muscular, as questões 15 e 16 com a marcha e a questão 17 com a continência esfinteriana.

*“Mobilidade é a capacidade de deslocamento do indivíduo. Depende da postura/marcha, da capacidade aeróbica e da continência esfinteriana.”* (Moraes, 2017)

Neste estudo encontramos que 92% dos idosos conseguem levantar os braços acima do ombro, enquanto 8% não consegue.

Moraes em seu estudo de aplicação do IVCF-20 em idosos no CRI 8,8% dos idosos apresentavam essa queixa enquanto na comunidade encontrou 0%

Na nossa pesquisa encontramos que 90 % dos idosos eram capazes de manusear pequenos objetos, enquanto 10 % apresentam essa dificuldade.

No estudo realizado por Moraes (2016) ele encontrou que 8,8% no CRI apresentou essa dificuldade, enquanto no centro comunitário não apresentaram essa queixa.

Na questão 14 são avaliadas 4 situações, e ao pontuar qualquer uma delas o idoso já pontuaria. As situações avaliadas nesse ponto são: Perda de peso não intencional de 4,5 kg ou 5% do peso corporal em 1 ano ou 6 kg nos últimos 6 meses ou 3 kg no último mês; IMC menor que 22kg/m<sup>2</sup>; Circunferência da panturrilha menor que 31 cm; Tempo gasto no teste de velocidade da marcha (4m) maior que 5 segundos.

No quesito Índice de Massa Corporal (IMC) os idosos eram avaliados por meio da sua altura medida com fita métrica e com uma balança. Os dados eram colocados na equação do IMC ( $\text{peso}/\text{altura}^2$ ) e o dado depois computado na planilha.

Para avaliar a medida da circunferência da panturrilha dos usuários utilizamos uma fita métrica inelástica, com o idoso sentado ou em pé, com os pés apoiados em superfície plana, e a fita era colocada sobre o local onde era maior perímetro sem realizar compressão.

O tempo de marcha foi medido através da marcação de 4 metros no chão e cronometrávamos o tempo gasto após orientar o idoso a caminhar normalmente, como quando realizava as suas atividades diárias, a medida foi realizada duas vezes e feita a média aritmética para garantir melhor precisão do dado.

Na comunidade avaliada encontramos que 42% dos idosos pontuaram em alguma das 4 situações e 58% não. Nos idosos avaliados por Moraes et al, (2016), encontraram que 43,3 % pontuaram em algum ponto entre os usuários do CRI e entre os usuários do centro de saúde 5,8 % apenas pontuaram nesse quesito.

Nesta questão avaliamos o risco de quedas, entre os idosos pesquisados na UBSFL30 encontramos que 10 % dos idosos sofreram quedas no último ano, enquanto 90 % negaram. Moraes em seu estudo encontrou 30,7% dos idosos do CRI apresentaram quedas, mas na Centro de saúde apenas 7,7% apresentaram essa queixa.

No estudo realizado na zona urbana de Uberaba, Minas Gerais, a prevalência de quedas entre os idosos da comunidade foi de 28,3%. (NASCIMENTO *et al*, 2016). Em uma pesquisa realizada em 23 estados brasileiros com 6.616 idosos foi encontrado uma prevalência de 27,6%.

Leitão *et al*. (2018) realizou uma revisão bibliográfica com 35 artigos e a taxa de ocorrência de quedas ficou entre 10,7 e 59,3%.

As quedas são consideradas como a principal causa externa de morbidade e mortalidade entre idosos no mundo também são um importante indicador de piora na qualidade de vida. (LEITÃO *et al*.2018).

Na questão 16 avaliamos a dificuldade de deambulação encontramos que 70% não apresentaram problemas, mas 30% tinham queixas de dificuldade de deambulação. No estudo de MORAES (2016) ele encontrou que 27.5% entre os idosos do CRI, já entre os idosos da comunidade 1,9% apresentavam essa dificuldade. (Moraes 2017).

CARNEIRO et al. (2016), encontrou em seu estudo com idosos institucionalizados e não institucionalizados, por meio da aplicação do TIMED and. GO TEST que 88,24% dos idosos institucionalizados são independentes enquanto 70,59% dos não institucionalizados apresentam essa condição

Essa questão, de número 17, está relacionada com o controle de esfíncter, tanto a incontinência urinária quanto a fecal. Apesar de serem comuns em idosos não podem ser considerados características comuns do envelhecimento, particularmente a incontinência urinária que é queixa comum em especial entre mulheres. A incontinência fecal é uma queixa menos frequente no consultório. Importante fazer o questionamento pois muitos idosos não relatam de forma espontânea a queixa, seja por vergonha ou por mito de que isso é “normal da

idade”.

Na nossa pesquisa 78 % dos usuários negaram problemas nessa área enquanto 22% informaram que sofriam desse problema.

Moraes encontrou que 47,6% entre os idosos do CRI e entre os idosos da comunidade o valor foi de 17,3%.

Em estudo realizado em Bagé, Rio Grande do Sul encontrou uma prevalência de incontinência urinária de 20,7%. (KESSLER, 2018)

As taxas de prevalência de incontinência urinária está entre 8 a 34%, essa variação ocorre em dependência do questionário utilizado. Esse tema tem particular importância quando consideramos as consequências do problema, pois ela atrapalha o convívio social e favorece o isolamento dos idosos. Além de predispor a infecções do trato urinário, facilitar a formação de úlceras de pressão, contribui para disfunção sexual, altera a qualidade do sono e aumenta o risco de quedas e fraturas. (Reis R.B *et al* 2003, Moraes, 2017)

A incontinência fecal é a segunda causa de institucionalização de idosos e de perda na qualidade de vida, porém muitos pacientes não relatam por vergonha, as complicações mais comuns nesses casos são úlcera de pressão, infecção urinária, isolamento social e aumento da mortalidade. A prevalência é desconhecida com cerca de 2 a 7%, mas acredita-se que haja um sub-diagnóstico do quadro (Moraes 2016; Quintão *et al.* 2010).

As questões 19 e 19 tem relação com o domínio da comunicação, fator essencial para a garantia de qualidade de vida e inserção na sociedade.

