

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA**

GUSTAVO CARRIJO BARBOSA

**FATORES RELACIONADOS AO ÍNDICE DE VULNERABILIDADE CLÍNICO-
FUNCIONAL DE IDOSOS EM SEGUIMENTO AMBULATORIAL**

SÃO CARLOS

2021

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA

GUSTAVO CARRIJO BARBOSA

**FATORES RELACIONADOS AO ÍNDICE DE VULNERABILIDADE CLÍNICO-
FUNCIONAL DE IDOSOS EM SEGUIMENTO AMBULATORIAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gerontologia da Universidade Federal de São Carlos como requisito para obtenção do título de Mestre em Gerontologia.
Orientadora: Prof.^a Dr.^a Aline Cristina Martins Gratão.

SÃO CARLOS

2021



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Gerontologia

Folha de Aprovação

Defesa de Dissertação de Mestrado do candidato Gustavo Carrijo Barbosa, realizada em 19/02/2021.

Comissão Julgadora:

Profa. Dra. Aline Cristina Martins Gratao (UFSCar)

Profa. Dra. Patrícia Leão da Silva Agostinho (UFG)

Profa. Dra. Karina Gramani Say (UFSCar)

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

O Relatório de Defesa assinado pelos membros da Comissão Julgadora encontra-se arquivado junto ao Programa de Pós-Graduação em Gerontologia.

AGRADECIMENTOS

Às minhas avós, Edite e Ilma, que sempre com muita ternura me ensinaram a buscar ser uma pessoa melhor para o mundo. Que também nunca mediram esforços no apoio à minha busca por conhecimento.

À minha irmã Gabi, que me inspira cada dia mais a seguir em frente com determinação e criatividade. Ao meu irmão Rafa, pela parceria e prontidão sempre que preciso. Amo vocês.

Aos meus pais, Mara e Francisco, pilares fundamentais desta conquista. Agradeço a companhia em todos os processos de mudanças e o apoio integral, mesmo com tantos momentos de distância.

À minha orientadora, Prof.^a Dr.^a Aline Gratão, que me proporcionou grandes oportunidades nos últimos anos e, com carinho e profissionalismo, compartilhou experiências e ensinamentos que levarei comigo para sempre. Gratidão pela confiança.

Aos amigos que carrego no coração, Ana Clara, Brunna, Cê, Jhef, Lira, Lu, Mil, Rayane, Thay, Wev e Yanka, que sempre me apoiaram e caminharam ao meu lado, compartilhando momentos de alegria e me acompanhando em momentos difíceis.

À família que a Fisioterapia colocou em minha vida, Ana, Fran, Kássia, Klara, Marcela, Mirela e Winsthon, gratidão por todas as trocas e ensinamentos. Aos queridos amigos que conheci pela Gerontologia, Andressa, Bia, Camila, Cris, Diana, Lo, Luana e Nath, pelo apoio durante toda esta jornada. Ao meu grupo de pesquisa, Laboratório de Avaliação e Intervenção em Gerontologia, pela recepção, integração e suporte durante o mestrado.

Ao Hospital Universitário da Universidade Federal de São Carlos, que nos recebeu de braços abertos e viabilizou a realização da presente pesquisa. Um agradecimento especial à Dr.^a Vivian Ramos Melhado, chefe do setor de gestão de ensino do hospital, à Dr.^a Arlety Moraes Carvalho Casale, médica geriatra do Ambulatório de Geriatria, à Dr.^a Meliza Goi Roscani, chefe da divisão de gestão do cuidado no hospital, e à toda equipe de enfermagem e equipe técnica que tanto nos apoiou e incentivou nosso trabalho.

A todos os participantes desta pesquisa, seus familiares e cuidadores, que confiaram em nosso trabalho e colaboraram conosco com tanta dedicação e respeito.

À CAPES, por tornar possível a realização desta pesquisa com a concessão da bolsa de estudos.

Enfim, a todas as pessoas que, de certa forma, contribuíram com minha jornada e à esta conquista direta ou indiretamente, me incentivando em diferentes momentos.

“Pouco importa a ousadia dos seus planos,
eles podem vir da vivência de um ancião
ou da inocência de um menino.
O importante é você crer
na juventude que existe dentro de você...

Escreva sua história pelas suas próprias mãos!”
(*Como diria Dylan – Zé Geraldo*)

RESUMO

Introdução: O atual cenário em nosso país evidencia o crescimento da população idosa concomitantemente ao aumento do índice de doenças crônicas, número de hospitalizações e declínio das capacidades física e cognitiva. Neste sentido, o grande desafio que se estabelece para os sistemas de saúde é a atenção integral ao usuário idoso, onde a Atenção Ambulatorial em Gerontologia surge como uma estratégia de saúde efetiva diante ao envelhecimento populacional que resulta na transição do estado de saúde. **Objetivo:** Caracterizar o perfil sociodemográfico e de saúde de idosos acompanhados no Ambulatório de Gerontologia do HU-UFSCar e verificar os fatores relacionados ao seu Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional. **Método:** Trata-se de um estudo quantitativo e transversal, realizado com indivíduos de sessenta anos de idade ou mais, atendidos no respectivo ambulatório. A coleta dos dados se deu mediante a aplicação de um protocolo contendo: caracterização, avaliação da fragilidade pelo Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional (IVCF-20), do desempenho cognitivo pelo *10-Point Cognitive Screener*, do grau de dependência em atividades básicas pela Escala de Katz e em atividades instrumentais pela Escala de Lawton e avaliação de sintomas depressivos pela Escala de Depressão Geriátrica. A análise de correlação de Spearman foi utilizada para verificar a relação entre a vulnerabilidade clínico-funcional e variáveis sociodemográficas e de saúde. **Resultados:** A amostra foi composta por 50 indivíduos com média de 79,4 ($\pm 9,4$) anos de idade, dos quais 70% representavam mulheres. Observou-se predomínio de viuvez e média de 3,4 ($\pm 3,5$) anos de estudo. Quanto à saúde, a média foi de 3,8 ($\pm 2,1$) morbididades e 6,1 ($\pm 4,4$) medicamentos de uso diário. A maior parte dos idosos foi considerada frágil, com alteração cognitiva grave, certo grau de dependência em atividades básicas e instrumentais de vida diária e ausência de sintomas depressivos. A análise estatística apontou correlação moderada entre a vulnerabilidade clínico-funcional e as variáveis faixa etária ($r=0,380$; $p=0,006$), número de morbididades ($r=0,433$; $p=0,002$), número de medicamentos ($r=0,514$; $p=0,000$), função cognitiva ($r=-0,540$; $p=0,000$) e dependência em atividades básicas ($r=-0,481$; $p=0,000$) e instrumentais ($r=-0,460$; $p=0,001$) de vida diária. **Conclusões:** O perfil da amostra apontou predomínio de mulheres, com baixa escolaridade, ausência de cônjuge, presença de comorbidades e polifarmácia, fatores que podem favorecer maiores índices de vulnerabilidade clínico-funcional. As correlações observadas entre o IVCF-20 e a idade, número de morbididades e medicamentos, desempenho cognitivo e dependência em atividades de vida diária levantam reflexões acerca de possíveis estratégias para remissão desses aspectos, como o controle adequado das doenças crônicas, prevenção de déficits cognitivos, incentivo à prática de atividades físicas e colaboração de familiares e cuidadores de forma a promoverem a autonomia dos idosos. Os resultados subsidiam o estabelecimento de indicadores para aperfeiçoar o monitoramento e o planejamento de ações voltadas ao contexto ambulatorial, viabilizando a organização de prioridades de intervenção e a criação de medidas preventivas.

Descritores: Ambulatório Hospitalar; Assistência Ambulatorial; Assistência Integral à Saúde; Idoso; Saúde do Idoso; Serviços de Saúde para Idosos.

ABSTRACT

Introduction: The current scenario in our country shows the growth of the elderly population concomitantly with the increase in the rate of chronic diseases, number of hospitalizations and decline in physical and cognitive abilities. In this sense, the great challenge that is established for health systems is comprehensive care for the elderly user, where Outpatient Care in Gerontology emerges as an effective health strategy in the face of population aging which results in the transition of health status. **Objective:** To characterize the sociodemographic and health profile of elderly people followed at the Gerontology Outpatient Clinic of HU-UFSCar and to verify the factors related to their Clinical-Functional Vulnerability Index. **Method:** This is a quantitative and cross-sectional study, conducted with individuals 60 years of age or older, seen at the respective outpatient clinic. Data collection occurred through the application of a protocol containing: characterization, assessment of frailty by the Clinical-Functional Vulnerability Index (CFVI-20), cognitive performance by the 10-Point Cognitive Screener, the degree of dependence on basic activities by the Katz Scale and instrumental activities by the Lawton Scale and evaluation of depressive symptoms by the Geriatric Depression Scale. Spearman's correlation analysis was used to verify the relationship between clinical-functional vulnerability and sociodemographic and health variables. **Results:** The sample consisted of 50 individuals with a mean age of 79.4 (± 9.4) years, of which 70.0% represented women. There was a predominance of widower and average of 3.4 (± 3.5) years of schooling. Regarding health, the mean was 3.8 (± 2.1) morbidities and 6.1 (± 4.4) medications for daily use. Most of the elderly were considered frail, with severe cognitive impairment, a certain degree of dependence on basic and instrumental activities of daily life and absence of depressive symptoms. The statistical analysis showed a moderate correlation between clinical and functional vulnerability and the following variables: age ($r=0,380$; $p=0,006$), number of morbidities ($r=0,433$; $p=0,002$), number of medications ($r=0,514$; $p=0,000$), cognitive function ($r=-0,540$; $p=0,000$) and dependence on basic ($r=-0,481$; $p=0,000$) and instrumental ($r=-0,460$; $p=0,001$) activities of daily living. **Conclusions:** The sample profile showed a predominance of women, with low schooling, absence of spouse, presence of comorbidities and polypharmacy, factors that may favor higher rates of clinical and functional vulnerability. The correlations observed between CFVI-20 and age, number of morbidities and medications, cognitive performance, and dependence on activities of daily living raise reflections about possible strategies for remission of these aspects, such as adequate control of chronic diseases, prevention of cognitive deficits, encouraging the practice of physical activities and collaboration of family members and caregivers to promote the autonomy of the elderly. The results support the establishment of indicators to improve the monitoring and the planning of actions focused on the outpatient context, enabling the organization of intervention priorities and the creation of preventive measures.

Key words: Outpatient Clinics; Ambulatory Care; Comprehensive Health Care; Aged; Health of the Elderly; Health Services for the Aged.

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1:** Distribuição sociodemográfica dos idosos acompanhados no ambulatório de Gerontologia do HU-UFSCar, São Carlos-SP, 2020..... 21
- Tabela 2:** Características de saúde dos idosos acompanhados no ambulatório de Gerontologia do HU-UFSCar, São Carlos-SP, 2020..... 22
- Tabela 3:** Avaliação da vulnerabilidade, função cognitiva, grau de dependência em atividades básicas e instrumentais de vida diária e sintomas depressivos entre os idosos acompanhados no ambulatório de Gerontologia do HU-UFSCar, São Carlos-SP, 2020..... 23
- Tabela 4:** Resultados do teste de correlação entre o escore do Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional e as características sociodemográficas e de saúde dos idosos acompanhados no ambulatório de Gerontologia do HU-UFSCar, São Carlos-SP, 2020..... 23

LISTA DE ABREVIATURAS

10-CS	<i>10-Point Cognitive Screener</i>
AVD	Atividades de Vida Diária
ABVD	Atividades Básicas de Vida Diária
AIVD	Atividades Instrumentais de Vida Diária
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DP	Desvio Padrão
EDG	Escala de Depressão Geriátrica
FIBRA	Fragilidade de Idosos Brasileiros
HU-UFSCar	Hospital Universitário da Universidade Federal de São Carlos
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IVCF-20	Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Science</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido

SUMÁRIO

1	Introdução.....	11
1.1	Envelhecimento e saúde.....	11
1.2	Rede de Atenção à Saúde.....	13
1.3	Atenção Ambulatorial.....	14
1.4	Relevância do estudo	16
2	Objetivos.....	16
2.1	Geral.....	17
2.2	Específicos	17
3	Métodos	17
3.1	Tipo de estudo.....	17
3.2	Amostra.....	17
3.3	Critérios de inclusão	17
3.4	Critérios de exclusão.....	18
3.5	Local da pesquisa	18
3.6	Procedimento e instrumentos para a coleta de dados	18
3.7	Análise estatística	20
3.8	Aspectos éticos	20
4	Resultados.....	20
5	Discussão.....	24
6	Considerações finais	32
	Referências	34
	Anexos e Apêndices	41
	Anexo A.....	41
	Anexo B.....	42
	Anexo C	42
	Anexo D.....	43
	Anexo E	43
	Anexo F.....	44
	Apêndice A	47
	Apêndice B	48
	Apêndice C	49

1 Introdução

Este projeto de mestrado versa sobre o Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional e fatores relacionados em idosos atendidos no Ambulatório de Gerontologia do Hospital Universitário da Universidade Federal de São Carlos (HU-UFSCar). Integrado a um projeto maior intitulado “Idosos e Cuidadores assistidos no Hospital Universitário de São Carlos”, é realizado em parceria com o Laboratório de Avaliação e Intervenção em Gerontologia da UFSCar.

