

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

SARAH MURARI PINHEIRO

Capacidades intrínsecas e avaliação multidimensional
da pessoa idosa na Atenção Primária à Saúde:
Interfaces com a Fonoaudiologia

SÃO CARLOS -SP
2026

SARAH MURARI PINHEIRO

Capacidades intrínsecas e avaliação multidimensional da pessoa idosa na Atenção primária à Saúde: Interfaces com a Fonoaudiologia

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gerontologia - PPGGERO da Universidade Federal de São Carlos, para obtenção do título de mestre em Gerontologia.

Orientadora: Prof^a Dr^a Letícia Pimenta Costa Guarisco
Coorientadora: Dr^a Isabela Thaís Machado de Jesus

São Carlos-SP
2026



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:

Candidata: Sarah Murari Pinheiro

Título do Trabalho: Capacidades intrínsecas e avaliação multidimensional da pessoa idosa na Atenção Primária à Saúde: Interfaces com a Fonoaudiologia

Dia: 03/03/2026

Horário: 14:00

Local: Sala 28 Departamento de Gerontologia

Banca Examinadora:

Letícia Pimenta Costa-Guarisco, presidente titular interno, UFSCar - Universidade Federal de São Carlos, presencialmente, Aprovou o candidato

Karina Gramani Say, membro titular interno, UFSCar - Universidade Federal de São Carlos, presencialmente, Aprovou o candidato

Tatiane Martins Jorge, membro titular externo, FAEPA - Fundação de Apoio ao Ensino e Pesquisa do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, presencialmente, Aprovou o candidato

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

Pinheiro, Sarah Murari

Capacidades intrínsecas e avaliação multidimensional da pessoa idosa na Atenção Primária à Saúde: Interfaces com a Fonoaudiologia / Sarah Murari Pinheiro -- 2026. 5of.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de São Carlos, campus São Carlos, São Carlos

Orientador (a): Prof^a. Dr^a. Letícia Pimenta Costa-Guarisco

Banca Examinadora: Prof^a. Dr^a. Karina Gramani Say, Prof^a. Dr^a Tatiane Martins Jorge

Bibliografia

1. Idoso. 2. Estado funcional. 3. Fonoaudiologia. I. Pinheiro, Sarah Murari. II. Título.

Ficha catalográfica desenvolvida pela Secretaria Geral de Informática (SIn)

DADOS FORNECIDOS PELO AUTOR

Bibliotecário responsável: Arildo Martins - CRB/8 7180

RESUMO

Introdução: A Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa (AMD) constitui estratégia central na Atenção Primária à Saúde (APS), ao possibilitar a identificação precoce de alterações funcionais, cognitivas, emocionais e sociais que impactam a autonomia e a funcionalidade na velhice. Em consonância com diretrizes nacionais e internacionais, essa abordagem interdisciplinar ganhou novo enquadramento conceitual a partir da proposta da Organização Mundial da Saúde, que passou a orientar o cuidado ao envelhecimento com base no conceito de capacidade intrínseca, entendida como o conjunto de capacidades físicas e mentais mobilizadas ao longo do curso da vida. **Objetivo:** Identificar os aspectos fonoaudiológicos presentes nos instrumentos de avaliação da pessoa idosa utilizados na APS e analisar sua interseção com os domínios da capacidade intrínseca. **Método:** Trata-se de um estudo qualitativo, de natureza documental e interpretativa, baseado na análise de quatro instrumentos recomendados para utilização na APS: Avaliação multidimensional rápida do Caderno de Atenção Básica nº 19, IVCF-20, AMPI-AB e ICOPE. Os dados foram extraídos e organizados em tabelas descritivas, sendo categorizados segundo os cinco domínios da capacidade intrínseca (cognição, funções sensoriais, vitalidade, estado psicológico e locomoção) e conforme as áreas de atuação da Fonoaudiologia: linguagem, audiologia, motricidade orofacial e voz. **Resultados:** Os instrumentos analisados contemplam aspectos fonoaudiológicos em quatro dos cinco domínios da capacidade intrínseca, com exceção do domínio psicológico. Destacam-se a presença de itens relacionados à linguagem, à audiologia (função auditiva e vestibular) e à motricidade orofacial, especialmente mastigação e deglutição. Observou-se, contudo, ausência de estratégias sistemáticas para o rastreio da voz, bem como a não incorporação da comunicação como domínio específico, apesar de sua transversalidade. **Conclusão:** A Fonoaudiologia está integrada de forma relevante, porém heterogênea, aos instrumentos de avaliação da pessoa idosa na APS, apresentando alinhamento direto com quatro domínios da capacidade intrínseca. A não identificação precoce de alterações fonoaudiológicas pode comprometer a funcionalidade e acelerar o declínio funcional, reforçando a importância da atuação fonoaudiológica na promoção do envelhecimento saudável e no cuidado integral centrado na pessoa idosa.

Palavras-chave: Idoso, estado funcional, avaliação geriátrica, atenção primária à saúde, Fonoaudiologia

ABSTRACT

Introduction: The Multidimensional Assessment of the older person is a central strategy in Primary Health Care (PHC), enabling the early identification of functional, cognitive, emotional, and social changes that impact autonomy and functionality in old age. In line with national and international guidelines, this interdisciplinary approach has gained a new conceptual framework based on the proposal of the World Health Organization, which began to guide aging care based on the concept of intrinsic capacity, understood as the set of physical and mental capacities mobilized throughout the course of life. **Objective:** To identify the speech-language pathology aspects present in the assessment instruments for the older person used in PHC and to analyze their intersection with the domains of intrinsic capacity. **Method:** This is a qualitative, documentary, and interpretive study based on the analysis of four instruments recommended for use in PHC: Rapid multidimensional assessment from Primary Care book No19, IVCF-20, AMPI-AB, and ICOPE. The data were extracted and organized into descriptive tables, categorized according to the five domains of intrinsic capacity (cognition, sensory functions, vitality, psychological state, and locomotion) and according to the areas of Speech-Language Pathology practice: language, audiology, orofacial motor skills, and voice. **Results:** The analyzed instruments address speech-language pathology aspects in four of the five domains of intrinsic capacity, with the exception of the psychological domain. The presence of items related to language, audiology (auditory and vestibular function), and orofacial motor skills, especially chewing and swallowing, stands out. However, a lack of systematic strategies for voice screening was observed, as well as the non-incorporation of communication as a specific domain, despite its transversality. **Conclusion:** Speech-Language Pathology is integrated in a relevant, but heterogeneous way, into the assessment instruments for older adults in Primary Health Care, showing direct alignment with four domains of intrinsic capacity. The failure to identify speech-language pathology changes early can compromise

functionality and accelerate functional decline, reinforcing the importance of speech-language pathology intervention in promoting healthy aging and comprehensive care centered on the older person.

Keywords: Elderly, functional status, geriatric assessment, primary health care, speech-language pathology

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Domínios de Capacidade Intrínseca proposto por Cesari et al (2018)	18
Figura 2 -Quadro de Especialidades da Fonoaudiologia no Brasil.....	21
Figura 3 - Modelo representativo da integração da Fonoaudiologia nas Capacidades Intrínsecas da Pessoa Idosa.....	31

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Análise da Avaliação Multidimensional Rápida do Caderno de Atenção Básica nº 19, segundo as Capacidades Intrínsecas, Dimensões de Saúde e Aspectos Fonoaudiológicos.....	26
Quadro 2 - Análise do IVCF-20 segundo as Capacidades Intrínsecas, Dimensões de Saúde e Aspectos Fonoaudiológicos.....	27
Quadro 3 - Análise da AMPI-AB segundo as Capacidades Intrínsecas, Dimensões de Saúde e Aspectos Fonoaudiológicos.....	28
Quadro 4 - Análise do ICOPE segundo as Capacidades Intrínsecas, Dimensões de Saúde e Aspectos Fonoaudiológicos.....	29
Quadro 5 - Aspectos Sociais, Culturais, Ambientais e Funcionais presentes nos Instrumentos de Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa.....	30

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
2 OBJETIVOS	14
3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	14
3.1 Políticas Públicas do Envelhecimento no Brasil e no Mundo.....	14
3.2 Envelhecimento Saudável, Capacidades Intrínsecas e os Instrumentos de Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa na Atenção Primária.....	16
3.3 A Fonoaudiologia no Brasil e suas Áreas de Especialidade.....	20
4. MATERIAIS E MÉTODOS	22
4.1 Pré-análise.....	22
4.2 Exploração do Material.....	23
4.3 Tratamento dos Resultados e Interpretação.....	25
5. RESULTADOS	25
5.1. Aspectos Fonoaudiológicos identificados na Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa.....	25
5.2 Proposta de um modelo visual representativo da integração da Fonoaudiologia na Avaliação das Capacidades Intrínsecas da Pessoa Idosa.....	31
6. DISCUSSÃO	32
6.1 Aspectos Fonoaudiológicos presentes nos Instrumentos de Avaliação da Pessoa Idosa na APS.....	32
6.2 Intersecção entre a Fonoaudiologia e as Capacidades Intrínsecas da Pessoa Idosa.	37
7. CONCLUSÃO	39
8. REFERÊNCIAS	41

ANEXO A: Avaliação Multidimensional Rápida do Caderno de Atenção Básica Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa (Caderno 19).....	46
ANEXO B: Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional (IVCF20).....	48
ANEXO C: Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa na Atenção Básica (AMPI-AB).....	49
ANEXO D: Ferramenta de Triagem do Integrated Care for Older People (ICOPE).....	50

1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional configura-se como uma das principais transformações demográficas contemporâneas. No Brasil, segundo dados do Censo Demográfico de 2022, a população idosa cresceu 56% em relação ao levantamento de 2010, indicando um avanço acelerado desse processo (IBGE, 2022). A principal preocupação com esta estatística se refere ao fato de que o avanço da idade frequentemente está associado à redução da capacidade funcional, o que compromete a autonomia e pode levar à dependência (OMS, 2015).

