



Joana Trengrouse Laignier de Souza

**Prevalência de vulnerabilidade clínico-funcional entre idosos em unidade básica de saúde**

Santo Antônio de Jesus, Bahia  
2021



Joana Trengrouse Laignier de Souza

**Prevalência de vulnerabilidade clínico-funcional entre idosos em unidade básica de saúde**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família – PROFSAÚDE, vinculado ao Polo da Universidade Federal do Recôncavo Baiano, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Orientadora: Profa. Dra. Dóris Firmino Rabelo.  
Linha de Pesquisa: Atenção Integral aos ciclos de vida e grupos vulneráveis

Santo Antônio de Jesus, Bahia  
2021

Joana Trengrouse Laignier de Souza

**Prevalência de vulnerabilidade clínico-funcional entre idosos em unidade básica de saúde**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família – PROFSAÚDE, vinculado ao Polo da Universidade Federal do Recôncavo Baiano, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Aprovada em: 09 de junho de 2021

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Simone Seixas da Cruz

Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

Profa. Dra. Vivian Franciele França

Universidade Federal da Bahia

Profa. Dra. Dóris Firmino Rabelo

Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (Orientadora)

Santo Antônio de Jesus, Bahia

2021

Prevalence of clinical-functional vulnerability among elderly people in a basic health unit

S729p Souza, Joana Trengrouse Laignier de.  
Prevalência de vulnerabilidade clínico-funcional entre idosos em unidade básica de saúde / Joana Trengrouse Laignier de Souza. – Santo Antônio de Jesus, Ba, 2021.

72 f.:il.

Orientadora: Profa. Dra. Dóris Firmino Rabelo

Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família – PROFSAUDE, Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Centro de Ciências da Saúde, 2021.

1. Atenção primária à saúde. 2. Idoso. 3. Serviços de saúde. I. Rabelo, Dóris Firmino. II. Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Centro de Ciências da Saúde. III. Título.

CDD 613.0438

Ficha catalográfica elaborada por:  
Magali Alves Albuquerque  
CRB-5/1438

## AGRADECIMENTOS

Agradeço inicialmente a Deus, redator de todos caminhos percorridos e amparo constante nos momentos de dificuldade.

Aos meus pais, Arnoldo e Patricia, inspiração e incentivo diários.

Especialmente meu pai, que enfrentou bravamente a luta contra a COVID-19 e encontrou descanso na morada celestial poucos meses antes da conclusão deste trabalho.

Ao meu esposo Thiago e aos meus filhos Alice e Arthur, pela paciência e carinho com que aceitaram minha ausência. Aos meus irmãos Pedro, Breno e Paula, que são força e companhia.

Aos meus amigos e alunos da Liga de Geriatria e Gerontologia do Sudoeste Baiano, mãos e braços que muito contribuíram para esse trabalho.

Aos profissionais da Unidade de Saúde da Família Urbis V.

À Diretoria da Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória da Conquista e Aline Benevides, quem iniciou comigo esse projeto.

A Danúsia, pela amizade e disponibilidade.

Por fim e com grande afeto, agradeço à minha orientadora Dóris Firmino Rabelo, por ter aceitado o desafio, ter contribuído com tanto conhecimento e me acolhido nos obstáculos e perdas durante a trajetória do mestrado.

## RESUMO

**Introdução:** O reconhecimento de indivíduos idosos com fragilidade é um assunto que precisa ser cada vez mais debatido nos serviços de atenção primária à saúde. A síndrome da fragilidade é uma condição multifatorial que resulta em vulnerabilidade clínica e predisposição a perda de funcionalidade, além de aumento de mortalidade. **Objetivos:** O presente estudo tem como objetivo verificar a prevalência de vulnerabilidade clínico-funcional (fragilidade) e fatores associados entre os idosos do território de Unidade Básica de Saúde (UBS) de Vitória da Conquista – Bahia. Com base nos resultados obtidos, propor um fluxograma de atendimento aos idosos na rede municipal de atenção à saúde tendo a UBS como porta de entrada. **Método:** Trata-se de um estudo observacional de corte transversal, de abordagem quantitativa, com base em dados obtidos através da aplicação de ficha própria contendo o Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional (IVCF-20) e dados sociodemográficos em usuários (as) idosos (as) de UBS. O cálculo da amostra foi realizado considerando o número de idosos cadastrados na unidade, nível de confiança de 99% e erro amostral de 5%, acrescido de 7% estimando eventuais perdas. Com isso, foram avaliados 354 idosos (as) selecionados de maneira aleatória pela equipe da unidade. Os dados foram processados e analisados utilizando-se ferramentas estatísticas com análises descritivas, bivariada e múltipla. **Resultados:** Os (as) idosos (as) avaliados (as) tinham idade média de 72,4 anos (DP 8,35), em sua maioria mulheres (61,9%), autodeclarados (as) negros (as), com baixa escolaridade e residindo apenas com o cônjuge. Quanto à fragilidade, observou-se uma prevalência de Alta Vulnerabilidade Clínico-Funcional (AVCF) ou fragilidade em 15,8% dos idosos, Moderada Vulnerabilidade Clínico-Funcional (MVCF) ou pré-frágeis em 32,2% e foram considerados com Baixa Vulnerabilidade Clínico-Funcional (BVCF) ou robustos 52%. Houve associação estatisticamente relevante entre fragilidade e dependência para atividades diárias, tanto básicas quanto instrumentais, além de alterações na mobilidade em idosos acima de 80 anos. Além disso, observamos associação importante entre fragilidade e comorbidades múltiplas (polipatologia, polifarmácia e internação recente). Com base em nossos resultados, sugerimos a adoção de um fluxograma de atendimento ao (a) idoso (a), partindo-se da estratificação do (a) idoso (a) pela aplicação do IVCF-20. **Discussão:** O uso do fluxograma é de grande relevância visto que, ao se realizar o rastreamento precoce da fragilidade em indivíduos e a sua associação com as dimensões da funcionalidade, são consideradas como ações fundamentais para se propor intervenções de cuidados que tenham a capacidade de garantir a autonomia e ainda, manter o grau de independência dos idosos. Espera-se ter a possibilidade de estimular outras equipes de Unidades Básicas de Saúde (UBS) locais a realizar o rastreamento em seus idosos e aplicar o fluxograma elaborado no estudo, para ampliar, assim o impacto positivo na qualidade de assistência à saúde da pessoa idosa no município e favorecer as políticas públicas voltadas para a população idosa.

**Palavras-chave:** Idoso. Fragilidade. Serviços de Saúde para Idosos. Fluxo de Trabalho. Atenção Primária à Saúde.

## ABSTRACT

**Introduction:** The recognition of frail elderly individuals is a subject that needs to be increasingly debated in primary health care services. Frailty syndrome is a multifactorial condition that results in clinical vulnerability and predisposition to loss of functionality, in addition to increased mortality. **Objectives:** This study aims to verify the prevalence of clinical-functional vulnerability (frailty) and associated factors among the elderly in the territory of the Basic Health Unit (UBS) of Vitória da Conquista – Bahia. Based on the results obtained, propose a flowchart of care for the elderly in the municipal health care network, with the UBS as a gateway. **Method:** This is an observational cross-sectional study, with a quantitative approach, based on data obtained through the application of a specific form containing the Clinical-Functional Vulnerability Index (IVCF-20) and sociodemographic data on elderly users (as) of UBS. The sample calculation was performed considering the number of elderly people registered in the unit, 99% confidence level and 5% sampling error, plus 7%, estimating possible losses. Thus, 354 elderly people selected at random by the unit's team were evaluated. Data were processed and analyzed using statistical tools with descriptive, bivariate and multiple analyses. **Results:** The elderly evaluated had a mean age of 72.4 years (SD 8.35), mostly women (61.9%), self-declared black, with low education and living only with their spouse. As for frailty, there was a prevalence of High Clinical-Functional Vulnerability (AVCF) or frailty in 15.8% of the elderly, Moderate Clinical-Functional Vulnerability (MVCF) or pre-frail in 32.2% and were considered as Low Clinical-Functional Vulnerability (BVCF) or robust 52%. There was a statistically relevant association between frailty and dependence for daily activities, both basic and instrumental, in addition to changes in mobility in the elderly over 80 years of age. In addition, we observed an important association between frailty and multiple comorbidities (polypathology, polypharmacy and recent hospitalization). Based on our results, we suggest the adoption of a flowchart of care for the elderly, starting from the stratification of the elderly by applying the IVCF-20. **Discussion:** The use of the flowchart is of great relevance since, when carrying out the early screening of frailty in individuals and its association with the dimensions of functionality, they are considered fundamental actions to propose care interventions that have the ability to guarantee autonomy and also maintain the degree of independence of the elderly. It is expected to be able to encourage other teams of local Basic Health Units (UBS) to carry out tracking of their elderly and apply the flowchart elaborated in the study, in order to expand the positive impact on the quality of health care for the elderly. in the municipality and favor public policies aimed at the elderly population.

**Keywords:** Elderly. Fragility. Elderly Health Services. Workflow. Primary Health Care.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Grandes síndromes geriátricas e dimensões de saúde associadas.....	25
Figura 2 -	Gráficos de dispersão das pontuações finais do IVCF-20 conforme a idade, segundo as faixas etárias.....	40
Figura 3 -	Fluxograma de atendimento da pessoa idosa nas UBS de Vitória da Conquista.....	51
Quadro 1 -	Classificação da Pontuação do IVCF-20.....	33
Quadro 2 -	Variáveis sociodemográficas selecionadas para o estudo .....	35
Quadro 3 -	Variáveis extraídas do IVCF-20 selecionadas para o estudo .....	35

## LISTAS DE TABELAS

Tabela 1 -	Estabelecimentos de Saúde segundo nível de Atenção no Município de Vitória da Conquista em dezembro de 2019.....	22
Tabela 2 -	Medidas de tendência central, distribuição de características em idosos da Unidade Básica de Saúde, Bahia, Brasil, 2020 (n=354).....	39
Tabela 3 -	Distribuição de características de idade, sexo, raça/cor, escolaridade e arranjo de moradia e suas medidas de associação com Fragilidade em idosos da UBS, Bahia, Brasil, 2020 (n=354).....	40
Tabela 4 -	Associação entre faixa etária os domínios do IVCF-20 em idosos da UBS, Bahia, Brasil, 2020 (n=354) .....	42
Tabela 5 -	Associação entre sexo e os domínios do IVCF-20 em idosos da UBS, Bahia, Brasil, 2020 (n=354).....	44
Tabela 6 -	Medidas de associação brutas e ajustadas entre fragilidade e a idade, o sexo, a raça/cor e a presença de polifarmácia, Vitória da Conquista, Bahia, Brasil, 2020 (n=354).....	45

## LISTA DE ABREVIATURAS

AB	Atenção Básica
ABVD	Atividades Básicas de Vida Diária
AIVD	Atividades Instrumentais de Vida Diária
AGA	Avaliação Geriátrica Ampla
APS	Atenção Primária à Saúde
ATI	Área Técnica do Idoso
AVC	Acidente Vascular Cerebral
AVCF	Alta Vulnerabilidade Clínico-Funcional
BA	Bahia
BVCF	Baixa Vulnerabilidade Clínico-Funcional
CRASI	Centros de Referência de Atenção à Saúde do idoso
DAB	Diretoria de Atenção Básica
DCNT	Doença Crônica Não-Transmissível
ELSI- Brasil	Estudo Longitudinal da Saúde dos Idosos Brasileiros
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FIBRA	Estudo da Fragilidade em Idosos Brasileiros
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ILC-BRASIL	Centro Internacional de Longevidade Brasil
IMS/UFBA	Instituto Multidisciplinar em Saúde da Universidade Federal da Bahia
IVCF-20	Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional
LIAGE	Liga de Geriatria e Gerontologia do Sudoeste Baiano
MFC	Médico de Família e Comunidade
MS	Ministério da Saúde
MVCF	Moderada Vulnerabilidade Clínico-Funcional
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NASPI	Núcleo de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa
NT	Nota Técnica
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PAMDIL	Programa de Atendimento Municipal Domiciliar ao Idoso com Limitação
PET-Saúde	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde

PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SESAB	Secretaria Estadual de Saúde da Bahia
SF	Síndrome da Fragilidade
SIM	Sistema de Informações sobre Mortalidade
SISAP-Idoso	Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas do Idoso
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>13</b>
<b>2</b>	<b>FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b>	<b>16</b>
2.1	SAÚDE DA PESSOA IDOSA.....	16
<b>2.1.1</b>	<b>Saúde da pessoa idosa no Brasil.....</b>	<b>16</b>
<b>2.1.2</b>	<b>Saúde da pessoa idosa na Bahia.....</b>	<b>20</b>
<b>2.1.3</b>	<b>Saúde da pessoa idosa em Vitória da Conquista.....</b>	<b>21</b>
2.2	AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DO IDOSO.....	23
2.3	FRAGILIDADE EM IDOSOS.....	27
<b>2.3.1</b>	<b>Instrumentos para reconhecimento da fragilidade.....</b>	<b>29</b>
<b>3</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>31</b>
3.1	GERAL.....	31
3.2	ESPECÍFICOS.....	31
<b>4</b>	<b>MÉTODO.....</b>	<b>32</b>
4.1	DELINEAMENTO.....	32
4.2	PROJETO-PILOTO PARA A ORGANIZAÇÃO DA RAS DA PESSOA IDOSA EM VITÓRIA DA CONQUISTA.....	32
4.3	AMOSTRA.....	34
4.4	VARIÁVEIS E MEDIDAS.....	35
4.5	COLETA DE DADOS E ASPECTOS ÉTICOS.....	36
4.6	PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DE DADOS.....	36
<b>5</b>	<b>RESULTADOS.....</b>	<b>38</b>
<b>6</b>	<b>DISCUSSÃO.....</b>	<b>46</b>
6.1	FRAGILIDADE E ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS.....	46
6.2	FRAGILIDADE E DIMENSÕES DE SAÚDE.....	47
6.3	PROPOSTA DE FLUXOGRAMA PARA ATENDIMENTO DE IDOSOS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM VITÓRIA DA CONQUISTA.....	50
<b>7</b>	<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>52</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>54</b>
	<b>APÊNDICE A - INSTRUMENTO VULNERABILIDADE CLÍNICO- FUNCIONAL – IVCF-20.....</b>	<b>61</b>
	<b>ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA.....</b>	<b>62</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A complexidade inerente ao envelhecimento humano impõe aos profissionais de saúde uma maior dificuldade nos processos de avaliação clínica, diagnósticos e terapêuticos. É importante compreender que o conceito de saúde na população idosa está intimamente relacionado ao conceito de funcionalidade, que perpassa a existência ou não de doenças crônicas, mas não se restringe a isso. A funcionalidade global da pessoa idosa é determinada pela capacidade do indivíduo desempenhar as atividades mínimas necessárias para a gestão da própria vida e o cuidado de si. Desta forma, reconhecer a pessoa idosa como um indivíduo saudável inclui o reconhecimento dos principais sistemas funcionais que influenciam na autonomia e independência desses indivíduos, podendo dessa forma reconhecer as dimensões de saúde que possam eventualmente tornar o(a) idoso(a) vulnerável (MORAES, 2012).

Diante destas informações, conceituar vulnerabilidade pode ser desafiador, uma vez que o termo é frequentemente utilizado em diversas áreas do conhecimento: biologia, ecologia, psiquiatria, direito, política. O termo é com objetivos diversos em cada uma das áreas, o que lhe confere significado bastante amplo. Pode ser aplicado na designação de pessoa ou grupo de pessoas que necessita de atenção especial ou proteção, ou ainda abarcar grupos que se encontram excluídos de determinada ação ou atividade (HERRING, 2016).

Assim, alguns autores abordam o termo “vulnerabilidade” como característica inerente à condição humana que se revela em maior ou menor proporção de acordo com as condições em que o indivíduo ou grupo se encontra em determinado tempo e espaço. É uma condição humana de interdependência, que nos coloca, em algum momento, dependentes do cuidado de outrem. Assim sendo, alguns grupos se encontram em condições mais propensas a sofrer danos, sejam físicos ou emocionais, por suas próprias características biopsicossociais. Nesses grupos estão: crianças, mulheres, pessoas com deficiências e pessoas idosas (HERRING, 2016; PARANHOS; ALBUQUERQUE; GARRAFA, 2017).

No âmbito dos cuidados à saúde, portanto, a vulnerabilidade é colocada sob o aspecto interrelacional, de dependência e confiança. O cuidado ofertado a pessoas vulneráveis deve se dar em bases de empatia, cooperação e simetria, de modo a encontrar maneiras de superar as limitações e equilibrar as desigualdades. No que diz respeito à pessoa idosa, acrescenta-se o fato do processo de envelhecimento ocorrer de maneira diferente para cada indivíduo, ainda que seja inerente a todos os seres humanos. O envelhecimento, quando acompanhado de déficits

físicos e mentais, traz importantes limitações aos(as) idosos(as) e dificulta a manutenção da independência, aumentando a suscetibilidade a depressão e isolamento (MILLER, 2010).

O comprometimento da capacidade funcional é, portanto, o principal marcador de vulnerabilidade no que diz respeito à saúde da pessoa idosa, pois coloca o indivíduo em situação de dependência de cuidados. O principal desafio no cuidado aos(as) idosos(as) reside no reconhecimento precoce daqueles em risco iminente de perda de funcionalidade. Reconhecer precocemente os(as) idosos(as) comunitários frágeis ou em risco de fragilização desponta como uma necessidade no âmbito da saúde pública, a fim de que se possa estabelecer estratégias específicas para a prevenção e reabilitação, evitando desfechos desfavoráveis.

Dados do Estudo Longitudinal da Saúde dos Idosos Brasileiros (ELSI-Brasil) demonstraram que as diferenças demográficas entre as regiões do país impactam na performance cognitiva da população idosa, demonstrando que os(as) idosos(as) do Nordeste apresentam piores desempenhos nos testes de memória, sendo os que apresentam baixa escolaridade e habitam em zona rural os mais afetados. O mesmo estudo demonstrou, em todas as regiões, um pior desempenho cognitivo relacionado ao aumento da idade e à baixa escolaridade.

O monitoramento da capacidade funcional e das condições multidimensionais de saúde da pessoa idosa constitui um indicador estratégico para a Atenção Primária à Saúde (APS), especialmente através da utilização de instrumentos avaliativos de fácil aplicação. Foi realizada revisão sistemática sobre os instrumentos para detecção da síndrome de fragilidade em idosos, tendo sido identificados 51 instrumentos, a maioria destes dando particular ênfase aos aspectos físicos da síndrome (CASTRO-COSTA *et al.*, 2018; FALLER *et al.*, 2019; PLACIDELI *et al.*, 2020).