1.1 Envelhecimento e saúde

Em âmbito mundial, o processo de envelhecimento populacional vem ocorrendo de forma rápida, apresentando impacto em diversos setores da sociedade. De acordo com o último relatório da Organização das Nações Unidas (ONU) sobre perspectivas mundiais de população, as pessoas com idade superior a 65 anos representavam 9% da população mundial em 2019, devendo alcançar 16% até o ano de 2050. A América Latina faz parte das regiões em que esta parcela da população deve dobrar entre este período. O relatório ainda estima que o número de pessoas acima de oitenta anos triplique, passando de 143 milhões em 2019 para 426 milhões em 2050 (ONU, 2019).

No Brasil, conforme o último Censo Demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o contingente de indivíduos com idade igual ou superior a sessenta anos já ultrapassa os 20 milhões de pessoas, correspondendo a 11% da população (IBGE, 2010). Com uma taxa de crescimento deste contingente estimada em 4% ao ano, projeções indicam que em 2030, haverá no Brasil 41,5 milhões de pessoas idosas, e em 2060 esse número sobe para 73,5 milhões. Este fenômeno é resultado da transição demográfica e deve-se em parte pela redução das taxas de natalidade e de mortalidade em todas as faixas etárias no país (IBGE, 2015).

A evolução das ciências da saúde e sociais, assim como o desenvolvimento socioeconômico e científico, levaram ao aumento da longevidade, trazendo também mudanças no perfil de morbimortalidade e aumento da prevalência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). Apesar de preveníveis, estas doenças contribuem para a rápida deterioração da capacidade funcional, ocasionando incapacidades e necessidade de cuidados prolongados, podendo levar a institucionalização (DUNCAN et al., 2012).

Atualmente, as DCNT são responsáveis por grande parte do índice de mortes e avanço de outras doenças em diversos países, independentemente de suas condições econômicas. No

Brasil, com a inversão da pirâmide demográfica, fica evidente que a população idosa é a que apresenta maiores taxas destas doenças. Ressaltam-se a Hipertensão Arterial Sistêmica e a Diabetes Mellitus entre as doenças mais comuns na população idosa, consideradas como os principais fatores de riscos para outras complicações, além de significarem aumento de custos com a saúde (BARRETO; CARREIRA; MARCON, 2015).

Indivíduos idosos são os que mais utilizam serviços de saúde, visto que a taxa de internação é maior e a ocupação do leito mais prolongada que de outras faixas etárias. Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) mostram que 85% da população brasileira possui pelo menos uma DCNT, que representam 75% dos gastos com a saúde e 72% das causas de morte no contingente acima dos sessenta anos (OMS, 2015).

No entanto, verifica-se uma crescente frequência de múltiplas doenças crônicas em um mesmo indivíduo, o que caracteriza a presença de multimorbidade entre idosos. Essa situação pode levar a incapacidades e polifarmácia, constituindo um dos principais fatores de risco à iatrogenia. O cuidado com a saúde do idoso difere do cuidado com o adulto, que geralmente apresenta uma única doença ou fator de risco (MORAES, 2012; CAVALCANTI et al., 2017).

Um conceito de multimorbidade propõe sua definição como a presença de uma ou mais das três condições seguintes: polipatologia (presença de cinco ou mais condições que acometam diferentes sistemas fisiológicos), polifarmácia (uso regular de cinco ou mais medicamentos para diferentes condições) ou hospitalização nos últimos seis meses (MORAES et al., 2016a). Deste modo, quando em situação de multimorbidade, há uma influência negativa sobre a qualidade de vida e há maior risco de problemas físicos e mentais e de mortalidade (SALIVE, 2013; CAVALCANTI et al., 2017).

As condições necessárias para manutenção da qualidade de vida dos idosos têm se tornado uma situação preocupante, exigindo mais recursos e refletindo diretamente nos serviços de saúde e na demanda hospitalar, em especial as de longa duração (MALTA et al., 2017). As necessidades de tratamento de saúde, principalmente expressas por DCNT, são um dos principais determinantes de hospitalização em idosos (NUNES et al., 2017).

No entanto, apesar da hospitalização ser necessária, na maioria dos casos, esta situação pode implicar diretamente em riscos de imobilidade, incontinência, depressão, declínio cognitivo, diminuição da capacidade funcional e até mesmo levar a morte (MARQUES et al., 2014). Além disso, alguns fatores que podem associar-se à hospitalização de idosos são: maior número de internações no último ano, diagnóstico de Diabetes Mellitus ou doenças cardiovasculares, fragilidade, baixo suporte social e autopercepção de saúde negativa (SANTOS et al., 2019). Entre os prováveis motivos de reincidência da hospitalização estariam

a inadequada preparação para a alta hospitalar e a falta de acompanhamento após esta, principalmente entre idosos portadores de DCNT (OCCELLI et al., 2016).

1.2 Rede de Atenção à Saúde

Com o envelhecimento populacional resultante da transição demográfica, estima-se que a assistência à saúde se tornará muito mais onerosa, pelo maior consumo público de cuidados médico-hospitalares e atividades preventivas e curativas que devem se elevar, tanto pela demanda por assistência especializada durante o envelhecer, quanto pela incorporação de novas tecnologias (CÔRTE et al., 2017).

Os sistemas de atenção à saúde são respostas sociais deliberadas às necessidades de saúde da população, que por sua vez são analisadas de acordo com seus aspectos demográficos e epidemiológicos. Assim, ao se discutir propostas de organização do Sistema Único de Saúde (SUS), deve-se começar analisando as necessidades expressas pela população brasileira (MENDES, 2010). Por isso, a revisão e reorganização das políticas públicas e ações em prol do envelhecimento saudável devem ser consideradas com urgência e atenção pelos gestores, enquanto responsáveis pelo planejamento do sistema de saúde, devendo realizar a territorialização das condições de saúde da população idosa, identificar diferenciais epidemiológicos e sociais, elaborar ações e propostas direcionadas ao enfrentamento de demandas da população idosa, além de prepararem o sistema para atender aos agravos e riscos à saúde existentes neste contexto (FERREIRA et al., 2018; CÔRTE et al., 2017; BRASIL, 2018).

As políticas públicas de saúde surgem para assegurar atenção a toda população, tendo como base o oferecimento imprescindível de cuidados sistematizados e adequados. Dessa forma, o Ministério de Saúde da saúde publicou a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 2006a) com diretrizes que envolvem: a promoção do envelhecimento ativo e saudável; atenção integral à saúde da pessoa idosa; estímulo às ações intersetoriais; provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde; formação e educação dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa; e apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas no tema.

Neste sentido, as Redes de Atenção à Saúde surgem como arranjos organizativos de serviços de saúde e ações em diferentes níveis de complexidade e densidade tecnológica, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado à população (BRASIL, 2010).

Pensando nos modelos de atenção voltados à saúde dos idosos, estes devem corroborar com a ampliação da promoção da saúde, prevenção de agravos, educação em saúde, tratamento, gestão de casos, reabilitação, manutenção da autonomia e independência, além de oferecer cuidados paliativos, articulando e integrando estes serviços entre si na Rede de Atenção (BRASIL, 2014; VERAS, 2016).

Dessa forma, devemos pensar que uma parcela dos pacientes que se apresentam na Atenção Básica pode demonstrar maior complexidade, com múltiplas necessidades de saúde, necessitando de serviços ambulatoriais especializados. Estes devem estar articulados com os demais pontos da Rede de Atenção à Saúde, permitindo o acesso à procedimentos de maior densidade tecnológica para manejo efetivo do cuidado, sempre compartilhado com a Atenção Básica (BRASIL, 2018).

O acesso pela pessoa idosa aos serviços na Atenção Ambulatorial deve ser regulado e seus encaminhamentos realizados de acordo com o perfil funcional do indivíduo, que será atendido por equipes multiprofissionais e interprofissionais, com ações desenvolvidas a partir das necessidades de cada um e impacto em sua funcionalidade (BRASIL, 2019).

1.3 Atenção Ambulatorial

De acordo com as Normas Operacionais da Assistência à Saúde, são considerados serviços de média complexidade as ações de caráter ambulatorial e hospitalar, que atendem os principais problemas de saúde da população e sua prática clínica demande disponibilidade de profissionais especializados e recursos tecnológicos para diagnóstico e tratamento (BRASIL, 2011). No modelo de Atenção à Saúde, os serviços e ações desenvolvidas neste nível de complexidade devem se concretizar como parte assistencial, aberta às demandas oriundas da Atenção Básica e com missão principal de alcançar certo grau de resolubilidade de ações, evitando o agravamento de situações e reduzindo ao máximo a evolução de agravos que possam demandar uma atenção de maior complexidade (BRASIL, 2006b).

De acordo com o atual quadro do nosso país, em que se evidencia o crescimento da população de idosos de forma concomitante ao alto índice de DCNT, número de hospitalizações e declínio das capacidades física e cognitiva, o grande desafio que se estabelece para os sistemas de saúde é a atenção integral ao usuário idoso, que apresenta características fisiopatológicas singulares, multidimensionais e complexas (BORDIN et al., 2018).

Um estudo realizado no Canadá verificou que a associação entre hospitalização e multimorbidades foi menos referida entre indivíduos com maior continuidade de

acompanhamento pela equipe de saúde, comparados à população em geral, o que mostra a importância de ações e programas para gerenciamento destas condições, como os realizados na Atenção Ambulatorial (GRUNEIR et al., 2016). Além disso, a utilização regular destes serviços pode ser considerada como fator de facilidade para adentrar ao sistema de saúde e monitoramento das condições clínicas dos pacientes (FERREIRA; MATOS; LOYOLA FILHO, 2015; BORDIN et al., 2018).

Considerando a singularidade do processo de envelhecimento em cada indivíduo, surge a necessidade de planejar e organizar demandas atribuídas ao sistema de saúde, como os diferentes níveis de funcionalidade apresentados pelas pessoas idosas. Neste sentido, o Ministério da Saúde apresenta três perfis de estratificação da funcionalidade (BRASIL, 2018), para os quais devem ser pensados diferentes objetivos para fins de cuidado. São eles: pessoas idosas independentes e autônomas para realização de atividades de vida diária (AVD); pessoas idosas com necessidade de adaptação ou supervisão para realização de AVD; pessoas idosas dependentes para realização de AVD.

Segundo o proposto por Morais et al. (2016b), idosos que apresentem risco moderado e alto de vulnerabilidade clínico-funcional devem ser submetidos à Avaliação Multidimensional do Idoso, realizada preferencialmente por equipe geriátrico-gerontológica especializada, cujo acolhimento seja capaz de atender seu nível de complexidade, identificando dimensões de sua saúde que merecem melhor investigação por meio de ferramentas que permitam uma conclusão clínico-funcional global, contribuindo para a elaboração de um plano terapêutico, acompanhamento e continuidade do cuidado, envolvendo o paciente e seus familiares, considerando a multidimensionalidade do processo de envelhecimento (MORAES, 2012; PARANÁ, 2017).

De acordo com os estratos clínico-funcionais, o perfil do idoso considerado em risco de fragilização ou frágil, os quais apresentam moderado e alto risco para a vulnerabilidade clínico-funcional, respectivamente, pode ser classificado como aquele idoso independente para AVD, mas com declínio funcional em atividades avançadas, como associadas ao lazer, trabalho ou interação social (MORAES et al., 2016b). Este idoso pode apresentar condições preditoras de desfechos adversos, como comprometimento cognitivo leve, presença de marcadores de sarcopenia ou multimorbidade (MORAES et al., 2016b), além de três ou mais critérios do fenótipo de fragilidade segundo Fried et al. (2001): perda de peso, fadiga (exaustão), fraqueza (redução da força muscular), baixo nível de atividade física e lentificação da marcha.

Desta forma, a Atenção Ambulatorial em Gerontologia pode servir como uma estratégia de saúde efetiva diante ao atual cenário de rápido envelhecimento populacional e outros componentes que resultam na transição do estado de saúde. Para isso, o modelo de Atenção Ambulatorial deve estar articulado à Rede de Atenção à Saúde e conter o desenho da linha de cuidado pensado na estratégia de um fluxo integral de ações em saúde, dispondo de modelos intra e intersetoriais eficientes no acolhimento da pessoa idosa, com o cuidado voltado de forma multidimensional à esta população (BRASIL, 2014; VERAS, 2016).

1.4 Relevância do estudo

Diante do que foi exposto, este estudo surge com o objetivo de elaborar um banco de dados sobre o perfil dos idosos acompanhados no Ambulatório de Gerontologia do HU-UFSCar, em função das variáveis sociodemográficas, de saúde, desempenho cognitivo, dependência em AVD, sintomas depressivos e vulnerabilidade clínico-funcional. As informações colhidas neste estudo podem servir como subsídio para que protocolos de intervenção, prevenção e qualificação da equipe sejam elaborados, levando em conta critérios para referência e contrarreferência intersetoriais, proporcionando atendimento integral e efetivo com base no modelo biopsicossocial.

Embora o Ministério da Saúde proponha diretrizes para a modalidade ambulatorial (BRASIL, 2012), na prática encontram-se dificuldades para aplicá-las e compreendê-las, além de existirem lacunas frente a estudos nacionais que abordam o perfil e condições de saúde da população idosa vinculada à Atenção Ambulatorial em Gerontologia, o que dificulta a proposição de intervenções. Neste sentido, traçar o perfil da população idosa atendida em um ambulatório de especialidade em Gerontologia é de fundamental importância para que indicadores sociodemográficos e de saúde possam ser estabelecidos, aperfeiçoando o monitoramento e planejamento de ações voltadas a este contexto e auxiliando em medidas preventivas, considerando a população idosa como de maior risco.