A perda funcional impacta negativamente a qualidade de vida da pessoa idosa, desestrutura dinâmicas familiares e acarreta elevados custos para o sistema de saúde, sobretudo com internações e institucionalizações (BRASIL, 2006; OMS, 2020). Esse fenômeno impõe desafios sociais e sanitários inéditos, ressaltando a importância de políticas públicas que promovam o envelhecimento saudável (CHIARELLI e BATISTONI, 2022). Por esse motivo, organismos internacionais e nacionais vêm recomendando a adoção de estratégias preventivas, de baixo custo, capazes de preservar a funcionalidade ao longo do envelhecimento (BRASIL, 2018; OPAS, 2022).

Entre essas estratégias, destaca-se a Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa (AMD), uma abordagem interdisciplinar que busca identificar, de forma abrangente, as condições clínicas, funcionais, cognitivas, emocionais e sociais da pessoa idosa (BRASIL, 2018). A AMD consiste na aplicação de instrumentos de rastreio com o objetivo de detectar precocemente alterações que possam ameaçar a autonomia, a independência e a funcionalidade do indivíduo (SIQUEIRA, 2023). A estratégia é reconhecida como componente essencial da atenção à saúde da pessoa idosa, especialmente na Atenção Primária à Saúde, tendo como principal objetivo a construção de um plano de cuidado individualizado (BRASIL, 2018; WHO, 2015).

A partir de 2015, a Organização Mundial da Saúde (OMS) formulou sua abordagem em relação ao envelhecimento saudável, substituindo o conceito centrado na existência de doenças por um paradigma baseado na funcionalidade e ambiência. Nesse novo modelo, foi consolidado o conceito de capacidade intrínseca, compreendido como o conjunto das capacidades físicas e mentais que um indivíduo pode mobilizar ao longo da vida para manter sua funcionalidade (WHO, 2015; WHO, 2017). Essa mudança conceitual desloca o foco do diagnóstico de patologias isoladas

para a manutenção e recuperação de habilidades que sustentam a autonomia da pessoa idosa. A capacidade intrínseca tem se tornado, desde então, fundamento central para a organização das ações de saúde da pessoa idosa, por ser um referencial mais próximo da realidade funcional desta população e mais sensível à diversidade de contextos e vulnerabilidades (OPAS, 2020).

Com o objetivo de operacionalizar esse conceito, Cesari et al. (2018) propuseram uma divisão da capacidade intrínseca em cinco grandes domínios interdependentes: estado psicológico, relacionado à estabilidade emocional, sintomas depressivos e/ou ansiosos e ao bem-estar subjetivo; cognição, relacionada às funções mentais superiores como memória, atenção, linguagem, raciocínio e orientação; função sensorial (audição e visão), relacionada às perdas auditivas e visuais; vitalidade, que compreende aspectos metabólicos, nutricionais e da capacidade energética do indivíduo; e locomoção, que representa a capacidade de mover-se com independência, com segurança e estabilidade, e envolve equilíbrio postural, força muscular, velocidade da marcha e resistência física. A avaliação sistemática desses domínios permite identificar o risco funcional mesmo antes do surgimento de doenças manifestas ou da instalação de dependência (CESARI. et al, 2018).

No Brasil, a adoção do conceito de capacidade intrínseca se alinha à proposta da Linha de Cuidado para a Pessoa Idosa, que orienta a APS a atuar com base em avaliação multidimensional, estratificação de risco e plano de cuidados personalizado (BRASIL, 2018). O Manual do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS, 2023) reforça essa diretriz ao destacar que o foco da atenção à saúde da pessoa idosa deve estar na funcionalidade global, entendida como a integração harmoniosa entre os sistemas cognitivo, emocional, sensorial, motor e comunicativo associados aos fatores sociais e ambientais e não na presença isolada de diagnósticos clínicos.

Dessa forma, a adoção da capacidade intrínseca como eixo orientador da atenção à saúde da pessoa idosa não apenas amplia a compreensão do envelhecimento como processo heterogêneo e dinâmico, mas também fortalece a atuação interdisciplinar. Nesse contexto, torna-se fundamental reconhecer a contribuição de diferentes áreas do saber, como da fonoaudiologia, na abordagem integral da pessoa idosa, cuja atuação é transversal a múltiplas dimensões da funcionalidade.

A fonoaudiologia abrange um campo de atuação amplo, que envolve a

prevenção, avaliação e intervenção nos aspectos da comunicação humana e da função orofacial, incluindo fala, linguagem, voz, audição e deglutição (CFFa, 2015). Essas funções estão diretamente relacionadas à autonomia da pessoa idosa, pois interferem em sua capacidade de interagir socialmente, de expressar desejos e necessidades, de se alimentar de forma segura e de manter-se ativa em seu contexto familiar e comunitário (WOSIACKI, 2021).

No domínio da função sensorial, a fonoaudiologia contribui para a detecção precoce das perdas auditivas relacionadas ao envelhecimento e pode levar ao isolamento social e ao agravamento do declínio cognitivo (OPAS, 2020), sendo considerado uma das causas evitáveis de demência (LIVINGSTON, 2024). Além da audição, o sistema vestibulo-coclear desempenha papel central no controle do equilíbrio postural. Com o envelhecimento, alterações vestibulares podem resultar em instabilidade postural, tonturas e maior risco de quedas — um dos principais fatores de morbidade entre pessoas idosas (SCHERER, LISBOA e PASQUALOTTI, 2012). Já no campo da linguagem e fala, alterações neurológicas, demências ou mesmo o envelhecimento natural podem comprometer a clareza na expressão oral e a compreensão da linguagem, comprometendo a comunicação funcional (MORAES, MARINO e SANTOS, 2010). Em relação à voz, a presbifonia é uma alteração comum no envelhecimento, caracterizada por redução da intensidade vocal, instabilidade e fadiga ao falar. Embora fisiológica, pode ser indicativa de alterações respiratórias, neuromusculares ou degenerativas, impactando a participação social e a qualidade de vida (OLIVEIRA, PEIXOTO E ARAUJO, 2023). A deglutição também merece atenção especial, uma vez que a presbifagia e outras disfunções associadas ao envelhecimento aumentam o risco de desnutrição, desidratação e aspiração pulmonar (OLIVEIRA, PEIXOTO E ARAÚJO, 2023).

Assim, considerando as dimensões das capacidades intrínsecas propostas por Cesari, et al (2018), o presente estudo pretende analisar os principais instrumentos de avaliação da pessoa idosa desenvolvidos para a APS pela lente da Fonoaudiologia, buscando responder às seguintes questões: Quais aspectos fonoaudiológicos podem ser evidenciados pelos instrumentos de avaliação da pessoa idosa na atenção primária à saúde e como a fonoaudiologia contribui para a identificação das capacidades intrínsecas? Pretende-se, assim, refletir sobre as contribuições da Fonoaudiologia para uma abordagem mais integrada e sensível às

múltiplas dimensões envolvidas na funcionalidade e na saúde da pessoa idosa, promovendo um cuidado mais resolutivo e centrado nas reais necessidades do envelhecimento.

2. OBJETIVOS

2.1 Identificar os Aspectos Fonoaudiológicos presentes nos Instrumentos de Avaliação Multidimensional Rápidos da Pessoa Idosa na APS.

2.2 Identificar a Intersecção entre a Fonoaudiologia e as Capacidades Intrínsecas da Pessoa Idosa.

3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Com o objetivo de embasar essa dissertação, foi feito um resgate histórico, baseado na revisão da literatura, contemplando três tópicos principais:

3.1 Políticas Públicas do Envelhecimento no Brasil e no Mundo;

3.2 Envelhecimento Saudável, Capacidades Intrínsecas e os Instrumentos de Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa na Atenção Primária à Saúde.

3.3 A Fonoaudiologia no Brasil e suas Áreas de Especialidade.

3.1 Políticas Públicas do Envelhecimento no Brasil e no Mundo:

A formulação de políticas públicas voltadas ao envelhecimento é uma resposta histórica às transformações demográficas que marcam o século XXI. O avanço da longevidade e a crescente proporção de pessoas idosas nas populações impulsionaram a criação de marcos legais, estratégicos e assistenciais que visam garantir direitos, promover o envelhecimento saudável e adaptar os sistemas de saúde à nova realidade.