Entretanto, os instrumentos desenvolvidos mais recentemente já incluem em suas variáveis de análise aspectos psicológicos e sociais que se mostraram importantes preditores de morbimortalidade. A importância clínica da síndrome de fragilidade já se encontra bastante difundida e consolidada, devendo-se então dar visibilidade às suas particularidades. Essa síndrome pode ser prevenida e é passível de reabilitação, o que coloca a Atenção Básica (AB) em posição estratégica para a utilização de instrumentos para o seu reconhecimento (FALLER *et al.*, 2019).

Dada a complexidade envolvida no reconhecimento de idosos vulneráveis, estratificar os idosos da comunidade segundo sua vulnerabilidade clínico-funcional pode ser um caminho para incluir a Saúde da Pessoa Idosa de maneira mais eficaz entre as ações programáticas da

APS. Seria útil para fins de avaliação de risco, identificando as pessoas idosas frágeis, facilitando a elaboração de planos de cuidados individualizados e ações programáticas coletivas e realizando a gestão da demanda programada a fim de priorizar os(as) idosos(as) que necessitam de atendimento diferenciado. Além de promover a melhora da qualidade do atendimento clínico do(a) idoso(a), uma vez que permite a identificação de alterações em múltiplos domínios, direcionando o profissional na investigação diagnóstica e no estabelecimento de medidas de promoção, prevenção, reabilitação e de cuidados paliativos (BRASIL, 2019).

Assim, considera-se fundamental instituir, no âmbito da Atenção Básica, programa de rastreamento de vulnerabilidade clínico-funcional na população idosa, a fim de reconhecer o perfil dos(as) idosos(as) no território, criar fluxograma de atendimento interno e externo, promover diálogo com as diferentes instâncias governamentais e a comunidade científica de maneira a viabilizar a criação de Centros de Referência de Atenção à Saúde do idoso (CRASI) nos municípios que possam oferecer apoio em maior nível de complexidade à AB.

Como hipóteses para o estudo desenvolvido acredita-se que quanto mais elevada a faixa etária dos indivíduos avaliados, maior será o índice de vulnerabilidade apresentado. E ainda, o fato de residirem sozinhos os tornam mais independentes e com maior nível de autonomia.

## **2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

### **2.1 SAÚDE DA PESSOA IDOSA**

Paralelo ao crescimento da população idosa, ocorre acréscimo no número de pessoas com doenças crônicas e dependência funcional que necessitam de cuidados prolongados. As mudanças no papel social da mulher, bem como as mudanças socioculturais e econômicas, já apontavam para um aumento no número de idosos(as) recebendo cuidados de não-familiares anos vindouros, com projeções que podem alcançar valores cinco vezes maiores até 2040. Estatísticas revelam um crescimento no número de familiares que se dedicavam a cuidados de indivíduos idosos, sendo esse número na ordem de 5,1 milhões no ano de 2019. Dentre as diferenças regionais, observa-se que esse número tem maior expressividade nos estados do Nordeste (BANCO MUNDIAL, 2011; IBGE, 2021).

Percebe-se, portanto, um cenário em que ocorre o aumento da necessidade de cuidados com a população idosa, bem como da utilização dos serviços de saúde. Os cuidados de longo prazo para pessoas idosas devem ser vistos como um investimento com impacto direto, uma vez que melhores serviços produzem melhores condições de saúde e bem-estar e maior participação social. O impacto indireto presumido com esses investimentos é alto, uma vez que oferecem dignidade de cuidados a pessoas com limitação funcional e manutenção da capacidade produtiva de cuidadores potenciais, isto é, pessoas que em outras condições teriam que interromper suas atividades laborais para fornecer cuidados a familiares, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2015).

#### **2.1.1 Saúde da pessoa idosa no Brasil**

O envelhecimento populacional vem se destacando como um dos principais aspectos discutidos pelos políticos, imprensa, comunidade científica, formadores de opinião, autoridades internacionais e nacionais, bem como na intimidade dos domicílios. O relatório divulgado pelo Banco Mundial em 2011 revelou uma realidade imperativa: o Brasil teria apenas dez anos para se preparar para os impactos do envelhecimento populacional. Dados mais recentes corroboram as projeções, ficando evidente a urgência de olharmos para a população idosa considerando suas necessidades. Nesse sentido, a Organização das Nações Unidas (ONU) declarou o período entre 2021-2030 como a Década do Envelhecimento Saudável, instituindo uma política mundial

de ações conjuntas visando a melhoria das condições de vida da população idosa, bem como de suas famílias e comunidade (BANCO MUNDIAL, 2011; OPAS, 2020).

Nos últimos anos, a população de idosos(as) no Brasil manteve sua tendência de crescimento, ultrapassando 30,2 milhões no Brasil no ano de 2017, o que representa um crescimento de 18% desde o ano de 2012. Segundo as estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), espera-se que em 2060, o percentual da população com idade acima de 65 anos chegue a 25,5%, o equivalente ao total de 58,2 milhões de idosos(as) (IBGE, 2018a).

Os grandes centros urbanos do Brasil apresentam distribuição demográfica semelhante à dos países desenvolvidos sem dispor, no entanto, de infraestrutura de serviços capaz de responder às demandas da população idosa residente. Estudos mostram números crescentes de ocupação de leitos hospitalares por idosos(as), cuja permanência média é bastante elevada. Mais da metade dos idosos(as) com internações por cuidados prolongados permaneceu no hospital por mais de seis meses (CAMARANO, 2010).

No ano de 2018, o número de internações hospitalares de pessoas idosas no Sistema Único de Saúde (SUS) foi de 3.133.587, representando 25,8% de todas as internações. O custo estimado com essas internações foi superior a 14 bilhões de reais, o que representa cerca de 48,5% de todos os recursos gastos no SUS. Observou-se que 26,3% das internações foram por causas evitáveis e a taxa de mortalidade hospitalar em idosos(as) nesse mesmo ano foi de 1272,4 óbitos/100.000 idosos(as) com base nas informações da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ, 2020).

Com a pandemia da COVID-19 em 2020, a população idosa ganhou especial atenção, uma vez que constitui a principal população de risco para evolução grave da doença, ficando ainda mais urgente a intensificação de políticas públicas de proteção à essa população. Estudos realizados durante a pandemia evidenciaram uma piora nas condições de saúde dessa população na ordem de 21,9% (ROMERO *et al.*, 2021)

O ELSI-Brasil, por sua vez, demonstrou que 11,6% das pessoas com 60 anos ou mais haviam sido hospitalizadas nos 12 meses anteriores ao inquérito, sendo essa proporção de 13,6% na faixa etária acima de 80 anos. Dentre as doenças que mais contribuíram para hospitalizações estão Acidente Vascular Cerebral (AVC), doença cardiovascular, câncer, limitação para as atividades básicas de vida diária, depressão, diabetes e hipertensão, quatro delas fazem parte das condições sensíveis à APS (MELO-SILVA *et al.*, 2018).

Quanto à utilização de serviços de saúde, dados do ELSI-Brasil demonstraram que os idosos brasileiros utilizam os serviços com assiduidade, com frequência média de 4,4 consultas médicas ao ano. Os idosos que possuem cobertura de saúde suplementar utilizam frequentemente serviços especializados, enquanto os idosos assistidos exclusivamente pelo serviço público no Brasil frequentam mais assiduamente médicos generalistas ou médicos de família e comunidade. Independente do tipo de assistência, metade dos idosos relatam que seus médicos assistentes não discutem os resultados das consultas com especialistas e não auxiliam na coordenação dos cuidados especializados. Idosos assistidos pela Estratégia da Saúde da Família (ESF), em geral, necessitam realizar visitas com especialistas com menor frequência (MACINKO, 2018).

Foi publicada em 2006 a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), que estabelece a atenção à saúde adequada e digna à população idosa como meta, especialmente para o grupo de idosos(as) que experimentam um envelhecimento pouco ativo e com doenças crônicas, cursando com incapacidades. O cumprimento dessa meta só é possível através da atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa, organizada pela AB, que deve estar preparada e instrumentalizada para reconhecer as necessidades específicas dessa parcela da população, assim como as possíveis ameaças à manutenção de sua saúde e qualidade de vida, visando restabelecer a funcionalidade e manter a autonomia do indivíduo (BRASIL, 2006).

Ainda antes da publicação da PNSPI, o Ministério da Saúde (MS) publicou um Guia Operacional sobre as Redes Estaduais de Atenção à Saúde do Idoso, onde afirmava o lugar privilegiado da AB, em especial da ESF, cujos profissionais de saúde estão habilitados a prestar assistência integral e contínua a todos os membros da família, com abordagem às fases do ciclo de vida, sempre com olhar ampliado para os contextos familiar e comunitário (BRASIL, 2002).

Como resposta às demandas crescentes, em 2014, o MS publicou as Diretrizes para o Cuidado das Pessoas idosas no SUS. Nessa proposta de Modelo de Atenção Integral, a AB novamente figura como porta de entrada e responsável pela ordenação do cuidado à saúde da pessoa idosa, prevendo que todas as pessoas idosas estejam vinculadas a AB, que tem como atividades e prioridades a identificação e o registro das suas condições de saúde, em especial os mais vulneráveis, ou seja, a população frágil ou em risco de fragilização no território de sua abrangência (BRASIL, 2014).

É notória a necessidade de se efetivar políticas públicas de promoção e prevenção de agravos, assim como a criação de modalidades de cuidados de longa duração que, ao agregar eficiência na abordagem das principais doenças crônicas, possam diminuir as necessidades de

utilização de serviços de emergência e hospitais gerais, reduzindo tanto os custos quanto às taxas de ocupação dos leitos. Sobretudo, faz-se imprescindível o reconhecimento das necessidades individuais e coletivas das pessoas idosas, considerando a diversidade dessa população no contexto das múltiplas condições regionais brasileiras, somado à heterogeneidade imposta pelo processo de envelhecimento. No que concerne às condições de saúde, a definição do perfil de morbimortalidade nos contextos regionais deve ser o passo primordial para nortear o planejamento de políticas públicas eficientes (ALCÂNTARA; CAMARANO; GIACOMIN, 2016).

No contexto do SUS, portanto, a integralidade do cuidado à saúde da pessoa idosa perpassa a assunção pela APS de seu papel de coordenadora do cuidado, oferecendo a essa população os serviços indispensáveis para a manutenção de sua funcionalidade, seja fornecendo-os diretamente, seja buscando dentro da rede os serviços especializados, mantendo entre si uma comunicação eficiente. Utilizando-se dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), foi observado que aproximadamente 70% dos óbitos de idosos(as) com idade entre 60 e 74 anos poderiam ser evitados com melhorias nos serviços de saúde, maior acesso da população a tratamento médico e melhor qualidade de vida. Observa-se que, apesar das melhorias nos serviços ofertados pela APS nas ações relacionadas às Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), as ações de prevenção, promoção de saúde e o desenvolvimento de ações em rede ainda se encontram incipientes (ALCÂNTARA, CAMARANO; GIACOMIN, 2016; PLACIDELI *et al.*, 2020).

As Redes de Atenção à Saúde (RAS), por sua vez, organizam ações e serviços por meio de sistemas bem definidos a fim de fornecer apoio técnico, logístico e de gestão, visando justamente garantir a integralidade do cuidado. As RAS têm sido implementadas com temáticas específicas, como exemplo temos a Rede Cegonha e a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Dessa forma, a organização da Atenção à Saúde da Pessoa Idosa em RAS é reconhecida como a melhor estratégia para responder às crescentes demandas impostas pelo envelhecimento populacional. Deste modo, o Ministério da Saúde em parceria com a Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein divulgou Nota Técnica para organização da RAS com foco na Saúde da Pessoa Idosa, preconizando as seguintes estratégias: 1. Conhecimento da população de idosos(as) do território, 2. Estratificação de risco clínico-funcional, 3. Manejo adequado das necessidades dos idosos(as) por estrato de risco, com vistas à melhoria da qualidade de vida atual e futura. (BRASIL, 2014; BRASIL, 2019).

Nesse contexto, a seguir serão apresentados dados da saúde da população de idosos(as) do território da Bahia, e especificamente do município de Vitória da Conquista no sudoeste do Estado.

### **2.1.2 Saúde da pessoa idosa na Bahia**

A Bahia é o quarto estado brasileiro em números populacionais e o quinto em extensão territorial, com uma população estimada de 14.873.064 pessoas. Dados do último Censo Demográfico (2010) traziam um número de idosos (as) acima de 65 anos próximo a um milhão. Segundo dados do Sistema de Indicadores de Saúde e Acompanhamento de Políticas do Idoso (SISAP-Idoso), a proporção de idosos (as) na Bahia com 85 anos ou mais em 2010 era de 7,5%, uma proporção mais alta que a nacional para o período que somava 5,6% (FIOCRUZ, 2020; IBGE, 2019a; 2019b).

A população idosa na Bahia não pode ser descrita por dados nacionais, dadas suas peculiaridades históricas e culturais. Dados do Censo de 2010 mostravam que uma grande parcela dos idosos baianos era analfabeta, contando com uma proporção de 42%, enquanto esse mesmo índice para o Brasil encontrava-se em 26%. Esse dado segue as tendências históricas, uma vez que a maioria das pessoas analfabetos do país reside no Nordeste, um número que se aproxima a 8 milhões. Dentre os estados brasileiros, aquele com o maior número de analfabetos em qualquer idade é a Bahia (IBGE, 2010).

No que se refere às desigualdades raciais, é importante se considerar a composição populacional do estado que possui cerca de 76% de sua população total autodeclarados negros (isto é, pretos e pardos). No que se refere à população idosa, cerca de 71% dos (as) idosos (as) baianos se autodeclaram negros, um número expressivamente maior que a proporção total de idosos (as) brasileiros que somam 42% (IBGE, 2010).

Quanto ao local de domicílio, temos 84% dos (as) idosos (as) brasileiros residindo em zona urbana, enquanto na Bahia esse número não ultrapassa 69%. A grande maioria dos (as) idosos (as) do estado sobrevivem com renda mensal de até um salário-mínimo, sendo que cerca de 29% deles apresentam renda menor que meio salário-mínimo (FIOCRUZ, 2011).

No que tange as condições de saúde da população baiana, pouco mais de 65% dos (as) idosos (as) apresentam alguma deficiência, 6% apresentam alguma incapacidade para as Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD) e 22% para Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD). Entre os (as) idosos (as) baianos (as) 22% apresentam alguma DCNT e 39%

relataram autoavaliação da saúde como boa ou muito boa, segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. Dados do Sistema de Internações Hospitalares demonstram que 29% das internações de idosos na Bahia em 2018 foram por causas consideradas evitáveis (FIOCRUZ, 2011).

O envelhecimento da população baiana, assim como do resto do país, ocorre de maneira rápida e sem o correto aparelhamento do estado para receber a população mais idosa. Esse envelhecimento não pode ser explicado por dados nacionais e é necessário considerar o (a) idoso (a) baiano (a) inserido (a) em sua realidade para que suas condições de saúde possam ser reconhecidas e estabelecidas políticas de saúde eficientes. Ademais, envelhecer na Bahia pode ser desafiador, dadas as condições sociodemográficas impostas ao longo da história, tanto pela formação da população, com base em uma cultura escravocrata, quanto pelas desigualdades econômicas em nosso país.

### **2.1.3 Saúde da pessoa idosa em Vitória da Conquista**

Vitória da Conquista possui uma população de cerca de 338.885 pessoas e dessas 26.059 são idosos (as), o que representa quase 10% da população total. Segundo dados do SISAP-idoso, 46% dos (as) idosos (as) em Vitória da Conquista são analfabetos, cerca de 62% apresentam alguma deficiência, pouco mais de 10% moram sozinhos e 70% possuem renda nominal de até um salário-mínimo. Ou seja, a população idosa do município é constituída majoritariamente por mulheres negras, residentes em zona urbana, com baixo ou nenhum grau de escolaridade, baixo poder aquisitivo e apresentando algum grau de deficiência (FIOCRUZ, 2020).

Quanto ao sistema de saúde, o município integra a Macrorregião Sudoeste, constituída por 73 municípios e subdividida em 04 regiões de saúde (Brumado, Guanambi, Itapetinga e Vitória da Conquista). A região de saúde de Vitória da Conquista é composta por 19 cidades e abrange uma população de 641.560 habitantes. Sua rede municipal de saúde é orientada pela AB que constitui a principal porta de entrada do sistema (SESAB, 2019).

O município conta com um total de 867 estabelecimentos de saúde atendendo as três esferas de complexidade, conforme distribuição encontrada na Tabela 1, onde se observa a distribuição desigual dos equipamentos de saúde no município quando comparado aos demais municípios da região. Isto confere à cidade a qualidade de polo regional de saúde, gerando um alto fluxo de pessoas dos municípios circunvizinhos, bem como o aumento da migração de

peessoas, profissionais e usuários, nas últimas décadas, em busca de melhores condições de saúde (FERRAZ, 2009).

Tabela 1 - Estabelecimentos de Saúde segundo nível de Atenção no Município de Vitória da Conquista em dezembro de 2019

Quantidade Total	867
Ambulatorial Básica	97
Ambulatorial de Média Complexidade	735
Ambulatorial de Alta Complexidade	28
Hospitalar de Média Complexidade	25
Hospitalar de Alta Complexidade	10

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Acesso em 05/02/2020

Atualmente, a rede de AB do município é composta por 07 UBS, 33 Programas de ESF com 52 equipes, 05 Equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), 01 Odontomóvel e 01 Consultório na Rua. Nas UBS e ESF são realizadas consultas médicas, de enfermagem, odontológicas, visitas domiciliares, procedimentos de enfermagem, administração de imunobiológicos, coletas de exames, liberação de medicamentos, encaminhamentos e capacitações. O atendimento ao(s) idoso(s) em internação domiciliar é realizado por meio do Programa de Atendimento Municipal Domiciliar ao Idoso com Limitação (PAMDIL) que fornece suporte aos(as) idosos(as) cadastrados em UBS que não compõem o programa de ESF com base nas informações da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia (SESAB, 2019).

Segundo dados da SESAB, a cobertura populacional estimada pela AB no estado da Bahia em 2018 encontrava-se em torno de 77,6%, enquanto a Região de Saúde de Vitória da Conquista superava os 79% (SESAB, 2019). Cerca de 66% dos(as) idosos(as) no município encontram-se cadastrados na ESF (FIOCRUZ, 2020).