Desta forma, algumas indagações propiciaram o desenvolvimento desta pesquisa: qual seria o perfil do idoso acompanhado no Ambulatório de Gerontologia do HU-UFSCar? Quais aspectos sociodemográficos e de sua saúde podem estar relacionados à índices mais elevados de vulnerabilidade clínico-funcional?

2 Objetivos

2.1 Geral

Caracterizar o perfil sociodemográfico e de saúde de idosos acompanhados no Ambulatório de Gerontologia do HU-UFSCar e verificar os fatores relacionados ao seu Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional.

2.2 Específicos

- Descrever o perfil sociodemográfico e de saúde dos idosos acompanhados no Ambulatório de Gerontologia do HU-UFSCar;
- Classificar a presença de fragilidade entre os idosos de acordo com seu Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional;
- Avaliar a função cognitiva, o grau de dependência para a realização de atividades básicas e instrumentais de vida diária e a presença de sintomas depressivos;
- Verificar fatores que podem estar relacionados ao Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional dos idosos.

3 Métodos

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa quantitativa e transversal.

3.2 Amostra

A amostra foi não-probabilística e intencional. Todos os pacientes acompanhados no Ambulatório de Gerontologia do HU-UFSCar entre junho e dezembro de 2019 foram convidados a participar da pesquisa.

3.3 Critérios de inclusão

Indivíduos com sessenta anos ou mais; de ambos os sexos; residentes no município de São Carlos-SP; acompanhados no Ambulatório de Gerontologia do HU-UFSCar por condições clínicas; que demonstraram interesse em participar do estudo, concordando com o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) ou, se necessário, com o TCLE do responsável legal.

3.4 Critérios de exclusão

Idosos que não conseguiram responder completamente aos questionários e que não possuíam familiar ou cuidador para auxiliar nas respostas.

3.5 Local da pesquisa

A pesquisa se desenvolveu no próprio Ambulatório de Gerontologia, que integra o HU-UFSCar. Atualmente o hospital conta com uma estrutura de aproximadamente oito mil m², 54 leitos, atuando nas áreas de Pronto Atendimento, Unidades de Internação adulto e pediátrica, Atenção Psicossocial e Serviço de Apoio, Diagnóstico e Terapia. O hospital oferece atendimento e consultas em especialidades cujas agendas são disponibilizadas pela Central de Regulação do Município, via sistema informatizado. Dentre as 25 especialidades de atendimento, foi inaugurado em junho de 2019 o Ambulatório de Gerontologia, com atendimento semanal prestado pela equipe especializada (composta por profissionais da enfermagem, fisioterapia e gerontologia) à toda população idosa residente no município de São Carlos-SP e região. Os atendimentos são referenciados por toda a Rede de Atenção à Saúde do município via sistema informatizado, inclusive do próprio HU-UFSCar por interconsulta. Por protocolo, após o acolhimento são realizadas avaliações multidimensionais para levantar o perfil das pessoas idosas atendidas de acordo com seu risco para vulnerabilidade clínico-funcional.

3.6 Procedimento e instrumentos para a coleta de dados

A coleta foi viabilizada por meio da apresentação do pesquisador e de seu estudo ao paciente idoso e seu acompanhante, ao final do atendimento ambulatorial. A ideia principal baseou-se na aplicação individual do protocolo de avaliação mediante ao consentimento do participante, por meio do TCLE (Apêndice A) ou do TCLE do responsável legal (Apêndice B).

O protocolo de avaliação consistiu em:

a) Caracterização (Apêndice C): questionário desenvolvido pelos pesquisadores, onde constam dados sociodemográficos como sexo, idade, estado civil e escolaridade. Além disso, o protocolo buscou compreender aspectos da saúde de cada paciente, como quantidade de morbidades e de medicamentos que faz uso;

b) Avaliação da fragilidade (Anexo A): realizada por meio do Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional-20 (IVCF-20), instrumento com característica multidimensional, simples e de alta confiabilidade, desenvolvido e validado no Brasil

(MORAES et al., 2016a), sendo considerado um método de Avaliação Geriátrica Ampla realizada por profissionais não especialistas. Desta forma, o IVCF-20 mostra-se um dos principais instrumentos para a detecção de fragilidade (FALLER et al., 2019). É constituído por vinte questões que analisam a idade, autopercepção de saúde, incapacidade funcional, cognição, humor, mobilidade, comunicação e comorbidades. O valor máximo obtido no questionário é de quarenta pontos, considerando como robustos os idosos com resultado de até seis pontos, em risco de fragilização aqueles que alcançarem escore entre sete e quatorze pontos e frágeis os idosos cujo resultado seja de quinze pontos ou mais (MORAES et al., 2016a; PARANÁ, 2017).

c) Avaliação do desempenho cognitivo (Anexo B): realizada por meio do *10-Point Cognitive Screener* (10-CS), uma estratégia de triagem breve e fácil, com maior precisão em comparação a ferramentas mais usadas. O 10-CS foi desenvolvido no contexto brasileiro por Apolinario et al. (2016) e determina o comprometimento cognitivo por meio de seis questões que avaliam a orientação, fluência verbal e recordação de palavras. A pontuação no teste varia de zero a dez pontos e considera-se normal a cognição daqueles que alcançarem entre oito e dez pontos, alteração cognitiva leve quando o resultado for entre seis e sete pontos e alteração cognitiva grave naqueles que pontuarem um escore menor ou igual a cinco.

d) Avaliação do grau de dependência em AVD: para as atividades básicas (ABVD), a Escala de Katz et al. (1963) foi escolhida, sendo um instrumento que aborda questões relacionadas ao autocuidado (Anexo C). Adaptada no Brasil por Lino et al. (2008) tem como classificação “independente” o paciente que obter entre cinco e seis pontos, “parcialmente dependente” entre três e quatro pontos e “altamente dependente” entre zero e dois pontos (CARVALHO et al., 2018). Para atividades instrumentais (AIVD), foi utilizada a escala de Lawton e Brody (1969), adaptada para o Brasil por Santos e Virtuoso Junior (2008). O escore varia entre sete e 21 pontos, considerando dependente o indivíduo cujo escore seja de até sete pontos, parcialmente dependente entre oito e vinte pontos e independente caso some 21 pontos (Anexo D).

d) Avaliação da presença de sintomas depressivos (Anexo E): utilizada a Escala de Depressão Geriátrica (EDG), validada no Brasil por Almeida e Almeida (1999). O teste é constituído por quinze questões e seu escore varia entre zero e quinze pontos. Em indivíduos cujo resultado seja de até cinco pontos, considera-se ausência de sintomas depressivos, entre seis e dez pontos é considerada presença de sintomas depressivos leves e naqueles que apresentam entre onze e quinze pontos considera-se presença de sintomas depressivos severos.

3.7 Análise estatística

Os dados foram implementados em um banco no aplicativo Excel pelo processo de validação por dupla entrada (digitação) e, em seguida, importados para o aplicativo *Statistical Package for the Social Science* (SPSS) versão 20.0. A análise descritiva foi feita de acordo com a frequência absoluta e relativa dos dados, sua média e desvio padrão. Além disso, após verificar a normalidade dos dados pelo teste de Kolmogorov-Smirnov, foi utilizado o cálculo de correlação de Spearman para verificar a relação entre a variável vulnerabilidade clínico-funcional e a faixa etária em anos, escolaridade, número de morbidades, número de medicamentos, comprometimento cognitivo, dependência em ABVD, em AIVD e presença de sintomas depressivos. Neste estudo, a magnitude das correlações foi classificada como fraca ($< 0,3$); moderada (0,3 a 0,59); forte (0,6 a 0,9) e perfeita (1,0) (LEVIN; FOX, 2004). O nível de significância considerado foi de 5% ($p \leq 0,05$).

3.8 Aspectos éticos

O estudo está de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde a qual incorpora referenciais como autonomia, não maleficência, beneficência, justiça, equidade, dentre outros, e visa assegurar direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado, como a garantia de manutenção do sigilo e privacidade dos participantes durante todas as fases da pesquisa. O estudo também atende a Resolução 510/16 do Conselho Nacional de Saúde, a qual prevê que o pesquisador deve estar sempre atento aos riscos que a pesquisa possa acarretar aos participantes em decorrência dos seus procedimentos, devendo para tanto serem adotadas medidas de precaução e proteção. Para sua realização de acordo com as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, por isso a presente pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos e aprovada sob o parecer de número 3.825.117 (Anexo F).

4 Resultados

No período da coleta de dados, 54 pacientes foram atendidos no Ambulatório de Gerontologia, dos quais quatro não responderam completamente a avaliação, por isso 50 pessoas foram elegíveis para compor a amostra. Verifica-se na tabela 1 as características sociodemográficas dos pacientes acompanhados no ambulatório, entre os quais observa-se a

predominância de mulheres (70%). A média de idade da amostra foi de 79,4 anos ($\pm 9,4$), variando entre idosos de 60 a 102 anos. Representaram 42% dos participantes aqueles com faixa etária entre 80 e 89 anos.

Em relação à escolaridade, a média foi de 3,4 anos de estudo ($\pm 3,5$), destacando-se a baixa escolaridade (um a quatro anos de estudo) entre os idosos, representando 48% da amostra, seguida pelo analfabetismo, com 34%. Sobre a situação conjugal, prevaleceram os grupos de idosos que declararam viuvez (52%) e estado civil casado(a) (38%).

Tabela 1: Distribuição sociodemográfica dos idosos acompanhados no ambulatório de Gerontologia do HU-UFSCar, São Carlos-SP, 2020.

Características sociodemográficas	N (%)	Média (DP)
Sexo		-
Masculino	15 (30%)	-
Feminino	35 (70%)	-
Faixa etária		79,4 anos ($\pm 9,4$)
Entre 60 e 69 anos	8 (16%)	-
Entre 70 e 79 anos	16 (32%)	-
Entre 80 e 89 anos	21 (42%)	-
Acima de 90 anos	5 (10%)	-
Arranjo conjugal		-
Solteiro(a)	2 (4%)	-
Casado(a)	19 (38%)	-
Viúvo(a)	26 (52%)	-
Separado(a)	3 (6%)	-
Escolaridade		3,4 anos ($\pm 3,5$)
Analfabeto(a)	17 (34%)	-
1 a 4 anos de estudo	24 (48%)	-
Acima de 5 anos de estudo	9 (18%)	-
TOTAL	50 (100%)	-

Fonte: dados da pesquisa.

Para verificar as características de saúde entre os pacientes acompanhados no ambulatório, foram distribuídos na tabela 2 o número de morbidades e número de medicamentos consumidos pela amostra.

Quanto ao número de morbidades, observa-se uma média entre os idosos de 3,8 ($\pm 2,1$) diagnósticos clínicos, sendo que a maior parte da amostra relata diagnóstico clínico de três a quatro condições diferentes (54%). Ao observar o número de medicamentos, 42% dos participantes referem o consumo de até 4 medicamentos, estando os outros 58% em condição de polifarmácia.

Tabela 2: Características de saúde dos idosos acompanhados no ambulatório de Gerontologia do HU-UFSCar, São Carlos-SP, 2020.

Características de saúde	N (%)	Média (DP)
Número de morbidades		3,8 ($\pm 2,1$)
Até 2 morbidades	9 (18%)	-
De 3 a 4 morbidades	27 (54%)	-
Acima de 5 morbidades	14 (28%)	-
Número de medicamentos		6,1 ($\pm 4,4$)
Até 2 medicamentos	12 (24%)	-
De 3 a 4 medicamentos	9 (18%)	-
Acima de 5 medicamentos	29 (58%)	-
TOTAL	50 (100%)	-

Fonte: dados da pesquisa.

Na tabela 3 podemos verificar a distribuição da amostra de acordo com a classificação feita por meio dos instrumentos de avaliação da vulnerabilidade clínico-funcional, da função cognitiva, do grau de dependência em ABVD, em AIVD e avaliação de sintomas depressivos.

Para a avaliação da vulnerabilidade clínico-funcional entre os participantes, foi utilizado o IVCF-20, no qual a média do resultado entre os pacientes foi de 20,6 pontos ($\pm 8,8$), o que indica presença de fragilidade. Com o instrumento foi possível caracterizar como frágil a maior parte dos idosos acompanhados no ambulatório (72%), seguida por aqueles considerados em risco de fragilização (18%).

Ao verificar a função cognitiva dos pacientes por meio do 10-CS, observa-se uma média de 3,9 pontos ($\pm 2,9$), caracterizando provável déficit cognitivo. Foi predominante a parcela de idosos que apresentaram alteração cognitiva grave (68%), seguidos por aqueles com a função cognitiva normal (20%).

Na avaliação do grau de dependência para as ABVD, que geralmente envolvem práticas de autocuidado, a média foi de 2,8 pontos ($\pm 2,5$), de acordo com os resultados da escala de Katz. Neste teste, a maioria dos idosos demonstrou dependência (48%). Já para as AIVD, referente às práticas que envolvem a vida em comunidade, foi aplicada a escala de Lawton e Brody, na qual a média entre os idosos foi de 10,4 pontos ($\pm 6,4$), sendo que 48% da amostra apresentou dependência para este tipo de atividade.

A EDG foi utilizada para verificar a presença de sintomas depressivos e nesta avaliação, a média entre os idosos foi de 4,0 pontos ($\pm 2,8$), demonstrando ausência destes sintomas 68% da amostra, enquanto 30% apresentou sintomas depressivos leves.

Tabela 3: Avaliação da vulnerabilidade, função cognitiva, grau de dependência em atividades básicas e instrumentais de vida diária e sintomas depressivos entre os idosos acompanhados no ambulatório de Gerontologia do HU-UFSCar, São Carlos-SP, 2020.