No cenário global, a 1ª Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, promovida pela Organização das Nações Unidas (ONU), ocorreu em Viena, em 1982, e destacou a urgência de políticas públicas específicas para pessoas idosas, além de fomentar o desenvolvimento de pesquisas sobre o processo de envelhecimento (CHIARELLI; BATISTONI, 2022). Duas décadas depois, em 2002, a 2ª Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, realizada em Madrid, apresentou o Marco Político

do Envelhecimento Ativo, que propôs a valorização da participação continuada das pessoas idosas na vida econômica, política, cultural e social (OMS, 2002).

A partir dessas diretrizes, a Organização Mundial da Saúde (OMS) desenvolveu uma série de documentos técnicos com foco na funcionalidade e na autonomia da pessoa idosa. Um marco relevante é o Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde, publicado em 2015, no qual a OMS propõe uma reorientação dos sistemas de saúde para o paradigma da capacidade funcional, superando o modelo centrado exclusivamente em doenças (WHO, 2015). Em continuidade, a OMS publicou em 2017 o guia “Integrated Care for Older People (ICOPE)”, com orientações sobre intervenções comunitárias para prevenir ou manejar o declínio da capacidade intrínseca na atenção primária (WHO, 2017).

Nas Américas, OPAS e a OMS declararam o período de 2021 a 2030 como a Década do Envelhecimento Saudável, com o objetivo de promover ações intersetoriais que melhorem a qualidade de vida das pessoas idosas. A proposta busca integrar diferentes atores — governos, sociedade civil, setor privado e academia — na transformação da percepção social sobre o envelhecimento e na reorganização dos serviços para ofertar cuidados centrados na funcionalidade (OMS, 2020; OPAS, 2022). Dentre seus pilares, destaca-se a entrega de cuidados integrados e centrados na pessoa e serviços de saúde primários que respondam às necessidades das pessoas idosas, incluindo a promoção da avaliação multidimensional, plano de cuidados individualizados e equipes interdisciplinares (OPAS, 2022).

No Brasil, a primeira legislação estruturada foi a Lei nº 8.842/1994, que instituiu a Política Nacional do Idoso (PNI), definindo direitos, princípios e diretrizes para a promoção da autonomia e da integração social da população idosa (BRASIL, 1997). Em 2003, foi promulgado o Estatuto da Pessoa Idosa (Lei nº 10.741/2003), que consolidou os direitos das pessoas idosas nas áreas da saúde, educação, cultura, trabalho, moradia e convivência social. A legislação atribuiu ao Estado o dever de garantir atenção integral à saúde da pessoa idosa por meio do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2003).

No campo da saúde, destaca-se a criação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), por meio da Portaria nº 2.528/GM/MS de 2006, que estabelece diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada, com foco

na funcionalidade e na autonomia (BRASIL, 2006). Ainda em 2006, o Pacto pela Saúde (Portaria GM/MS nº 399/2006) priorizou o fortalecimento da atenção básica como eixo de cuidado à população idosa.

A operacionalização da PNSPI foi detalhada em documentos técnicos fundamentais para a atenção primária. O Caderno de Atenção Básica nº 19 – Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa (2006) e a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 2007) ofereceram orientações clínicas e organizacionais para as equipes de saúde da família (BRASIL, 2006b). Posteriormente, o documento “Implementação da Linha de Cuidado para a Pessoa Idosa na Rede de Atenção à Saúde”, publicado em 2018, consolidou o modelo de atenção centrado na avaliação multidimensional e na estratificação de risco funcional, articulando diferentes níveis de atenção do SUS (BRASIL, 2018).

A Secretaria Nacional de Promoção e Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa lançou, em 2021, o Pacto Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa (PNDPI). Inspirado nas diretrizes da OMS, o pacto visa fomentar políticas públicas intersetoriais nas áreas da saúde, educação, proteção social e participação cidadã (BRASIL, 2021). Mais recentemente, a institucionalização da Política Nacional de Cuidados (PNC), por meio da Lei nº 15.069/2024, consolidou o cuidado como um direito fundamental e uma responsabilidade compartilhada entre Estado, família e sociedade. No âmbito do envelhecimento, a PNC prioriza a promoção da autonomia, direcionando ações de saúde e assistência à preservação da capacidade funcional do idoso. A operacionalização dessas diretrizes ocorre via Plano Nacional de Cuidados (Brasil que Cuida), que estabelece uma governança interministerial para a integração de serviços, proteção social e formação profissional (BRASIL, 2024).

3.2 Envelhecimento Saudável, Capacidades Intrínsecas e os Instrumentos de Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa na Atenção Primária:

O processo de envelhecimento é caracterizado por alterações fisiológicas progressivas e heterogêneas, associadas ou não a condições crônicas de saúde. Na senescência, embora seja natural esperar algum grau de declínio funcional, é fundamental evitar dois equívocos comuns: considerar que toda alteração é inerente ao envelhecimento biológico ou tratar esse processo como uma condição patológica em si (WHO, 2015). Diversas variáveis acumuladas ao longo da vida — físicas,

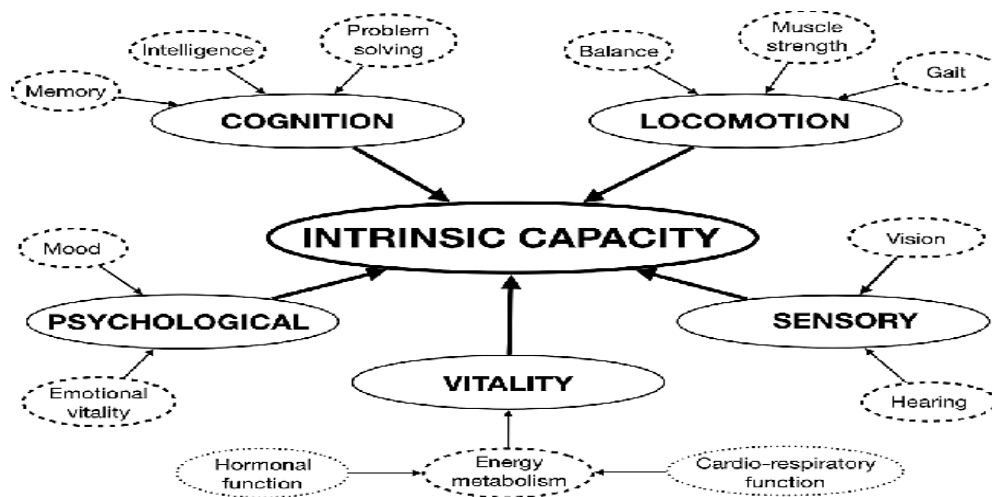
mentais, sociais, culturais, econômicas e ambientais — influenciam diretamente a trajetória funcional e determinam diferentes experiências e qualidades de vida na velhice (WHO, 2015; OPAS, 2022; SIQUEIRA, 2023).

Nesse contexto, o termo capacidade funcional passou a ser valorizado como um novo paradigma para a compreensão da saúde na velhice. Em consonância com essa perspectiva, o *Relatório Mundial sobre Envelhecimento e Saúde*, publicado pela OMS em 2015, define o envelhecimento saudável como o processo de desenvolver e manter as capacidades funcionais que permitem o bem-estar em idade avançada. A capacidade funcional é entendida como a combinação das capacidades físicas e mentais que possibilitam ao indivíduo realizar aquilo que valoriza, e depende, portanto, da interação entre a capacidade intrínseca e os ambientes em que a pessoa vive (WHO, 2015).

A capacidade intrínseca, conceito central para a compreensão do Envelhecimento Saudável sob a perspectiva da OMS, refere-se ao conjunto de atributos físicos e mentais de um indivíduo, os quais, aliados ao suporte ambiental, sustentam a sua funcionalidade (OMS, 2015). Em 2017, a OMS lançou o guia *Integrated care for older people: guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity*, com orientações específicas para a atenção primária à saúde com base nesse conceito (WHO, 2017).

No entanto, a compreensão sobre as capacidades intrínsecas se tornou mais clara após um importante estudo de revisão da literatura, conduzido por Cesari et al. (2018). Os autores identificaram cinco domínios fundamentais da capacidade intrínseca: estado psicológico, cognição, função sensorial (visão e audição), vitalidade e locomoção. Tais domínios abrangem aspectos como sintomas depressivos, declínio cognitivo, perda auditiva e visual, desnutrição, perda de massa muscular e redução da mobilidade — todos eles com impacto direto sobre a autonomia e independência da pessoa idosa. O trabalho deu origem a uma Figura esquemática que explica a capacidade intrínseca sob a ótica dos cinco domínios e suas especificidades (Figura 1). O conceito de capacidade intrínseca tem sido progressivamente incorporado aos instrumentos de avaliação utilizados na Atenção Primária à Saúde (APS), por ser considerado preditor precoce de perda funcional. (OPAS, 2022)

Figura 1: Domínios de Capacidade Intrínseca proposto por Cesari et al (2018).