A Política Municipal do Idoso, Lei Municipal nº 969/99, garante assistência à saúde da população idosa nos diversos níveis, visando prevenir, promover, proteger e recuperar sua saúde, mediante programas e medidas profiláticas. Além disso, prevê a criação de Centro de Referência em Geriatria e Gerontologia que se articule com equipes interprofissionais concedendo apoio matricial, bem como realizar estudos para detectar o caráter epidemiológico de determinadas doenças prevalentes nos(as) idosos(as), visando prevenção, tratamento e reabilitação (VITORIA DA CONQUISTA, 1999).

Não existe, no entanto, até o presente momento, nenhuma estruturação dentro da rede de atenção à saúde do município para a assistência à Saúde da Pessoa Idoso, sendo este incluído

nas estratégias para o combate à Hipertensão Arterial e à Diabetes. No ano de 2019, a Área Técnica de Saúde do Idoso da Diretoria da Atenção Básica (DAB), percebendo essa lacuna, buscou a parceria com as universidades com o objetivo de criar um projeto que propulsionasse a criação da RAS da Pessoa Idosa. Estabelecida a parceria com o Instituto Multidisciplinar em Saúde da Universidade Federal da Bahia (IMS/UFBA), através da Liga de Geriatria e Gerontologia do Sudoeste Baiano (LIAGE), foi iniciado projeto-piloto em UBS selecionada pela DAB, com a aplicação pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) do instrumento de rastreamento de vulnerabilidade clínico-funcional - IVCF-20 -, com o objetivo de reconhecer as características dessa população, realizando capacitação dos profissionais de saúde para aplicação do instrumento e, a partir desse estudo-piloto, criar um fluxograma baseado nos estratos de vulnerabilidade dentro da rede de saúde do município de Vitória da Conquista.

## 2.2 AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DO IDOSO

Embora exista consenso na literatura que o envelhecimento biológico é um processo inevitável e inerente ao ser humano, reconhece-se que esse processo não ocorre de maneira igual em todos os indivíduos, estando influenciado por diversos fatores intrínsecos e extrínsecos. Da mesma forma, o envelhecimento celular ocorre de forma distinta nos diversos órgãos e tecidos, ocorrendo de maneira assíncrona (TEIXEIRA; GUARIENTO, 2010).

Isso porque, à medida que as pessoas envelhecem, aumentam os riscos de desenvolver doenças crônicas e incapacidades que impactam diretamente na qualidade de vida. Nesse sentido, a qualidade de vida das pessoas idosas, em seu conceito mais amplo, só pode ser otimizada mediante o incremento de outras dimensões que impactam na satisfação pessoal, como saúde mental, inserção social e status econômico (KOJIMA *et al.*, 2016).

Envelhecer de forma saudável pode ser entendido como um processo que engloba diversos pilares para a manutenção da saúde enquanto se envelhece. Um dos fundamentos de um envelhecimento saudável é manter-se ativo. O envelhecimento ativo, por sua vez, é definido como o processo de otimização de oportunidades para a saúde, a aprendizagem ao longo da vida, a participação e a segurança para melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem. Dentre os capitais essenciais para um envelhecimento ativo, aquele que é reconhecidamente essencial e definidor para a qualidade de vida é a saúde, de acordo com Centro Internacional de Longevidade Brasil (ILC-BRASIL, 2015).

Estudos demonstram associação entre independência funcional, manutenção da reserva cognitiva, ausência de alterações de humor como depressão, presença de suporte familiar adequado e autopercepção positiva da saúde são fatores fundamentais para um envelhecimento ativo. Além disso, a ausência de alterações de apetite e perda de peso, hábitos de vida saudáveis – não fumar, praticar atividade física –, maior participação social e maior renda também se mostram como preditores positivos do envelhecimento ativo (CAMPOS; FERREIRA; VARGAS, 2015).

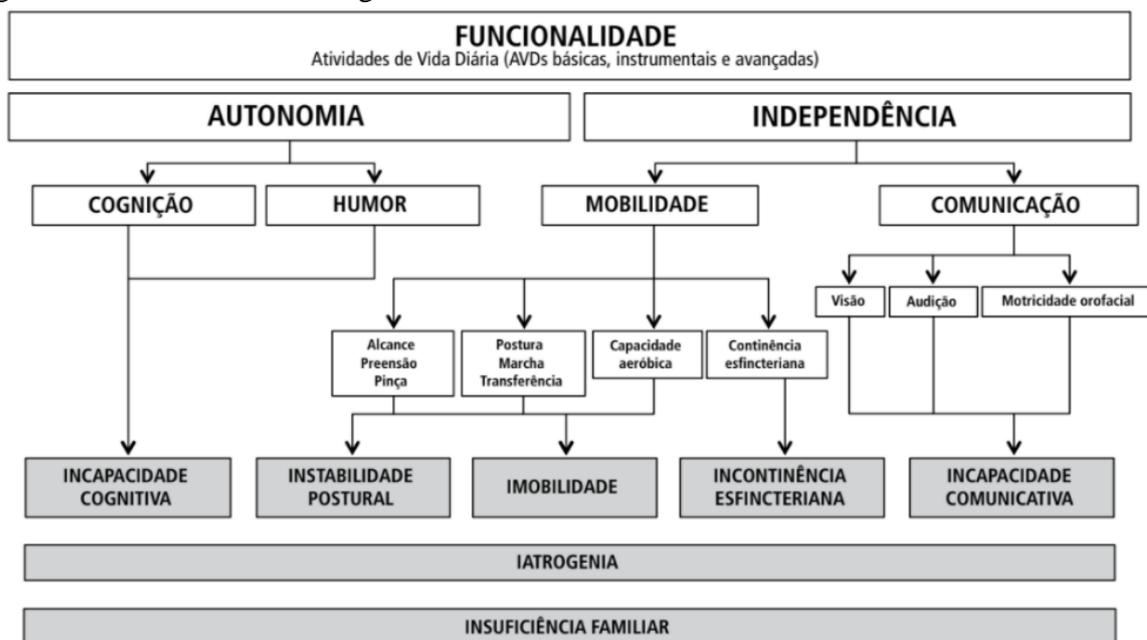
Considerando o conceito ampliado de saúde e a definição trazida pela PNSPI que define a saúde da pessoa idosa a partir de sua condição de autonomia e independência e menos pela presença ou ausência de patologias, a saúde do idosos deve ser avaliada com base no funcionamento de sistemas funcionais que interagem entre si a fim de garantir a manutenção da capacidade individual de decisão e comando sobre suas ações (autonomia) e a capacidade de realização por meios próprios (independência). Tais sistemas funcionais descritos são: cognição, humor, mobilidade e comunicação (BRASIL, 2006; MORAES, 2012).

A manutenção da autonomia e da independência, por sua vez, garantem ao indivíduo manter sua capacidade funcional, ou funcionalidade, entendida como o desempenho adequado, de modo independente e autônomo, de suas atividades de vida diária, básicas e instrumentais. Reconhece-se por ABVD as tarefas cotidianas relativas ao autocuidado, como banhar-se, vestir-se, utilizar corretamente o banheiro e higienizar-se, manter continência, alimentar-se e realizar transferência e mobilidade. Tais atividades podem ser compreendidas de maneira hierárquica, visto que apresentam diferentes complexidades. Há uma tendência do indivíduo idosos a apresentar declínio funcional inicialmente em tarefas mais complexas, como banhar-se, progredindo paulatinamente para uma dependência completa (PERRANCINI, FLÓ, 2019; MORAES, 2012).

As AIVD são atividades cotidianas que englobam áreas necessárias para o desenvolvimento pleno do indivíduo na comunidade sendo, portanto, mais complexas. Envolve habilidades necessárias para o desempenho dentro e fora do domicílio, como preparo de alimentos, realizar trabalhos domésticos, fazer compras, controlar finanças, utilizar meios de comunicação e transporte. Tais atividades são influenciadas por fatores socioculturais e de gênero, devendo ser particularizados durante a avaliação. Da mesma forma, as atividades avançadas de vida diária estão relacionadas a tarefas complexas, como atividades produtivas, recreativas e sociais, variando muito entre os indivíduos e sendo influenciadas pelos fatores socioculturais e ambientais (PERRANCINI, FLÓ, 2019; MORAES, 2012).

Desta forma, a perda de funcionalidade na pessoa idosa decorre das incapacidades adquiridas ao longo da vida, geralmente associadas às grandes síndromes geriátricas: incapacidade cognitiva, instabilidade postural, imobilidade, incontinência esfincteriana, incapacidade comunicativa, iatrogenia e insuficiência familiar. Sendo assim, preconiza-se uma avaliação das condições de saúde da pessoa idosa que estão associadas à ocorrência dessas síndromes, conforme o exposto por Moraes (2012), conforme apresentado na Figura 1.

Figura 1 - Grandes síndromes geriátricas e dimensões de saúde associadas



Fonte: Moraes (2012, p 15)

A funcionalidade global depende do perfeito funcionamento de diferentes sistemas funcionais. Esse tema tem adquirido cada vez mais importância na literatura científica do campo do envelhecimento. As especialidades de geriatria e gerontologia em seus percursos históricos, acumularam uma grande quantidade de instrumentos avaliativos, tanto para rastreamento quanto para diagnóstico, com o objetivo de obter uma avaliação da saúde do(a) idoso(a) mais abrangente, sistemática, que permita estabelecer diagnósticos situacionais e definir terapêuticas eficazes (FREITAS *et al.*, 2017).

Dentre os parâmetros avaliados no(a) paciente idoso(a), a capacidade funcional apresenta-se como um dos mais importantes. Incapacidades funcionais frequentemente estão associadas a condições clínicas ainda não diagnosticadas. Ora porque as doenças se manifestam de forma atípica nessa população, ora devido ao pouco entendimento sobre as alterações

esperadas com o processo de envelhecimento – senescência – e aquelas associadas ao envelhecimento patológico – senilidade (FREITAS *et al.*, 2017).

Com o objetivo de contribuir para uma avaliação global do paciente idoso, foram criados instrumentos de detecção de declínio cognitivo, alterações de humor, de marcha, nutricionais, etc. O conjunto desses instrumentos avaliativos compõe a Avaliação Geriátrica Ampla (AGA) concebida pela doutora Marjory Warren no Reino Unido no final da década 30. A AGA é, portanto, um processo diagnóstico multidimensional, comumente realizado por equipe interdisciplinar, que tem por objetivo determinar a condição clínica do idoso em seus múltiplos aspectos: médicos, psicossocial e funcional. Com isso, é possível estabelecer um plano terapêutico completo, que inclua tratamento, reabilitação, gerenciamento de recursos, diferentes cenários terapêuticos e profissionais envolvidos (FREITAS *et al.*, 2017).

Segundo dados de revisão sistemática da *Cochrane Library* publicada em 2017, a utilização da AGA em hospitais melhorou os resultados de idosos hospitalizados, aumentando as chances de sobrevivência e retorno ao domicílio após a hospitalização, reduzindo as chances de institucionalização nos meses subsequentes. Na avaliação de pacientes em pré-operatório, a aplicação da AGA demonstrou resultados positivos em relação a mortalidade e na redução da necessidade de transferência para alguma unidade de atenção com maior nível de complexidade em pacientes em pré-operatório para fratura de quadril (ELLIS *et al.*, 2017; EAMER *et al.*, 2018).

Estudos realizados na Atenção Primária à Saúde - APS, por sua vez, demonstraram que a aplicação da AGA nesse contexto apresenta benefícios na redução da hospitalização e na melhor adesão à terapêutica medicamentosa, porém não demonstrou resultados na mortalidade e a custo-efetividade ainda necessita ser estabelecida (GARRARD *et al.*, 2020).

No contexto do SUS, as publicações trazem uma derivação da AGA denominada Avaliação Multidimensional do Idoso (AMI) como elemento estruturante do cuidado para o envelhecimento saudável. A caderneta da pessoa idosa foi elaborada com base em suas dimensões a fim de constituir ferramenta de apoio aos profissionais, devendo ser utilizada em todos os níveis de atenção. Reconhece-se, no entanto, que a AP tem papel fundamental no processo de reconhecimento e gestão das condições de saúde das pessoas idosas (BRASIL, 2018).

### 2.3 FRAGILIDADE EM IDOSOS

A Síndrome da Fragilidade (SF) é uma condição inicialmente subclínica, multifatorial, associada a aumento da vulnerabilidade a estressores internos e externos de naturezas diversas. Idosos frágeis tendem a apresentar pior qualidade de vida, uma vez que a SF frequentemente está associada a perda de peso, fadiga, fraqueza global, alterações de marcha, imobilidade, humor deprimido e déficit cognitivo. Todos esses aspectos afetam negativamente a qualidade de vida da pessoa idosa. Em revisão sistemática realizada por Kojima e colaboradores foi demonstrado que, independentemente dos instrumentos utilizados para medir fragilidade e qualidade de vida, em todos os onze estudos encontrados houve associação entre fragilidade e pior qualidade de vida em idosos (KOJIMA *et al.*, 2016).

Nesse sentido, a SF é reconhecida como um problema de saúde pública, visto suas consequências clínicas e sociais. Seu reconhecimento adequado constitui potente estratégia para os sistemas de saúde, visto que pode impactar na prevenção de perda funcional e cognitiva, na manutenção do autocuidado, redução do risco de quedas, institucionalização e hospitalizações. Pessoas idosas são usuários frequentes do sistema público de saúde e assistência social, sistemas que são desenhados para a assistência órgão-específica ou doença-específica e, portanto, não estão preparados para o cuidado de condições clínicas complexas e multidimensionais de idosos frágeis (KOJIMA, 2019).

A literatura atual tem associado fragilidade a condições clínicas desfavoráveis: alto índice de quedas, hospitalizações, incapacidade funcional e óbito. Dados do Estudo da Fragilidade em Idosos Brasileiros (FIBRA) revelam que os idosos frágeis têm maiores incidências de quedas que idosos robustos e os idosos pré-frágeis, por sua vez, têm incidência ainda maior que os dois grupos anteriores. Fhon e colaboradores demonstraram por meio de uma revisão sistemática, uma forte associação entre fragilidade e quedas, com um risco de quedas em idosos frágeis 80% maior. Da mesma forma, tanto a incidência de hospitalizações quanto a prevalência de mortalidade são estatisticamente superiores em idosos frágeis e pré-frágeis quando comparados aos idosos robustos (BARBOSA; MANSUR; COLUGNATI, 2018; FHON *et al.*, 2016).

O Estudo Longitudinal da Saúde dos Idosos Brasileiros - ELSI-Brasil, por sua vez, avaliou 8556 indivíduos com mais de 50 anos de idade, e identificou uma prevalência global de fragilidade de 9% nessa população. Esse número se eleva para 13,5% em idosos acima de 60 anos e alcança 20,9% acima dos 70 anos. O mesmo estudo encontrou uma associação positiva

entre fragilidade e doenças crônicas (duas ou mais). Porém, o estudo ressalta que 26,7% dos participantes que apresentavam fragilidade não evidenciavam nenhuma condição clínica importante (ANDRADE, 2018).

Entende-se, portanto, que idosos que não apresentam doenças crônicas podem apresentar-se vulneráveis a agravos à saúde e eventualmente estarem desassistidos pelos serviços de saúde por não apresentarem evidências de doenças. A associação entre déficits cognitivos e fragilidade tem sido bem descrita pela literatura de forma bidirecional, isto é, tanto o indivíduo com algum grau de comprometimento cognitivo apresenta maior risco de apresentar fragilidade quanto o indivíduo frágil tem maior risco de manifestar declínio cognitivo e demência (WALLACE *et al.*, 2019).

Nesse sentido, surgiram novos conceitos clínicos como “fragilidade cognitiva”, que indica a presença simultânea de fragilidade física e declínio cognitivo sem que haja diagnóstico de demência, e “fragilidade social”, definida como a perda de recursos sociais e comportamentos necessários para suprir as necessidades sociais do indivíduo (ABBASI *et al.*, 2018).

Identificar idosos frágeis e elaborar estratégias de prevenção e reabilitação para esses idosos pode resultar em minimização de suas consequências, sendo um desafio para os profissionais da AB, tanto pelo desconhecimento de suas características quanto pela falta de parâmetros objetivos para seu reconhecimento. O rastreamento populacional de idosos frágeis pode resultar em elevado custo e não existem evidências de benefícios, visto que não há conduta terapêutica específica, porém consensos de especialistas advogam o rastreamento em populações com características específicas, por exemplo, idosos com idade acima de 70 anos, que apresentam condições crônicas e perda de peso acima de 5% (ANDRADE, 2018; KOJIMA *et al.*, 2019; PEREIRA; BORIM; NERI, 2017).

Por outro lado, a síndrome da fragilidade é ainda pouco conhecida pelos profissionais de saúde e investir em educação continuada para esses profissionais contribui tanto para a melhoria da assistência prestada quanto para a redução dos custos em seu reconhecimento. A literatura mostra uma lacuna de publicações sobre intervenções educacionais ou de treinamento na área da fragilidade, o que constitui um importante entrave ao seu enfrentamento (WINDHABER *et al.*, 2019).

Existem evidências crescentes sobre os benefícios do reconhecimento da fragilidade em idosos. Podemos citar os benefícios do reconhecimento da síndrome no pré-operatório com o objetivo de prevenir complicações, como tempo de internação e mortalidade. Sociedades de

especialidades, como a Sociedade Europeia de Cardiologia, tem nos últimos anos reconhecido a importância do reconhecimento da SF em idosos como estratégia para definição de condutas em pacientes com doenças crônicas como a insuficiência cardíaca (KOJIMA *et al.*, 2019a; VITALE *et al.*, 2019).

Estudos recentes demonstram que os custos de cuidados relacionados a doenças cardiovasculares são reduzidos com a correta identificação e manejo da fragilidade em idosos da comunidade, uma vez que aspectos relacionados à sua gênese podem ser revertidos com abordagens nutricionais, dietéticas e exercícios físicos. Os estudos que, por sua vez, avaliaram as intervenções demonstraram benefícios de exercícios físicos aeróbicos combinados com treinos de força e resistência, equilíbrio, coordenação e flexibilidade com ou sem intervenção nutricional associada na melhora de marcadores de fragilidade. Estudos que realizaram estimulação cognitiva e acompanhamento geriátrico também demonstraram benefícios (KOJIMA, 2019; KOJIMA *et al.*, 2019; PUTS *et al.*, 2017).

### **2.3.1 Instrumentos para reconhecimento da fragilidade**

O reconhecimento da fragilidade pode ser realizado através de diversos instrumentos, sendo a maioria deles compostos por critérios físicos. Mais recentemente surgiram os instrumentos que incluem aspectos psicológicos, sociais e ambientais, ampliando o espectro de reconhecimento da síndrome. Ademais, instrumentos capazes de reconhecer idosos pré-frágeis (ou em risco de fragilidade) foram considerados potencialmente superiores no que concerne ao contexto da AB, por seu potencial de identificar condições passíveis de prevenção e reabilitação (FALLER *et al.*, 2019).