	N (%)	Média (DP)
Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional		20,6 (±8,8)
Idoso(a) robusto(a)	5 (10%)	-
Em risco de fragilização	9 (18%)	-
Frágeis	36 (72%)	-
10-Point Cognitive Screener		3,9 (±2,9)
Função cognitiva normal	10 (20%)	-
Alteração cognitiva leve	6 (12%)	-
Alteração cognitiva grave	34 (68%)	-
Escala de Katz		2,8 (±2,5)
Independente	16 (32%)	-
Parcialmente dependente	10 (20%)	-
Dependente	24 (48%)	-
Escala de Lawton e Brody		10,4 (±6,4)
Independente	7 (14%)	-
Parcialmente dependente	19 (38%)	-
Dependente	24 (48%)	-
Escala de Depressão Geriátrica		4,0 (±2,8)
Ausência de sintomas depressivos	34 (68%)	-
Sintomas depressivos leves	15 (30%)	-
Sintomas depressivos severos	1 (2%)	-
TOTAL	50 (100%)	-

Fonte: dados da pesquisa.

Após a aplicação do teste de normalidade e realização da análise de correlação, foi possível identificar a existência ou não de relação entre o Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional dos pacientes com algumas de suas variáveis sociodemográficas e de saúde, como mostra a tabela 4.

Tabela 4: Resultados do teste de correlação entre o escore do Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional e as características sociodemográficas e de saúde dos idosos acompanhados no ambulatório de Gerontologia do HU-UFSCar, São Carlos-SP, 2020.

Variáveis	Coefficiente de correlação	p-valor
Faixa etária	0,380	0,006*
Escolaridade	-0,192	0,181
Número de morbidades	0,433	0,002*
Número de medicamentos	0,514	0,000*
Função cognitiva	-0,540	0,000*
Dependência em atividades básicas	-0,481	0,000*

Dependência em atividades instrumentais	-0,460	0,001*
Sintomas depressivos	0,125	0,389

*Relação significativa entre a vulnerabilidade clínico-funcional e a variável ($p \leq 0,05$).

Fonte: dados da pesquisa.

A análise nos mostra uma correlação estatística positiva e moderada entre a vulnerabilidade da amostra com sua faixa etária ($r=0,380$; $p=0,006$), seu número de morbidades ($r=0,433$; $p=0,002$) e número de medicamentos ($r=0,514$; $p=0,000$). Observa-se também uma relação inversa e moderada entre a vulnerabilidade da amostra com as variáveis função cognitiva ($r=-0,540$; $p=0,000$), dependência em ABVD ($r=-0,481$; $p=0,000$) e dependência em AIVD ($r=-0,460$; $p=0,001$).

5 Discussão

Este estudo traz entre os pacientes atendidos em seguimento ambulatorial um predomínio do sexo feminino, representando 70% da amostra. As mulheres costumam participar com maior frequência de amostras em pesquisas envolvendo saúde, em virtude de sua maior exposição a tratamentos de saúde (NERI et al., 2013).

A literatura aponta para quanto maior a idade do contingente analisado, maior será a proporção de mulheres, o que pode se explicar pelas hipóteses de que estão menos expostas a riscos em acidentes de trânsito, domésticos e de trabalho, suicídios e homicídios, além de consumirem menos álcool e tabaco e fazerem uso mais frequente dos serviços de saúde (VERAS et al., 2001; CAMARANO, 2002).

Entre os participantes do presente estudo, a média de idade foi de 79,4 anos, sendo que 42% da amostra faz parte do contingente entre 80 e 89 anos. No geral, estudos com idosos em contexto ambulatorial observam médias de idade entre 70 e 80 anos (REMOR; BÓS; WERLANG, 2011; FREITAS et al., 2016; RAMOS et al., 2017; CARNEIRO et al., 2017; PRITCHARD et al., 2017). No Brasil, torna-se cada vez mais necessário identificar as necessidades e condições sociodemográficas e de saúde dos idosos longevos, por demandarem de uma rede ampla de cuidados e suporte social, exigindo mais custos em saúde (FOLLE; SHIMIZU; NAVES, 2016).

A literatura aponta uma relação entre o avanço da idade com a presença de fragilidade pela maior sobrecarga funcional e dificuldades em manter a homeostase. Dito isso, espera-se maiores índices da síndrome em idosos do contexto ambulatorial, uma vez que esta condição

resulta em vulnerabilidade às alterações do estado de saúde e requer atenção especializada (CARNEIRO et al., 2017; GRDEN et al., 2019).

Se tratando de preditores para uma boa saúde, é importante observar o nível de escolaridade dos usuários, uma vez que representa um mediador que permite maior acesso aos serviços de saúde e influencia a adoção de comportamentos saudáveis, relacionamentos e apoio social, no gerenciamento de situações de estresse agudo e crônico, além de disposições psicológicas, papéis sociais e atividades produtivas (ALEXANDRE et al., 2014). No presente estudo, houve predomínio de baixa escolaridade entre os participantes (48%), seguido pelo analfabetismo (34%).

Dados de um estudo da rede de pesquisa sobre a Fragilidade de Idosos Brasileiros (FIBRA), realizado com 3.478 indivíduos da comunidade com idade igual ou superior a 65 anos, em sete cidades brasileiras, observam que 49% dos participantes possuía entre um a quatro anos de escolaridade e 28,8% eram analfabetos. A literatura aponta uma significativa maior frequência de idosos frágeis entre analfabetos do que entre os alfabetizados. Em idosos robustos são observados percentuais significativamente mais altos daqueles com cinco ou mais anos de escolaridade (NERI et al., 2013; GRDEN et al., 2019; MAIA et al., 2020).

Neste sentido, para potencializar um envelhecer saudável e autônomo entre os brasileiros, vale-se investimentos públicos em estratégias amplas, como fortalecimento do acesso à educação formal e o fomento a ações e serviços que possam subsidiar e amplificar o acesso à informação de qualidade sobre conteúdos que promovam saúde (GRDEN et al., 2019).

Quanto ao estado civil dos participantes, idosos viúvos representaram 52% da amostra, enquanto 38% relataram estarem casados. No geral, estudos divergem quanto a predominância de idosos em seguimento ambulatorial, variando entre 36,9% a 83% aqueles que apresentam ausência de companheiro(a) e entre 17% e 54,4% para aqueles casados (MARINO et al., 2009; FREITAS et al., 2016; CARNEIRO et al., 2017; GRDEN et al., 2019).

Apesar do presente estudo não ter relacionado o Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional com o estado civil, outras pesquisas demonstram que a ausência de cônjuge pode estar associada a presença de fragilidade em idosos (PEGORARI; TAVARES, 2014; GRDEN et al., 2019). Pela fragilidade ter característica multidimensional, é necessário compreender melhor aspectos sociais envolvidos à esta condição em idosos (CARNEIRO et al., 2017).

Partindo dos aspectos sociodemográficos, ao observarmos algumas características de saúde da amostra, verifica-se que 54% dos participantes relataram possuir de três a quatro

condições de saúde diferentes. Além disso, foi identificado o uso de cinco ou mais medicamentos por 58% dos idosos, caracterizando a presença de polifarmácia.

Uma pesquisa realizada com idosos atendidos em um ambulatório na capital do Pará observa que a maior parte da amostra referiu diagnóstico de pelo menos duas a quatro condições clínicas de saúde diferentes (58,1%), entretanto, foi predominante o uso de até dois medicamentos pelos pacientes da amostra (60,6%) (MAUÉS et al., 2019).

Com relação à condição de polifarmácia, a literatura demonstra sua associação à multimorbidade, que pode ser interpretada pela frequente necessidade dos idosos em consumir medicações para tratamento das doenças (CAVALCANTI et al., 2017). A procura por consultas médicas em decorrência de manifestações clínicas, o atendimento fragmentado pela rede dos idosos com multimorbidade, protocolos de saúde direcionados a doenças específicas, dificuldades na tomada de decisão de forma compartilhada entre profissionais e a também na prestação de cuidados focada no paciente podem contribuir para o maior consumo de medicações pelos idosos (BATISTA, 2014).

Os desafios para o sistema de saúde acerca da multimorbidade são diversos como, por exemplo, a oferta de assistência em saúde pelas redes de atenção, estruturação e arranjos da Atenção Primária, produção de informações para que vigilâncias epidemiológicas possam traçar metas de prevenção atingíveis e controle de DCNT, atuação profissional de qualidade e resolutiva junto aos idosos e a realização de atividades voltadas à promoção da saúde e prevenção de agravos que incluam a família dos idosos, por constituírem a rede de apoio ao tratamento (BARRETO; CARREIRA; MARCON, 2015).

Ao observarmos a avaliação realizada pelo Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional, que determina a presença de fragilidade, a média encontrada no instrumento foi de 20,6 pontos, sendo que 72% dos idosos foram considerados frágeis.

As pesquisas realizadas com idosos em seguimento ambulatorial trazem uma menor prevalência desta condição entre os pacientes, estando entre 14,1% e 40,1% no Paraná (GRDEN et al., 2019; LENARDT et al., 2020), 23% no Pará (FREITAS et al., 2016), 31% no Rio Grande do Sul (REMOR; BÓS; WERLANG, 2011), 47,2% e 47,5% em Minas Gerais (CARNEIRO et al., 2017; ALENCAR et al., 2018) e 35% no Canadá (PRITCHARD et al., 2017). No geral, as diferenças nos valores de prevalência de fragilidade podem ser atribuídas às características socioeconômicas e culturais de cada amostra, além das diferentes propostas e parâmetros para avaliação da fragilidade (GRDEN et al., 2019).

Uma pesquisa realizada no norte do estado de Minas Gerais com uma amostra de 1.750 idosos residentes na comunidade, observou que 31,2% dos participantes apresentaram

risco de fragilização e 20,1% fragilidade, de acordo com seu Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional. Além disso, o estudo aponta que a condição de idosos robustos se relacionou a ausência de comprometimento cognitivo e de sintomas depressivos, menor número de morbidades e independência em atividades de vida diária (MAIA et al., 2020).

Um estudo desenvolvido com 1.413 idosos da cidade de São Paulo mostrou em ambos os sexos que a idade avançada, baixo nível de escolaridade e estilo de vida sedentário são fatores que se associam a mais de um componente da fragilidade em idosos, de acordo com os fenótipos utilizados por Fried (FRIED et al., 2001; ALEXANDRE et al., 2014).

Espera-se encontrar maior prevalência de fragilidade em cenários como ambulatório de especialidades, em detrimento a domicílios, visto que a busca com maior frequência por estes serviços e até mesmo a implantação de protocolos que fomentam esta procura periódica, configuram-se maior no grupo de pacientes frágeis, uma vez que a fragilidade resulta em maior vulnerabilidade às alterações do estado de saúde, requerendo atenção mais intensificada e ou especializada (CARNEIRO et al., 2017; GRDEN et al., 2019).

A literatura destaca a existência de diversos instrumentos para rastreio da fragilidade. Esta multiplicidade de proposta para avaliação, seus variados parâmetros e as diferenças entre estudos quanto à composição da amostra, podem comprometer a comparação dos resultados encontrados, podendo gerar inclusive diferenças nas prevalências (CARNEIRO et al., 2016; CARNEIRO et al., 2017; GRDEN et al., 2019; FALLER et al., 2019).

Em relação a avaliação cognitiva, observamos um predomínio de pacientes com alteração cognitiva grave, representando 68% dos participantes. Durante o processo de envelhecimento fisiológico, há uma tendência à diminuição da capacidade cognitiva do indivíduo, que pode ser impulsionada por fatores genéticos, culturais, econômicos, além de seus hábitos de vida, escolaridade e a presença de doenças (OLIVEIRA; SILVA; CONFORT, 2017).

Um estudo com idosos atendidos em um ambulatório do Rio Grande do Sul identificou déficit cognitivo em 42,1% de sua amostra (ZORTEA et al., 2015). Outra pesquisa realizada com idosos de Campinas-SP em seguimento ambulatorial observou déficit cognitivo em 29,1% de sua amostra, divergindo da prevalência encontrada no presente estudo. Além disso, o trabalho supracitado verificou que a média na avaliação cognitiva foi significativamente superior em idosos mais escolarizados (PAULA et al., 2013).

O nível educacional do indivíduo está diretamente relacionado aos prejuízos em seu estado cognitivo. A probabilidade de idosos com baixo grau de escolaridade desenvolverem algum tipo de comprometimento cognitivo aumenta cerca de 4,5 a cinco vezes comparados

àqueles com escolaridade mais alta (SANTOS et al., 2019). Além disso, idosos que apresentam comprometimento cognitivo são considerados em risco para o desenvolvimento da condição de fragilidade (FREITAS et al., 2016; GRDEN et al., 2019).

Os profissionais de saúde devem intervir evitando o aumento do déficit cognitivo com atividades que envolvam a família e os cuidadores, considerando o cotidiano da pessoa idosa, planejando maneiras facilitadoras que amenizem essa condição. Como exemplo, a estimulação cognitiva pode desenvolver melhor as funções cognitivas que muitas vezes são afetadas durante o envelhecimento, contribuindo para a realização de atividades de vida diária e proporcionando uma melhor autonomia e confiança para continuar sua vida em sociedade de forma saudável. Dessa forma, observa-se a importância do profissional na promoção da saúde e na prevenção do declínio cognitivo (ZORTEA et al., 2015; OLIVEIRA; SILVA; CONFORT, 2017).