A comunicação é a forma de relacionamento com outros seres humanos e com o meio. Para um bom desenvolvimento da comunicação o funcionamento adequado dos órgãos dos sentidos torna-se fundamental. (Moraes, 2016)

Nesta pesquisa encontrou-se que 66% dos usuários não apresentavam problemas visuais que atrapalhassem o seu cotidiano e 34% dos mesmos apresentavam dificuldades visuais que atrapalhavam o seu dia a dia. Moraes encontrou que 18,9% dos idosos do CRI sofriam dessa queixa e no Centro de Saúde o valor foi de 1,9% e LUIZ.L.C *et al.* (2009) encontrou 17,7% de idosos com baixa acuidade visual, nesse estudo correlacionaram o déficit visual com o declínio funcional e concluíram que idosos com transtornos na visão possuíam maior declínio funcional.

Foi encontrado ainda que 86% dos idosos pesquisados não possuíam queixas auditivas, mas 14% sofriam com essa dificuldade. De forma semelhante, Moraes encontrou no seu estudo que 15,6% dos idosos do CRI tinha essa queixa e 1,9% dos idosos do centro de saúde. No estudo realizado por Paiva *et al.* em São Paulo onde foram avaliados 872 idosos, 11,2% apresentaram déficit auditivo.

Na nossa pesquisa encontramos que 70% dos idosos não marcaram nenhum dos pontos enquanto 30% respondeu de forma positiva a alguma das questões.

Neste domínio foram avaliadas a presença de comorbidades múltiplas, o idoso que respondessem de forma positiva em qualquer uma das perguntas pontuava, e os pontos não são acumulativos, o sim em uma já correspondia a pontuação máxima. As perguntas foram: Cinco ou mais doenças crônicas; Uso regular de 5 ou mais medicamentos diferentes todos os dias e Internação recente nos últimos 6 meses. A prevalência de polifarmácia encontrada no estudo de Pereira *et al.* realizado em Florianópolis, Santa Catarina (2017) foi de 32%. A polipatologia em encontrada em 41% dos prontuários na pesquisa de Souza *et al.* (2016).

No estudo de Bardin D. *et al.*, ( 2018) foi encontrado um número de 10% de idosos internados no últimos 12 meses com resultados negativos para a saúde causando prejuízos a saúde e declínio funciona. Moraes encontrou que 38,5% dos idosos do CRI pontuaram nesse quesito, e 1,9% do centro de convivência.

Ao avaliar a vulnerabilidade clínico funcional geral, foi encontrado entre os pesquisados que 48%, estão classificados no grupo de baixo risco de vulnerabilidade e que estes seguiriam o acompanhamento na própria UBS. No grupo de médio risco, 36% a decisão seria individualizada para encaminhamento para a atenção secundária após a aplicação da Avaliação Médica Intermediária. O grupo de alto risco, 16% tem indicação de encaminhamento para a atenção secundária. Os idosos encaminhados para a atenção secundária devem levar o plano de cuidados que esteja em execução pela APS (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO PARANÁ, 2016) O instrumento também orienta quanto a realização das consultas periódicas, aqueles com baixo risco devem ser consultados de forma rotineira de forma anual, duas consultas para os idosos em risco de vulnerabilidade e três consultas anuais para os idosos frágeis (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO PARANÁ, 2016).



Figura 22. Quadro sobre a características do Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional – 20. (IVCF-20)

Pontos de Corte Sugeridos	Grau de Vulnerabilidade Clínico-Funcional	Prioridade para realização da AMI	Ações
0 a 6 pontos	Idoso com <b>BAIXO RISCO</b> de vulnerabilidade clínico-funcional	<b>BAIXA</b>	Acompanhamento rotineiro na APS. Ações promocionais, preventivas e curativas.
7 a 14 pontos	Idoso com <b>MODERADO RISCO</b> de vulnerabilidade clínico-funcional	<b>MÉDIA</b>	Avaliação multidimensional do idoso intermediária - AMI <sup>AB</sup> na APS. Ações visando recuperar ou manter funcionalidade.
≥ 15 pontos	Idoso com <b>ALTO RISCO</b> de vulnerabilidade clínico-funcional	<b>ALTA</b>	Avaliação multidimensional do idoso avançada (AMI <sup>AE</sup> ), realizada por pela equipe da Atenção Ambulatorial Especializada. Ações para recuperação da autonomia e independência.

Fonte: PARANÁ, 2017.

Uma dificuldade da realização do estudo e de dados comparativos com outros estudos semelhantes deve-se ao fato de o instrumento pesquisado ainda ser pouco utilizado pela rede pública e como contêm pontos de corte específicos dificulta a avaliação comparativa com outros instrumentos. Ainda que o grupo de idosos estudado tenha sido pequeno alguns pontos e em sua maioria considerados com baixo risco de vulnerabilidade clínico funcional, alguns fatos chamam a atenção e merecem mais estudos. A incidência de uma percepção ruim da saúde foi e 50%, número semelhante ao encontrado em locais de atenção especializada onde os casos são mais complexos.

Comparativamente com o estudo de Moraes, 2016, tivemos um maior índice de perda de memória relata por amigos ou familiares, o fator sócio econômico deve ser lembrado pois a região pesquisada é de baixo nível sócio econômico de Manaus com uma população com baixo nível educacional o que é um conhecido fator de risco para transtornos de memória, assim como a hipertensão arterial, diabetes, dislipidemia e tabagismo (Regula SUS- Resumo Clínico-Demência). Em comparação com o estudo de Machado *et al.* os resultados estão bem próximos.

No questionamento relacionado ao humor, tivemos resultados acima do estudo realizado por Moraes, porém com resposta semelhante ao encontrado em outros estudos. Na questão da mobilidade os idosos avaliados também apresentavam condições mais próximas aos daqueles acompanhados pelo CRI, especialmente no quesito de elevar os braços acima dos ombros e no quesito de manusear pequenos objetos apresentaram índices mais elevados do que os do CRI.

As taxas de queda na comunidade, entre os entrevistados foi maior do que as da pesquisa na comunidade avaliada por Moraes, isso pode estar relacionado com os fatores da questão da mobilidade visto que esses pontos avaliam a força muscular e quando alterados aumentam o risco de queda.