Khezrian *et al.* (2017) realizaram revisão sobre os principais métodos utilizados para a detecção da fragilidade. Constata-se que os instrumentos que consideram a incapacidade física como pilar central da fragilidade (critérios de Fried, por exemplo) apresentam como principal debilidade o não reconhecimento dos aspectos cognitivos, emocionais e sociais, aspectos que têm se mostrado importantes visto a ampliação do conceito de fragilidade.

Por sua vez, os instrumentos que entendem a fragilidade associada a comorbidades (*FRAIL scale* e *Frailty Index*, por exemplo), considera que ambos coexistem frequentemente e apresentam patogenias semelhantes, porém não são sinônimos. Alguns autores preconizaram a identificação de declínio cognitivo e alterações de humor associados aos critérios fenotípicos para o reconhecimento da fragilidade, considerando-os como critérios preditores

independentes. Como consequência, começaram a surgir instrumentos que consideram a fragilidade como uma conjunção de declínios multidimensionais – CaMos Frailty index, Multidimensional Frailty Score, Rotterdam Frailty Index, etc (KHEZRIAN *et al.*, 2017).

Os estudos comparativos entre instrumentos frequentemente demonstram heterogeneidade entre os resultados para prevalência de fragilidade, com baixos níveis de consistência entre eles. Tais diferenças, segundo meta-análise, se justificam tanto pelos diferentes aspectos avaliados pelos instrumentos quanto pelos cenários de aplicação. De maneira geral, os instrumentos que se baseiam no modelo multidimensional tendem a apresentar menos erros, em média, no reconhecimento da fragilidade (AGUAYO *et al.*, 2017).

De maneira semelhante, estudo realizado com o objetivo de avaliar a capacidade dos instrumentos em prever desfechos como mortalidade global, doença cardiovascular e eventos relacionados ao câncer demonstrou a variabilidade entre os instrumentos e a melhor performance dos instrumentos baseados no modelo multidimensional, tanto na associação quanto na capacidade preditiva de mortalidade (AGUAYO *et al.*, 2018).

Os instrumentos utilizados para fragilidade também podem ser diferenciados por seus objetivos: de rastreamento ou de avaliação. Estudos de revisão demonstram que o desafio de se desenvolver uma ferramenta única e eficiente ainda não foi atingido. No contexto da APS, por sua vez, instrumentos com a abordagem multidimensional devem ser priorizados, devendo ter maior potencial de rastreamento, ser rápido, de fácil aplicação e passível de ser aplicado por diferentes profissionais de saúde (KHEZRIAN *et al.*, 2017; WLEKLIK *et al.*, 2020).

No contexto da APS, portanto, tem particular importância a escolha de instrumento que reconheça o idoso pré-frágil (em risco de fragilização), uma vez que o reconhecimento de fatores de risco para a síndrome pode resultar em intervenções precoces que impeçam a perda de capacidade funcional e melhorar o prognóstico (FALLER *et al.*, 2019).

### 3 OBJETIVOS

#### 3.1 GERAL

Identificar a prevalência de vulnerabilidade clínico-funcional (fragilidade) e fatores associados entre os idosos do território de Unidade Básica de Saúde (UBS) de Vitória da Conquista – Bahia.

#### 3.2 ESPECÍFICOS

- Descrever o perfil sociodemográfico de idosos do território da unidade com fragilidade segundo faixas etárias (60-79 e 80 anos ou mais), sexo, raça/cor, escolaridade e arranjo de moradia.
- Identificar a prevalência de alterações em cada uma das dimensões de saúde que compõem o instrumento: autopercepção da saúde, atividades de vida diária (básicas e instrumentais), cognição, humor, mobilidade (alcance, preensão e pinça; capacidade aeróbica e muscular; marcha e continência esfincteriana), comunicação (visão e audição) e comorbidades múltiplas (polipatologia, polifarmácia e internação recente).
- Estabelecer um fluxograma de atendimento aos(as) idosos(as) na rede municipal de saúde, coordenado pela UBS e iniciando com a estratificação quanto à fragilidade pelos resultados obtidos pela aplicação do IVCF-20.

## 4 MÉTODO

### 4.1 DELINEAMENTO

Trata-se de estudo observacional de corte transversal, de abordagem quantitativa, com base em dados secundários obtidos dos prontuários de usuários (as) idosos (as) em unidade de saúde da família do município de Vitória da Conquista – BA, banco de dados do Programa Municipal de Atenção à Saúde do Idoso no Pólo de Educação da Atenção Básica de Vitória da Conquista.

### 4.2 PROJETO-PILOTO PARA A ORGANIZAÇÃO DA RAS DA PESSOA IDOSA EM VITÓRIA DA CONQUISTA

A Área Técnica do Idoso (ATI) da Diretoria de Atenção Básica (DAB) em parceria com a Liga de Geriatria e Gerontologia do Sudoeste Baiano – LIAGE<sup>1</sup> iniciou projeto para organização da Rede de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa de Vitória da Conquista no mês de abril de 2019. Através da parceria entre a ATI e a LIAGE foi criado um grupo de apoio técnico composto por gestores, profissionais da área de saúde e professores universitários com o objetivo de organizar a Rede de Atenção à Saúde da pessoa idosa e idealizar um fluxograma de atendimento à pessoa idosa, coordenado pela AB, mediante o reconhecimento das necessidades dessa população.

A LIAGE realizou pesquisa bibliográfica nas principais bases de dados à procura de um instrumento que respondesse a essa demanda, que já fosse validado no Brasil e utilizado na AB em idosos comunitários. Essa busca resultou no instrumento denominado Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional (IVCF-20).

O IVCF-20 foi desenvolvido e validado em 2014, ancorando-se no modelo de classificação clínico-funcional de Moraes e Moraes (2014), com o objetivo de constituir instrumento de avaliação de vulnerabilidade de idosos no âmbito da AB. Foi validado tendo como referência a Avaliação Multidimensional do Idoso, considerada como padrão-ouro. É constituído de 20 questões distribuídas em oito seções que avaliam idade, autopercepção da

---

<sup>1</sup> LIAGE: Projeto de Extensão Universitária do Instituto Multidisciplinar em Saúde da Universidade Federal da Bahia em Vitória da Conquista, composto por profissionais médicos e psicólogos, juntamente com estudantes de medicina, com o propósito de realizar discussões, promover ações em assistência, prevenção e promoção de saúde nas áreas do envelhecimento e cuidados paliativos.

saúde, incapacidades funcionais, cognição, humor, mobilidade, comunicação e comorbidades múltiplas. A pontuação também propõe uma correlação com a capacidade funcional, classificando como ausência de declínio funcional, possível declínio funcional e presença de declínio funcional, respectivamente. (CARMO, 2014; BRASIL, 2019).

Segundo seus idealizadores, o IVCF-20 já está sendo aplicado em 8 municípios brasileiros, atingindo mais de 20000 idosos avaliados, dentre esses 17% apresentavam alto índice de vulnerabilidade clínico-funcional. Em recente Nota Técnica divulgada pelo Ministério da Saúde, recomenda-se a utilização do IVCF-20 como forma sistematizada de conhecimento da população idosa e seus fatores multidimensionais determinantes da saúde, foi reconhecido como um dos quatro melhores instrumentos do mundo capazes de reconhecer o idoso frágil (NUGG, 2019; BRASIL, 2019).

Trata-se, portanto, de instrumento de caráter multidimensional, válido, confiável, simples e de rápida aplicação. Através dele, podemos classificar o idoso e estabelecer fluxograma dentro da rede de atenção à saúde, dando prioridade aos idosos que se apresentem vulneráveis. Desta forma, foi criada pelo Programa Municipal de Atenção à Saúde do Idoso a ficha Avaliação de Vulnerabilidade Clínico-Funcional contendo dados sociodemográficos e o IVCF-20 (ANEXO 1).

Através da utilização desse instrumento como rastreamento de vulnerabilidade clínico-funcional e a subsequente estratificação dos (as) idosos (as), as equipes de AB poderão melhor reconhecer as necessidades dessa população em seus territórios e, em seguida, estabelecer fluxograma dentro da própria unidade e na rede de atenção à saúde com prioridade aos idosos com mais alto risco de vulnerabilidade clínico-funcional. O Quadro 1 mostra como a pessoa idosa é classificada a partir de uma pontuação final do IVCF-20, que varia de 0 a 40.

Quadro 1 - Classificação da Pontuação do IVCF-20

Pontuação	Classificação
0 a 6	Baixo risco de vulnerabilidade clínico-funcional
7 a 14	Moderado risco de vulnerabilidade clínico-funcional
15 pontos ou mais	Alto risco de vulnerabilidade clínico-funcional

Fonte: Elaborado pela autora (2021)

Foi escolhida como unidade piloto para a aplicação do instrumento a Unidade de Estratégia de Saúde da Família URBIS<sup>2</sup> V, localizada no endereço Via Local F, s/nº, bairro Urbis V, Vitória da Conquista – BA. Desde dezembro de 2018 a USF URBIS V conta com uma equipe do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) atuando com o projeto “Educação interprofissional e práticas colaborativas na produção do cuidado integral ao idoso na APS”, motivo pelo qual a unidade foi escolhida para sediar o projeto-piloto. A USF conta com duas equipes de ESF com médicos, odontólogos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde, auxiliar de limpeza, recepcionista e vigilante.

Segundo dados do eSUS disponibilizados pela unidade, o número total de usuários cadastrados em 2019 era de 5876 cidadãos ativos, sendo um total de 1105 usuários com 60 anos ou mais, o que representa 18,8% da população descrita. O sexo feminino prevalece com 54,7%, assim como a raça negra (pretos e pardos) com 66,5%. Cerca de 30% da população não completou o ensino fundamental.

Em 31 de agosto de 2019 ocorreu Oficina de Capacitação para o Programa Municipal de Atenção à Saúde do Idoso no Pólo de Educação da Atenção Básica, momento onde os profissionais de ambas as equipes receberam orientações sobre a iniciativa e foram capacitados na aplicação do instrumento IVCF-20. Em 16 de setembro de 2019 as equipes iniciaram a aplicação da ficha de avaliação, contando com o apoio técnico dos alunos de medicina da LIAGE.

### 4.3 AMOSTRA

Partindo-se do número total de idosos cadastrados na UBS em 2019 (1105), foi realizado cálculo do tamanho da amostra, considerando-se um nível de confiança de 99% e erro amostral de 5%, que resultou em 330 idosos com acréscimo de 7%, antecipando possíveis perdas, totalizando 354 idosos avaliados. A seleção dos idosos ocorreu de forma aleatória por parte da equipe da UBS.

Foram incluídos indivíduos acima de 60 anos de idade da área adstrita à unidade cujas fichas encontravam-se corretamente preenchidas em todos os campos do IVCF-20. Foram excluídos os prontuários de pessoas com idade inferior a 60 anos, aqueles cujas fichas não possuíam o IVCF-20 preenchido em todos os seus campos ou preenchidos de forma incorreta.

---

<sup>2</sup> As Urbis surgiram como programa do governo do estado para urbanização das cidades e construção de habitações populares no ano de 1965, sendo o bairro Urbis V resultado desse programa. Cresceu às margens da Rodovia BA262, na região noroeste da cidade, sendo, portanto, um bairro periférico.

#### 4.4 VARIÁVEIS E MEDIDAS

Dentre as variáveis e medidas focalizadas pelo Programa Municipal de Atenção à Saúde do Idoso no Pólo de Educação da Atenção Básica de Vitória da Conquista, foi selecionado o conjunto especificado a seguir.

1) Foram analisados os dados contidos no Questionário sociodemográfico do cabeçalho do instrumento anexo, conforme o sintetizado no quadro 2.

Quadro 2 - Variáveis sociodemográficas selecionadas para o estudo

<b>Variável</b>	<b>Medidas</b>
<b>Sexo</b>	Feminino, masculino
<b>Raça/cor</b>	Branca, preta, parda, amarela, indígena
<b>Escolaridade</b>	Não estudou, estudou até 4 anos, entre 4 e 8 anos, 8 anos ou mais
<b>Moradia</b>	Sozinho (a); Só com cônjuge; Só com filhos; Só com netos, com outros familiares; com cônjuge e filhos; com cônjuge e netos, com cônjuge, filhos e netos; com filhos e/ou netos e outros familiares; outros arranjos de moradia

Fonte: Elaborado pela autora (2021)

2) O IVCF-20 é constituído por 20 questões distribuídas em 8 seções que buscam contemplar as principais dimensões de saúde da pessoa idosa. Desta forma, foram utilizadas como variáveis de estudo cada uma dessas seções e suas respectivas subdivisões: 1. Faixa etária; 2. Autopercepção da saúde; 3. Atividades de Vida Diária: a) Instrumentais e b) Básicas; 4. Cognição; 5. Humor; 6. Mobilidade: a) Alcance, prensão e pinça, b) Capacidade Aeróbica e/ou muscular, c) Marcha e d) Continência Esfincteriana; 7. Comunicação: a) Visão e b) Audição, 8. Comorbidades Múltiplas. Além das variáveis acima listadas, serão consideradas as pontuações finais. O Quadro 3 sintetiza essas variáveis com suas respectivas medidas.

Quadro 3 - Variáveis extraídas do IVCF-20 selecionadas para o estudo

<b>Variável</b>	<b>Medidas</b>
<b>Faixa etária</b>	60 a 74 anos, 75 a 84 anos, 85+ anos
<b>Autopercepção da saúde</b>	Excelente/muito boa ou boa; regular/ruim
<b>Atividades Instrumentais de Vida Diária</b>	Com dependência, independente
<b>Atividades Básicas de Vida Diária</b>	Com dependência, independente
<b>Cognição</b>	Sem déficit, com déficit
<b>Humor</b>	Normal, alterado
<b>Alcance, prensão e pinça</b>	Capaz, incapaz
<b>Capacidade Aeróbica e/ou Muscular</b>	Normal, alterado

<b>Marcha</b>	Normal, alterada
<b>Continência esfincteriana</b>	Normal, alterada
<b>Visão</b>	Sem problema incapacitante, com problema incapacitante
<b>Audição</b>	Sem problema incapacitante, com problema incapacitante
<b>Comorbidades múltiplas</b>	Sim se: 5 ou mais doenças crônicas; ou Uso regular de 5 ou mais medicamentos diferentes todo dia; ou Internação recente, nos últimos 6 meses Não
<b>Pontuação final</b>	BVCF - 0 a 6; MVCF - 7 a 14; AVCF - 15+

Fonte: Elaborado pela autora (2021)

#### 4.5 COLETA DE DADOS E ASPECTOS ÉTICOS

Os dados que compuseram o presente estudo foram obtidos a partir dos prontuários dos idosos que participaram do Programa Municipal de Atenção à Saúde do Idoso no Pólo de Educação da Atenção Básica de Vitória da Conquista, especificamente os da Unidade de Estratégia de Saúde da Família URBIS V.

Respeitando o estabelecido na Resolução do Conselho Nacional de Saúde 466/12, entende-se que o presente estudo prescinde de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) por se tratar de coleta de dados secundários, oriundos do processo assistencial da equipe de saúde da família que compõem o prontuário do cidadão, não havendo contato direto entre o pesquisador e os idosos participantes. O presente estudo ocorreu entre os meses de maio e dezembro de 2020, somente após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFBA parecer n° 3.969.730 (ANEXO 2).

#### 4.6 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DE DADOS

A digitação e tabulação dos dados coletados, bem como a análise foi realizada através da utilização do *software STATA®* da *StataCorp LLC*, versão 14.2. Para a análise de dados foi utilizada a análise estatística descritiva básica univariada (médias, medianas, distribuição de frequência, percentuais, correlações, medidas de dispersão e medidas de tendência central), e multivariada para a correlação de múltiplas variáveis simultaneamente. Foram utilizados o teste estatístico Qui-quadrado para variáveis qualitativas nominais e de Mann-Whitney para as

qualitativas ordinais. Utilizamos o modelo de regressão logística simples e com ajuste para as medidas de associação.

## 5 RESULTADOS

As características sociodemográficas dos idosos avaliados por esse estudo encontram-se apresentadas na Tabela 2. Os idosos avaliados tinham idade média de 72,4 anos (DP 8,35), sendo que a maioria era mulher, autodeclarada negra, com baixa escolaridade e residindo apenas com o cônjuge.

Quanto à fragilidade observou-se uma prevalência de Alta Vulnerabilidade Clínico-Funcional (AVCF) ou fragilidade em 15,8% dos idosos, Moderada Vulnerabilidade Clínico-Funcional (MVCF) ou pré-frágeis em 32,2% e foram considerados com Baixa Vulnerabilidade Clínico-Funcional (BVCF) ou robustos 52%. Para fins de análise, os idosos foram separados em dois grupos: BVCF (robustos ou sem fragilidade) e idosos com algum grau de fragilidade (somatórios dos idosos com MVCF e AVCF). Desta forma, observamos as características sociodemográficas segundo a fragilidade na população avaliada (Tabela 2).

Observa-se que dentre as mulheres, 47,5% apresentavam algum grau de fragilidade em comparação a 39,3% dos homens, demonstrando que em nossa população as mulheres apresentam um risco maior para a fragilidade. Quanto à raça, em nossa amostra, não houve associação estatística para fragilidade. Referente à escolaridade, a prevalência de fragilidade foi maior entre os idosos com baixa escolaridade (4 anos ou menos), associação que apresentou significância estatística. Quanto à situação de moradia, a prevalência de fragilidade foi maior entre os idosos que coabitavam com outros familiares que não sozinhos ou só com cônjuge (Tabela 3).

Quando analisados quanto à faixa etária, percebe-se que as pontuações tendem a aumentar conforme as faixas etárias mais longevas, sendo que a faixa etária de 85 anos ou mais tende a apresentar maior heterogeneidade de valores (Figura 2). Em nosso estudo utilizamos a variável dicotomizada, estipulando o ponto de corte em 80 anos, e observamos que a mediana das pontuações se eleva de 5 entre os idosos de 60 a 79 anos para 11 entre os idosos acima de 80 anos, sendo a associação entre idade acima de 80 anos e fragilidade estatisticamente significativa. Para obtenção da medida de associação ajustada entre fragilidade e a idade, foram selecionadas as covariáveis Sexo, Raça/cor e Polifarmácia (tabela 6) como confundidoras, incluídas no modelo final de análise obtivemos RP 1,85 (1,52-2,10), demonstrando associação entre idade de 80 anos ou mais e fragilidade, com significância estatística ( $p < 0,001$ ).