FONTE: Cesari et al, 2018.

Desde 2004, a OMS vem destacando a importância da APS como nível prioritário de cuidado à população idosa, com recomendações de adaptação dos serviços de atenção primária para atender adequadamente às necessidades das pessoas idosas, enfatizando a importância de cuidados centrados na pessoa e integrados ao longo do tempo (OMS, 2004). No Brasil, essa diretriz começou a ser operacionalizada com a caderneta de saúde da pessoa idosa, proposta pelo Ministério da Saúde em 2006, como estratégia de apoio ao cuidado da pessoa idosa no âmbito da atenção primária (BRASIL, 2006). A estratégia se consolidou com a publicação do *Caderno de Atenção Básica nº 19*, em 2007, que ofereceu orientações para o cuidado integral à pessoa idosa, incluindo aspectos preventivos, clínicos e funcionais (BRASIL, 2007).

O Caderno de Atenção Básica, nº 19 foi o primeiro instrumento Nacional de avaliação à saúde da pessoa idosa abrangendo questões multidimensionais de forma a facilitar a prática diária dos profissionais que atuam na Atenção Básica. Apresenta 13 áreas de saúde avaliadas: Nutrição, visão, audição, incontinência, atividade sexual, humor/depressão, cognição e memória, função dos membros superiores (MMSS), Função dos membros inferiores (MMII), atividade diária, domicílio, queda, suporte social (BRASIL, 2006). Além disso, o instrumento VES-13 (Vulnerable Elders Survey-13) foi incorporado como escala de rastreio de fragilidade, sendo útil na identificação de idosos vulneráveis e com maior risco de declínio funcional. Com

escore que varia de 0 a 10, pontuações iguais ou superiores a 3 indicam risco aumentado e necessidade de acompanhamento intensivo (BRASIL, 2018).

Em São Paulo, a Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa na Atenção Primária (AMPI- AB) foi proposta em 2016 e implementada em 2019 com o manual de sua aplicação no SUS. A AMPI-AB abrange três dimensões: clínica, psicossocial e funcional, e tem como objetivo identificar precocemente alterações que comprometam a funcionalidade e a autonomia (SÃO PAULO, 2016).

Recentemente o Ministério da Saúde, por meio de uma Nota Informativa nº 2/2025-COPID/DGCI/SAPS/MS em 2025, oficializou a aplicação do IVCF-20 (Instrumento de Vulnerabilidade Clínica Funcional) como protocolo nacional de avaliação da pessoa idosa articulado com o registro no Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC). O IVCF-20 é um instrumento de triagem rápida na avaliação da pessoa idosa [LP1] [SP2] composto por 20 perguntas e algumas medidas básicas (como IMC) que ajudam a avaliar o estado clínico e funcional da pessoa idosa.(MORAES et. Al, 2016) Pode ser aplicado por qualquer profissional atuante na atenção básica e permite classificar a pessoa idosa em diferentes níveis de risco (como robusto, em risco ou frágil) de acordo com o seu estado clínico e funcional. Auxilia na definição de planos de cuidado individualizados (CONASS, 2023).

Atualmente, o conceito de capacidades intrínsecas e sua estruturação em cinco domínios de cunho cognitivo, psicológico e biológico (sensorial, locomoção e vitalidade) têm sido frequentemente discutido na seleção dos instrumentos de avaliação da pessoa idosa, razão pela qual a própria OMS propôs um novo instrumento, o ICOPE, baseado nas capacidades intrínsecas. Tal instrumento Nota Informativa nº 2/2025-COPID/DGCI/SAPS/MS fomentou uma publicação da CONASS em 2023, comparando o ICOPE, o VES-13 e o IVCF-20 à luz das capacidades intrínsecas (CONASS, 2023). A publicação deixou claro que os instrumentos apresentam vantagens e desvantagens, porém contemplam um amplo aspecto multidimensional que inclui as capacidades intrínsecas relacionadas ao envelhecimento.

Independentemente da escolha do instrumento de avaliação da pessoa idosa, estes, quando bem aplicados, subsidiam a construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS), permitindo que as equipes de saúde atuem de forma integrada na recuperação ou manutenção da capacidade funcional da pessoa idosa (BRASIL,

2018). No entanto, apesar das diretrizes existentes e da disponibilidade de materiais, há desafios para a efetiva incorporação da avaliação multidimensional na rotina da APS. Dentre eles, destacam-se o tempo necessário para a aplicação das ferramentas, a falta de profissionais especializados em geriatria e gerontologia e a necessidade de capacitação contínua das equipes multiprofissionais (OPAS, 2022; SIQUEIRA, 2023).

3.3 A Fonoaudiologia no Brasil e suas Áreas de Especialidade:

A fonoaudiologia é uma profissão da área da saúde que atua na prevenção, avaliação, diagnóstico, orientação, terapia e aperfeiçoamento dos aspectos relacionados à comunicação humana, além de funções orofaciais, como a deglutição, respiração, mastigação e voz (CFFa, 2007). No Brasil, a fonoaudiologia tem uma trajetória consolidada que se desenvolveu ao longo do século XX, adquirindo reconhecimento científico, acadêmico e legal. A profissão da Fonoaudiologia foi regulamentada no Brasil pela Lei nº 6965 e sancionada em 09 de dezembro de 1981 (BRASIL, 1981). Desde então, a fonoaudiologia vem se expandindo como campo científico e profissional, com inserção crescente nos sistemas de saúde, educação e justiça.

A primeira resolução sobre a temática das áreas de atuação, a CFFa Nº 157 de 13 de abril de 1996, definiu quatro especialidades na Fonoaudiologia - Audiologia, Linguagem, Motricidade Oral e Voz e, após 10 anos, foi revogada para acrescentar a especialidade de saúde coletiva (CFFa nº 320, de 17/02/2006). Já a especialidade em Disfagia passou ser reconhecida pela Resolução CFFa nº 382, no ano de 2010, juntamente com a fonoaudiologia educacional (CFFa nº 387, de 18/09/2010).

A Gerontologia foi incluída como área de especialidade fonoaudiológica em 2015 por meio da resolução CFFa nº 463, que ampliou o escopo de atuação do fonoaudiólogo para a promoção da saúde da pessoa idosa e o cuidado com distúrbios da comunicação, audição, deglutição e equilíbrio postural. Segundo a referida resolução, artigo 3º, segundo parágrafo, a função do fonoaudiólogo especialista em gerontologia é a promoção da saúde da pessoa idosa, por meio da prevenção, avaliação, diagnóstico, habilitação/reabilitação dos distúrbios relacionados à audição, ao equilíbrio postural, à fala, à linguagem, à deglutição, à motricidade orofacial e à voz (CFFa, 2015).

Com o amadurecimento da profissão, o Conselho Federal de Fonoaudiologia (CFFa) reconheceu diversas especialidades que refletem os principais campos de atuação e aprofundamento técnico-científico dos profissionais, consolidando-se como uma profissão estratégica para o cuidado integral à saúde em diferentes ciclos de vida e contextos sociais. Atualmente, a Fonoaudiologia conta com 15 áreas de especialidade, sendo elas: Audiologia, Linguagem, Motricidade Orofacial, Voz, Disfagia, Fluência, Otoneurologia, Saúde Coletiva, Fonoaudiologia Educacional, Fonoaudiologia Neurofuncional, Fonoaudiologia do Trabalho, Neuropsicologia, Perícia Fonoaudiológica, Fonoaudiologia Hospitalar e Gerontologia. O Quadro 1, a seguir, resume as principais áreas de especialidade do Fonoaudiólogo, suas respectivas resoluções e síntese.