Ao verificar o grau de dependência para realização das ABVD, como em práticas de autocuidado, 48% da amostra se mostrou dependente na avaliação, enquanto 32% demonstraram independência para realização. Na prática de AIVD, que envolvem a vida em comunidade, 48% dos idosos demonstraram dependência, enquanto 38% apresentaram dependência parcial para sua realização. Este achado nos revela que a maior parte da amostra detém certo grau de dependência, tanto em atividades básicas como nas instrumentais de vida diária, o que pode justificar, em partes, o acompanhamento destes idosos no seguimento ambulatorial.

Em um ambulatório de especialidade gerontológica e geriátrica no estado de Pernambuco, uma pesquisa verificou entre os idosos atendidos que o grau de dependência para realização de ABVD e AIVD era de 33,2% e 5,3% respectivamente, índices inferiores quando comparados aos do presente estudo (RAMOS et al., 2017). No estado do Pará, ao analisar a Medida de Independência Funcional de 103 idosos atendidos em seguimento ambulatorial, foi identificado que 97% da amostra se mostrou independente para realizar atividades de vida diária, havendo diferença significativa quanto a capacidade funcional dos idosos que apresentaram quadro de fragilidade (FREITAS et al., 2016).

Apesar destes achados corroborarem com a presença da fragilidade em idosos mais dependentes para desempenhar atividades de vida diária (SILVA et al., 2009; MAIA et al., 2020), é fundamental que todos os idosos sejam avaliados quanto sua vulnerabilidade clínico-funcional, inclusive os mais ativos em sua rotina, para que determinada condição seja identificada de forma precoce e assim prevenir e manejar o fenômeno da fragilização.

Ao analisarmos a presença de sintomas depressivos entre os idosos participantes deste estudo, verifica-se que a maior parte deles (68%) não apresentaram esta sintomatologia, 30% apresentaram sintomas depressivos leves e apenas um participante apontou sintomas depressivos severos.

Em estudos desenvolvidos no estado de Minas Gerais envolvendo idosos da comunidade foram identificados sintomas depressivos entre 24,8% e 37,2% dos participantes. Além disso, a ausência destes sintomas se mostra associada a condição robusta entre idosos e sua presença estatisticamente associada à condição de fragilidade (CARNEIRO et al., 2017; MAIA et al., 2020).

Em uma pesquisa com 956 pessoas idosas da comunidade que buscou identificar fatores que interferem na condição de vulnerabilidade ao declínio funcional do indivíduo, verificou-se que a presença de depressão não apenas se relacionou positivamente à vulnerabilidade, mas foi a variável que mais contribuiu com impacto para esta condição, seguida pela perda de urina (AMANCIO; OLIVEIRA; AMANCIO, 2019).

No estado da Bahia, idosos com sintomas depressivos prévios mostraram maior risco de desenvolver dependência para realizar atividades básicas da vida diária, independentemente da faixa etária, sexo, renda familiar, do nível de atividade física e uso de medicamentos (MATOS et al., 2018).

Neste estudo, a análise estatística resultou na relação entre a vulnerabilidade clínico-funcional da amostra e algumas variáveis. No caso da faixa etária, do número de morbidades e do número de medicamentos, esta relação se deu de forma positiva. Outros estudos corroboram demonstrando que a presença de polipatologia pode favorecer altos índices de vulnerabilidade clínico-funcional nos indivíduos predispondo a condição de fragilidade, o que causa impactos negativos em sua saúde e percurso de vida (CANÊDO; LOPES; LOURENÇO, 2018; CURCIO et al., 2018; GRDEN et al., 2019; MAIA et al., 2020). Vale ressaltar que os idosos que vivem em países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil, apresentam maior número de DCNT à medida que envelhecem e, como consequência, as doenças podem acelerar o aparecimento da fragilidade (MACIEL et al., 2016; DUARTE et al., 2016; GRDEN et al., 2019).

Um estudo realizado com 374 idosos em seguimento ambulatorial no Paraná, verificou que a presença de fragilidade se associou de forma significativa a presença de morbidades e ao uso de medicamentos, considerando estes fatores explicativos à condição (GRDEN et al., 2019). Uma pesquisa com participantes idosos do Distrito Federal verificou uma relação positiva entre a vulnerabilidade e algumas condições de saúde, como a HAS, Diabetes e perda

urinária, porém com intensidades distintas, variando de muito fracas a moderadas. Além disso, a presença de sintomas depressivos também demonstrou relação com a vulnerabilidade, divergindo dos achados no presente estudo (AMANCIO; OLIVEIRA; AMANCIO, 2019).

Idosos considerados frágeis possuem um maior número de morbidades quando comparados àqueles considerados pré-frágeis e robustos e a gravidade das doenças e tratamento dirigido a elas podem estar mais associados à condição de fragilidade do que apenas sua quantidade (FREITAS et al., 2016).

Outro achado do estudo trata-se da relação inversa identificada entre a vulnerabilidade e função cognitiva dos idosos. A literatura corrobora com a prevalência de idosos frágeis e pré-frágeis entre aqueles que apresentam alteração cognitiva, sendo uma parcela consideravelmente superior àquela em idosos sem esta condição (ALENCAR et al., 2018; APRAHAMIAN et al., 2018).

Um estudo em Minas Gerais que acompanhou uma coorte de idosos em seguimento ambulatorial por doze meses verificou a transição para a condição de fragilidade em 33,3% dos idosos que apresentaram alteração cognitiva, sendo que todos eles foram classificados como pré-frágeis na linha de base (ALENCAR et al., 2018).

Alguns estudos debatem a existência de uma associação biológica entre a condição de fragilidade e a alteração cognitiva (BOYLE et al., 2010; TAY et al., 2016). Além da incidência de fragilidade ser favorecida pelo aumento na idade, evidências apontam a presença de substrato biológico cerebral nesta condição que pode atuar como acelerador ou promotor do comprometimento cognitivo (MIYAMURA et al., 2019). O acúmulo de danos celulares e moleculares que ocorrem durante o envelhecimento pode levar à ativação inflamatória e desregulação neuroendócrina, o que faz muitas vezes com que essas duas condições coexistam, compartilhando os mesmos mecanismos fisiopatológicos (JACOBS et al., 2011; KOJIMA, 2018).

Estudos populacionais que avaliaram a transição entre os estados de fragilidade ao longo do tempo mostram que estas transições ocorrem tanto no sentido da piora quanto da melhora no quadro de fragilidade. Se tratando de um processo dinâmico, a transição dos idosos com alteração cognitiva no sentido da piora é maior que em idosos sem essa condição (LEE et al., 2014; ALENCAR et al., 2015).

Uma pesquisa verificou-se que o risco de mortalidade em cinco anos era de 2,28 em idosos frágeis com alteração cognitiva, enquanto o de idosos frágeis sem alteração cognitiva era de 1,49 (JOHN et al., 2017). Este é um achado importante para a saúde pública, uma vez

que demonstra a necessidade de estratégias de prevenção e promoção da saúde do idoso com alteração cognitiva.

A partir da identificação do comprometimento cognitivo em idosos, o profissional de saúde deve intervir sobre a cognição envolvendo os familiares e cuidador nas atividades, discutindo sobre como os sinais e sintomas influenciam na rotina da família, informar sobre a gestão do regime terapêutico e abordar os déficits de memória envolvendo estratégias de compensação (ZORTEA et al.; 2015).

Outra variável que demonstrou estar associada inversamente ao Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional foi o grau de dependência para atividades básicas e instrumentais de vida diária. Além de reduzir a expectativa de vida saudável, a condição de fragilidade pode trazer prejuízo à independência funcional do idoso, que por sua vez leva a perda de autonomia e deterioração da qualidade de vida (FREITAS et al., 2016).

É observado em outros estudos que idosos com total independência para as atividades de vida diária possuem capacidade clínico-funcional superior em relação aos seus pares. Trata-se de uma condição indispensável para o bem-estar de todo indivíduo, no sentido mais amplo, incluindo os domínios felicidade, satisfação e autoeficácia (CANÊDO; LOPES; LOURENÇO, 2018; MAIA et al., 2020).

Para que o processo de envelhecimento seja bem-sucedido, além da interação multidimensional entre a saúde física, saúde mental e integração social, os idosos devem deter de independência em atividades de vida diária, conduzindo sua própria vida e determinando como, quando e onde gostaria de realizar suas atividades de lazer, convívio social e trabalho com autonomia (OMS, 2015; MAIA et al., 2020). Neste sentido, os profissionais na área da Gerontologia podem desempenhar ações diretas e indiretas à população idosa, de forma a envolver demandas decorrentes do processo de envelhecimento, abarcando seus aspectos biopsicossociais (MELO; LIMA-SILVA; CACHIONI, 2015).

O profissional na área da Gerontologia possui habilidades em gestão de casos, de modo que realiza por meios das suas competências pessoais, técnicas (conhecimento, gestão administrativa, micro, média e macrogestão) e gerenciais (liderança, tomada de decisão, gerenciamento de conflitos, planejamento e orientação para resultados), o que assegura o desenvolvimento e a implementação de seus planos de ação. Outras competências do profissional Gerontólogo envolvem: aplicação de avaliações gerontológicas; criação de planos de atenção integral à pessoa idosa; realizar intervenções que preparem as pessoas para o seu próprio envelhecimento e período de aposentadoria; promover a integração de equipes multiprofissionais que prestam assistência aos idosos; formular novas políticas e programas

de atenção à população que envelhece; e desenvolver pesquisas em Gerontologia (MELO; LIMA-SILVA; CACHIONI, 2015).

Atualmente, a abordagem da saúde da pessoa idosa deve ter como foco a interação da funcionalidade do indivíduo com o seu ambiente, ou seja, como profissionais de saúde, devemos buscar manter estes idosos independentes e autônomos pelo maior período possível. Dessa forma, a literatura reflete sobre a evolução positiva, multidimensional e integrada que constitui o processo de envelhecimento (OMS, 2015; CURCIO et al., 2018; CANÊDO; LOPES; LOURENÇO, 2018).

Os resultados do presente estudo devem ser apreciados à luz de algumas limitações. Seu desenvolvimento ocorrido logo após a inauguração do referido ambulatório demonstra as dificuldades iniciais de integração à Rede de Atenção à Saúde, gerando menores índices de referência pelos serviços de saúde e baixa demanda pelos usuários. A amostra não-probabilística é decorrente dessa situação. Além disso, as diversas medidas para rastreamento da fragilidade implicam em barreiras para comparação dos resultados. Em contrapartida, apesar do tamanho amostral não permitir generalização dos achados, a análise estatística identificou relações importantes entre o IVCF-20 e diferentes variáveis.

6 Considerações finais

No geral, os achados demonstram que a maior parte dos participantes foi considerada frágil, com alterações cognitivas graves, em polifarmácia, com certo grau de dependência para atividades básicas e instrumentais de vida diária e ausência de sintomas depressivos. A vulnerabilidade clínico-funcional dos idosos se mostrou associada a faixa etária mais avançada, ao maior número de morbidades e maior consumo de medicamentos, a alterações cognitivas e maior dependência nas atividades de vida diária.

Ao pensar em atenção integral em saúde para a população idosa, devemos levar em conta que durante o processo de envelhecimento cada indivíduo pode apresentar características fisiopatológicas singulares, multidimensionais e complexas. Neste sentido, estabelecer indicadores pode aperfeiçoar o monitoramento e o planejamento de ações voltadas ao contexto ambulatorial e possibilita a organização de prioridades de intervenção em saúde, auxiliando inclusive em medidas preventivas.

É esperado que maiores índices de idosos frágeis ou em risco de fragilização sejam identificados em seguimento ambulatorial, uma vez que esta condição resulta em vulnerabilidade às alterações do estado de saúde e requer atenção especializada. Entretanto,

indivíduos que possuem maior continuidade de acompanhamento pela equipe de saúde demonstram menores taxas de hospitalização e controle da multimorbidade, o que nos leva à importância de estratégias para o gerenciamento destas condições.

Desta forma, os achados do presente estudo nos trazem reflexões acerca de possíveis estratégias para controle das condições que se associem a fragilização, como atividades que minimizem o declínio cognitivo entre idosos e tratamento adequado das morbididades. A prática de atividade física também mostra uma importante influência no controle de doenças crônicas e da fragilidade, diminuindo inclusive as chances de mortalidade. É fundamental que familiares e cuidadores estejam envolvidos neste processo, proporcionando apoio e maior autonomia a estes idosos. Além disso, é importante que a avaliação da vulnerabilidade clínico-funcional seja realizada independente das condições que levem o idoso a procurar o serviço de saúde, uma vez que o estado de fragilidade se trata de uma condição multidimensional e sua identificação precoce pode ser um facilitador para o manejo deste fenômeno.