Tabela 2 – Medidas de tendência central, distribuição de características em idosos da Unidade Básica de Saúde, Bahia, Brasil, 2020 (n=354)

<b>Idade</b>	
<b>Média (DP)</b>	72,4 (8,35) anos
<b>Mediana</b>	71 anos
<b>Mínima</b>	60 anos
<b>25%</b>	65 anos
<b>75%</b>	78 anos
<b>Máxima</b>	97 anos
<b>Sexo</b>	
<b>Masculino</b>	135(38,1%)
<b>Feminino</b>	219(61,9%)
<b>Raça/Cor</b>	
<b>Branco</b>	115(32,5%)
<b>Preta</b>	26(7,3%)
<b>Parda</b>	198(55,9%)
<b>Amarela</b>	3(0,9%)
<b>Indígena</b>	2(0,6%)
<b>Ignorado</b>	10(2,8%)
<b>Escolaridade</b>	
<b>Não estudou</b>	76(21,5%)
<b>Estou até 4 anos</b>	120(33,9%)
<b>Entre 4 e 8 anos</b>	76(21,5%)
<b>8 anos ou mais</b>	46(13%)
<b>Ignorado</b>	36(10,1%)
<b>Arranjo de Moradia</b>	
<b>Sozinho</b>	33(9,3%)
<b>Só com cônjuge</b>	98(27,7%)
<b>Só com filhos</b>	59(16,7%)
<b>Com cônjuge e filhos</b>	58(16,4%)
<b>Só com netos</b>	10(2,8%)
<b>Com cônjuge e netos</b>	8(2,3%)
<b>Com cônjuge, filhos e netos</b>	13(3,7%)
<b>Com outros familiares</b>	12(3,4%)
<b>Com filhos e/ou netos e outros familiares</b>	30(8,5%)
<b>Outros arranjos de moradia</b>	7(1,9%)
<b>Ignorado</b>	26(7,3%)

Fonte: Elaborado pela autora (2021)

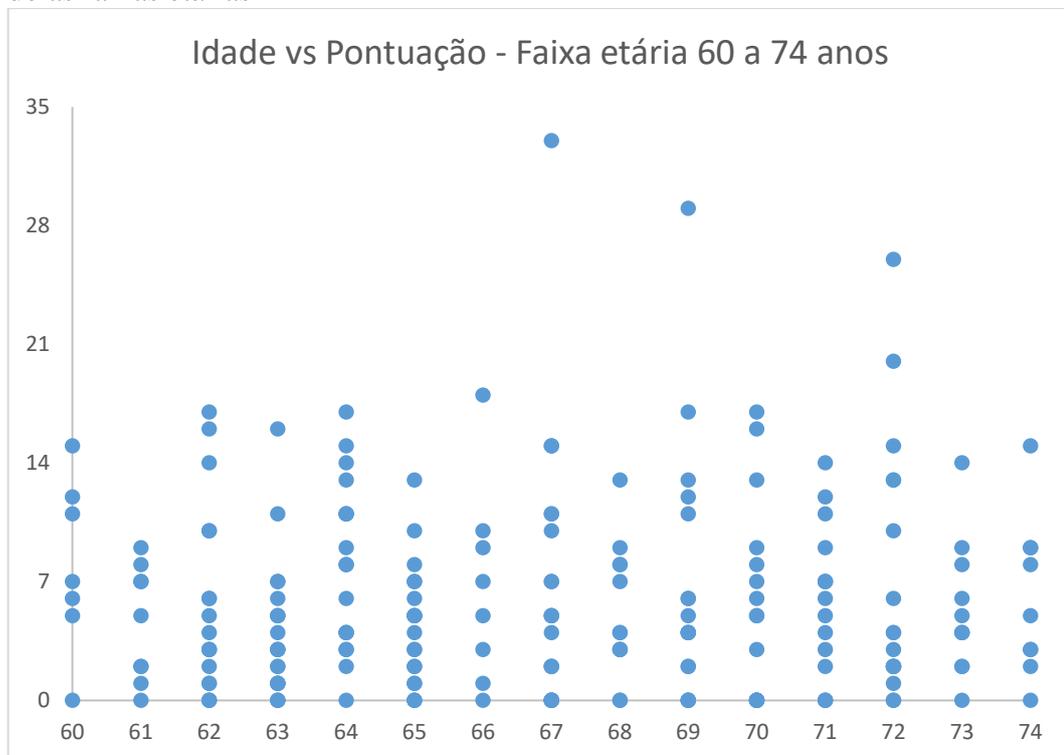
Tabela 3 – Distribuição de características de idade, sexo, raça/cor, escolaridade e arranjo de moradia e suas medidas de associação com Fragilidade em idosos da UBS, Bahia, Brasil, 2020 (n=354)

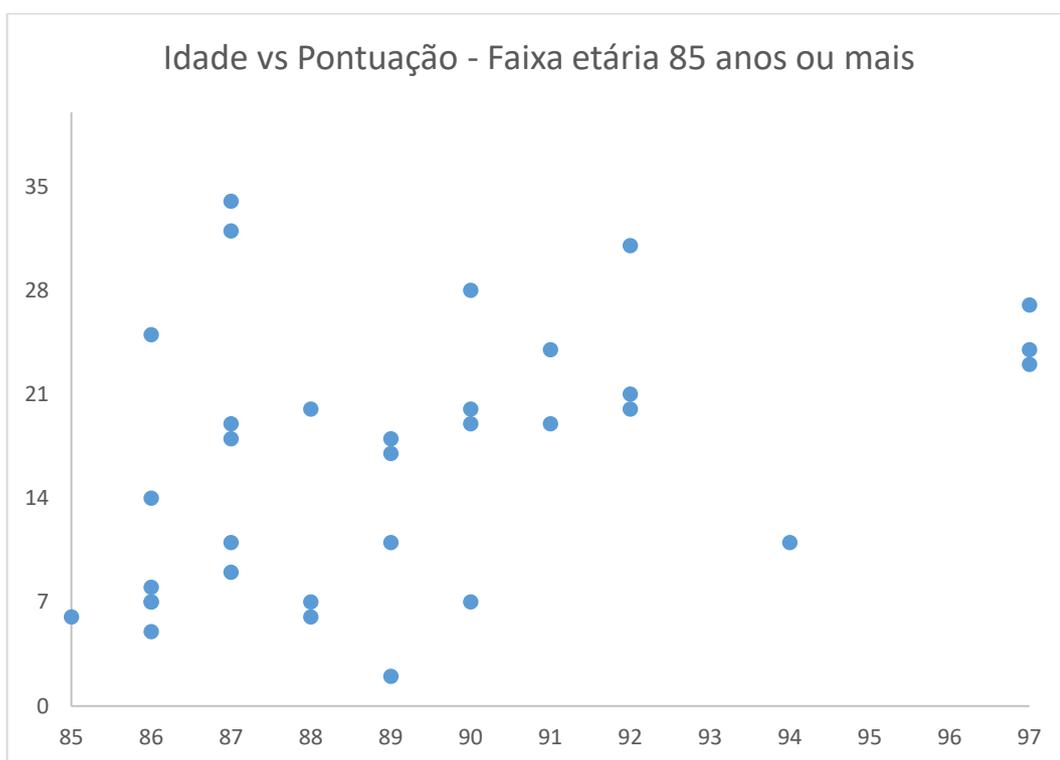
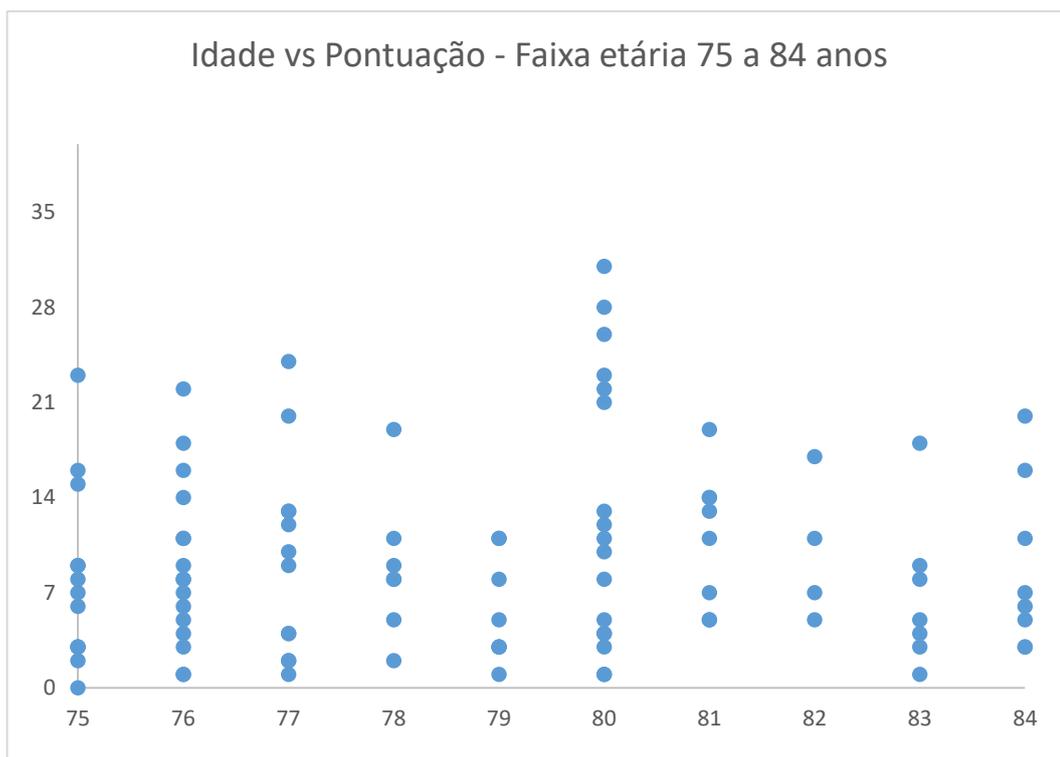
Características	Fragilidade		RP (IC 95%)	P-valor
	Sim n(%)	Não n(%)		
<b>Idade</b>				
<b>60-79 anos</b>	112(40,4%)	165(9,6%)	1,00	<0,01
<b>80+ anos</b>	56(72,7%)	21(27,3%)	1,80(1,47;2,19)	
<b>Sexo</b>				
<b>Masculino</b>	53(39,3%)	82(60,7%)	1,00	<0,01
<b>Feminino</b>	115(52,5%)	104(47,5%)	1,34(1,05;1,71)	
<b>Raça/cor</b>				
<b>Branços</b>	59(51,3%)	56(48,7%)	1,00	>0,01
<b>Não-Branços</b>	109(45,6%)	130(54,4%)	0,89(0,71;1,11)	
<b>Escolaridade</b>				
<b>Mais de 4 anos</b>	48(39,3%)	74(60,7%)	1,00	0,01
<b>4 anos ou menos</b>	104(53,1%)	92(46,9%)	1,34(1,04;1,74)	
<b>Arranjo de Moradia</b>				
<b>Sozinho ou só com cônjuge</b>	48(36,6%)	83(63,4%)	1,00	<0,01
<b>Com outros familiares</b>	109(55,3%)	88(44,7%)	1,51(1,16;1,95)	

Fonte: Elaborado pela autora (2021)

Legenda: RP: Razão de Prevalência; IC: Intervalo de Confiança; Para Moradia houve 26 ignorados.

Figura 2 – Gráficos de dispersão das pontuações finais do IVCF-20 conforme a idade, segundo as faixas etárias





Fonte: Elaborado pela autora (2021)

Com relação aos domínios avaliados pelo instrumento IVCF-20, foram analisadas as suas correlações com a fragilidade de acordo com a faixa etária e o sexo, (Tabelas 4 e 5 respectivamente). Dentre os domínios que se correlacionaram estatisticamente com a

fragilidade de acordo com as faixas etárias, observamos que houve associação entre a dependência para atividades de vida diária tanto básicas quanto instrumentais em idosos acima de 80 anos, a mobilidade associada tanto a membros superiores quanto membros inferiores (alcance, preensão e pinça; capacidade aeróbica e muscular; e marcha), porém não houve associação quanto à continência. Houve associação estatisticamente significativa entre a comunicação, tanto visão quanto audição; bem como a presença de comorbidades múltiplas.

No que concerne às comorbidades múltiplas, observamos uma prevalência de 4,8% de polipatologia, 25,1% de polifarmácia e 4,8% de internação recente na amostra total de indivíduos, demonstrando que a polifarmácia foi responsável por 83% das pontuações na dimensão de comorbidades múltiplas. Houve uma associação entre fragilidade e polifarmácia estatisticamente significativa, com risco relativo de 2,58 (IC 2,30;2,75;  $p < 0,0001$ ).

Na análise multivariada (Tabela 6), por sua vez, quando ajustada para idade, sexo e raça/cor, o RR se eleva para 2,59 com IC 2,29;2,77 ( $p < 0,0001$ ). Houve associação entre polifarmácia e o sexo feminino (RR 1,77 IC 1,16;2,70  $p < 0,01$ ). Já a presença de polipatologia associou-se à fragilidade com um risco relativo de 2,23 (IC95% 1,98;2,51,  $p = 0,00001$ ) e o histórico de internação recente apresentou RR 1,94 (IC95% 1,58;2,40,  $p = 0,0006$ ).

Tabela 4 – Associação entre faixa etária os domínios do IVCF-20 em idosos da UBS, Bahia, Brasil, 2020 (n=354)

<b>Faixa etária</b>	<b>60-79 anos n (%)</b>	<b>80+ anos n (%)</b>	<b>P-valor</b>
<b>Autopercepção da saúde</b>			0,699
<b>Excelente/Muito Boa/Boa</b>	137(49,5%)	40(51,9%)	
<b>Regular/ruim</b>	140(50,5%)	37(48,1%)	
<b>AIVD</b>			0,0001
<b>Independente</b>	230(83%)	38(49,4%)	
<b>Com dependência</b>	47(17%)	39(50,6%)	
<b>ABVD</b>			0,0001
<b>Independente</b>	270(97,5%)	64(83,1%)	
<b>Com Dependência</b>	7(2,5%)	13(16,9%)	
<b>Cognição</b>			0,788
<b>Sem déficit</b>	168(60,6%)	48(62,3%)	
<b>Com déficit</b>	109(39,4%)	29(37,7%)	
<b>Humor</b>			0,24
<b>Normal</b>	182(65,7%)	45(58,4%)	
<b>Alterado</b>	95(34,3%)	32(41,6%)	
<b>Alcance, Preensão e Pinça</b>			0,0004
<b>Capaz</b>	257(92,8%)	63(81,8%)	
<b>Incapaz</b>	20(7,2%)	14(18,2%)	
<b>Capacidade Aeróbica e Muscular</b>			0,0001
<b>Normal</b>	<b>189(68,2%)</b>	30(39%)	

<b>Faixa etária</b>	<b>60-79 anos n (%)</b>	<b>80+ anos n (%)</b>	<b>P-valor</b>
<b>Alterado</b>	88(31,8%)	47(61%)	
<b>Marcha</b>			0,001
<b>Normal</b>	191(68,9%)	37(48%)	
<b>Alterada</b>	86(31,1%)	40(52%)	
<b>Continência</b>			0,073
<b>Normal</b>	224(80,9%)	55(71,4%)	
<b>Alterada</b>	53(19,1%)	22(28,6%)	
<b>Visão</b>			0,018
<b>Sem problema incapacitante</b>	245(88,5%)	60(86,2%)	
<b>Com problema incapacitante</b>	32(11,5%)	49(13,8%)	
<b>Audição</b>			0,0001
<b>Sem problema incapacitante</b>	256(92,4%)	59(76,6%)	
<b>Com problema incapacitante</b>	21(7,6%)	18(23,4%)	
<b>Comorbidades Múltiplas</b>			0,012
<b>Não</b>	203(73,3%)	45(58,4%)	
<b>Sim</b>	74(26,7%)	32(41,6%)	
<b>Classificação Final</b>			0,0001
<b>BVCF</b>	164(59,2%)	20(26%)	
<b>MVCF</b>	87(31,4%)	27(35,1%)	
<b>AVCF</b>	26(9,4%)	30(38,9%)	

Fonte: Elaborado pela autora (2021)

Quando analisados os domínios conforme o sexo, observa-se uma associação significativa entre a autopercepção de saúde e a presença de comorbidades múltiplas e a fragilidade. Quanto a autopercepção de saúde, podemos observar que houve associação estatisticamente significativa entre o sexo feminino e autopercepção negativa da saúde, dentre os idosos que referiram perceber sua condição de saúde com regular ou ruim 67,2% eram mulheres. Essa associação apresentou RR 1,26 (IC95% 1,01;1,59,  $p= 0,04$ ). A dimensão autopercepção de saúde também apresentou correlação significativa com todas as demais dimensões avaliadas pelo instrumento. Autopercepção negativa de saúde, na população de estudo, pode ser considerada um preditor de fragilidade pelo modelo de regressão logística (RR 2,17 IC 95% 1,81;2,48,  $p= 0,0001$ ).

Por outro lado, avaliando os idosos robustos da amostra, percebe-se que maioria eram mulheres (55,9%), com faixa etária entre 60 e 79 anos (88,7%), de raça não-branca (69,2%), de baixa escolaridade (55,4%), vivendo sozinhos ou só com cônjuge (51,5%). Estatisticamente, todas as características sociodemográficas analisadas apresentaram associação significativa com robustez, exceto a raça. Vale ressaltar que o sexo feminino apresentou associação significativa tanto com robustez quanto com fragilidade.