Figura 2: Quadro de especialidades da Fonoaudiologia no Brasil

Área	Resolução	Síntese
		Todas as especialidades têm o estudo, a pesquisa, a promoção da saúde e a prevenção de distúrbios em sua descrição. Aqui, serão destacadas as especificidades de cada especialidade.
Audiologia	CFFa nº 320, de 17/02/2006	Diagnóstico e reabilitação da função da audição e do equilíbrio corporal.
Motricidade Orofacial		Avaliação, diagnóstico, desenvolvimento, habilitação, aperfeiçoamento e reabilitação dos aspectos estruturais e funcionais da região orofacial.
Linguagem		Avaliação, diagnóstico e tratamento dos transtornos da linguagem.
Voz		Avaliação, diagnóstico, aperfeiçoamento e tratamento da voz falada e da voz cantada.
Saúde Coletiva		Construção de estratégias de planejamento e gestão em saúde no campo fonoaudiológico, visando intervir nas políticas públicas; atuação na atenção à saúde, nas esferas de promoção, prevenção, educação e intervenção, a partir do diagnóstico de grupos populacionais.
Disfagia	CFFa nº 383, de 20/03/2010	Avaliação, diagnóstico e tratamento fonoaudiológico da disfagia dirigidos à população nos diferentes ciclos de vida.
Fonoaudiologia Educacional	CFFa nº 387, de 18/09/2010	Atuação no âmbito educacional nas situações relativas ao ensino-aprendizagem relacionadas à área de conhecimento da Fonoaudiologia.
Gerontologia	CFFa nº 463, de 21/01/2015	Delineamento de linhas de atuação fonoaudiológica que possam melhorar as condições de qualidade de vida do idoso.
Fonoaudiologia Neurofuncional	CFFa nº 464, de 21/01/2015	Avaliação, diagnóstico, prognóstico, habilitação e reabilitação fonoaudiológicos de pessoas em diferentes ciclos de vida com alterações neurofuncionais, atuando nas sequelas resultantes de danos ao sistema nervoso central ou periférico.
Neuropsicologia	CFFa nº 466, de 22/01/2015	Avaliação, tratamento e gerenciamento de distúrbios que afetam a comunicação humana e sua interface com a cognição.
Fonoaudiologia do Trabalho	CFFa nº 467, de 24/04/ 2015	Avaliação, diagnóstico de distúrbios de natureza fonoaudiológica relacionados à saúde do trabalhador, assim como a promoção da saúde do trabalhador e da prevenção de agravos.
Fluência	CFFa Nº 507, de 19/08/2017	Avaliação, diagnóstico, tratamento e aprimoramento da fluência
Perícia Fonoaudiológica	CFFa nº 584, de 22/10/2020	Execução de atividades relacionadas à Perícia Fonoaudiológica: assistência técnica, perícia ou auditoria; laudo pericial; parecer técnico; exame admissional, demissional, periódico ou de nexos; juntas multiprofissionais nas diversas áreas de atuação do fonoaudiólogo, a exemplo da perícia trabalhista, da identificação de falantes (reconhecimento de vozes), de áudio e vídeo, da grafotécnica, da previdenciária e de reconhecimento facial.
Fonoaudiologia Hospitalar	CFFa Nº 604, de 10/03/2021	Avaliação, diagnóstico, prognóstico, terapia, gerenciamento, encaminhamento e orientações dos aspectos fonoaudiológicos e outros procedimentos de competência do fonoaudiólogo no âmbito hospitalar.
Otoneurologia	CFFa Nº 718, de 15/12/2023	Avaliação e reabilitação do sistema vestibular e do equilíbrio corporal.

Fonte: CFFa, 2025 (folder digital)

4. MATERIAIS E MÉTODOS

Delineamento do estudo

A investigação proposta nesta dissertação apresenta a perspectiva qualitativa, do tipo documental, de natureza interpretativa, realizada em documentos e instrumentos destinados à avaliação da pessoa idosa na atenção primária à saúde no Brasil. Para esse estudo não houve submissão de projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa uma vez que não envolveu seres humanos como sujeitos de pesquisa. A análise do material foi conduzida com base no referencial da análise de conteúdo de Bardin (2016), compreendendo as etapas de pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados com inferência e interpretação.

Procedimentos:

4.1 Pré-análise:

Definição do objeto de estudo: foram selecionados os principais documentos/instrumentos de avaliação multidimensional da pessoa idosa na atenção primária à saúde no Brasil (PORCATTI et. al, 2024).

- Avaliação Multidimensional rápida proposta no Caderno de Atenção Básica: Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa (Caderno 19): É uma publicação sobre gestão do cuidado da população idosa no Sistema Único de Saúde (SUS) na Atenção Básica (BRASIL, 2006). Neste documento existe uma avaliação rápida ao fornecer um registro multidimensional de informações sobre a saúde da pessoa idosa e apresenta 13 áreas de saúde avaliadas: Nutrição, visão, audição, incontinência, atividade sexual, humor/depressão, cognição e memória, função dos membros superiores (MMSS), função dos membros inferiores (MMII), atividade diária, domicílio, queda, suporte social (BRASIL, 2007).
- Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional 20 (IVCF-20): É um instrumento que avalia 16 aspectos distintos da saúde da pessoa idosa, distribuídas em oito grandes dimensões da saúde: idade, percepção da saúde, funcionalidade global, cognição, humor, mobilidade, comunicação e comorbidade múltipla (MORAES et. al, 2016). Avalia oito dimensões consideradas preditoras de declínio funcional e/óbito em pessoas idosas: a idade, a autopercepção da

saúde, as atividades de vida diária (três AVD instrumentais e uma AVD básica), a cognição, o humor/comportamento, a mobilidade (alcance, preensão e pinça, capacidade aeróbica/muscular, marcha e incontinência esfinteriana), a comunicação (visão e audição) e a presença de comorbidades múltiplas, representada por polipatologia, polifarmácia e/ou internação recente (CONASS, 2023).

- AMPI-AB: Tem como base elaborativa a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e o Caderno da Atenção Básica nº 19 (SÃO PAULO, 2016). Apresenta 17 perguntas (com respostas autorreferidas) que abrangem dimensões sociais, físicas, cognitivas e funcionais. Sua aplicação indica, também, a utilização do Formulário de Dados Sociais e dos Testes de Rastreamento da Capacidade Funcional para avaliação das condições de saúde das pessoas idosas, a depender da necessidade detectada em cada uma das perguntas de rastreio (SÃO PAULO, 2016).

Adicionalmente, incluiu-se o Integrated Care for Older People (ICOPE) que, apesar de não ser adotado na APS no Brasil, é um documento de orientação internacional sugerido pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2017).

- ICOPE: É um instrumento de triagem estruturado para o uso na APS, com o objetivo de rastrear precocemente declínios funcionais em pessoas idosas. É composto por nove itens, organizados em perguntas padronizadas e testes funcionais de aplicação breve. O instrumento avalia seis domínios da capacidade intrínseca - Cognição, Mobilidade, Vitalidade, Visão, Audição e Psicológico - permitindo a identificação de alterações que indiquem necessidade de avaliação clínica aprofundada e intervenções direcionadas (OMS, 2017).

4.2 Exploração do Material:

Organização dos dados: os instrumentos foram analisados em detalhes e os itens que compõem a avaliação foram organizados, extraíndo-se as seguintes informações de cada instrumento:

- Dimensões da saúde avaliados;
- Perguntas de rastreio;
- Testes de triagem sugeridos;
- Aspectos fonoaudiológicos envolvidos.

Categorização dos dados: as informações referentes às dimensões de saúde avaliadas, bem como das perguntas de rastreio e testes de triagem propostos permitiram a identificação e categorização das informações coletadas pelos instrumentos de avaliação segundo as cinco capacidades intrínsecas descritas por Cesari, et al. (2018), a saber:

- Cognição (inteligência, memória, resoluções de problemas);
- Vitalidade (função hormonal, metabolismo energético, função cardiorespiratória);
- Locomoção (equilíbrio, marcha, força muscular);
- Sensorial (audição, visão);
- Psicológica (humor, vitalidade emocional).

Os aspectos fonoaudiológicos identificados foram organizados segundo as grandes áreas da Fonoaudiologia de acordo com as resoluções do Conselho Federal de Fonoaudiologia - CFFa (2006) e CFFa (2009).

- Linguagem (linguagem oral, linguagem escrita e língua de sinais)
- Motricidade orofacial (estruturas associadas a fala, sucção, respiração, mastigação e deglutição)
- Audiologia (função auditiva e vestibular)
- Voz (voz falada ou voz cantada)

4.3 Tratamento dos resultados e interpretação:

Os dados foram apresentados em quadros descritivos para cada instrumento de avaliação da pessoa idosa, o que permitiu a identificação e visualização dos aspectos fonoaudiológicos contemplados, cumprindo o primeiro objetivo deste estudo.

Para cumprir o segundo objetivo do estudo, as informações disponíveis nos quadros foram categorizadas segundo as capacidades intrínsecas, as quais foram apresentadas em diferentes cores para facilitar sua visualização. Os aspectos fonoaudiológicos foram reunidos segundo as grandes áreas da fonoaudiologia e, a partir das informações destacadas por cores, foi proposto um modelo visual representativo que demonstra como as áreas da fonoaudiologia integram as capacidades intrínsecas, realizado por meio de uma combinação de dados.

5 RESULTADOS

5.1 Aspectos Fonoaudiológicos identificados na Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa:

Os instrumentos de avaliação da pessoa idosa foram apresentados em quadros que organizam, em suas colunas, as dimensões de saúde avaliadas, as perguntas de rastreio que compõem o instrumento, os testes de triagem sugeridos para complementação da avaliação, bem como os aspectos fonoaudiológicos identificados para cada item. Nas linhas, é possível identificar a categorização segundo as capacidades intrínsecas e as áreas da Fonoaudiologia relacionadas.

O Quadro 1 apresenta os resultados da análise da avaliação multidimensional rápida proposta no Caderno 19 com instruções da caderneta de saúde da pessoa idosa do Ministério da Saúde; o Quadro 2 apresenta os resultados da análise do instrumento IVCF-20; o Quadro 3 apresenta o instrumento AMPI-AB; e o Quadro 4 apresenta os resultados do instrumento ICOPE. O Quadro 5 apresenta outros aspectos da avaliação multidimensional, incluindo aspectos de saúde e social, identificados nos instrumentos, mas que não compõem nenhuma capacidade intrínseca. Nesta última análise, não foram observados aspectos fonoaudiológicos.