Os números no quesito comunicação, na avaliação das queixas relativas a dificuldades visuais também estão maiores que os encontrados em outros estudos e isso pode ter relação com o acesso precário a atenção secundária para ajuste de lentes corretivas como também cirurgias de catarata.

No atendimento de saúde auditiva também pontuamos mais que estudo de Moraes, possivelmente deve-se também por questões de acesso a avaliação auditiva e também a aparelhos auditivos.

Nas múltiplas comorbidades os dados encontrados se assemelham novamente aos encontrados por Moraes em sua pesquisa no CRI, e acima dos valores encontrados na comunidade, mas quando comparamos aos demais estudos os valores são próximos.

Portanto utilizar instrumentos de triagem pela atenção básica permite avaliar o indivíduo de forma global e identificar as suas maiores necessidades e assim atuar por meio de um plano de cuidados para evitar o aumento da fragilidade (MORAES, 2016; SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO PARANÁ). Sendo essa uma importante ferramenta para estimular a promoção e saúde através de um plano de cuidados individualizado.

Mostramos que o IVCF-20 pode ser aplicado na APS, o instrumento neste estudo foi aplicado por médico, mas de acordo com o autor poderia ter sido feito por outro profissional de nível superior, de nível médio (MORAES, 2016). É uma importante arma na organização do serviço e no atendimento integral do idoso.

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização dessa pesquisa em idosos acompanhados na UBSFL 30 trouxe para mim uma visão mais ampla do atendimento aos idosos pela APS e da necessidade de melhorar o atendimento aos mesmos.

Apesar de ter uma formação em gerontologia e uma experiência em atendimento em atenção básica à alguns anos, nos atendimentos os questionamentos eram pontuais e relacionados as queixas que os usuários traziam as consultas, porém muitos pontos importantes acabavam não sendo avaliados em consulta por que o paciente não relatava, algumas vezes pelo mito de achar que tal queixa é “coisa de velho”, por esquecimento do usuário, vergonha, mas que o profissional de saúde deve investigar, mas nos perdemos entre os atendimentos, pouco tempo, foco na doença e não no global e principalmente ao não levar em conta as particularidades do idoso.

A medicina tradicionalmente foca na doença e na pessoa, a Medicina de Família e Comunidade, vem com novos paradigmas e mudanças nesses conceitos, porém mesmo com essa visão diferenciada do modelo biomédico o desafio do profissional da APS é coloca-los em prática.

Na prática diária o tempo é reduzido e mesmo entendendo a necessidade de avaliar o idoso de forma global o instrumento utilizado a avaliação geriátrica ampla (AGA) é longa, leva de 60 a 90 minutos para a sua aplicação, necessita de um treinamento prévio para a sua realização, a sua utilização em todos os idosos torna-se impraticável pela APS. Um instrumento de triagem que permita uma avaliação multidimensional e que oriente quais são os usuários que necessitam de uma avaliação mais profunda colabora para o bom atendimento integral do idoso.

O envelhecimento populacional mundial é um processo sem volta, e os países em desenvolvimento como o Brasil, devido a melhorias nos indicadores de saúde, como o aumento da expectativa de vida ao nascer e quedas nos índices de fecundidade, também segue esse caminho. Porém temos que lidar ainda com problemas como o controle da mortalidade infantil, doenças infectoparasitárias, prevenção das doenças crônicas não transmissíveis e o controle das complicações o que torna o processo de adaptação a essa nova realidade muito complicado. (NOGUEIRA *et al.*, 2017; CHAIMONOWICZ, 1997).

Em um país com grandes desigualdades sociais e com um sistema de saúde que ainda apresenta graves problemas torna-se necessário adaptar-se a essa nova população para garantir qualidade de vida e permitir que os idosos mantenham a sua autonomia. (CHAIMONOWICZ, 1997). Veras (2009) nos alerta que o crescimento desse grupo etário, provoca mudanças no

contexto dos sistemas de saúde, pois esse grupo provoca um aumento na demanda dos serviços, internam com mais frequência e permanecem mais tempo nos leitos hospitalares quando comparados a um adulto jovem.

A APS como coordenadora do cuidado possui um importante papel nesse ciclo de vida e a possibilidade de oferecer um atendimento adequado ao idoso como também a orientação adequada aos seus familiares evitando assim a insuficiência familiar. Afinal algumas famílias querem cuidar sim dos seus idosos de forma correta, apenas não sabem como e com o auxílio das equipes podem se capacitar para esse cuidado.

Nesse preparo da APS instrumentos de qualidade, rápidos e efetivos auxiliam a avaliação do idoso e previnem o risco de fragilidade. Com uma avaliação adequada pode-se realizar um diagnóstico mais adequado, diminuir a polifarmácia evitando medicamentos inadequados ao idoso como também fomentando a utilização daqueles que são benéficos porém não estão em uso pelo mesmo, reduzir complicações e internações, recuperar a capacidade funcional ou evitar uma perda maior da mesma e planejar corretamente as ações na comunidade.

Nesta pesquisa utilizamos na comunidade escolhida o IVCF-20 como forma de avaliar o risco de vulnerabilidade de um grupo selecionado de idosos de 50 idosos entre homens e mulheres na UBSF L 30.

Apesar do pequeno número de usuários conseguimos uma amostra que está apresentou resultado compatível com os outros estudos que utilizamos no trabalho.

O IVCF-20 é um instrumento de triagem rápida, que aborda 8 dimensões da saúde, brasileiro e validado que permite avaliar o idoso e determinar o seu risco de vulnerabilidade. (MORAES, 2016)

A pesquisa encontrou que 48% dos idosos estão na faixa do baixo risco de vulnerabilidade, 36% nos de médio risco e 16% no alto risco.

Apesar dos resultados indicando que temos um grande número de usuários com baixo risco, temos um grande número somados na categoria do médio risco de vulnerabilidade e no alto risco, que necessitaria de intervenções para saírem desse grupo, em particular os de médio risco, como também para que os de alto risco sejam tratados de forma adequada.

Com a aplicação do instrumento alguns usuários que eram considerados idosos ativos e funcionais na avaliação visual e durante as consultas, com a aplicação do instrumento apresentaram avaliação de médio a alto risco de vulnerabilidade o que mostra a importância de um instrumento de triagem para ir além do que é observado na entrevista inicial.