Referências

- ALENCAR, M. A.; DIAS, J. M. D.; FIGUEIREDO, L. C. et al. Transitions in frailty status in community-dwelling older adults. **Topics in Geriatric Rehabilitation**, v. 31, n. 2, p. 105-112, 2015.
- ALENCAR, M. A.; OLIVEIRA, A. C.; FIGUEIREDO, L. C. et al. Prevalence and transition to frailty in older adults with cognitive impairment: a 1-year cohort study. **Geriatrics, Gerontology and Aging**, v. 12, n. 2, p. 89-95, 2018.
- ALEXANDRE, T. S.; CORONA, L. P.; NUNES, D. P. et al. Similarities among factors associated with components of frailty in elderly: SABE Study. **Journal of Aging Health**, v. 26, n. 3, p. 443-457, 2014.
- ALMEIDA, O. P.; ALMEIDA, A. S. Confiabilidade da versão brasileira da escala de depressão em geriatria (GDS) versão reduzida. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, São Paulo, v. 57, n. 2b, p. 421-426, 1999.
- AMANCIO, T. G.; OLIVEIRA, M. L. C.; AMANCIO, V. S. Fatores que interferem na condição de vulnerabilidade do idoso. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 22, n. 2, e180159, 2019.
- APOLINARIO, D.; LICHTENTHALER, D. G.; MAGALDI, R. M. et al. Using temporal orientation, category fluency, and word recall for detecting cognitive impairment: the 10-point cognitive screener (10-CS). **International Journal of Geriatric Psychiatry**, v. 31, p. 4-12, 2016.
- APRAHAMIAN, I.; SUEMOTO, C. K.; ALIBERTI, M. J. R. et al. Frailty and cognitive status evaluation can better predict mortality in older adults? **Archives of Gerontology and Geriatrics**. v. 77, p. 51-56, 2018.
- BARRETO, M. S.; CARREIRA, L.; MARCON, S. S. Envelhecimento populacional e doenças crônicas: Reflexões sobre os desafios para o Sistema de Saúde Pública. **Kairós Gerontologia: Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Saúde**, v. 18, n. 1, p. 325-339, 2015.
- BATISTA, S. R. A complexidade da multimorbidade. **Journal of Management and Primary Health Care**, v. 5, n. 1, p. 125-126, 2014.
- BORDIN, D.; CABRAL, L. P. A.; FADEL, C. B. et al. Fatores associados à internação hospitalar de idosos: estudo de base nacional. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 452-460, 2018.
- BOYLE, P. A.; BUCHMAN, A. S.; WILSON, R. S. et al. Physical frailty is associated with incident mild cognitive impairment in community-based older persons. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 58, n. 2, p. 248-255, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Manual de implantação de complexos reguladores. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária e Promoção da Saúde - A Coleção Para Entender a Gestão do SUS. Brasília: CONASS, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Diário Oficial da União, Brasília-DF, 2006a.

BRASIL. Ministério da saúde. Portaria nº 276, de 30 de março de 2012. Institui o sistema de Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde (RAAS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, n. 64, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Guia de Atenção à Reabilitação da Pessoa Idosa. Brasília, Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. 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. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Especializada e Temática. Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS: proposta de modelo de atenção integral. Brasília, Ministério da Saúde, 2014.

CAMARANO, A. A. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. Ministério do Planejamento, orçamento e gestão. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2002. Disponível em: <
http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/2091/1/TD_858.pdf> Acesso em: 06/01/2021.

CANÊDO, A. C.; LOPES, C. S.; LOURENÇO, R. A. Prevalence of and factors associated with successful aging in Brazilian older adults: frailty in Brazilian older people Study (FIBRA RJ). **Geriatrics & Gerontology International**, v. 18, n. 8, p. 1280-1285, 2018.

CARNEIRO, J. A.; CARDOSO, R. R.; DURÃES, M. S. et al. Fragilidade em idosos: prevalência e fatores associados. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 70, n. 4, 780-785, 2017.

CARNEIRO, J. A.; RAMOS, G. C. F.; BARBOSA, A. T. F. et al. Prevalência e fatores associados à fragilidade em idosos não institucionalizados. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 69, n. 3, p. 435-442, 2016.

CARVALHO, T. C.; VALLE, A. P.; JACINTO, A. F. et al. Impacto da hospitalização na funcionalidade de idosos: estudo de coorte. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 136-144, 2018.

CAVALCANTI, G.; DORING, M.; PORTELLA, M. R. et al. Multimorbidade associado à polifarmácia e autopercepção negativa de saúde. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 20, n. 5, p. 635-643, 2017.

CÔRTE, B.; KIMURA, C.; XIMENES, M. A. et al. Determinantes da atenção aos idosos pela rede pública de saúde, hoje e em 2030: o caso da Região Metropolitana de São Paulo. **Saúde e Sociedade**, v. 26, n. 3, p. 690-701, 2017.

CURCIO, C. L.; PINEDA, A.; QUINTERO, P. et al. Successful Aging in Colombia: the role of disease. **Gerontology and Geriatric Medicine**, v. 4, p. 1-11, 2018.

DUARTE, M. C. S.; FERNANDES, M. G. M.; RODRIGUES, R. A. P. et al. Fragilidade, morbidade referida e capacidade funcional em mulheres idosas. **Revista de Enfermagem da UERJ**, v. 24, n. 2, e6801, 2016.

DUNCAN, B. B.; CHOR, D.; AQUINO, E. M. L. et al. Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. **Revista Saúde Pública**, v. 46, p. 126-134, 2012.

FALLER, J. W.; PEREIRA, D. N.; SOUZA, S. et al. Instruments for the detection of frailty syndrome in older adults: A systematic review. **PLoS ONE**, v. 14, n. 4, e0216166, 2019.

FERREIRA, D. N.; MATOS, D. L.; LOYOLA FILHO, A. I. Ausência de consulta médica de rotina entre idosos hipertensos e/ou diabéticos: um estudo epidemiológico baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2008. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 578-594, 2015.

FERREIRA, J.; CELUPPI, I. C.; BASEGGIO, L. et al. Planejamento regional dos serviços de saúde: o que dizem os gestores? **Saúde e Sociedade**, v. 27, n. 1, p. 69-79, 2018.

FOLLE, A. D.; SHIMIZU, H. E.; NAVES, J. O. S. Social representation of Alzheimer's disease for family caregivers: stressful and rewarding. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 50, n. 1, p. 79-85, 2016.

FREITAS, C. V.; SARGES, E. S. N. F.; MOREIRA, K. E. C. S. et al. Evaluation of frailty, functional capacity and quality of life of the elderly in geriatric outpatient clinic of a university hospital. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 19, n. 1, p. 119-128, 2016.

FRIED, L. P.; TANGEN, C. M.; WALSTON, J. et al. Frailty in Older Adults: Evidence for a Phenotype. **Journals of Gerontology: Medical Science**, v. 56, n. 3, p. 146-157, 2001.

GRDEN, C. R. B.; RODRIGUES, C. R. B.; CABRAL, L. P. A. et al. Prevalence and factors associated with the frailty in elderly patients attended to an outpatient care specialty clinics. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 21, e52195, 2019.

GRUNEIR, A.; BRONSKILL, S. E.; MAXWELL, C. J. et al. The association between multimorbidity and hospitalization is modified by individual demographics and physician continuity of care: a retrospective cohort study. **BMC Health Services Research**, v. 16, n. 1, p. 154-163, 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Censo demográfico 2010: características gerais da população, religião e pessoas com deficiência. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/94/cd_2010_religiao_deficiencia.pdf> Acesso em: 06/01/2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Mudança demográfica no Brasil no início do século XXI. Subsídios para as projeções da população. Informação Demográfica e Socioeconômica. Brasília: IBGE, 2015. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv93322.pdf>> Acesso em: 06/01/2021.

JACOBS, J. M.; COHEN, A.; EIN-MOR, E. et al. Frailty, cognitive impairment and mortality among the oldest old. **The Journal of Nutrition, Health and Aging**, v. 15, n. 8, p. 678-682, 2011.

JOHN, P. D. S.; TYAS, S. L.; GRIFFITH, L. E. et al. The cumulative effect of frailty and cognition on mortality – results of a prospective cohort study. **International Psychogeriatrics**, v. 29, n. 4, p. 535-543, 2017.

KATZ, S.; FORD, A. B.; MOSKOWITZ, R. W. et al. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. **JAMA Network**, v. 185, n. 12, p. 914-919, 1963.

KOJIMA, G. Frailty as a Predictor of Nursing Home Placement Among Community-Dwelling Older Adults: A Systematic Review and Meta-analysis. **Journal of Geriatric Physical Therapy**, v. 4, n. 1, p. 42-48, 2018.

LAWTON, M. P.; BRODY, E. M. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. **The Gerontologist**, Oxford, v. 9, p. 179-186, 1969.

LEE, J. S.; AUYEUNG, T. W.; LEUNG, J. et al. Transitions in frailty states among community-living older adults and their associated factors. **Journal of the American Medical Directors Association**, v. 15, p. 281-286, 2014.

LENARDT, M. H.; MORAES, D. C.; SETLIK, C. M. et al. Physical frailty and urinary incontinence of elderly in ambulatory care. **Cogitare Enfermagem**, v. 25, e67077, 2020.

LEVIN, J.; FOX, J. A. **Estatística Para Ciências Humanas**. 9. ed. São Paulo: [s.n.].

LINO, V. T. S.; PEREIRA, S. R. M.; CAMACHO, L. A. B. et al. Adaptação transcultural da Escala de Independência em Atividades da Vida Diária (Escala de Katz). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 103-112, 2008.

MACIEL, G. M. C.; SANTOS, R. S.; SANTOS, T. M. et al. Avaliação da fragilidade no idoso pelo enfermeiro: revisão integrativa. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 6, n. 3, p. 2430-2438; 2016.

- MAIA, L. C.; COLARES, T. F. B.; MORAES, E. N. et al. Idosos robustos na atenção primária: fatores associados ao envelhecimento bem-sucedido. **Revista de Saúde Pública**, v. 54, n. 35, p. 1-11, 2020.
- MALTA, D. C.; BERNAL, R. T. I.; LIMA, M. G. et al. Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n. 1, p. 1-10, 2017.
- MARINO, J. G.; LEAL, M. C. C.; MARQUES, A. P. O. et al. O perfil do idoso assistido em serviço universitário ambulatorial. **Extensão em Foco**, n. 3, p. 51-56, 2009.
- MARQUES, A. P.; MONTILLA, D. E. R.; ALMEIDA, W. S. et al. Internação de idosos por condições sensíveis à atenção primária à saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, n. 5, p. 817-826, 2014.
- MATOS, F. S.; JESUS, C. S.; CARNEIRO, J. A. O. et al. Redução da capacidade funcional de idosos residentes em comunidade: estudo longitudinal. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 23, n. 10, p. 3393-3401, 2018.
- MAUÉS, C. R.; FERNANDEZ, M. M.; NUNES, Q. P. et al. Análise do uso de medicamentos em idosos. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 34, e1356, 2019.
- MELO, R. C.; LIMA-SILVA, T. B.; CACHIONI, M. Desafios da formação em Gerontologia. **Revista Kairós Gerontologia**, v. 18, n. esp. 19, p., 123-147, 2015.
- MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.
- MIYAMURA, K.; SILVA, F. J. R.; ASSIS, B. A. et al. Síndrome da fragilidade e comprometimento cognitivo em idosos: revisão sistemática da literatura. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 27, e3202, 2019.
- MORAES, E. N. **Atenção à saúde do Idoso: Aspectos Conceituais**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.
- MORAES, E. N.; CARMO, J. A.; MORAES, F. L. et al. Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional-20 (IVCF-20): reconhecimento rápido do idoso frágil. **Revista de Saúde Pública**, v. 50, p. 1-10, 2016b.
- MORAES, E. N.; LANNA, F. M.; SANTOS, R. R. et al. A new proposal for the clinical-functional categorization of the elderly: Visual Scale of Frailty (VS-Frailty). **Journal of Aging Research & Clinical Practice**, v. 5, n. 1, p. 24-30, 2016a.
- NERI, A. L.; YASSUDA, M. S.; ARAÚJO, L. F. et al. Methodology and social, demographic, cognitive, and frailty profiles of community-dwelling elderly from seven Brazilian cities: the FIBRA Study. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 4, p. 778-792, 2013.

NUNES, B. P.; SOARES, M. U.; WACHS, L. S. et al. Hospitalização em idosos: associação com multimorbidade, atenção básica e plano de saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n. 43, p. 1-10, 2017.

OCCELLI, P., TOUZET, S., RABILLOUD, M. et al. Impact of a transition nurse program on the prevention of thirty-day hospital readmissions of elderly patients discharged from short-stay units: study protocol of the PROUST stepped-wedge cluster randomised trial. **BMC Geriatrics**, v. 16, n. 57, p. 1-9, 2016.

OLIVEIRA, A. S. A.; SILVA, V. C. L.; CONFORT, M. F. Benefícios da Estimulação Cognitiva Aplicada ao Envelhecimento. **Revista Episteme Transversalis**, v. 8, n. 2, p. 16-31, 2017.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World Population Prospects 2019: Press Release, 2019.

Disponível em:

<https://population.un.org/wpp/Publications/Files/WPP2019_PressRelease_EN.pdf> Acesso em: 06/01/2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Relatório mundial de envelhecimento e saúde. Genebra: OMS, 2015. Disponível em: <<https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>>. Acesso em: 06/01/2021.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Atenção à Saúde. **Avaliação Multidimensional do Idoso**. 1 ed. Curitiba: SESA, 2017.

PAULA, A. F. M.; RIBEIRO, L. H. M.; D'ELBOUX, M. J. et al. Avaliação da capacidade funcional, cognição e sintomatologia depressiva em idosos atendidos em ambulatório de Geriatria. **Revista Brasileira de Clínica Médica**, v. 11, n. 3, 212-218, 2013.

PEGORARI, M. S.; TAVARES, D. M. S. Factors associated with the frailty syndrome in elderly individuals living in the urban area. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 22, n. 5, p. 874-882, 2014.

PRITCHARD, J. M.; KENNEDY, C. C.; KARAMPATOS, S. et al. Measuring frailty in clinical practice: a comparison of physical frailty assessment methods in a geriatric outpatient clinic. **BMC Geriatrics**, v. 17, n. 1, p. 1-8, 2017.