Tabela 5 - Associação entre sexo e os domínios do IVCF-20 em idosos da UBS, Bahia, Brasil, 2020 (n=354)

	<b>Fem. n (%)</b>	<b>Masc. n (%)</b>	<b>Total n (%)</b>	<b>P-valor</b>
<b>Autopercepção da saúde</b>				<0,0001
<b>Excelente/Muito Boa/Boa</b>	100(45,7%)	77(57%)	177(50%)	
<b>Regular/ruim</b>	119(54,3%)	58(43%)	177(50%)	
<b>AIVD</b>				<0,00001
<b>Independente</b>	168(76,7%)	100(74,1%)	268(75,7%)	
<b>Com dependência</b>	51(23,3%)	35(25,9%)	86(24,3%)	
<b>ABVD</b>				0,515
<b>Independente</b>	208(95%)	126(93,3%)	334(94,3%)	
<b>Com Dependência</b>	11(5%)	9(6,7%)	20(5,7%)	
<b>Cognição</b>				0,137
<b>Sem déficit</b>	127(58%)	89(65,9%)	216(61%)	
<b>Com déficit</b>	92(42%)	46(34,1%)	138(39%)	
<b>Humor</b>				0,215
<b>Normal</b>	135(61,6%)	92(68,1%)	227(64,1%)	
<b>Alterado</b>	84(38,4%)	43(31,9%)	127(35,9%)	
<b>Alcance, Preensão e Pinça</b>				0,141
<b>Capaz</b>	194(88,6%)	126(93,3%)	320(90,4%)	
<b>Incapaz</b>	25(11,4%)	9(6,7%)	34(9,6%)	
<b>Capacidade Aeróbica e Muscular</b>				0,913
<b>Normal</b>	135(61,6%)	84(62,2%)	219(61,9%)	
<b>Alterado</b>	84(38,4%)	51(37,8%)	135(38,1%)	
<b>Marcha</b>				0,810
<b>Normal</b>	140(63,9%)	88(65,2%)	228(64,4%)	
<b>Alterada</b>	79(36,1%)	47(34,8%)	126(35,6%)	
<b>Continência</b>				0,668
<b>Normal</b>	171(78,1%)	108(80%)	279(78,8%)	
<b>Alterada</b>	48(21,9%)	27(20%)	75(21,2%)	
<b>Visão</b>				0,172
<b>Sem problema incapacitante</b>	193(88,1%)	112(83%)	305(86,2%)	
<b>Com problema incapacitante</b>	26(11,9%)	23(17%)	49(13,8%)	
<b>Audição</b>				0,274
<b>Sem problema incapacitante</b>	198(90,4%)	117(86,7%)	315(89%)	
<b>Com problema incapacitante</b>	21(9,6%)	18(13,3%)	39(11%)	
<b>Comorbidades Múltiplas</b>				0,024
<b>Não</b>	144(65,7%)	104(77%)	248(70,1%)	
<b>Sim</b>	75(34,3%)	31(23%)	106(29,9%)	
<b>Classificação Final</b>				0,001
<b>BVCF</b>	103(47%)	81(60%)	184(52%)	
<b>MVCF</b>	86(39,3%)	28(20,7%)	114(32,2%)	
<b>AVCF</b>	30(13,7%)	26(19,3%)	56(15,8%)	

Fonte: Elaborado pela autora (2021)

Tabela 6 – Medidas de associação brutas e ajustadas entre fragilidade e a idade, o sexo, a raça/cor e a presença de polifarmácia, Vitória da Conquista, Bahia, Brasil, 2020 (n=354)

	<b>Razão de Prevalência Bruta (IC 95%)</b>	<b>P-valor</b>	<b>Razão de Prevalência Ajustada (IC 95%)*</b>	<b>P-valor</b>
<b>Idade</b>	1,80 (1,49-2,03)	<0,001	1,85 (1,52-2,10)	<0,001
<b>Sexo</b>	1,34 (1,06-1,60)	0,01	1,29 (0,96-1,61)	0,08
<b>Raça/cor</b>	0,78 (0,67-1,09)	0,27	0,94 (0,69-1,20)	0,67
<b>Polifarmácia</b>	2,58 (2,30-2,75)	<0,001	2,59 (2,29-2,77)	<0,001

\*Ajustado por Idade, Sexo, Raça/cor e Polifarmácia

Fonte: Elaborado pela autora (2021)

## 6 DISCUSSÃO

### 6.1 FRAGILIDADE E ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Nosso estudo revelou uma prevalência de fragilidade na população estudada de 15,8%, compatível com os estudos mais recentes realizados com idosos brasileiros na comunidade, nos quais a prevalência de fragilidade variou de 11% e 28,2% (ARAÚJO JUNIOR *et al.*, 2019; BOLINA *et al.*, 2019; BRIGOLA *et al.*, 2020; CARNEIRO *et al.*, 2020; FREITAS *et al.*, 2020; GROSS *et al.*, 2018; JESUS *et al.*, 2017; LENARDT *et al.*, 2016; LINS *et al.*, 2019; MAIA *et al.*, 2020; OLIVEIRA *et al.*, 2020; SOUSA *et al.*, 2018).

Quando se compara os resultados do presente estudo para qualquer grau de fragilidade (isto é, idosos classificados como AVCF e MVCF), percebe-se que 47,5% da amostra apresenta algum grau de fragilidade, resultado ligeiramente inferior ao apresentado por Alexandrino *et al.* (2019) e Oliveira *et al.* (2020) que apresentaram uma prevalência de algum grau de fragilidade de 59,1% e 48,1%, respectivamente.

A prevalência de fragilidade aumenta conforme a idade e se mostrou maior entre os idosos com 80 anos ou mais. De maneira semelhante, diversos estudos demonstraram associação positiva entre idade igual ou maior que 80 anos e fragilidade. A associação entre fragilidade e idade é, em certa medida, esperada, uma vez que o envelhecimento se dá através da redução da reserva fisiológica mediante danos moleculares e celulares, variáveis conforme as características ambientais e sociais (CARNEIRO *et al.*, 2020; GROSS *et al.*, 2018; LINS *et al.*, 2019; PERRACINI; FLÓ, 2019).

Quanto ao sexo, o presente estudo demonstrou associação entre sexo feminino e fragilidade, corroborando o que se encontra na literatura contemporânea sobre a temática. Mulheres tendem a viver mais, superando as mortes precoces em consequência de acidentes e violência, além de, durante a idade reprodutiva, terem maior acesso à rede de assistência à saúde. Em revisão sistemática sobre fragilidade, utilizando-se o *Frailty Index Score*, ficou demonstrado que as mulheres apresentam escores mais elevados em todas as faixas etárias, porém, elas toleram os eventos adversos relacionados à fragilidade melhor e, portanto, vivem mais do que os homens. O tempo médio de sobrevivência com incapacidade, portanto, é maior entre as mulheres. (FERNANDES *et al.*, 2013; GORDON *et al.*, 2017; LINS *et al.*, 2019; PERRACINI; FLÓ, 2019).

Fatores socioculturais também estão associados à fragilidade em idosos, aqui enfatizamos a baixa escolaridade, visto ser o estado da Bahia aquele com maior número de pessoas analfabetas do país. A escolaridade é um fator de risco modificável para fragilidade e tem impacto também em outras dimensões de saúde, como cognição e humor. Estudos também apontam que pessoas com baixa escolaridade têm menores chances de reabilitação e maiores de fragilização no curto prazo. Além disso, baixa escolaridade está frequentemente associada a hábitos de vida não saudáveis, como consumo de bebidas alcóolicas, tabagismo e obesidade (ETMAN *et al.*, 2015; IKEDA *et al.*, 2019; LEE *et al.*, 2018).

Deve-se salientar, porém, que dado o caráter multifatorial da síndrome da fragilidade, o impacto da baixa escolaridade na velhice pode ser reduzido mediante as condições de saúde do indivíduo, como ficou demonstrado, por exemplo, em estudo longitudinal realizado na Holanda. Outro estudo europeu que pesquisou a trajetória de fragilidade entre idosos na comunidade em 10 países demonstrou que as diferenças educacionais e ocupacionais continuam a ter impacto na fragilidade com o envelhecimento, impacto reconhecido como sendo maior que o impacto da renda (HOOGENDIJK *et al.*, 2014; STOLZ *et al.*, 2017).

Com relação às condições de moradia, cabe salientar que os idosos que vivem sozinhos ou somente com cônjuges apresentaram menores índices de fragilidade, o que deve ser observado com cautela, visto que idosos frágeis frequentemente apresentam declínio funcional e, portanto, necessitam de auxílio para as atividades de vida diária. A literatura atual apresenta resultados conflitantes nesse aspecto. Uma revisão sistemática e meta-análise publicada em 2020 demonstrou que idosos vivendo sozinhos são mais propensos a apresentar fragilidade, especialmente os idosos do sexo masculino). Vale ressaltar ainda que morar sozinho ou só com cônjuge demanda manutenção da funcionalidade e renda suficiente, o que ocorre em decorrência de manutenção da independência e autonomia. Em contrapartida, em nosso estudo observamos que os idosos que residem com outros familiares apresentam maior prevalência de fragilidade e maior grau de dependência funcional. (KOJIMA *et al.*, 2020)

## 6.2 FRAGILIDADE E DIMENSÕES DE SAÚDE

As dimensões de saúde utilizadas pelo IVCF-20 são reconhecidamente associadas à fragilidade. Reconhecer, nos idosos da comunidade avaliada, as dimensões de saúde que mais comumente se associam à fragilidade pode resultar em reconhecimento das principais

condições que acometem a população e na elaboração de estratégias de prevenção e reabilitação efetivas.

O presente estudo demonstrou a associação entre a autopercepção negativa de saúde e a fragilidade em idosos (as). A autopercepção de saúde indica a percepção subjetiva do estado de saúde do indivíduo e se associa ao desempenho funcional, cognitivo e emocional. Idosos com fragilidade frequentemente avaliam negativamente sua saúde e idosos longevos tendem a avaliar melhor as condições de saúde, sugerindo uma maior aceitação das condições de saúde associadas ao envelhecimento. Outra explicação possível seria o efeito da sobrevivência seletiva de idosos mais saudáveis. Estudos revelam a associação entre capital social (número de amigos e convivência comunitária, por exemplo) e a autopercepção de saúde (CARNEIRO, 2020a; LOCH *et al.*, 2015; TOVEL *et al.*, 2019).

Nesse sentido, o reconhecimento de idosos com autopercepção negativa de saúde no âmbito da ESF pode ser considerado um importante impulsionador de estratégias comunitárias e criação de grupos operativos para promover convívio social e hábitos de vida saudáveis na população.

As atividades de vida diária – básicas e instrumentais – estão intimamente relacionadas ao desenvolvimento de fragilidade. No que se refere à APS, identificar idosos com dependência funcional é de extrema importância, visto que o acesso independente do idoso à UBS está condicionado à manutenção de sua capacidade funcional. Idosos totalmente dependentes para AVD frequentemente não conseguem se deslocar sozinhos para os atendimentos e tendem a ser domiciliados. A quantidade de visitas domiciliares ofertadas a esses idosos devem ser programadas baseando-se no quantitativo de que apresentam restrições para AVD e/ou alterações de mobilidade.

Idosos frágeis tem 1,27 vezes mais chances de apresentar declínio cognitivo quando comparados a indivíduos não frágeis. A fragilidade, portanto, pode ser considerada um fator de risco para o desenvolvimento de demências. De modo semelhante, os estudos evidenciam que o declínio cognitivo pode ser considerado um fator de risco independente para fragilidade. Segundo Brigola *et al.* (2020), as chances de idosos pré-frágeis apresentarem declínio cognitivo são 330% maiores se comparadas com idosos robustos (BRIGOLA *et al.*, 2020; KHEZRIAN *et al.*, 2017; MIYAMURA *et al.*, 2019).

Os transtornos de humor, em especial a presença de sintomas depressivos, também podem ser interpretados como preditores de fragilidade. Alguns estudos demonstram que, apesar do adequado tratamento dos sintomas depressivos com medicamentos, a associação

entre depressão e fragilidade permanece positiva ao longo do tempo. É de se esperar, de maneira semelhante, que a presença de síndrome de fragilidade aumente o risco do desenvolvimento de sintomas depressivos, caracterizando uma relação bidirecional (NASCIMENTO; BATISTONI, 2019).

Desta forma, apesar de nosso estudo não ter demonstrado associação estatisticamente significativa entre os domínios cognição e humor e a fragilidade, ambos os domínios devem ser considerados isoladamente ao observarmos a população de estudo. As proporções de idosos com algum déficit cognitivo (39%) e com alteração de humor (35,9%) são significativas e, conforme o sinalizado, podem ser preditoras de desenvolvimento de fragilidade.

As alterações de mobilidade são aqui descritas como alcance, preensão e pinça (referente à função dos membros superiores), capacidade aeróbica e muscular e marcha (referentes à função de membros inferiores e status nutricional), além da continência esfinteriana. São, portanto, variáveis físicas e implicadas na gênese da síndrome da fragilidade. Já a capacidade de comunicação inclui, pelo instrumento IVCF-20, acuidade visual e auditiva suficientes para a manutenção das atividades do cotidiano. Em síntese, idosos com perda de peso não intencional, perda de massa muscular e força, marcha lentificada, com quedas frequentes, incontinentes e/ou com acuidade visual e auditiva reduzidas são idosos vulneráveis. Reconhecer essas condições e planejar ações de reabilitação, acessibilidade, amparo social e promoção de saúde são fundamentais para garantir a integralidade de atenção à saúde da população idosa na comunidade.

Em se tratando de comorbidades múltiplas, destaca-se a associação entre fragilidade e polifarmácia que, apesar de amplamente reconhecida, é difícil se estabelecer uma relação de causalidade. Em revisão sistemática recente, os autores listaram alguns estudos demonstrando maior probabilidade de desenvolver fragilidade em pacientes em que se identificou polifarmácia. Além disso, ficou demonstrado que quanto maior o número de medicamentos, maior o risco (GUTIÉRREZ-VALENCIA *et al.*, 2018).

Um estudo brasileiro realizado com idosos de UBS apontou associação de 3,36 (IC95% 3,01-3,75) entre fragilidade e polifarmácia. Outro estudo nacional identificou um risco duas vezes maior de fragilidade no grupo de idosos que utilizavam 5 ou mais medicações. Desta forma, revisões rotineiras das prescrições visando reduzir o número de medicações utilizadas constitui estratégia importante para a redução da fragilidade e melhora da qualidade de vida dos idosos da comunidade (MAIA *et al.*, 2020; PAGNO *et al.*, 2018).

No que tange à presença de polipatologia e sua associação com a fragilidade, uma série de instrumentos trazem o número de patologias como um dos critérios para definição de fragilidade. Vale ressaltar que a prevalência de doenças crônicas aumenta com a idade e um número significativo de doenças prevalentes cursam com perda de capacidade aeróbica e muscular, além de maior necessidade de assistência médica e uso de medicações. Idosos com polipatologia também estão mais suscetíveis a hospitalizações e frequentemente evoluem com declínio funcional (FERRUCCI; FABRI, 2018; ZAZZARA *et al.*, 2019).

Reconhecer e tratar adequadamente DCNT em idosos bem como estabelecer estratégias de prevenção eficientes considerando os fatores de risco existentes na população da UBS são importantes aliados na redução da prevalência de idosos frágeis na comunidade.

### 6.3 PROPOSTA DE FLUXOGRAMA PARA ATENDIMENTO DE IDOSOS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM VITÓRIA DA CONQUISTA

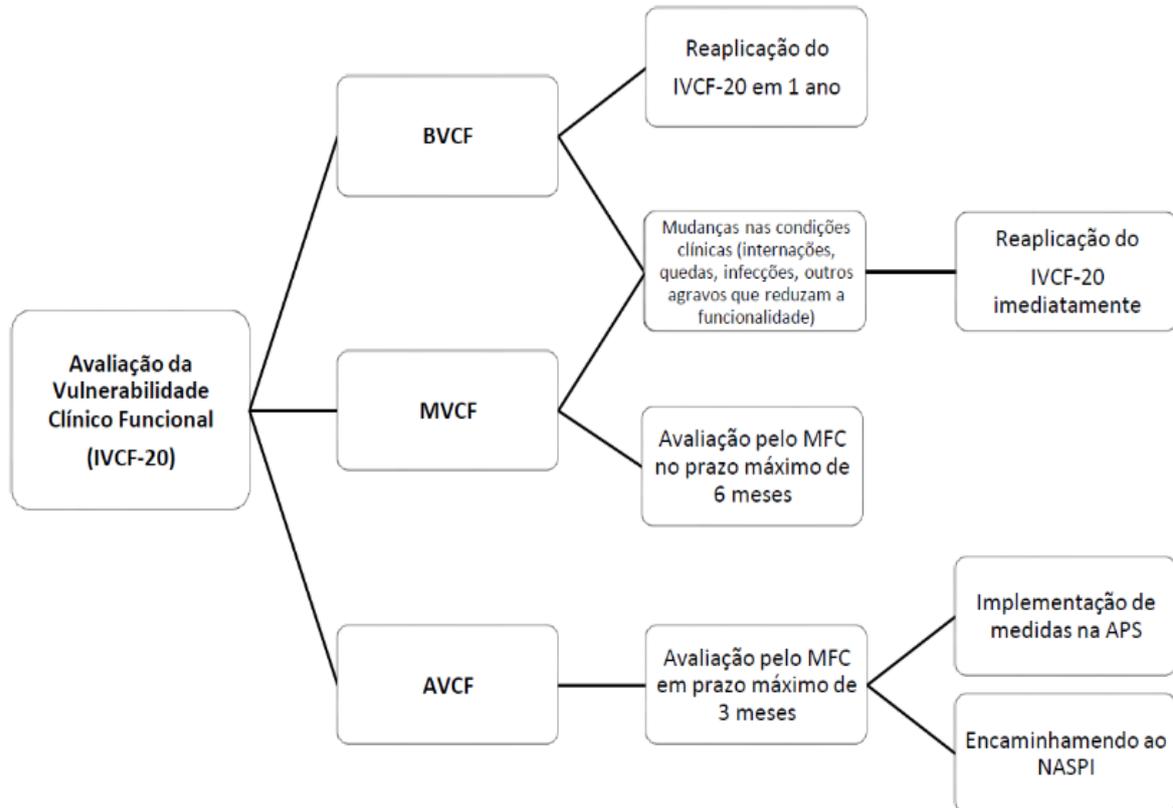
Partindo-se dos resultados do presente estudo, percebe-se a importância de se estabelecer um processo de trabalho dentro da ESF que compreenda a pessoa idosa em todas as suas dimensões de saúde, sendo capaz de reconhecer os idosos frágeis e em risco de fragilização. O MS em Nota Técnica (NT) trouxe um guia de orientação para as secretarias estaduais e municipais de saúde sobre a Saúde da Pessoa Idosa (2019) que traz o IVCF-20 como instrumento útil tanto na avaliação de risco dos idosos quanto para auxiliar o acompanhamento clínico desses indivíduos (BRASIL, 2019).

Sendo assim, estabelece fluxograma do atendimento ao idoso na Rede de Atenção à Saúde que se inicia, após correto cadastro e captação do idoso para acompanhamento na UBS, pela aplicação do IVCF-20 e consequente estratificação de risco clínico funcional. A partir da estratificação, o idoso seguirá fluxo interno ou externo à UBS, de acordo com suas necessidades individuais. Idosos robustos e em risco de fragilização deverão ser avaliados pela equipe multiprofissional da ESF. Idosos frágeis deverão ter seus cuidados compartilhados com equipe especializada (BRASIL, 2019).