O cuidado inicial desses usuários é com a realização da AMI para avaliar de forma ampla as queixas e posteriormente a decisão de encaminhar ou não para a atenção secundária. As

intervenções realizadas nos usuários que forem enviados a atenção secundária devem ir por escrito.

O tempo de aplicação do mesmo foi em média de 5 a 10 minutos, o que torna o mesmo com um uso compatível pela APS e como utiliza materiais comuns as unidades, mostrou-se ser um mecanismo possível para o uso rotineiro da equipe.

Neste estudo, a avaliação foi realizada por um profissional de nível superior, porém o autor do instrumento relata que a avaliação pode ser realizada por profissional de nível médio como ACS e Técnicos de Enfermagem o que permitiria uma avaliação de todos os idosos traçando um perfil mais preciso da UBS e auxiliando a organizar o serviço.

Após a apresentação desse trabalho junto a banca, o Ministério da Saúde, lançou a Nota Técnica para Organização da Rede de Atenção à Saúde com Foco na Atenção Primária à Saúde e na Atenção Ambulatorial Especializada, nele vem a orientação de o IVCF-20 ser utilizado como parte da avaliação multidimensional do idoso, o primeiro momento seria o cadastro do idoso na APS, captação do idoso ao serviço e a aplicação do IVCF-20 e após o mesmo a realização da avaliação clínica do idoso e avaliação sócio-familiar dos idosos com IVCF maior que 7. Na nota técnica a recomendação é de que o mesmo pode ser realizado por qualquer membro da equipe da Atenção Primária (enfermeiro, médico, técnico/auxiliar de saúde bucal, dentista, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, ACS, dentista entre outros) desde que devidamente treinados. Além disso que deve-se aproveitar qualquer oportunidade de contato com a equipe como as visitas domiciliares, vacinação, renovação de receitas para a realização da avaliação. ( Saúde da Pessoa Idosa, Nota Técnica, 2019- Ministério da Saúde).

Nesta pesquisa não obtivemos autorização junto a SEMSA para realizar a pesquisa com apoio dos ACS e reafirmamos a importância de que seja realizada dessa forma pra poder alcançar todo o quantitativo de idosos da equipe da APS e agora com o suporte da nota técnica.

Considerando os todos os benefícios da utilização de um mecanismo de triagem para a APS, sugiro o uso do IVCF-20 pelas unidades de saúde A utilização de um instrumento de triagem é uma forma de intervenção na qualidade de vida dos idosos atendidos pela APS.

## REFERÊNCIAS

ALVES, L.C; LEITE, I.C; MACHADO, C.J; Fatores associados à incapacidade funcional dos idosos no Brasil: análise multinível. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, vol. 44 n.3, jun, 2010.

BANDEIRA, B.C; Perfil dos idosos com depressão em comunidade do município de Fortaleza. **Rev. Bras. Med Fam**, Rio de Janeiro, v.4, no 15, out/dez 2008.

BARBOSA, B. R. et al . Avaliação da capacidade funcional dos idosos e fatores associados à incapacidade. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 8, p. 3317-3325, Aug. 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-Acesso em: 09 de junho de 2018](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-Acesso em: 09 de junho de 2018)>

BONARDI, G.; SOUZA ,V.B.; MORAES, J.F. Incapacidade funcional e idosos: um desafio para os profissionais de saúde. **Sci Med**, v. 17, n.3, p. 138-139, 2007.

BORDIN, D.; CABRAL, L.P.A; FADEL,C.B; SANTOS, C.B; GRDEN, C.R.B; Fatores associados à internação hospitalar de idosos: estudo de base nacional. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 452-460, 2018.

BORGES,A. M; SANTOS, G; KUMMER, J.A; FIAR, L; MOLIN, V.; WIBELINGER, LM; Autopercepção de saúde em idosos residentes em um município do interior do Rio Grande do Sul. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, 2014; 17(1): 79-86.

BRASIL 2050 [recurso eletrônico]: **Desafios de uma nação que envelhece** / Câmara dos Deputados, Centro de Estudos e Debates Estratégicos, Consultoria Legislativa; relator Cristiane Brasil; consultores legislativos Alexandre Cândido de Souza (coord.), Alberto Pinheiro ... [et al.]. – Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2017. – (Série estudos estratégicos; n. 8 PDF)

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Ministério da Saúde, Secretária de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2009. (Estudos e Pesquisas: Informação Demográfica e Socioeconômica, 25.

BRASIL. IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Informações Completas, Amazonas, Maués**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2016. Disponível em: <http://cod.ibge.gov.br/QJ3>. acesso em: 09 de junho de 2019

BRASIL. IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Síntese dos indicadores sociais 2010**. Rio de Janeiro: IBGE; 2010a. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0405>. acesso em: 09 de junho de 2019

BRASIL. IBGE. CENSO DEMOGRÁFICO, 2010, Disponível em: [https://censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice/frm\\_piramide.php?codigo=130260&corho mem=3d4590&cormulher=9cdbfc](https://censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice/frm_piramide.php?codigo=130260&corho mem=3d4590&cormulher=9cdbfc) acesso em: 09 de junho de 2019

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS - Datasus. Informações de saúde. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0405>. acesso em 25 de agosto de 2018

BRASIL, Sociedade Beneficente Israelita Albert Einstein, **Nota Técnica para Organização da Rede de Atenção à Saúde com Foco na Atenção Primária à Saúde e na Atenção Ambulatorial Especializada – Saúde da Pessoa Idosa**/ Ministério da Saúde, 2019

BRASÍLIA: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. Envelhecimento ativo: uma política de saúde / World Health Organization

BRITO, M. da C.C, Freitas, C.A.S.L., Mesquita, K.O. de e Lima (2013, junho). Envelhecimento populacional e os desafios para a saúde pública: análise da produção científica. **Revista Kairós Gerontologia**, 16 (3), pp. 161-178 3

CALDAS, C. P. et al. Rastreamento do risco de perda funcional: uma estratégia fundamental para a organização da Rede de Atenção ao Idoso. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 12, p. 3495-3506, Dec. 2013 . Disponível em :<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-8123201300100006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-8123201300100006&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 21 abr 2016.

CAMARANO, A.A. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro (RJ): **Guanabara**. (Cap.6), 58-71, 2002.