Quadro 1: Análise da Avaliação Multidimensional Rápida do Caderno 19, segundo as Capacidades Intrínsecas, Dimensões de Saúde e Aspectos Fonoaudiológicos

		DIMENSÃO DE SAÚDE	PERGUNTA DE TRIAGEM	TESTE DE RASTREIO	ASPECTOS FONOAUDIOLÓGICOS			
CAPACIDADE INTRÍNSECA	COGNITIVO	COGNIÇÃO E MEMÓRIA	Solicitar à pessoa idosa que repita o nome dos objetos: Mesa Mapa Dinheiro Após 3 minutos pedir que os repita.	O Mini Exame do Estado Mental (MEEM) Desenho do Relógio Teste de Fluência Verbal por Categorias Semânticas	Memória Verbal; Memória Auditiva; Linguagem Oral; Linguagem Escrita; Fluência Verbal; Praxia Motora.	LINGUAGEM		
	VITALIDADE	ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO	O/A Sr/a perdeu mais de 4 kg no último ano, sem razão específica? Peso atual em Kg e Altura em cm. IMC=	Índice de Massa Corporal (IMC). Perda da autonomia para comprar os alimentos, inclusive financeira. Perda da capacidade/autonomia para preparar os alimentos e para alimentá-lo. Perda de apetite e diminuição da sensação de sede e da percepção da temperatura dos alimentos. Perda parcial ou total da visão que dificulte a seleção, preparo e consumo dos alimentos. Perda ou redução da capacidade olfativa, interferindo no seu apetite. Algum motivo que a faça restringir determinados tipos de alimentos, como dietas para perder peso. Diabetes, hipertensão, hipercolesterolemia; Alterações de peso recentes; Dificuldade de mastigação por lesão oral, uso de próteses dentárias ou problemas digestivos.	Deglutição (Fase pré oral); Mastigação	NUTRICIDADE OROFACIAL		
	MOBILIDADE	INCONTINÊNCIA URINÁRIA	O/A Sr/a, às vezes, perde urina ou fica molhado/a? Se sim, pergunte: Quantas vezes? Isso provoca algum incômodo ou embaraço? (Definir quantidade e frequência)	Medida de Independência Funcional (MIF)			ÁREA DA FONOAUDIOLOGIA	AUDIOLOGIA
		FUNÇÕES MMSS E MMII	Levantar-se da cadeira: ___ Caminhar 3,5m: Voltar e sentar. (Atenção para dor, amplitude de movimentos, equilíbrio e avaliação de marcha.) Proximal: Ver se a pessoa idosa é capaz de tocar a nuca com ambas as mãos Distal: Ver se a pessoa idosa é capaz de apanhar um lápis sobre a mesa com cada uma das mãos e colocá-lo de volta.	Aplicar escala de avaliação do equilíbrio e da marcha de TINNETI Exame completo dos MMSS. Exame completo dos MMSS.	Equilíbrio Postural			
		QUEDAS	Presença de escadas, ausência de diferenciação de degraus e corrimãos. Iluminação inadequada, tapetes soltos, obstáculos (fios elétricos, pisos mal conservados, etc) no local de circulação, etc.					
	SENSORIAL	ACUIDADE VISUAL	O/a Sr/a tem dificuldade para dirigir, ver TV ou fazer qualquer outra atividade de vida diária devido a problemas visuais?	Aplicar o cartão de JAEGER			AUDIOLOGIA	
		ACUIDADE AUDITIVA	Aplicar o teste do sussurro. A pessoa idosa responde a pergunta feita? Ouvido Direito (sim ou não) Ouvido Esquerdo (sim ou não).	Teste do "sussurro" Verificar presença de cerúme nos condutos auditivos	Audição			
	PSICOLÓGICA	HUMOR E DEPRESSÃO	O/A Sr/a se sente triste ou desanimado/a frequentemente?	Escala de Depressão Geriátrica (EDG)				
		SEXUALIDADE	O/A Sr/a tem algum problema na capacidade de desfrutar do prazer nas relações sexuais?	Exames para DST, identificar problemas fisiológicos e/ou psicológicos relacionados				

Quadro 2: Análise do IVCF-20 segundo as Capacidades Intrínsecas, Dimensões de Saúde e Aspectos Fonoaudiológicos.

		DIMENSÃO DE SAÚDE	PERGUNTA DE TRIAGEM	TESTE DE RASTREIO	ASPECTOS FONOAUDIOLÓGICOS		
CAPACIDADE INTRÍNSECA	COGNITIVO	COGNITIVO	<p>Algum familiar ou amigo falou que você está ficando esquecido?</p> <p>Esse esquecimento está piorando nos últimos meses?</p> <p>Esse esquecimento está impedindo a realização de alguma atividade do cotidiano?</p>	<p>Mini-Exame do Estado Mental (MEEM).</p> <p>Lista de Palavras do CERAD.</p> <p>Reconhecimento de Figuras, Teste do Relógio e Fluência Verbal.</p>	<p>Memória Verbal; Memória Auditiva; Linguagem Oral, Linguagem Escrita; Fluência Verbal</p>	LINGUAGEM	ÁREA DA FONOAUDIOLOGIA
	VITALIDADE	NUTRIÇÃO	<p>Perda de peso não intencional de 4,5Kg ou 5% do peso corporal no último ano ou 6 Kg nos últimos 6 meses ou 3 Kg no último mês?</p> <p>Índice de massa corporal IMC menor que 22Kg/m²?</p> <p>Circunferência da panturrilha menor que 31cm?</p>	<p>MINI Avaliação Nutricional (MAN)</p>	<p>Mastigação; Deglutição</p>	MOTRICIDADE OROFACIAL	
	MOBILIDADE	MOBILIDADE	<p>Você é incapaz de elevar os braços acima do nível do ombro?</p> <p>Você é incapaz de manusear ou segurar pequenos objetos?</p> <p>Tempo gasto no teste de velocidade de marcha maior que 5 segundos para 4 metros?</p> <p>Você tem dificuldade para caminhar capaz de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano</p> <p>Você teve duas ou mais quedas no ano?</p> <p>Você perde urina ou fezes, sem querer, em algum momento?</p>	<p>Short Physical Performance Battery (SPPB ou Bateria Breve de Desempenho Físico); Timed up and go test (TUG)</p> <p>Romberg</p> <p>Teste do sentar-se e levantar da cadeira 5 vezes (duração normal até 14 segundos),</p>	<p>Equilíbrio Dinâmico; Equilíbrio Postural</p>	AUDIOLOGIA	
	SENSORIAL	COMUNICAÇÃO	<p>Você tem algum problema de visão capaz de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? (É permitido o uso de lente de contato ou óculos)</p> <p>Você tem algum problema de audição capaz de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? (É permitido o uso de aparelho de audição).</p>	<p>Teste de Snellen simplificado</p> <p>Teste do Sussurro</p>	<p>Audição</p>	AUDIOLOGIA	
	PSICOLÓGICA	HUMOR	<p>No último mês, você ficou com desânimo, tristeza ou desesperança?</p> <p>No último mês, você perdeu o interesse em atividades anteriormente prazerosas?</p>	<p>Escala Geriátrica de Depressão</p>			

Quadro 3: Análise da AMPI-AB segundo as Capacidades Intrínsecas, Dimensões de Saúde e Aspectos Fonoaudiológicos.

	DIMENSÃO DE SAÚDE	PERGUNTA DE TRIAGEM	TESTE DE RASTREIO	ASPECTOS FONOAUDIOLÓGICOS		
CAPACIDADE INTRÍNSECA	COGNIÇÃO	O(A) Sr.(a.) acha ou algum familiar/amigo falou que o(a) Sr.(a.) está ficando esquecido? O esquecimento o está piorando nos últimos meses? O esquecimento está impedindo a realização de alguma atividade do cotidiano?	Point Cognitive Screener (10-CS)	Memória Verbal, Fluência Verbal, Linguagem Oral	LINGUAGEM	
	VITALIDADE	PERDA DE PESO NÃO INTENCIONAL	Nos últimos 12 meses o(a) Sr.(a.) perdeu peso sem ter feito dieta ou mudado qualquer hábito de vida? (4,5Kg ou 5% de perda nos últimos 12 meses)			MOTRICIDADE OROFACIAL
		CONDIÇÕES BUCAIS	O(a) Sr.(a.) tem problemas para mastigar devido a problemas nos seus dentes ou na sua prótese? O(a) Sr.(a.) tem problemas para engolir ou apresenta engasgos ao se alimentar? O(a) Sr.(a.) deixou de comer algum tipo de alimento pela falta de dentes ou problemas nos dentes ou na prótese? Sua(s) prótese(s) está(ão) lhe trazendo desconforto?		Mastigação; Deglutição	
			INCONTINÊNCIA	O(a) Sr.(a.) perde urina sem querer? O(a) Sr.(a.) perde fezes sem querer?		
	MOBILIDADE	LIMITAÇÃO FÍSICA	Verificar se o(a) idoso(a) é capaz de tocar a nuca com ambas as mãos. Verificar se o(a) idoso(a) é capaz de apanhar um lápis sobre a mesa com uma das mãos e colocá-lo de volta. O(a) Sr.(a.) consegue andar 400 metros (aproximadamente 4 quarteirões)? Perguntar: o(a) Sr.(a.) consegue sentar-se ou levantar-se sem dificuldade?			AUDIOLOGIA
			QUEDAS	Quantas vezes o(a) Sr.(a) caiu nos últimos 12 meses?		
				Teste de velocidade habitual de marcha	Equilíbrio Postural	
	SENSORIAL	VISÃO	O(A) Sr.(a.) tem alguma dificuldade para enxergar? (mesmo usando óculos)?	Escala optométrica de Snellen		AUDIOLOGIA
		AUDIÇÃO	O(A) Sr.(a.) tem alguma dificuldade para ouvir ou as pessoas acham que o(a) senhora(a) ouve mal?	Teste do Sussuro	Audição	
	PSICOLÓGICA	HUMOR	No último mês, o(a) Sr.(a) sentiu desânimo, tristeza ou desesperança? No último mês, o(a) Sr.(a.) perdeu o interesse ou prazer em atividades anteriormente prazerosas?	Escala de depressão geriátrica-GDS 4		