Seguindo as orientações da NT e considerando os recursos disponíveis na rede de saúde do município, propomos um fluxograma para atendimento da pessoa idosa coordenado pela AB (Figura 2). O objetivo do fluxograma é aprimorar o processo de trabalho da equipe, de modo a fornecer informações através do IVCF-20 sobre as condições de saúde da pessoa idosa, orientando as principais dimensões que devem ser consideradas na implementação de medidas

de prevenção em todos os níveis, fortalecendo assim o plano de cuidados, melhorando as condições de saúde e a qualidade de vida dos idosos comunitários.

Figura 3 - Fluxograma de atendimento da pessoa idosa nas UBS de Vitória da Conquista



Fonte: Elaborado pela autora (2021)

Entende-se que, apesar do município em questão não contar com serviço de atendimento especializado, aqui chamado de Núcleo de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa (NASPI), os resultados apresentados neste trabalho subsidiam o pleito para que seja estabelecido serviço multiprofissional e interdisciplinar que possa suprir a demanda, visto o número estimado de idosos frágeis ser expressivo.

A ausência de serviço especializado não inviabiliza, no entanto, a aplicação do fluxograma, uma vez que o município conta com centro de especialidades e centro de reabilitação, para as quais os idosos podem ser encaminhados de acordo com as necessidades específicas verificadas em consulta com o Médico de Família e Comunidade (MFC).

## 7 CONCLUSÃO

Os resultados apontaram que os idosos avaliados tinham idade média de 72,4 anos, em maioria do sexo feminino, autodeclarada negra, com baixa escolaridade e residindo apenas com o cônjuge. Quanto à fragilidade observou-se uma prevalência de Alta Vulnerabilidade Clínico-Funcional (AVCF) ou fragilidade em 15,8% dos idosos, Moderada Vulnerabilidade Clínico-Funcional (MVCF) ou pré-frágeis em 32,2% e foram considerados com Baixa Vulnerabilidade Clínico-Funcional (BVCF) ou robustos 52%.

A Fragilidade foi mais frequente entre as mulheres, os mais velhos, os com baixa escolaridade, os com coabitação com outros familiares que não sozinhos ou só com cônjuge, os com maior polifarmácia, polipatologia, histórico de internação recente e autopercepção de saúde negativa. A robustez foi mais frequente nas mulheres, nas pessoas idosas mais jovens, nos com baixa escolaridade e naqueles vivendo sozinhos ou só com cônjuge.

Por tratar-se de estudo com delineamento transversal não é possível, com nossos resultados, estabelecer relações de causalidade, o que constitui uma limitação. No entanto, traz importantes considerações sobre as características epidemiológicas da população estudada. Estudos longitudinais podem ser estimulados e mais evidências surgirem. Além disso, o estudo traz apontamentos para a elaboração de políticas de saúde pública voltadas para uma população que até então esteve pouco em evidência no âmbito municipal.

Cabe destacar que, a presente pesquisa ocorreu em período imediatamente anterior ao início da pandemia do Coronavírus, o que trouxe à tona uma infinidade de questões de saúde pública, especialmente na população idosa. O reconhecimento desse grupo populacional como prioritário para o sistema de saúde tornou-se imperativo. Pesquisas como a nossa auxiliam as gestões municipais a reconhecer as dimensões de saúde envolvidas na qualidade de vida dos idosos, além de estimular as equipes a identificarem suas populações adstritas para desenvolver ações de promoção e prevenção no âmbito local. Equipes que anteriormente mantinham seus cadastros de idosos atualizados se beneficiaram nesse período de isolamento social imposto pela pandemia e conseguiram minimizar seus impactos.

Nesse sentido, torna-se possível reconhecer que os objetivos de estudo foram alcançados e espera-se poder estimular outras equipes de UBS locais a realizar o rastreamento em seus idosos e aplicar o fluxograma proposto, ampliando assim o impacto positivo na qualidade de assistência à saúde da pessoa idosa no município e favorecendo as políticas públicas voltadas para essa população.

A saber as hipóteses levantadas para o estudo desenvolvido foram aceitas porque os resultados apresentados pela pesquisa apontaram que, quanto mais elevada a faixa etária dos indivíduos idosos avaliados, maior foi a vulnerabilidade apresentada. E ainda, o fato de residirem sozinhos os tornam sim mais independentes e com maior nível de autonomia nas suas AVD.

## REFERÊNCIAS

- ABBASI, M. *et al.* Identification and management of frailty in the primary care setting. **CMAJ**, Canadian, vol. 190, n. 38, p. 1134-1140, sep. 2018.
- AGUAYO, G. A. *et al.* Agreement Between 35 Published Frailty Scores in the General Population. **Am. J. Epidemiol.**, New York, v. 15, n. 186, p. 420-434, aug. 2017.
- AGUAYO, G. A. *et al.* Comparative analysis of the association between 35 frailty scores and cardiovascular events, cancer, and total mortality in an elderly general population in England: An observational study. **PLoS medicine**, Maryland, v. 15, n. 3, p. 25-43, mar. 2018.
- ALCÂNTARA, A. O.; CAMARANO, A. A.; GIACOMIN, K. C. **Política Nacional do Idoso: velhas e novas questões**. Rio de Janeiro: IPEA, 2016.
- ALEXANDRINO, A. *et al.* Evaluation of the clinical-functional vulnerability index in older adults. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 01-12, mar. 2019.
- ANDRADE, J. M. *et al.* Frailty profile in Brazilian older adults: ELSI-Brazil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.52, n.2, p. 01-10, mai. 2018.
- ARAUJO JUNIOR, F. B. *et al.* Fragilidade, perfil e cognição de idosos residentes em área de alta vulnerabilidade social. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 3047-3056, ago. 2019.
- BANCO MUNDIAL. **Envelhecendo em um Brasil mais velho: implicações do envelhecimento populacional para o crescimento econômico, a redução da pobreza, as finanças públicas e a prestação de serviços**. Washington: The World Bank; 2011.
- BARBOSA, S. R.; MANSUR, H. N.; COLUGNATI, F. A. B. Impacts of frailty on the negative health outcomes of elderly Brazilians. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 836-844, nov. 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 2.528 de 19 de outubro de 2006**. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: MS, 2006. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528\\_19\\_10\\_2006.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html). Acesso em: 20 jan. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e Outras Estratégias da SAS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Orientações técnicas para a implementação de Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa no Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/>. Acesso em: 5 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **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. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein. Ministério da Saúde, 2019.

BRIGOLA, A. G. *et al.* Association between cognitive impairment and criteria for frailty syndrome among older adults. **Arq. Neuro-Psiquiatr.**, São Paulo, v. 78, n. 1, p. 2-8, jan. 2020.

CAMARANO, A (Org). **Cuidados de Longa Duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?** Rio de Janeiro: IPEA, 2010.

CAMPOS, A. C. V.; FERREIRA, E. F.; VARGAS, A. M. D. Determinantes do envelhecimento ativo segundo a qualidade de vida e gênero. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 7, p. 2221–2237, mar. 2015.

CARMO, J. A. **Proposta de um índice de vulnerabilidade clínico-funcional para a atenção básica: um estudo comparativo com a avaliação multidimensional do idoso.** Dissertação de mestrado (Promoção de Saúde e Prevenção de Violência). 2014. 115 f. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2014.

CARNEIRO, J. A. *et al.* Frailty in community-dwelling older people: comparing screening instruments. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 54, n. 119, p. 15-31, dez. 2020.

CARNEIRO, J. A. *et al.* Autopercepção negativa da saúde: prevalência e fatores associados entre idosos assistidos em centro de referência. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 909-918, mar. 2020a.

CASTRO-COSTA, E.; LIMA-COSTA, M. F.; ANDRADE, F. B. de; SOUZA JUNIOR, P. R. B. de; FERRI, C. P. Cognitive function among older adults: ELSI-Brazil results. **Revista de Saúde Pública**, [S. l.], v. 52, n. Suppl 2, p. 4s, 2019.

CENTRO INTERNACIONAL DE LONGEVIDADE BRASIL - ILC-BRASIL. **Envelhecimento Ativo: Um Marco Político em Resposta à Revolução da Longevidade.** Rio de Janeiro, 2015.

EAMER, G. *et al.* Comprehensive geriatric assessment for older people admitted to a surgical service. **The Cochrane Database Of Systematic Reviews**, Illinois, v. 1, n. 1, p. 01-10, jan. 2018.

ELLIS, G. *et al.* Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital. **The Cochrane Database Of Systematic Reviews**, Illinois, v. 9, n. 9, p. 12-24, sep. 2017.

ETMAN, A. *et al.* Do lifestyle, health and social participation mediate educational inequalities in frailty worsening? **Eur. J. Public Health.**, England, v. 25, n. 2, p. 345-50, apr. 2015.

FALLER, J. W. *et al.* Instruments for the detection of frailty syndrome in older adults: A systematic review. **PLoS ONE**, Maryland, v. 14, n. 4, p. 01-10, abr. 2019.

- BOLINA, A. F. *et al.* Factors associated with the social, individual and programmatic vulnerability of older adults living at home. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 53, n. 1, p. 01-09, set. 2019.
- FERNANDES, H. C. L. *et al.* Avaliação da fragilidade de idosos atendidos em uma unidade da Estratégia Saúde da Família. **Texto Contexto - Enferm.**, Florianópolis, v. 22, n. 2, p. 423-431, jun. 2013.
- FERNANDES, S. F. **Hospitalizações de idosos por condições sensíveis à atenção primária no Brasil**. Rio Grande do Sul: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2015.
- FERRAZ, A. E. Q. **O espaço em movimento**: o desvelar da rede nos processos sociotécnicos do sistema de saúde de Vitória da Conquista – Bahia. São Cristóvão: Universidade Federal de Sergipe, 2009.
- FERRUCCI, L.; FABBRI E. Inflammaging: chronic inflammation in ageing, cardiovascular disease, and frailty. **Nat. Rev. Cardiol.**, Illinois, v. 15, n. 9, p. 505-522, sep. 2018.
- FHON, J. R. S. *et al.* Queda e sua associação à síndrome da fragilidade no idoso: revisão sistemática com metanálise. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 50, n. 6, p. 1005-1013, dec. 2016.
- FIOCRUZ. **Sistema de Indicadores de saúde e Acompanhamento de Políticas Públicas do Idoso (SISAP-Idoso)**. Disponível em: <https://sisapidoso.icict.fiocruz.br>. Acesso em: 28 mar. 2020.
- FREITAS, E.V. *et al.* **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 4. ed. São Paulo: Grupo Editorial Nacional (GEN), 2017.
- FREITAS, F, F. Q. *et al.* Fragilidade em idosos na Atenção Primária à Saúde: uma abordagem a partir do geoprocessamento. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 11, p. 4439-4450, nov. 2020.
- GARRARD, J. W. *et al.* Comprehensive Geriatric Assessment in Primary Care: A Systematic Review. **Aging Clin. Exp. Res.**, London, v. 32, n. 2, p. 197-205, feb, 2020.
- GROSS, C. B. *et al.* Níveis de fragilidade de idosos e sua associação com as características sociodemográficas. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 209-216, mar. 2018.
- GORDON, E. H. *et al.* Sex differences in frailty: A systematic review and meta-analysis. **Exp. Gerontol.**, Illinois, v. 89, n. 1, p. 30-40, mar. 2017.
- GUTIÉRREZ-VALENCIA, M. *et al.* The relationship between frailty and polypharmacy in older people: A systematic review. **Br. J. Clin. Pharmacol.**, Maryland, v. 84, n. 7, p. 1432-1444, jul. 2018.
- HERRING, J. **Vulnerable Adults and the Law**. London: Oxford University Press, 2016.

HOOGENDIJK, E. O. *et al.* Explaining the association between educational level and frailty in older adults: results from a 13-year longitudinal study in the Netherlands. **Ann. Epidemiol.**, Maryland, v. 24, n. 7, p. 538-44, jul. 2014.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Indicadores Sociais Municipais**: Uma análise dos resultados do universo do Censo Demográfico 2010. Rio de Janeiro: Estudos e Pesquisas Informação Demográfica e Socioeconômica. 2010.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **IBGE Cidades**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/vitoria-da-conquista/panorama>. Acesso em: 24 jun. 2019.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Agência IBGE Notícias**. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/21837-projecao-da-populacao-2018-numero-de-habitantes-do-pais-deve-parar-de-crescer-em-2047>. Acesso em: 24 jun. 2019.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Agência IBGE Notícias**. Com envelhecimento, cresce número de familiares que cuidam de idosos no país. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/27878-com-envelhecimento-cresce-numero-de-familiares-que-cuidam-de-idosos-no-pais>. Acesso em: 21 jul. 2021.

IKEDA, T. *et al.* Income and education are associated with transitions in health status among community-dwelling older people in Japan: the JAGES cohort study. **Fam. Pract.**, London, v. 18, n. 36, p. 713-722, nov. 2019.

JESUS, I. T. M. de *et al.* Fragilidade de idosos em vulnerabilidade social. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 30, n. 6, p. 614-620, dec. 2017.

KHEZRIAN, M. *et al.* A Review of Frailty Syndrome and Its Physical, Cognitive and Emotional Domains in the Elderly. **Geriatrics**, Switzerland, v. 2, n. 4, p. 36-46, nov. 2017.

KOJIMA, G. *et al.* Association between frailty and quality of life among community-dwelling older people: A systematic review and meta-analysis. **J. Epidemiol. Community Health**, London, v. 70, n. 7, p. 716-21, jul. 2016.

KOJIMA, G. *et al.* Frailty syndrome: implications and challenges for health care policy. **Risk Manag. Healthc. Policy**, Maryland, v. 12, n. 1, p. 23-30, feb. 2019.

KOJIMA, G. Increased costs associated with frailty among community-dwelling older people: A systematic review and meta-analysis. **Arch. Gerontol. Geriatr.**, Illinois, v. 84, n. 1, p. 01-10, sep./oct. 2019.

KOJIMA, G. *et al.* "Is living alone a risk factor of frailty? A systematic review and meta-analysis." **Ageing research reviews**, vol. 59, 2020.

LEE, D. R. *et al.* Understanding functional and social risk characteristics of frail older adults: a cross-sectional survey study. **BMC Fam. Pract.**, New York, v. 19, n. 1, p. 170-81, oct. 2018.

- LENARDT, M. H. *et al.* Fragilidade e qualidade de vida de idosos usuários da atenção básica de saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 69, n. 3, p. 478-483, jun. 2016.
- LINS, M. E. M. *et al.* Risco de fragilidade em idosos comunitários assistidos na atenção básica de saúde e fatores associados. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 121, p. 520-529, apr. 2019.
- LOCH, M. R. *et al.* Associação entre capital social e autopercepção de saúde em adultos brasileiros. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 49, n. 53, p. 01-09, ago. 2015.
- MACINKO, J. *et al.* Primary care and healthcare utilization among older Brazilians (ELSI-Brazil). **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 52, n. 2, p. 01-10, mai. 2018.
- MAIA, L. C. *et al.* Fragilidade em idosos assistidos por equipes da atenção primária. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 12, p. 5041-5050, dec. 2020.
- MAIA, L. C. *et al.* Robust older adults in primary care: factors associated with successful aging. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 54, n. 35, p. 01-15, mar. 2020.
- MELO-SILVA, A. M. DE *et al.* Hospitalizations among older adults: Results from ELSI-Brazil. **Rev. Saude Publica**, São Paulo, v. 52, n. 2, p. 01-11, oct. 2018.
- MIYAMURA, K. *et al.* Frailty syndrome and cognitive impairment in older adults: systematic review of the literature. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 27, n. 1, p. 01-12, nov. 2019.
- MILLER, J. M. International Human Rights and the Elderly. **Marquette Elder's Advisor**, Massachusetts, v. 11, n. 2, p. 343-365, sep. 2010.
- MORAES, E. N. **Atenção à saúde do idosos: Aspectos Conceituais**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.
- MORAES, E. N.; MORAES, F. L. **Avaliação Multidimensional do Idoso**. 4. ed. Belo Horizonte: Folium, 2014.
- NASCIMENTO, P. P.; BATISTONI, S. S. T. Depressão e fragilidade na velhice: uma revisão narrativa das publicações de 2008-2018. **Interface (Botucatu)**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 01-16, mar. 2019.
- NUGG/UFGM. Núcleo de Geriatria e Gerontologia da Universidade Federal de Minas Gerais. **IVCF-20**. Disponível em: <https://www.ivcf-20.com.br>. Acesso em: 25 jun. 2019.
- OLIVEIRA, C. E. S. *et al.* Vulnerabilidade clínico-funcional de idosos em um centro de convivência. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 33, n. 1, p. 01-08, out. 2020.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE – OPAS. Assembleia Geral da ONU declara 2021-2030 como Década do Envelhecimento Saudável, 14 dez 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/14-12-2020-assembleia-geral-da-onu-declara-2021-2030-como-decada-do-envelhecimento>. Acesso em: 21 jul 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. **Relatório mundial de envelhecimento e saúde**. Genebra, 2015. Disponível em: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO\\_FWC\\_ALC\\_15.01\\_por.pdf;jsessionid=94610622C6721B936BCFB020D780DAD2?sequence=6](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf;jsessionid=94610622C6721B936BCFB020D780DAD2?sequence=6). Acesso em: 25 jun. 2019.

PAGNO, A. R. *et al.* Drug therapy, potential interactions and iatrogenesis as factors related to frailty in the elderly. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 588-596, oct. 2018.

PARANHOS, D. G. A. M.; ALBUQUERQUE, A.; GARRAFA, V. Vulnerabilidade do paciente idoso à luz do princípio do cuidado centrado no paciente. **Saude Soc.**, São Paulo, v. 26, n. 4, p. 932-942, dez. 2017.

PEREIRA, A. A.; BORIM, F. S. A.; NERI, A. L. Ausência de associação entre o índice de fragilidade e a sobrevivência de idosos no Brasil: Estudo FIBRA. **Cad. Saúde Pública**, São Paulo, v. 33, n. 5, p. 01-15, jul. 2017.

PERRACINI M. R; FLÓ C. M. **Funcionalidade e envelhecimento**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2019.

PLACIDELI, N. *et al.* Evaluation of comprehensive care for older adults in primary care services. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 54, n. 1, p. 01-14, mai. 2020.

PMVC/SMS - PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA DA CONQUISTA/  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. 2018. **Plano Municipal de Saúde 2018-2021**. Vitória da Conquista: SMS. PMVC/SMS, 2021.