CARNEIRO, D.N., MEIRA, A.B; Déficit cognitivo, mobilidade e atividades da vida diária entre idosos; *Rev. APS*. 2016 abr/jun, 19(2): 2003-209.

CASTRO-COSTA E., AGUIAR CCT.; BLAY SL.; A diferenciação entre os quadros depressivos com comprometimento cognitivo e demência nos idosos, *Rer. Debates em psiquiatria*, Jul/Ago 2011.

CHAIMOWICZ, F A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. **Rev. Saúde Pública**, v. 31, n.2, p.184-200, 1997.

CORDEIRO, J. J. R. Cardiologia. In: CAVALCANTI, A.; GALVÃO, C. **Terapia Ocupacional: fundamentação & prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. p. 502-507.

DUARTE, G. P.; UCHÔA-FIGUEIREDO, L. R. A vida cotidiana e a qualidade de vida de pacientes atendidos na atenção primária de saúde. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, São Carlos, v. 18, n. 1, p. 19- 33, 2010.

BRASIL.Ministério da Saúde. Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS: Proposta de modelo de atenção integral. XXX Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. 2014, 46 p.Disponível em: [https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_cuidado\\_pessoa\\_idosa\\_sus.pdf](https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_cuidado_pessoa_idosa_sus.pdf). Acessado em: 02/10/2019.

FALLER, J.W; PERREIRA, D.N; SOUZA, S.; NAMPO, F.K; ORLANDI, F.S.; MATUMOTO, S; Instruments for the detection of frailty syndrome in older adults: A systematic review. **PLoS ONE**, v.14, n. 4, e0216166, 2019. Disponível em:

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0216166>. Acessado em: 01/12/2019

FARINASSO, A.L.C.; MARQUES, S., RODRIGUES, R.A.P.; HÁS, V.J. Capacidade funcional e morbidades referidas de idosos em uma área de abrangência do PSF. **Rev Gaúcha Enferm.** Porto Alegre (RS), v. 27, n.1, p. 45-52, mar, 2006.

FHON, J. R. S.; et al. Síndrome de fragilidade relacionada à incapacidade funcional no idoso. **Acta paul.enferm**, São Paulo, v.25, n.4, p. 589-594, 2012.

FRIED, L.P.; TANGEN, C.M.; WALSTON, J.; NEWMAN, A.B.; HIRSCH, C.; GOTTDIENER, J. et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. **J Gerontol A Biol Sci Med Sci**, v. 56, n. 3, M146-56, 2001.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. **Atenção primária à saúde: seletiva ou coordenadora de cuidados?** Rio de Janeiro (RJ): Cebes; 2012

GOMES, M., C., P., A. **Os idosos no serviço de atenção primária à saúde: contribuições para a gestão de uma unidade no SUS.** Tese (doutorado em Administração) – Universidade do Grande Rio “Prof. José de Souza Herdy”, Escola de Ciências Sociais e Aplicadas, Rio de Janeiro. 2017

Instituto de Estudos de Saúde Suplementar. **Envelhecimento populacional e os desafios para o sistema de saúde brasileiro** [recurso eletrônico] Instituto de Estudos de Saúde Suplementar – São Paulo: IESS [org], 2013

KESSLER, M.; FACCHINI, .L.A; SOARES, M.U; NUNES, B.P; FRANÇA,S.M.; THUME, E; Prevalência da incontinência urinária em idosos em relação com indicadores de saúde física e mental. **Rev. bras. geriatr. gerontol.** Rio de Janeiro, vol.21, n.4, jul./ago, 2018 .

LITVAK,J. El envejecimiento de la población: um desafío que vá más allá del año 2000. **Bol.Oficina Sanit. Panam.,** .v. 109, n.1, p.1-5, 1990.

LUIZ, L.C; REBELATTO,J.R, COIMBRA, A. M.V; RICCI, N.A; Associação entre déficit visual e aspectos clínico funcionais em idosos da comunidade. **Rev. Bras. Fisioter.,** v. 13, n. 5, p. 444-450, 2009.

MACHADO, J.C; RIBEIRO, R.C.L; COTTA, R.M.M; LEAL, P.F.G; Declínio cognitivo de idosos e sua associação com fatores epidemiológicos em Viçosa, Minas Gerais. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.,** Rio de Janeiro, 2011; 14(1): 109-112

MEDEIROS, K. K. A. S.; COURA, A. S.; FERREIRA, R. T. O aumento do contingente populacional de idosos no Brasil e a atenção primária à saúde: uma revisão de literatura. **Arq. Cienc. Saúde UNIPAR,** Umuarama, v. 21, n. 3, p, 201-207, set./dez. 2017.

MELLO, A.C; ENGSTROM, EM; ALVES, L C; Fatores sociodemográficos e de saúde associados à fragilidade em idosos: uma revisão sistemática de literatura. **Cad. Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 30, n.6, p. 1-25, jun, 2014.

MIRANDA,GM; MENDES, AG; SILVA, AL. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios sociais atuais e futuros. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.,** Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 507-519, 2016.



MORAES, E.M. **Atenção à Saúde do Idoso: Aspectos conceituais**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012.

MORAES, E.N.; CARMO, J.A.; MORAES, F.L.; AZEVEDO, R.S.; MACHADO, C.J.; MONTILLA, D.E. Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional – 20 (IVCF-20): Reconhecimento rápido do idoso frágil. **Revista de Saúde Pública**, v. 50, p.1-10,dec, 2016.

Paraná. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Atenção à Saúde. **Avaliação Multidimensional do Idoso**. 5º ed. Belo Horizonte: Folium, 2016. 248p.

NASCIMENTO, J.S.; TAVARES,D.M.S. Prevalência e fatores associados a quedas em idosos, **Texto Contexto Enferm**,v. 25, n. 2, e0360015, 2016.

NOGUEIRA, E.L.; RUBIN, L.L.; GIACOBBO, S.S.; GOMES-NETO, A.C.N.; Rastreamento de sintomas depressivos em idosos na Estratégia Saúde da Família, Porto Alegre. **Rev. Saude Pública**, v. 48, n. 3, p. 368-377, 2014

NUNES, D.P.; DUARTE,Y.A;SANTOS, J.L; LEBRÃO,M.L. Rastreamento da Fragilidade em idosos por meio de instrumento autorreferido. **Revista de Saúde Pública**, v. 49, n. 2, 2015.