RAMOS, R. S. P. S.; MARQUES, A. P. O.; RAMOS, V. P. et al. Fatores associados ao diabetes em idosos assistidos em serviço ambulatorial especializado geronto-geriátrico. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 20, n. 3, p. 364-374, 2017.

REMOR, C. B.; BÓS, A. J. G.; WERLANG, M. C. Characteristics related to the frailty profile in the elderly. **Scientia Medica**, v. 21, n. 3, p. 107-112, 2011.

SALIVE, M. E. Multimorbidity in Older Adults. **Epidemiologic Reviews**, v. 35, p. 75-83, 2013.

SANTOS, F. R. D. P.; RAMOS, F. C.; ROZA, P. K. N. et al. Correlation of the Cognitive State with the Age and the Years of Institutionalized Elderly Studies. **Revista Cereus**, v. 11, n. 3, p. 69-76, 2019.

SANTOS, R. L.; VIRTUOSO JÚNIOR, J. S. Confiabilidade da versão brasileira da escala de atividades instrumentais da vida diária. **Revista Brasileira de Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 21, n. 4, p. 290-296, 2008.

SILVA, S. L. A.; VIEIRA, R. A.; ARANTES, P. et al. Avaliação de fragilidade, funcionalidade e medo de cair em idosos atendidos em um serviço ambulatorial de Geriatria e Gerontologia. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 16, n. 2, p. 120-125, 2009.

TAY, L.; LIM, W. S.; CHAN, M. et al. The independent role of inflammation in physical frailty among older adults with mild cognitive impairment and mild-to-moderate Alzheimer's disease. **The Journal of Nutrition, Health & Aging**, v. 20, n. 3, p. 288-299, 2016.

VERAS, R.; LIMA, M. A.; ALVES, M. I. C. et al. Desafios e conquistas advindas da longevidade da população: o setor saúde e suas necessárias transformações. In: Veras R. P. (org.) **Velhice numa perspectiva Saudável**. Rio de Janeiro: UnATI-UERJ; 2001. p. 11-32.

VERAS, R. Linha de cuidado para o idoso: detalhando o modelo. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 19, n. 6, p. 887-905, 2016.

ZORTEA, B.; GAUTÉRIO-ABREU, D. P.; SANTOS, S. S. C. et al. Avaliação cognitiva de pessoas idosas em atendimento ambulatorial. **Revista Rene**, v. 16, n. 1, p. 123-131, 2015.

Anexos e Apêndices

Anexo A

ÍNDICE DE VULNERABILIDADE CLÍNICO-FUNCIONAL-20

Responda às perguntas abaixo com a ajuda de familiares ou acompanhantes. Marque a opção mais apropriada para a sua condição de saúde atual. Todas as respostas devem ser confirmadas por alguém que conviva com você. Nos idosos incapazes de responder, utilizar as respostas do cuidador.		Pontuação
IDADE	1. Qual é a sua idade? () 60 a 74 anos ⁰ () 75 a 84 anos ¹ () ≥ 85 anos ³	
AUTO-PERCEPÇÃO DA SAÚDE	2. Em geral, comparando com outras pessoas de sua idade, você diria que sua saúde é: () Excelente, muito boa ou boa ⁰ () Regular ou ruim ¹	
ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA	3. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de fazer compras? () Sim ⁴ () Não ou não faz compras por outros motivos que não a saúde	Máximo 4 pts
	4. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de controlar seu dinheiro, gastos ou pagar as contas de sua casa? () Sim ⁴ () Não ou não controla o dinheiro por outros motivos que não a saúde	
AVD Instrumental <i>Respostas positiva valem 4 pontos cada. Todavia, a pontuação máxima do item é de 4 pontos, mesmo que o idoso tenha respondido sim para todas as questões 3, 4 e 5.</i>	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? () Sim ⁴ () Não ou não faz mais pequenos trabalhos domésticos por outros motivos que não a saúde	
AVD Básica	6. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de tomar banho sozinho? () Sim ⁶ () Não	
COGNIÇÃO	7. Algum familiar ou amigo falou que você está ficando esquecido? () Sim ¹ () Não	
	8. Este esquecimento está piorando nos últimos meses? () Sim ¹ () Não	
	9. Este esquecimento está impedindo a realização de alguma atividade do cotidiano? () Sim ² () Não	
HUMOR	10. No último mês, você ficou com desânimo, tristeza ou desesperança? () Sim ² () Não	
	11. No último mês, você perdeu o interesse ou prazer em atividades anteriormente prazerosas? () Sim ² () Não	
MOBILIDADE	Alcance, preensão e pinça 12. Você é incapaz de elevar os braços acima do nível do ombro? () Sim ¹ () Não	
	Capacidade aeróbica e /ou muscular 13. Você é incapaz de manusear ou segurar pequenos objetos? () Sim ¹ () Não	
	Marcha 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 <u>ou</u> 6 kg nos últimos 6 meses <u>ou</u> 3 kg no último mês (); - Índice de Massa Corporal (IMC) menor que 22 kg/m ² (); - Circunferência da panturrilha a < 31 cm (); - Tempo gasto no teste de velocidade da marcha (4m) > 5 segundos (). () Sim ² () Não	Máximo 2 pts
		15. Você tem dificuldade para caminhar capaz de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? () Sim ² () Não
Continência esfinteriana 16. Você teve duas ou mais quedas no último ano? () Sim ² () Não		
COMUNICAÇÃO	Visão 17. Você perde urina ou fezes, sem querer, em algum momento? () Sim ² () Não	
	Audição 18. Você tem problemas de visão capazes de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? É permitido o uso de óculos ou lentes de contato. () Sim ² () Não	
COMORBIDADES MÚLTIPLAS	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 ² () Não	
	Polipatologia Polifarmácia Internação recente (<6 meses) 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 (). () Sim ⁴ () Não	Máximo 4 pts
<i>Total (máx. 40 pontos)</i>		

Anexo B

10-POINT COGNITIVE SCREENER

Cognição e memória	1)Em qual ano nós estamos?	0	1
	2)Em qual mês nós estamos?	0	1
10-Point Cognitive Screener	3)Que dia do mês é hoje?	0	1
	4)Solicitar à pessoa idosa que repita e memorize o nome dos objetos (Não pontuar):		
Nota de corte:	CARRO – MESA- TIJOLO		
	5) Solicitar à pessoa idosa que diga o nome de todos os animais que puder lembrar, o mais rápido possível, em um minuto.		
≥8 Normal	0 a 5 animais	0	
6-7 déficit cognitivo leve	6 a 8 animais	1	
0-5 déficit cognitivo grave	9 a 11 animais	2	
	12 a 14 animais	3	
	15 ou mais	4	
	6)Agora dizer quais foram os três objetos que foram memorizados?		
	CARRO	0	1
	VASO	0	1
	TIJOLO	0	1
	TOTAL - 10 CS: _____	Déficit cognitivo? (1) Sim (0) Não	

Anexo C

DEPENDÊNCIA EM ABVD – ESCALA DE KATZ

ATIVIDADES Pontos (1 ou 0)	INDEPENDÊNCIA (1 ponto) SEM supervisão, orientação ou assistência pessoal	DEPENDÊNCIA (0 pontos) COM supervisão, orientação ou assistência pessoal ou cuidado integral
Banhar-se Pontos: ____	(1 ponto) Banha-se completamente ou necessita de auxílio somente para lavar uma parte do corpo como as costas, genitais ou uma extremidade incapacitada	(0 pontos) Necessita de ajuda para banhar-se em mais de uma parte do corpo, entrar e sair do chuveiro ou banheira ou requer assistência total no banho
Vestir-se Pontos: ____	(1 ponto) Pega as roupas do armário e veste as roupas íntimas, externas e cintos. Pode receber ajuda para amarrar os sapatos	(0 pontos) Necessita de ajuda para vestir-se ou necessita ser completamente vestido
Ir ao banheiro Pontos: ____	(1 ponto) Dirigi-se ao banheiro, entra e sai do mesmo, arruma suas próprias roupas, limpa a área genital sem ajuda	(0 pontos) Necessita de ajuda para ir ao banheiro, limpar-se ou usa urinol ou comadre
Transferência Pontos: ____	(1 ponto) Senta-se/deita-se e levanta-se da cama ou cadeira sem ajuda. Equipamentos mecânicos de ajuda são aceitáveis	(0 pontos) Necessita de ajuda para sentar-se/deitar-se e levantar-se da cama ou cadeira
Continência Pontos: ____	(1 ponto) Tem completo controle sobre suas eliminações (urinar e evacuar)	(0 pontos) É parcial ou totalmente incontinente do intestino ou bexiga
Alimentação Pontos: ____	(1 ponto) Leva a comida do prato à boca sem ajuda. Preparação da comida pode ser feita por outra pessoa	(0 pontos) Necessita de ajuda parcial ou total com a alimentação ou requer alimentação parenteral

Total de Pontos = ____	6 = Independente	4 = Dependência moderada	2 ou menos = Muito dependente
---------------------------	------------------	--------------------------	-------------------------------

Anexo D

DEPENDÊNCIA EM AIVD – LAWTON E BRODY

ATIVIDADE	AVALIAÇÃO	
O(a) Sr(a) consegue usar o telefone?	Sem ajuda	3
	Com ajuda parcial	2
	Não consegue	1
O(a) Sr(a) consegue ir a locais distantes, usando algum transporte, sem necessidade de planejamentos especiais?	Sem ajuda	3
	Com ajuda parcial	2
	Não consegue	1
O(a) Sr(a) consegue preparar suas próprias refeições?	Sem ajuda	3
	Com ajuda parcial	2
	Não consegue	1
O(a) Sr(a) consegue realizar trabalhos domésticos (arrumar casa, lavar roupa, passar roupa)?	Sem ajuda	3
	Com ajuda parcial	2
	Não consegue	1
O(a) Sr(a) consegue fazer trabalhos manuais domésticos, como pequenos reparos?	Sem ajuda	3
	Com ajuda parcial	2
	Não consegue	1
O(a) Sr(a) consegue tomar seus remédios na dose e horários corretos?	Sem ajuda	3
	Com ajuda parcial	2
	Não consegue	1
O(a) Sr(a) consegue cuidar de suas finanças?	Sem ajuda	3
	Com ajuda parcial	2
	Não consegue	1
TOTAL		

Anexo E

ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA

- 1) Você está basicamente satisfeito com sua vida? (0) SIM (1) NÃO
- 2) Você deixou muitos de seus interesses e atividades? (1) SIM (0) NÃO
- 3) Você sente que sua vida está vazia? (1) SIM (0) NÃO
- 4) Você se aborrece com frequência? (1) SIM (0) NÃO
- 5) Você se sente de bom humor a maior parte do tempo? (0) SIM (1) NÃO
- 6) Você tem medo de que algum mal vá lhe acontecer? (1) SIM (0) NÃO
- 7) Você se sente feliz a maior parte do tempo? (0) SIM (1) NÃO
- 8) Você sente que sua situação não tem saída? (1) SIM (0) NÃO
- 9) Você prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas? (1) SIM (0) NÃO
- 10) Você se sente com mais problemas de memória do que a maioria? (1) SIM (0) NÃO
- 11) Você acha maravilhoso estar vivo? (0) SIM (1) NÃO
- 12) Você se sente um inútil nas atuais circunstâncias? (1) SIM (0) NÃO
- 13) Você se sente cheio de energia? (0) SIM (1) NÃO
- 14) Você acha que sua situação é sem esperanças? (1) SIM (0) NÃO
- 15) Você sente que a maioria das pessoas está melhor que você? (1) SIM (0) NÃO

Anexo F



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: IDOSOS E CUIDADORES ASSISTIDOS NO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SAO CARLOS

Pesquisador: Aline Cristina Martins Graão

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 24244519.3.0000.5504

Instituição Proponente: Centro de Ciências Biológicas e da Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.825.117

Apresentação do Projeto:

Evidencia-se que a população idosa apresenta perfil de doenças que causam alto índice de incapacidade e um aumento significativo em custos com saúde. Estes fatores levam ao surgimento da presença do cuidador para prestação de cuidados diários ao idoso, muitas vezes sem apoio e sem orientações. Assim, as universidades brasileiras estão convocadas a formar recursos humanos para a prática profissional direcionada a população que envelhece e ao seu cuidador, bem como a produzir conhecimentos que possam auxiliar o poder público a implantar políticas de atendimento as essas pessoas nessa área. Neste contexto, foi implantado no Hospital Universitário da Universidade Federal de São Carlos (HU-UFSCar) o Ambulatório de Gerontologia, para garantir o acesso, a circulação e o acompanhamento de idosos fragilizados ou em processo de fragilização por equipe especializada e multidisciplinar, favorecendo o processo terapêutico integrador, acolhedor e ininterrupto para este idoso e sua família após internação hospitalar, o que é de extrema importância. O objetivo deste estudo é identificar o perfil dos idosos internados no HU-UFSCar e dos idosos acompanhados no Ambulatório de Gerontologia, em função de suas variáveis sociodemográficas e de saúde, além de avaliar o perfil de saúde dos cuidadores acompanhantes destes idosos. Trata-se de um estudo quantitativo e transversal, com avaliações do idoso por meio do índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional 20, Escala de Katz para a avaliação do grau de dependência para as atividades básicas de vida diária e Escala de Lawton para as atividades instrumentais, Mini Exame do estado Mental para avaliação do estado cognitivo e Escala de

Depressão Geriátrica para avaliar sintomas depressivos. Para a avaliação do cuidador será aplicado um questionário para caracterizar seu perfil socioeconômico e de saúde, além do Inventário de Sobrecarga de Zarit, para avaliar a percepção objetiva e subjetiva da sobrecarga sofrida pelo cuidador, e o Self-Reporting Questionnaire, para identificar a presença de sintomas de transtornos mentais não psicóticos. O estudo será submetido ao Comitê de ética em Pesquisa para sua aprovação de acordo com os princípios éticos de pesquisa.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Caracterizar o perfil sociodemográfico e clínico dos idosos internados e idosos acompanhados no Ambulatório de Gerontologia no HU-UFSCar e identificar as características de saúde e sobrecarga dos cuidadores destes idosos.