Quadro 4: Análise do ICOPE segundo as Capacidades Intrínsecas, Dimensões de Saúde e Aspectos Fonoaudiológicos.

		DIMENSÃO DE SAÚDE	PERGUNTA DE TRIAGEM	TESTE DE RASTREIO	ASPECTOS FONOAUDIOLÓGICOS		
CAPACIDADE INTRÍNSECA	COGNITIVO	CAPACIDADE COGNITIVA	Lembre-se de três palavras: flor, porta, arroz (por exemplo) Orientação no tempo e no espaço: Qual é a data completa de hoje? Você se lembra das três palavras? Onde você está agora (em casa, na clínica, etc.)?	Mini-Cog Montreal cognitive assessment (MoCA); Mini mental state examination (MMSE); General practitioner assessment of cognition (GPCOG)	Memória Verbal; Memória Auditiva; Linguagem Oral, Linguagem Escrita; Praxia motora; Fluência Verbal	LINGUAGEM	ÁREA DA FONOAUDIOLOGIA
	VITALIDADE	VITALIDADE	Perda de peso: Você perdeu mais de 3 kg sem querer nos últimos três meses? Perda de apetite: Você vem tendo perda de apetite?	Mini Avaliação Nutricional (MAN); Avaliação de risco nutricional DETERMINE; Malnutrition Universal Screening Tool; Seniors in the community risk evaluation for eating and nutrition questionnaire; Short nutritional assessment questionnaire 65+ (SNAQ65+)	Mastigação; Deglutição	NUTRIÇÃO OROFACIAL	
	MOBILIDADE	CAPACIDADE LOCOMOTORA	Teste de levanta-se da cadeira: Levante-se da cadeira cinco vezes sem usar os braços. A pessoa conseguiu se levantar cinco vezes da cadeira em 14 segundos?	SPPB : (Testes de equilíbrio; Teste de velocidade da marcha; Teste de levantar da cadeira)	Equilíbrio Postural e dinâmico	AUDIOLOGIA	
	SENSORIAL	CAPACIDADE VISUAL	Você tem algum problema nos olhos? Tem dificuldade de enxergar de longe, dificuldade de ler, doenças oculares ou está atualmente em tratamento médico (por exemplo, para diabetes ou pressão alta)?	Teste com os quatro E pequenos a 3 metros; Teste com os E grandes a 3 metros; Teste com os E grandes a 1,5 metros.		AUDIOLOGIA	
		CAPACIDADE AUDITIVA		Ouve sussurros (teste do sussurro) ou Audiometria de triagem constatou 35 dB ou menos ou Passa em teste automático (em aplicativo) de dígitos com ruído: hearWHO; hearZA; uHear e HearCom.	Audição	AUDIOLOGIA	
PSICOLÓGICA		Ao longo das duas últimas semanas, você se sentiu incomodado(a) por – sentir-se para baixo, deprimido ou sem esperança? Tem pouco interesse ou prazer em fazer as coisas?	mhGAP-IG; Questionário de Saúde do Paciente (PHQ-9)				

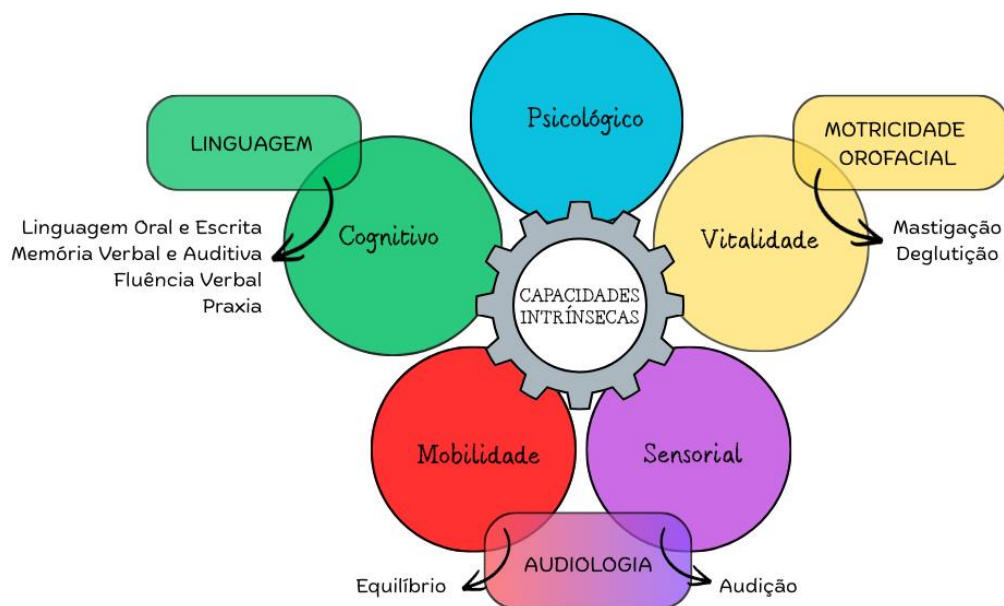
Quadro 5: Aspectos sociais, culturais, ambientais e funcionais presentes nos instrumentos de avaliação multidimensional da pessoa idosa.

	DIMENSÃO DE SAÚDE	CAD-19 Pergunta de Triagem	IVCF-20 Pergunta de Triagem	AMPI-AB Pergunta de Triagem	ICOPE- Perguntas de Triagem	
ASPECTOS DE SAÚDE	FUNCIONALIDADE	Atividades de Vida Diária	Sem auxílio, o/a Sr/a é capaz de: Sair da cama? (Solicitar informações junto aos familiares). Sem auxílio, o/a Sr/a é capaz de Vestir-se? (Solicitar informações junto aos familiares).	Por causa da sua saúde ou condição física, você deixou de tomar banho sozinho?	O(a) Sr.(a) precisa de ajuda para sair da cama? O(a) Sr.(a) precisa de ajuda para vestir-se? O(a) Sr.(a) precisa de ajuda para alimentar-se? O(a) Sr.(a) precisa de ajuda para tomar banho?	Você tem dificuldade para se deslocar dentro de casa? Você tem dificuldade em usar o banheiro (ou a privada)? Você tem dificuldade em se vestir? Você tem dificuldade em manter sua aparência pessoal? Você tem dificuldade em se alimentar? Você tem dificuldade em tomar banho de banheira ou chuveiro?
		Atividades Instrumentais de Vida Diária	Sem auxílio, o/a Sr/a é capaz de preparar suas refeições? (Solicitar informações junto aos familiares) Sem auxílio, o/a Sr/a é capaz de fazer compras? (Solicitar informações junto aos familiares).	Por causa da sua saúde ou condição física você deixou de fazer compras? Por causa da sua saúde ou condição física, você deixou de controlar seu dinheiro, gastos, ou pagar as contas da casa? Por causa da sua saúde ou condição física, você deixou de realizar pequenos trabalhos domésticos, como lavar louça, arrumar a casa ou fazer limpeza leve?	O(a) Sr.(a) precisa de ajuda para realizar atividades fora de casa? O(a) Sr.(a) precisa de ajuda para lidar com seu dinheiro? (pagar contas, conferir troco, ir ao banco, etc)	Você consegue gerenciar seu dinheiro e seus assuntos financeiros?
	SOCIOCULTURAIS	Suporte Social	Alguém poderia ajuda-lo/a caso fique doente ou incapacitado? Quem poderia ajuda-lo/a? Quem seria capaz de tomar decisões de saúde pelo Sr/Sra caso não seja capaz de fazê-lo?		O(a) Sr.(a) mora sozinho(a)?	Você consegue participar de atividades de lazer, hobbies, trabalho, voluntariado, ajudar sua família, atividades educacionais ou espirituais importantes para você? Você se sente só?
	AMBIENTAIS	Domicílio	Na sua casa há escadas? Tapetes soltos? Corrimão no banheiro?			Você tem problemas com o lugar onde mora (acomodação)?