OLIVEIRA, E. B. Avaliação da qualidade do cuidado a idosos nos serviços da rede pública de atenção primária à saúde de Porto Alegre, Brasil. **Rev. bras. med. fam. comunidade**. v. 8, n. 29, p. 264- 273, 2013.

Organização Mundial da Saúde. **Resumo. Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde**, 30 p., 2015. Disponível em: [www.who.int](http://www.who.int). Acesso em: 15 de novembro de 2018.

PAIVA, K.M.; CESAR, C.L.G.; ALVES, M.C.G.P.; BARROS, M.B.A.; CARANDINA, L.; G. M.; Envelhecimento e deficiência auditiva referida: um estudo de base populacional; **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v .27, n.7, p.1292 -1300, jul, 2011.

PARANÁ. **Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Atenção à Saúde. Linha guia da saúde do idoso**. – 1 ed. - Curitiba: SESA, 2017.

PEREIRA, K .G.; PERES, M.A.; LOP, D.; BOING,A.C.; BOING, A.F.; AZIZ, M.; D’ORSI, E.; Polifarmácia em idosos: um estudo de base populacional. **Rev. Bras. Epidemiol**. V. 20,n. 2, p.335-344, Abr-Jun, 2017.

PINTO, A.H; LANGE,C; PASTORE, C.A; LLANO, P.M; CASTRO, D.P; SANTOS, F. Capacidade funcional para atividades da vida diária de idosos da Estratégia de Saúde da família da zona rural; **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, 2016

QUINTÃO, M.G.; OLIVEIRA, S.A.S.; GUEDES, H.M.; Incontinência fecal: perfil dos idosos residentes na cidade de Rio Piracicaba, MG, **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v. 13,n. 2, p. 191-201, Rio de Janeiro, 2010.

REIS, R.B.; COLOGNA, A.J.; MARTINS A.C.P.; TUCCI J.R.S.; SAUID H.J. Incontinência urinária no idoso. **Acta Cir Bras**, (serial online) v. 18, suppl 5, 2003. Disponível em [www.scielo.br/acb](http://www.scielo.br/acb). Acessado em: 19 de abril de 2019

RIBEIRO, E. E.; et al.. Projeto Idoso da Floresta : indicadores de saúde dos idosos inseridos na Estratégia de Saúde da Família (ESF-SUS ) de Manaus-AM, **Rev. Bras. Geriatr**.

**Gerontol.**, v. 8, n. 1, p. 307–326, 2008.

SEIFFERT, M.A. et al. Perspectiva de cuidado para usuários com hipertensão arterial em uma unidade de saúde da família. **Revista Fundamentos Cuidado Online**, v. 6, n. 1, p. 141-152, jan./mar. 2014.

SOUZA, T.R.; VIEIRA, M.A.; COSTA, F.M.; LIMA, C.A.; Fatores associados à frequência de polipatologia entre idosos atendidos em um centro de referência de Montes Claros – Minas Gerais. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v. 19, n. 4, p. 661-669, Rio de Janeiro, 2016.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Ministério da Saúde; 2002. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_primaria\\_p1.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf)> Acesso em: 13 Out 2018.

TANAKA, O. Y.; MELO, C. Uma proposta de abordagem transdisciplinar para avaliação em saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu**, v. 4, n. 7, p. 113-118, 2000.

UFRGS; Resumo Clínico – Demência, RegulaSUS, disponível na página [www.telessauders.ufrgs.br](http://www.telessauders.ufrgs.br)

UNA-SUS/UFMA. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa: acompanhamento longitudinal do idoso**. São Luis 2014

VERAS, R. A urgente e imperiosa modificação no cuidado à saúde da pessoa idosa. **Ver. Bras Geriatr Gerontol**, v.18, n. 3, p. 473- 474, 2015.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev Saúde Pública**, v. 43, n. 3, p. 548–554, 2009.

VERAS, R.P. Gerenciamento de doença crônica: equívoco para o grupo etário dos idosos. **Rev. Saúde Pública**, v.46, n. 6, p. 929-934, 2012.

VERAS, R. Garantir a saúde e o bem-estar dos idosos: desafios de hoje e amanhã. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, 2015; 18(3):473-474

VERAS, R. Prevenção de doenças em idosos: os equívocos dos atuais modelos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.28, n. 10, p. 1834-1840, out, 2012.

WONG, L. L. R.; CARVALHO, J. A. O rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil: sérios desafios para as políticas públicas. **Rev Bras Estud Popul**, v. 23, n. 1, p. 5-26, 2006.

## ANEXO A - Anuência Secretaria Municipal de Saúde



SEMSA

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DE MANAUS  
Av. Professor Nilton Lins, 3259, Bloco D – Parque  
das Laranjeiras  
Manaus/AM – CEP: 69.058-030  
www.manaus.am.gov.br

AUTORIZAÇÃO Nº 017 /2019 – ESAP/SEMSA

Manaus, 08 de abril de 2019.

### TERMO DE AUTORIZAÇÃO E COMPROMISSO DO PESQUISADOR

Declaramos para os devidos fins que a Escola de Saúde Pública de Manaus - ESAP autoriza a realização no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde – SEMSA da seguinte pesquisa:

<b>Título:</b>	AVALIAÇÃO DO ÍNDICE DE VULNERABILIDADE CLÍNICO-FUNCIONAL DOS IDOSOS DA UBSF L30 DE MANAUS-AM		
<b>Pesquisador Responsável:</b>	Ana Beatriz de Freitas Werneck Lima		
<b>Professor Orientador:</b>	Eduardo J.S. Honorato	<b>Instituição:</b>	Universidade do Estado do Amazonas - UEA
<b>Período de Realização:</b>	10/04/2019 a 30/04/2019	<b>Local da pesquisa:</b>	UBSF L30
<b>Nº do Parecer:</b>	3.232.189	<b>Comitê de Ética em Pesquisa:</b>	Universidade do Estado do Amazonas - UEA

**Atores Envolvidos:** 50 usuários de ambos os sexos cadastrados na unidade acima de 60 anos.

O Pesquisador se compromete:

1. Assegurar que os resultados obtidos serão tratados conforme prevê a Resolução CNS nº 466/2012 e suas complementares;
2. Garantir a não interferência no processo de trabalho do local de abrangência da pesquisa;
3. Desenvolver a pesquisa sem ônus para esta Secretaria, ou seja, é vedada a utilização de recursos humanos, material de expediente e outros;
4. Apresentar cópia deste documento ao gestor do local de abrangência da pesquisa;
5. Apresentar os resultados a esta Secretaria, sob pena de inviabilizar a execução de novas pesquisas.