PUTS, M. T. E. *et al.* Interventions to prevent or reduce the level of frailty in community-dwelling older adults: a scoping review of the literature and international policies. **Age Ageing**, New York, v. 46, n. 3, p. 383-392, may 2017.

RIBEIRO, E. G. *et al.* Self-perceived health and clinical-functional vulnerability of the elderly in Belo Horizonte/Minas Gerais. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 71, supl. 2, p. 860-867, 2018.

ROMERO, D. E. *et al.* Idosos no contexto da pandemia da COVID-19 no Brasil: efeitos nas condições de saúde, renda e trabalho. **Cadernos de Saúde Pública [online]**. v. 37, n. 3, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00216620>>. Acesso em: 21 jul. 2021.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DA BAHIA - SESAB. **Planejamento Regional Integrado/Observatório Baiano de Regionalização**. Bahia, 2019. Disponível em: <http://www5.saude.ba.gov.br/obr/>. Acesso em: 24 jun. 2019.

SOUSA, J. A. V. *et al.* Physical frailty prediction model for the oldest old. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 26, n. 1, p. 01-13, mai. 2018.

STOLZ, E. *et al.* Impact of socioeconomic position on frailty trajectories in 10 European countries: evidence from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (2004-2013). **J. Epidemiol. Community Health**, Illinois, v. 71, n. 1, p. 73-80, jan. 2017.

TEIXEIRA, I. N. D. O.; GUARIENTO, M. E. Biologia do envelhecimento: teorias, mecanismos e perspectivas. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 6, p. 2845-2857, set. 2010.

TOVEL, H. *et al.* Relationships Among Self-perception of Aging, Physical Functioning, and Self-efficacy in Late Life. **J. gerontology**, v. 74, n. 1, p. 212–221, feb. 2019.

VITALE, C. *et al.* Heart Failure Association/European Society of Cardiology position paper on frailty in patients with heart failure. **Eur. J. Heart Fail.**, v. 21, n. 1, p. 1299-1305, oct. 2019.

VITORIA DA CONQUISTA. **Lei nº 969 de 04 de junho de 1999**. Dispõe sobre a Política Municipal do Idoso, cria o Conselho Municipal do Idoso e dá outras providências. Vitória da Conquista, 1999. Disponível em: [http://www.pmvc.ba.gov.br/wp-content/uploads/POLITICA\\_MUNICIPAL\\_IDOSO.pdf](http://www.pmvc.ba.gov.br/wp-content/uploads/POLITICA_MUNICIPAL_IDOSO.pdf). Acesso em: 24 jun. 2019.

WALLACE, L M K. *et al.* Investigation of frailty as a moderator of the relationship between neuropathology and dementia in Alzheimer's disease: a cross-sectional analysis of data from the Rush Memory and Aging Project. **The Lancet Neurology**, Vol. 18, Issue 2, 177-184, feb. 2019.

WLEKLIK, M. *et al.* Multidimensional Approach to Frailty. **Front. Psychol.**, Poland, v. 11, n. 1, p. 564-572, mar. 2020.

WINDHABER, T. *et al.* Educational strategies to train health care professionals across the education continuum on the process of frailty prevention and frailty management: a systematic review. **Aging Clin. Exp. Res.**, v. 30, n. 12, p. 1409-1415, dec. 2018.

ZAZZARA, M. B. *et al.* Frailty and chronic disease. **Panminerva Med.**, New York, v. 61, n. 4, p. 486-492, dec. 2019.

## APÊNDICE A - INSTRUMENTO VULNERABILIDADE CLÍNICO-FUNCIONAL – IVCF-20



### PROGRAMA MUNICIPAL DE ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO AVALIAÇÃO DE VULNERABILIDADE CLÍNICO-FUNCIONAL



Área	Micro área	Família	Data da avaliação	Avaliador
Nome: _____				D.N.: ____/____/____
Endereço: _____				
Cor/Raça: ( ) Branca ( ) Parda ( ) Amarela ( ) Indígena ( ) Não informado				
Escolaridade: ( ) Não estudou ( ) 1 a 4 anos ( ) 4 a 8 anos ( ) Mais de 8 anos ( ) Não informado				
Mora com: ( ) Sozinho (a) ( ) Cônjuge ( ) Filhos ( ) Netos ( ) Outros familiares ( ) Cuidador				

#### ÍNDICE DE VULNERABILIDADE CLÍNICO-FUNCIONAL-20

[www.ivcf-20.com.br](http://www.ivcf-20.com.br)

As perguntas abaixo devem ser respondidas pelo idoso com auxílio de um familiar ou cuidador. Nos idosos incapazes de responder, deve-se utilizar as respostas do cuidador.

	QUESTÕES
<b>IDADE</b>	<b>1 - Qual é a sua idade?</b> ( ) 60 a 74 anos (0 ponto) ( ) 75 a 84 anos (1 ponto) ( ) ≥ 85 anos (3 pontos)
<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 (0 ponto) ( ) Regular ou ruim (1 ponto)
<b>ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA</b>  <b>AVD Instrumental</b>	<b>3. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de fazer compras?</b> ( ) Sim ( ) Não ou não faz compras por outros motivos que não a saúde.  <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 ( ) 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 ( ) Não ou não faz mais pequenos trabalhos domésticos por outros motivos que não a saúde.  (Se <b>SIM</b> para qualquer pergunta 4 pontos)
<b>AVD Básica</b>	<b>6. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de tomar banho sozinho?</b> ( ) Sim ( ) Não (Se <b>SIM</b> 6 pontos)
<b>COGNIÇÃO</b>	<b>7. Algum familiar ou amigo falou que você está ficando esquecido?</b> ( ) Sim ( ) Não (Se <b>SIM</b> 1 ponto)  <b>8. Este esquecimento está piorando nos últimos meses?</b> ( ) Sim ( ) Não (Se <b>SIM</b> 1 ponto)  <b>9. Este esquecimento está impedindo a realização de alguma atividade do cotidiano?</b> ( ) Sim ( ) Não (Se <b>SIM</b> 2 pontos)

<p><b>HUMOR</b></p>	<p>10. No último mês, você ficou com desânimo, tristeza ou desesperança? ( ) Sim ( ) Não (Se <b>SIM</b> 2 pontos)</p> <p>11. No último mês, você perdeu o interesse ou prazer em atividades anteriormente prazerosas? ( ) Sim ( ) Não (Se <b>SIM</b> 2 pontos)</p>
<p><b>MOBILIDADE</b> Alcance, preensão e pinça</p>	<p>12. Você é incapaz de elevar os braços acima do nível do ombro? ( ) Sim ( ) Não (Se <b>SIM</b> 1 ponto)</p> <p>13. Você é incapaz de manusear ou segurar pequenos objetos? ( ) Sim ( ) Não (Se <b>SIM</b> 1 ponto)</p>
<p>Capacidade aeróbica e /ou muscular</p>	<p>14. Você tem alguma das quatro condições abaixo relacionadas? ( ) Perda de peso não intencional de 4,5 kg ou 5% do peso corporal no último ano ou 6 kg nos últimos 6 meses ou 3 kg no último mês. ( ) Índice de Massa Corporal (IMC) menor que 22 kg/m<sup>2</sup>. ( ) Circunferência da panturrilha a &lt; 31 cm. ( ) Tempo gasto no teste de velocidade da marcha (4m) &gt; 5 segundos.</p> <p>( ) Sim ( ) Não</p> <p>(Se <b>SIM</b> para qualquer pergunta 2 pontos)</p>
<p>Marcha</p>	<p>15. Você tem dificuldade para caminhar capaz de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? ( ) Sim ( ) Não (Se <b>SIM</b> 2 pontos)</p> <p>16. Você teve duas ou mais quedas no último ano? ( ) Sim ( ) Não (Se <b>SIM</b> 2 pontos)</p>
<p>Continência esfincteriana</p>	<p>17. Você perde urina ou fezes, sem querer, em algum momento? ( ) Sim ( ) Não (Se <b>SIM</b> 2 pontos)</p>
<p><b>COMUNICAÇÃO</b> Visão</p>	<p>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. ( ) Sim ( ) Não (Se <b>SIM</b> 2 pontos)</p>
<p>Audição</p>	<p>19. Você tem problemas de audição capazes de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? É permitido o uso de aparelhos de audição. ( ) Sim ( ) Não (Se <b>SIM</b> 2 pontos)</p>
<p><b>COMORBIDADES MÚLTIPLAS</b></p>	<p>20. Você tem alguma das três condições abaixo relacionadas? ( ) Cinco ou mais doenças crônicas ( ) Uso regular de cinco ou mais medicamentos diferentes, todo dia ( ) Internação recente, nos últimos 6 meses</p> <p>( ) Sim ( ) Não (Se <b>SIM</b> 4 pontos)</p>
<p>Pontuação Final (Máx. 40 pontos)</p>	<p>O idoso é classificado como:</p> <p>( ) <b>Baixa Vulnerabilidade Clínico-Funcional</b> (0 a 6 pontos) ( ) <b>Moderada Vulnerabilidade Clínico-Funcional</b> (7 a 14 pontos) ( ) <b>Alta Vulnerabilidade Clínico-Funcional</b> (15 ou mais pontos)</p>

## ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA

UFBA - ESCOLA DE  
ENFERMAGEM DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DA  
BAHIA



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** AVALIAÇÃO DE VULNERABILIDADE CLÍNICO-FUNCIONAL DE IDOSOS (AS) NA ATENÇÃO BÁSICA

**Pesquisador:** JOANA TRENROUSE LAIGNIER DE SOUZA

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 30008820.8.0000.5531

**Instituição Proponente:** Instituto Multidisciplinar de Saúde-CAT/UFBA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.969.730

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se da segunda versão de um projeto que atendeu as pendências do parecer nº 3.952.507. É um projeto (corte transversal) que vai utilizar dados secundários da ficha de idosos (>60 anos) de uma unidade básica de saúde (UBS) de Vitória da Conquista. Os dados coletados serão sobre o Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional (IVCF-20) foi desenvolvido e validado em 2014, com as 20 perguntas distribuídas em oito seções que avaliam idade, autopercepção da saúde, incapacidades funcionais, cognição, humor, mobilidade, comunicação e comorbidades múltiplas. Serão coletados variáveis sócio-demográficas e informações da FICHA A do eSUS junto às (aos) Agentes Comunitários de Saúde da equipe. São eles: orientação sexual, identidade de gênero, se é membro de povo ou comunidade tradicional, condições/ situações de saúde gerais, condições/situações de saúde – doença respiratória, condições/situações de saúde – cardíaca, condições/situações de saúde – problema nos rins. Serão incluídos os prontuários de todos os indivíduos acima de 60 anos da área adstrita à unidade que possuem IVCF-20 corretamente preenchidos em todos os seus campos. Serão excluídos os prontuários que não possuem o IVCF-20 anexado ou que apresentarem algum de seus campos não preenchidos ou preenchidos de forma incorreta. Os dados serão analisados por programa estatístico IBM SPSS V26, serão realizadas análises descritivas e correlacionais dos dados encontrados.

**Endereço:** Rua Augusto Viana S/N 3º Andar

**Bairro:** Canela

**CEP:** 41.110-060

**UF:** BA

**Município:** SALVADOR

**Telefone:** (71)3283-7615

**Fax:** (71)3283-7615

**E-mail:** cepee.ufba@ufba.br

UFBA - ESCOLA DE  
ENFERMAGEM DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DA  
BAHIA



Continuação do Parecer: 3.969.730

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo geral:

- Identificar a prevalência de vulnerabilidade clínico-funcional entre os idosos do território de Unidade Básica de Saúde de Vitória da Conquista – BA.

Objetivos Específicos:

-Identificar a prevalência de vulnerabilidade clínico-funcional segundo faixas etárias (60-74, 74-84, acima de 85 anos) nos idosos do território da unidade;

-Identificar a prevalência de alterações em cada um dos domínios que compõem o instrumento: autopercepção da saúde, atividades de vida diária, cognição, humor, mobilidade, comunicação e comorbidades múltiplas;

-Identificar as variáveis sócio-demográficas associadas às alterações em cada um dos domínios que compõem o instrumento.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Segundo a pesquisadora:

Riscos: "1. Exposição das informações socio-demográficas e de saúde contidas no IVCF-20 dos(as) idosos(as) cujos prontuários serão acessados para o estudo. A fim de minimizar tal risco, a pesquisadora irá:

- identificar os prontuários de forma numérica utilizando como identificador a área, a microárea e o número da família, de forma sequencial.

- garantir que somente terão acesso aos prontuários e fichas do IVCF-20 membros da equipe da própria unidade, participantes do programa PETSÁUDE/Interprofissionalidades que atuam na unidade e alunos da LIAGE que aplicarão o instrumento pelo projeto-piloto da Secretaria Municipal de Saúde.

- garantir que os dados serão digitados em planilha do Excel com acesso exclusivo da pesquisadora e armazenados em seu computador pelo tempo apenas em que durar a pesquisa.

- garantir que os dados não sejam, de forma alguma, divulgados nominalmente, preservando a identidade dos(as) idosos(as) que forem avaliados.

2. Exposição de informações da Unidade Básica de Saúde (UBS) e de sua equipe. A fim de

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 3º Andar

Bairro: Canela

CEP: 41.110-060

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3283-7615

Fax: (71)3283-7615

E-mail: cepee.ufba@ufba.br

UFBA - ESCOLA DE  
ENFERMAGEM DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DA  
BAHIA



Continuação do Parecer: 3.969.730

minimizar tal risco a pesquisadora irá:

- garantir que não haverá divulgação nominal da UBS ou de membros de sua equipe."

**Benefícios:**

"A pesquisa apresenta benefícios à população idosa da unidade básica de saúde e para a equipe de saúde, uma que demonstrará a prevalência de vulnerabilidade clínico-funcional na população, suas correlações com aspectos sócio-demográficos e a proposição de estratégias de promoção, prevenção, terapêutica e reabilitação de pacientes vulneráveis."

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Projeto de pesquisa do Instituto Multidisciplinar em Saúde da Universidade Federal da Bahia, do Campus Anísio Teixeira da Faculdade de Medicina. O presente projeto vai utilizar dados secundários.

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

- 1-Projeto cadastrado no site da plataforma Brasil (PB)-Ok
- 2-Termo de Compromisso do Pesquisador Responsável -OK
- 3-Declaração da Instituição Coparticipante- OK
- 4-Termo de confidencialidade- Ok
- 5-Folha de rosto – ok
- 6-Declaração que não iniciará a coleta até a aprovação pelo comitê – OK
- 7-Solicitação de campo e anuência do campo -Ok
- 8-Orçamento detalhado e cronograma - Ok
- 9-Termo de Concordância com o Projeto de Pesquisa – Não se aplica.
- 10- Projeto e brochura do projeto: OK
- 11-Declaração de dispensa do TCLE: Ok
- 12-Instrumentos de coleta de dados – ok

**Recomendações:**

Apresentar relatórios parcial/final ao CEP, conforme cronograma.

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

Protocolo de pesquisa que atendeu totalmente as recomendações do parecer 3.952.507 e está em conformidade com a resolução 466/2012. Sugere-se parecer de aprovação por ad referendum.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Aprovação ad referendum, tendo em vista considerações prévias em reunião de Colegiado.

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 3º Andar		CEP: 41.110-060
Bairro: Canela		
UF: BA	Município: SALVADOR	
Telefone: (71)3283-7615	Fax: (71)3283-7615	E-mail: cepee.ufba@ufba.br

UFBA - ESCOLA DE  
ENFERMAGEM DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DA  
BAHIA



Continuação do Parecer: 3.969.730

Ressalta-se que, após realizar modificações atendendo às recomendações descritas no parecer 3.952.507, esta segunda versão do projeto apresentado atende aos princípios éticos e bioéticos emanados da Resolução n.466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

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

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1453408.pdf	04/04/2020 10:36:05		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	justificativadedispensadeTCLEeditado.pdf	04/04/2020 10:34:27	JOANA TRENGROUSE LAIGNIER DE SOUZA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracaodenaoinicioeditado.pdf	04/04/2020 10:33:30	JOANA TRENGROUSE LAIGNIER DE	Aceito
Declaração de Pesquisadores	solicitacaodecampoeditado.pdf	04/04/2020 10:33:00	JOANA TRENGROUSE LAIGNIER DE	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termodecompromissodopesquisadoreeditado.pdf	04/04/2020 10:32:51	JOANA TRENGROUSE LAIGNIER DE	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termodecompromissoparacoletadedados emarquivoeditado.pdf	04/04/2020 10:32:41	JOANA TRENGROUSE LAIGNIER DE	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termodeconfidencialidadeeditado.pdf	04/04/2020 10:32:16	JOANA TRENGROUSE LAIGNIER DE	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termoorientadorjustificativaeditado.pdf	04/04/2020 10:32:01	JOANA TRENGROUSE LAIGNIER DE	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoParaCEP.pdf	04/04/2020 10:26:34	JOANA TRENGROUSE LAIGNIER DE	Aceito
Brochura Pesquisa	BROCHURA.pdf	04/04/2020 10:25:54	JOANA TRENGROUSE LAIGNIER DE	Aceito
Outros	instrumentos.pdf	16/03/2020 12:38:47	JOANA TRENGROUSE LAIGNIER DE	Aceito
Outros	anuenciadocampo.pdf	11/03/2020 18:26:39	JOANA TRENGROUSE LAIGNIER DE	Aceito

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 3º Andar  
Bairro: Canela CEP: 41.110-060  
UF: BA Município: SALVADOR  
Telefone: (71)3283-7615 Fax: (71)3283-7615 E-mail: cepee.ufba@ufba.br

UFBA - ESCOLA DE  
ENFERMAGEM DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DA  
BAHIA



Continuação do Parecer: 3.969.730

Declaração de Instituição e Infraestrutura	termodeautorizacaodainstituicao.pdf	27/02/2020 09:30:04	JOANA TRENGROUSE LAIGNIER DE	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracaocoparticipante.pdf	27/02/2020 09:29:00	JOANA TRENGROUSE LAIGNIER DE	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	23/01/2020 12:37:08	JOANA TRENGROUSE LAIGNIER DE	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	23/01/2020 11:44:51	JOANA TRENGROUSE LAIGNIER DE	Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRosto.pdf	13/01/2020 10:16:29	JOANA TRENGROUSE LAIGNIER DE	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

SALVADOR, 14 de Abril de 2020

Assinado por:

**Daniela Gomes dos Santos Biscarde**  
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 3º Andar

Bairro: Canela

CEP: 41.110-060

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3283-7615

Fax: (71)3283-7615

E-mail: cepee.ufba@ufba.br