Objetivo Secundário: Descrever o perfil sociodemográfico do indivíduo idoso hospitalizado e do idoso acompanhado no Ambulatório de Gerontologia do HU-UFSCar; Avaliar sua função cognitiva, sintomas depressivos e grau de dependência para a realização de atividades básicas e instrumentais de vida diária; Avaliar a vulnerabilidade clínico-funcional no momento da internação e no atendimento ambulatorial; Identificar o percentual de acompanhamentos dos idosos internados no Ambulatório de Gerontologia após o momento de alta hospitalar; Descrever o perfil sociodemográfico e de saúde do cuidador que acompanha o idoso; Avaliar seu grau de sobrecarga, sintomas psiquiátricos e ainda a necessidade de orientações por estes cuidadores.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

O seguinte projeto pode causar riscos mínimos como desconforto emocional (constrangimento, intimidação, angústia, insatisfação, irritação, mal-estar) em função das características do projeto. A pesquisadora refere que caso ocorra, o participante estará livre para deixar de responder as perguntas.

Benefícios:

Os benefícios a seus participantes são indiretos: os resultados da pesquisa poderão servir como subsídio para o desenvolvimento de medidas, como a identificação do tipo de atenção adequada a este paciente e potencialização do cuidado, buscando aprimorar o seu bem-estar além de contribuir com a comunidade científica, fornecendo dados a respeito da saúde do idoso no contexto hospitalar.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto de pesquisa intitulado IDOSOS E CUIDADORES ASSISTIDOS NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SÃO CARLOS insere-se no campo da saúde e traz proposta que articula formação de recursos humanos para a prática profissional direcionada a população no processo de envelhecimento e ao seu cuidador, produção de conhecimentos e implantação de políticas. Nesta direção, configura-se em um estudo atual e socialmente relevante.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória estão adequados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto de pesquisa não apresenta pendências e nem inadequações. Recomendamos aprovação.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1455333.pdf	24/10/2019 10:12:43		Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	24/10/2019 09:59:14	Gustavo Carrijo Barbosa	Aceito
Outros	avaliacao_do_cuidador.pdf	18/10/2019 11:49:11	Gustavo Carrijo Barbosa	Aceito
Outros	avaliacao_do_idoso.pdf	18/10/2019 11:48:39	Gustavo Carrijo Barbosa	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_Pesquisa.pdf	18/10/2019 11:48:00	Gustavo Carrijo Barbosa	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Apendice_F_termo_compromisso.pdf	17/10/2019 20:43:44	Gustavo Carrijo Barbosa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Apendice_C_TCLE_cuidador.pdf	17/10/2019 20:36:39	Gustavo Carrijo Barbosa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Apendice_B_TCLE_representante.pdf	17/10/2019 20:36:18	Gustavo Carrijo Barbosa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Apendice_A_TCLE_idoso.pdf	17/10/2019 20:36:02	Gustavo Carrijo Barbosa	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Anexo_H_aprovacao_HU.pdf	17/10/2019 20:35:41	Gustavo Carrijo Barbosa	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	17/10/2019 20:31:16	Gustavo Carrijo Barbosa	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO CARLOS, 06 de Fevereiro de 2020

Assinado por:
ADRIANA SANCHES GARCIA DE ARAUJO
 (Coordenador(a))

Apêndice A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO DO IDOSO

Título: Idosos e Cuidadores assistidos no Hospital Universitário de São Carlos

Pesquisador Responsável: Aline Cristina Martins Gratão

Promotor da Pesquisa: Universidade Federal de São Carlos – UFSCar

Prezado(a) Senhor(a), pedimos sua colaboração no estudo cujo objetivo é identificar o perfil de idosos assistidos no HU-UFSCar, em função de suas variáveis sociodemográficas, de saúde, capacidade funcional, cognitiva, sintomas de depressão e índice de vulnerabilidade clínico-funcional, além de avaliar o perfil de saúde dos cuidadores acompanhantes destes idosos.

O Sr.(a) está sendo convidado(a) por ter sessenta anos ou mais; de ambos os sexos; residente no município de São Carlos/SP; que esteja sendo acompanhado no HU-UFSCar por condições clínicas no período da coleta; que consiga responder aos questionários e possua familiar/cuidador para auxiliar; e que demonstrar interesse em participar do estudo, concordando com o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) junto ao TCLE do responsável legal. Solicitamos ao(a) Sr(a). autorização para realização de uma entrevista de aproximadamente 15 minutos, por um (a) entrevistador (a) devidamente identificado com avental branco e crachá. O Sr(a). deverá responder a questionários com perguntas sobre seus dados sociais (idade, nível de escolaridade, renda etc.) e sobre sua saúde.

O(a) Sr(a). terá liberdade para se recusar a participar da pesquisa, podendo, inclusive, retirar-se da mesma em qualquer momento e isso não trará nenhum tipo de prejuízo para você. As perguntas poderão lhe causar algum incômodo ou constrangimento, caso ocorra você estará livre para deixar de responder.

Os dados da pesquisa serão divulgados em congressos e revistas científicas e os nomes dos participantes da pesquisa não serão divulgados. Assim, não se espera causar desconfortos ou riscos para os entrevistados.

A pesquisa será realizada com intenção de não trazer despesas, gastos ou danos para os entrevistados e, caso haja, todos os esforços e possibilidades serão realizados para ressarcilos. Espero merecer sua confiança, coloco-me à disposição para qualquer informação adicional pelo telefone (66) 99994-6683 ou e-mail gustavocarrijo@live.com.

Atenciosamente, Aline Cristina Martins Gratão.

Eu _____ declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km 235, Caixa Postal 676, CEP 13.565-905, São Carlos-SP, Brasil. Fone (16)3351-8110. E-mail: cephumanos@power.ufscar.br

São Carlos, ____ de _____ de 20__.

*Este documento só poderá ser entregue em duas vias, uma do participante e outra do pesquisador.

Apêndice B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO DO RESPONSÁVEL LEGAL

Título: Idosos e Cuidadores assistidos no Hospital Universitário de São Carlos

Pesquisador Responsável: Aline Cristina Martins Gratão

Promotor da Pesquisa: Universidade Federal de São Carlos – UFSCAR

Prezado(a) Senhor(a), pedimos sua colaboração no estudo cujo objetivo é identificar o perfil de idosos assistidos no HU-UFSCar, em função de suas variáveis sociodemográficas, de saúde, capacidade funcional, cognitiva, sintomas de depressão e índice de vulnerabilidade clínico-funcional, além de avaliar o perfil de saúde dos cuidadores acompanhantes destes idosos.

O Sr(a). está sendo convidado(a) por ser o responsável do participante idoso que possui um cuidador a pelo menos 01 (um) mês. Solicitamos ao (a) Sr. (a) autorização para realização de uma entrevista de aproximadamente 15 minutos, por um (a) entrevistador (a) devidamente identificado com avental branco e crachá. O Sr (a) deverá responder a questionários com perguntas sobre os dados sociais (idade, nível de escolaridade, renda etc.) e sobre sua saúde.

O(a) Sr(a). terá liberdade para se recusar a participar da pesquisa, podendo, inclusive, retirar-se da mesma em qualquer momento e isso não trará nenhum tipo de prejuízo para você nem para o participante idoso. As perguntas poderão lhe causar algum incômodo ou constrangimento, caso ocorra você estará livre para deixar de responder.

Os dados da pesquisa serão divulgados em congressos e revistas científicas e os nomes dos participantes da pesquisa não serão divulgados. Assim, não se espera causar desconfortos ou riscos para os entrevistados.

A pesquisa será realizada com intenção de não trazer despesas, gastos ou danos para os entrevistados e, caso haja, todos os esforços e possibilidades serão realizados para ressarcilos. Espero merecer sua confiança, coloco-me à disposição para qualquer informação adicional pelo telefone (66) 99994-6683 ou e-mail gustavocarrijo@live.com.

Atenciosamente, Aline Cristina Martins Gratão.

Eu, _____, responsável pelo Sr. (a) _____, declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP – Brasil. Fone (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: cephumanos@power.ufscar.br

São Carlos, ____ de _____ de 20__.

*Este documento só poderá ser entregue em duas vias, uma do participante e outra do pesquisador.

Apêndice C**REGISTRO DE ACOMPANHAMENTO GERONTOLÓGICO**

Reavaliação? () Sim () Não Data: Horário inicial: Horário Final:

Avaliador: _____**Supervisora:** Profa. Dra. Aline Martins Gratão – Enfermeira – COREN: 107888

- | | |
|------------------------------|-----------------------|
| 1) Origem: | 2) Quem encaminhou? |
| (1) Ambulatório de Geriatria | (1) Médico em geral |
| (2) Inter consulta HU | (2) Geriatra |
| (3) UBS | (3) Psiquiatra |
| (4) ESF | (4) Neurologista |
| (5) CEME | (5) Assistente Social |
| (6) USE | (6) Fisioterapeuta |
| (7) CRAS/CREAS | (7) Psicólogo |
| (8) Outros | (8) Outros _____ |

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO**1. DADOS DEMOGRÁFICOS:**

Nome do Paciente: _____ Sexo: (1) M (2) F

Data de

Nascimento: _____ Idade: _____

Etnia: (1) Branco (2) Negro (3) Pardo (4) Amarelo (5) Indígena

Estado Civil: (1) Solteiro (2) Casado (3) Viúvo (4) Divorciado

Possui Filhos Vivos: (1) Sim, quantos: _____ (0) Não

Com Quem

Mora: _____

Endereço: _____ Telefone: _____

2. DADOS SOCIOECONÔMICOS:

Escolaridade (em anos): _____

Situação Previdenciária (1= sim; 0= não): () Aposentado () Pensionista () BPC () Outros

Renda Individual mensal (em salários mínimos): _____

Situação Ocupacional Anterior: _____

3. DIAGNÓSTICOS CLÍNICOS (1= sim; 0= não):

Diabetes ()	AVE ()	Osteoporose ()	Câncer ()	Alter. da tireoide ()
HAS ()	Cardiopatia ()	Osteopenia ()	Incontinência esfinct. ()	DPOC ()
Dislipidemia ()	Infarto ()	Artrose ()	TNCM ()	Tipo: _____

Outras: _____

4. QUEIXA PRINCIPAL _____**5. MEDICAMENTOS** (nome, dosagem e frequência): _____**6. ASPECTOS BIOPSICOSOCIAIS**

Sinais Vitais	PA: _____ X _____ mmHg T _____ °C P: _____ bpm peso: _____ Kg Alt: _____ cm IMC: _____
--------------------------	--

Hábitos de Vida	A que horas o(a) sr.(a) dorme? (____:____) e acorda (____:____) geralmente? Em média, quantas horas de sono: Como o(a) sr(a). classifica seu sono? (1) Ruim (2) Regular (3) Bom (4) Muito bom (5) Excelente O(a) sr(a). realiza alguma atividade física (150 min. Semanais)? (1) Sim (0) Não Qual(is) _____ Frequência/semana: _____ O(a) sr.(a) é fumante? (1) Sim (0) Não. Cigarros/dia: _____ O(a) sr.(a) ingere bebidas alcóolicas? (1) Sim (0) Não
Saúde Bucal	O(a) sr.(a) usa prótese dentária? (1) Sim (0) Não O(a) sr.(a) tem feridas ou lesões na boca/língua? (1) Sim (0) Não O(a) sr.(a) possui problemas de mastigação? (1) Sim (0) Não Data da última visita ao dentista: _____
Vacinação	Tomou alguma vacina nos últimos 10 anos? (1) Sim (0) Não Se sim, trazer carteira de vacinação para verificação. Se não, providenciar atualização da mesma junto à equipe de saúde.
Avaliação Dietética	Refeições completas ao dia: Ingestão de líquido ao dia (em copos):
Dor	O(a) sr.(a) sente dor em algum lugar do corpo? (1) Sim (2) Não Se sim, onde? _____ Há quanto tempo?
Segurança ambiental	Na sua casa há (1= sim; 0= não): () Escadas () Tapetes soltos () Corrimão
Suporte Social	Alguém poderia ajudá-lo(a) caso fique doente ou incapacitado(a)? (1) Sim (0) Não Quem poderia ajudá-lo(a)? _____ Quem seria capaz de tomar decisões de saúde pelo(a) sr.(a) caso não seja capaz de fazê-lo? _____
Lazer	Você tem oportunidades de atividade de lazer? (1) Sim (0) Não Quais: _____ Qual a frequência? (1) semanalmente (2) mensalmente (3) 2x ao ano (4) 1x ao ano
Violência e maus-tratos	O(a) sr.(a) tem medo de alguém próximo/do seu convívio? (1) Sim (0) Não O(a) sr.(a) tem sofrido agressões físicas e/ou psicológicas? (1) Sim (0) Não Alguém tem usado o dinheiro do(a) sr.(a) sem autorização? (1) Sim (0) Não
ACOMPANHAMENTO	
Encaminhamento e contrarreferência:	
Qual especialidade?	
Paciente foi atendido? () Sim () Não Caso não, qual o motivo?	
Precisou fazer algum exame? () Não () Sim – Qual:	