Salientamos que esta autorização defendida pelo Núcleo de Saúde do Idoso é voluntária, podendo a qualquer momento serem solicitados esclarecimentos sobre a pesquisa que está sendo desenvolvida ou até mesmo ser revogada.

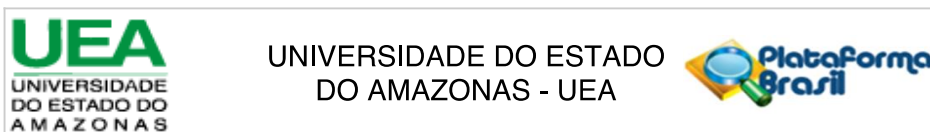
Arlete Lima Simões  
Chefe do Núcleo de Pesquisa, Extensão e Inovação  
NUPE/ESAP/SEMSA

Ana Beatriz de Freitas Werneck Lima  
Pesquisador(a) Responsável

08557910711  
CPF

Manaus 8/4/19  
Local / Data

## ANEXO B - Aprovação Comitê de Ética em Pesquisa



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Avaliação do índice de vulnerabilidade clínico funcional dos idosos da UBSFL 30 em Manaus

**Pesquisador:** ANA BEATRIZ DE FREITAS WERNECK

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 08161019.9.0000.5016

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.232.189

#### Apresentação do Projeto:

Versão 2

O trabalho pretende aplicar em uma amostra dos idosos da UBSFL- 30 o instrumento de pesquisa IVCF-30. A aplicação será feita pelo médico que atuará como pesquisador das condições de saúde dessa população. Aplicação de instrumento de pesquisa já validado, o Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional 20 (IVCF 20) em 50 adultos acima de 60 anos de ambos os sexos pelo pesquisador, os adultos serão escolhidos de forma aleatória entre os usuários cadastrados na unidade e com isso entender as características dos idosos do local e a aplicabilidade do instrumento como mecanismo de triagem pela APS.

#### Objetivo da Pesquisa:

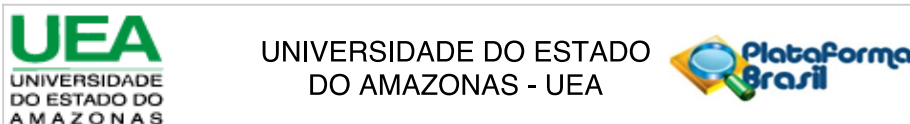
Objetivo Primário:

Investigar índice de vulnerabilidade clínico-funcional dos idosos da UBSFL 30 de Manaus-AM.

Objetivo Secundário:

Propor estratégias de intervenção a população pesquisada de acordo com a política nacional da saúde do

**Endereço:** Av. Carvalho Leal, 1777  
**Bairro:** chapada **CEP:** 69.050-030  
**UF:** AM **Município:** MANAUS  
**Telefone:** (92)3878-4368 **Fax:** (92)3878-4368 **E-mail:** cep.uea@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.232.189

idoso, voltadas a promoção de saúde;\*

Avaliar a aplicabilidade do instrumento pela APS.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos:

O estudo é por meio da aplicação de questionário que possui riscos mínimos ao usuário. Os riscos principais possuem relação com a

confidencialidade, porém os formulários não serão identificados nominalmente para evitar a divulgação de dados; risco de durante a avaliação o

constrangimento de responder ao questionário e para isso será realizado em ambiente que forneça privacidade ao investigado; risco de tontura e

quedas durante a avaliação onde o mesmo será atendido pelo investigador na condição de médico.

Benefícios:

Encontrar método de triagem de fácil aplicação pela APS que permita organizar o serviço e traçar um plano de cuidados individuais do participante.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de pesquisa de metodologia simples e baseada na aplicação e interpretação de dados de instrumento validade de obtenção de dados, estando adequado para sua realização.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Folha de rosto assinada pelo diretor da unidade

Termo de anuência adequado assinado pela representante oficial da SEMSA.

O cronograma detalhado está adequado somente no versão completa do projeto.

O orçamento apresentado discrimina o valor de custeio de 200R\$ de recursos próprios do pesquisador.

TCLE - Adequado atendeu as solicitações do parecer da versão 1

Critérios de inclusão e exclusão: Critério de Inclusão:

Idosos maiores de 60 anos de ambos os sexos cadastrados na unidade.

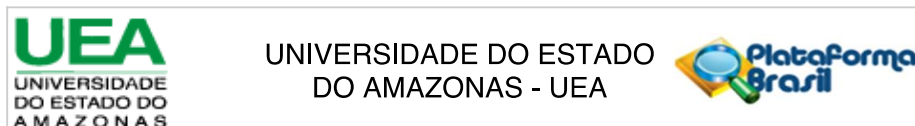
Critério de Exclusão:

Idosos que possuam alterações que afetem a cognição como doença de Alzheimer e outros quadros demenciais; pacientes em sofrimento mental

severo; pacientes acamados; pacientes que tenham transtornos locomoção que impossibilite a caminhar ou a ficar na posição em pé; pacientes com

déficit auditivo severo; casos de cegueira. Assim foi atendido as solicitações da versão 1 quanto

**Endereço:** Av. Carvalho Leal, 1777  
**Bairro:** chapada **CEP:** 69.050-030  
**UF:** AM **Município:** MANAUS  
**Telefone:** (92)3878-4368 **Fax:** (92)3878-4368 **E-mail:** cep.uea@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.232.189

aos critérios de exclusão .

**Recomendações:**

Sem recomendações.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Os autores atenderam a todas as solicitações listadas nas pendências identificadas do parecer da versão 1 do projeto. Assim o projeto atende às normas éticas vigentes.

Sendo assim sou pela aprovação do projeto.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1288449.pdf	15/03/2019 12:24:37		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	15/03/2019 12:19:42	ANA BEATRIZ DE FREITAS WERNECK	Aceito
Outros	anuencia.pdf	15/02/2019 08:38:01	ANA BEATRIZ DE FREITAS WERNECK	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Brochura.doc	11/02/2019 23:34:47	ANA BEATRIZ DE FREITAS WERNECK	Aceito
Folha de Rosto	rosto.pdf	11/02/2019 23:04:04	ANA BEATRIZ DE FREITAS WERNECK	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

MANAUS, 29 de Março de 2019

Assinado por:  
Manoel Luiz Neto  
(Coordenador(a))

<b>Endereço:</b> Av. Carvalho Leal, 1777	<b>CEP:</b> 69.050-030
<b>Bairro:</b> chapada	
<b>UF:</b> AM	<b>Município:</b> MANAUS
<b>Telefone:</b> (92)3878-4368	<b>Fax:</b> (92)3878-4368
	<b>E-mail:</b> cep.uea@gmail.com

## ANEXO C – IVCF-20

## IVCF-20 (versão do profissional de saúde)

ÍNDICE DE VULNERABILIDADE CLÍNICO-FUNCIONAL-20			Pontuação
www.ivcf-20.com.br			
Responda às perguntas abaixo com a ajuda de familiares ou acompanhantes. Marque a opção mais apropriada para a sua condição de saúde atual. Todas as respostas devem ser confirmadas por alguém que conviva com você. Nos idosos incapazes de responder, utilizar as respostas do cuidador.			
<b>IDADE</b>	<b>1. Qual é a sua idade?</b>	( ) 60 a 74 anos <sup>0</sup> ( ) 75 a 84 anos <sup>1</sup> ( ) ≥ 85 anos <sup>3</sup>	
<b>AUTO-PERCEPÇÃO DA SAÚDE</b>	<b>2. Em geral, comparando com outras pessoas de sua idade, você diria que sua saúde é:</b>	( ) Excelente, muito boa ou boa <sup>0</sup> ( ) Regular ou ruim <sup>1</sup>	
<b>ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA</b>	<b>AVD Instrumental</b> <small>Respostas positivas valem 4 pontos cada. Todavia, a pontuação máxima do item é de 4 pontos, mesmo que o idoso tenha respondido sim para todas as questões 3, 4 e 5.</small>	<b>3. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de fazer compras?</b> ( ) Sim <sup>4</sup> ( ) Não ou não faz compras por outros motivos que não a saúde	Máximo 4 pts
		<b>4. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de controlar seu dinheiro, gastos ou pagar as contas de sua casa?</b> ( ) Sim <sup>4</sup> ( ) Não ou não controla o dinheiro por outros motivos que não a saúde	
		<b>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?</b> ( ) Sim <sup>4</sup> ( ) Não ou não faz mais pequenos trabalhos domésticos por outros motivos que não a saúde	
	<b>AVD Básica</b>	<b>6. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de tomar banho sozinho?</b> ( ) Sim <sup>6</sup> ( ) Não	
<b>COGNIÇÃO</b>	<b>7. Algum familiar ou amigo falou que você está ficando esquecido?</b> ( ) Sim <sup>1</sup> ( ) Não		
	<b>8. Este esquecimento está piorando nos últimos meses?</b> ( ) Sim <sup>1</sup> ( ) Não		
	<b>9. Este esquecimento está impedindo a realização de alguma atividade do cotidiano?</b> ( ) Sim <sup>2</sup> ( ) Não		
<b>HUMOR</b>	<b>10. No último mês, você ficou com desânimo, tristeza ou desesperança?</b> ( ) Sim <sup>2</sup> ( ) Não		
	<b>11. No último mês, você perdeu o interesse ou prazer em atividades anteriormente prazerosas?</b> ( ) Sim <sup>2</sup> ( ) Não		
<b>MOBILIDADE</b>	<b>Alcance, preensão e pinça</b>	<b>12. Você é incapaz de elevar os braços acima do nível do ombro?</b> ( ) Sim <sup>1</sup> ( ) Não	Máximo 2 pts
		<b>13. Você é incapaz de manusear ou segurar pequenos objetos?</b> ( ) Sim <sup>1</sup> ( ) Não	
	<b>Capacidade aeróbica e /ou muscular</b>	<b>14. Você tem alguma das quatro condições abaixo relacionadas?</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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 ( ) ;</li> <li>• Índice de Massa Corporal (IMC) menor que 22 kg/m<sup>2</sup> ( ) ;</li> <li>• Circunferência da panturrilha a &lt; 31 cm ( ) ;</li> <li>• Tempo gasto no teste de velocidade da marcha (4m) &gt; 5 segundos ( ) .</li> </ul>	
	<b>Marcha</b>	<b>15. Você tem dificuldade para caminhar capaz de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano?</b> ( ) Sim <sup>2</sup> ( ) Não	
	<b>16. Você teve duas ou mais quedas no último ano?</b> ( ) Sim <sup>2</sup> ( ) Não		
	<b>Continência esfincteriana</b>	<b>17. Você perde urina ou fezes, sem querer, em algum momento?</b> ( ) Sim <sup>2</sup> ( ) Não	
<b>COMUNICAÇÃO</b>	<b>Visão</b>	<b>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.</b> ( ) Sim <sup>2</sup> ( ) Não	
	<b>Audição</b>	<b>19. Você tem problemas de audição capazes de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? É permitido o uso de aparelhos de audição.</b> ( ) Sim <sup>2</sup> ( ) Não	
<b>COMORBIDADES MÚLTIPLAS</b>	<b>Polipatologia</b>	<b>20. Você tem alguma das três condições abaixo relacionadas?</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cinco ou mais doenças crônicas ( ) ;</li> <li>• Uso regular de cinco ou mais medicamentos diferentes, todo dia ( ) ;</li> <li>• Internação recente, nos últimos 6 meses ( ) .</li> </ul>	Máximo 4 pts
	<b>Polifarmácia</b>		
	<b>Internação recente (&lt;6 meses)</b> ( ) Sim <sup>4</sup> ( ) Não		
PONTUAÇÃO FINAL (40 pontos)			