5.2 Integração da Fonoaudiologia e as Capacidades Intrínsecas da Pessoa Idosa:

A partir da análise dos quadros e categorização dos dados segundo a capacidade intrínseca e grandes áreas da Fonoaudiologia em cores, chegou-se a um modelo visual que representa a inserção entre a Fonoaudiologia e as capacidades intrínsecas da pessoa idosa (Figura 3).

Figura 3: Modelo representativo da integração da Fonoaudiologia nas Capacidades Intrínsecas da pessoa idosa:



6. DISCUSSÃO

6.1 Aspectos Fonoaudiológicos presentes nos Instrumentos de Avaliação da Pessoa Idosa na APS:

O presente estudo demonstrou que, no contexto da Atenção Primária à Saúde, a Fonoaudiologia assume papel estratégico na saúde da pessoa idosa, uma vez que suas áreas de atuação estão diretamente relacionadas a múltiplas dimensões avaliadas nos instrumentos e aos domínios das capacidades intrínsecas (Quadros 1, 2, 3 e 4).

Saúde Coletiva e Gerontologia são áreas de especialidade na Fonoaudiologia desde 2006 e 2015, respectivamente, integrando saberes qualificados junto a equipes multidisciplinares e contribuindo para o planejamento e gestão de políticas públicas e delineamento de linhas de atuação que visam a saúde e a qualidade de vida da pessoa idosa (CFFa, 2025). Estudos nacionais demonstram que manifestações fonoaudiológicas são frequentes nos serviços de atenção à saúde da pessoa idosa em todas as suas áreas, principalmente audição e equilíbrio, mastigação e deglutição, fala e linguagem e voz, no entanto, nem sempre tais manifestações são reconhecidas pelas equipes (REIS, et al., 2017; DA SILVA et al., 2020; SOUZA SILVA et al., 2025). Em uma pesquisa realizada em uma unidade da APS para identificar dificuldades fonoaudiológicas autorrelatadas por pessoas idosas, verificou-se que 75,8% dos participantes nunca haviam recebido atendimento fonoaudiológico e, dentre os que já haviam sido atendidos, 73,3% procuraram o serviço por questões auditivas, 13,7% relataram demandas relacionadas à linguagem e outros 13,7% à deglutição. Para os autores, os dados reforçam a importância de capacitar as equipes de saúde para reconhecer e encaminhar adequadamente pessoas idosas com necessidades fonoaudiológicas (SOUZA SILVA et al., 2025).

Com a publicação do relatório mundial do envelhecimento saudável em 2015, a audiologia ganhou maior notoriedade nos estudos sobre o envelhecimento, uma vez que deslocou o enfoque da perda auditiva como condição naturalizada e isolada, inerente ao envelhecimento, para seu impacto funcional, social e psicossocial (SILVEIRA et al., 2023). Segundo a OPAS (2025), 6% da população mundial tem perda auditiva incapacitante, e dessas, mais de 80% vivem em países de renda baixa

e média. Além do prejuízo individual, a OMS estima que as perdas auditivas não tratadas representam um custo global anual de 980 bilhões de dólares (OMS, 2021).

Esse reconhecimento é sustentado por evidências crescentes que associam a perda auditiva não tratada ao isolamento social, à depressão, à fragilidade (Rutherford et al., 2018) e ao declínio cognitivo (BORGES et al., 2021; BAUER, 2017; PAIVA et al., 2023; LIVINGSTON et al., 2024). Os estudos atuais vêm evidenciando que a reabilitação auditiva é uma importante ação de prevenção ao estabelecimento de demências (DAVIS et al., 2007; PAIVA et al., 2023; COMINETTI et al., 2023; LIVINGSTON et al., 2024).

A queixa auditiva autorreferida no Brasil é prevalente em torno de 30% das pessoas com mais de 60 anos (CRUZ et al., 2012; BAUER, 2017). Em todos os instrumentos de AMD analisados neste estudo, o rastreio auditivo é recomendado, inicialmente, por meio de uma pergunta única, baseada no autorrelato de queixa auditiva e, quando positiva, orienta-se a aplicação do Teste do Sussurro. Essa recomendação apresenta inconsistência clínica, uma vez que a presença de queixa auditiva, por si só, já constitui critério suficiente para indicar avaliação audiológica diagnóstica realizada por fonoaudiólogo (WHO, 2021; USPSTF, 2021). Corroborando essa ideia, um estudo confirmou perda auditiva em 91,85% das pessoas idosas que apresentavam queixa auditiva autorreferida (BORGES et al, 2021).

Dentre os métodos de triagem mencionados nos instrumentos avaliados, o Teste do Sussurro se destaca por apresentar propriedades psicométricas documentadas, especialmente no que se refere à validade e acurácia, com sensibilidade e especificidade superiores a 70% em adultos com idade ≥ 65 anos. Evidências provenientes de estudo transversal conduzido no Brasil com pessoas idosas entre 60 e 97 anos corroboraram medidas de acurácia favoráveis e sustentaram sua utilidade como ferramenta de triagem auditiva nessa população (LABANCA et al., 2017). Ressalta-se, contudo, que seu desempenho depende de aplicação padronizada, incluindo distância e posicionamento adequados do examinador e condições acústicas apropriadas do ambiente, fatores que podem introduzir variabilidade e reduzir a reprodutibilidade quando negligenciados (LABANCA et al., 2017; TING; HUANG, 2023).

Apenas o ICOPE, instrumento proposto pela OMS, preconiza que todas as pessoas idosas devam ser rastreadas por meio de algum teste de aferição auditiva, sendo sugerido o teste do sussurro, audiometria tritonal a 35dB como critério pass-falha (sinal/ruído) ou testes auditivos em aplicativos para download, como o hearWHO, que podem ser usados como ferramenta de triagem com suporte tecnológico (WHO, 2021).

Por outro lado, segundo a U.S. PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE (USPSTF, 2021) não há evidências científicas suficientes para validar o rastreamento da perda auditiva em adultos com 50 anos ou mais que não apresentam sintomas. Tal posicionamento, contudo, refere-se especificamente ao rastreamento populacional universal de indivíduos assintomáticos e não invalida a relevância clínica do autorrelato como marcador de risco. Pelo contrário, o próprio relatório da USPSTF reconhece que instrumentos baseados em perguntas simples apresentam acurácia moderada para detecção de perda auditiva e que a avaliação deve ser prontamente indicada diante da presença de sintomas ou queixa funcional.

Recentemente, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) lançou o guia Atenção Primária à orelha e à audição com objetivo de capacitar pessoas sem conhecimentos específicos, a reconhecer e fazer o manejo inicial de doenças da orelha e da perda auditiva (OPAS, 2025). O documento destaca a importância do fonoaudiólogo na Atenção Primária à Saúde (APS) como responsável pela capacitação dos agentes responsáveis pela triagem (MEDEIROS et al., 2021). Essa atuação qualifica os encaminhamentos para diagnósticos e assegura a efetividade das linhas de cuidado.

Ainda no âmbito da Audiologia, a atuação clínica não se restringe à avaliação da acuidade auditiva, abrangendo também a investigação da função vestibular e de seus impactos sobre o controle postural e a estabilidade da marcha. Nesse contexto, a incorporação de estratégias sistemáticas de rastreio — combinando perguntas dirigidas e testes clínicos funcionais — é particularmente relevante para a identificação precoce de sinais de alerta relacionados a tontura, desequilíbrio e instabilidade, condições frequentemente associadas ao envelhecimento e reconhecidas como fatores de risco para eventos adversos, especialmente quedas (TAGUCHI et al., 2021; SOUZA SILVA, 2025). A importância de se qualificar a

avaliação da mobilidade na pessoa idosa agregando o olhar fonoaudiológico justifica-se pela elevada frequência de queixas vestibulares na população idosa com estimativas de 53,1% na literatura (MAGRINI; MOMENSOHN-SANTOS, 2017), podendo contribuir para a redução da mobilidade e, conseqüentemente o aumento da limitação funcional e dos desfechos negativos decorrentes das quedas.

Para além da audiologia, verificou-se que todos os instrumentos de AMDs analisados apresentam os testes de rastreio cognitivo, os quais incluem aspectos da linguagem, destacando a importância desta área da Fonoaudiologia quando se avalia a cognição. Esta perspectiva corrobora com SANTIAGO et al. (2016) que argumentam que a linguagem, em suas modalidades oral e escrita, atua como um instrumento cognitivo fundamental em que o sujeito estrutura seu pensamento, ordena suas ações, processa o aprendizado e exerce sua autonomia, constituindo sua própria identidade no meio social. Os aspectos fonoaudiológicos encontrados nos testes de triagem cognitiva apresentam dimensões da linguagem como memória verbal, fluência verbal, memória auditiva, linguagem oral, linguagem escrita e praxia motora.

Outra área da Fonoaudiologia também observada nos instrumentos analisados foi a Motricidade Orofacial, mais especificamente os aspectos de mastigação e deglutição, essenciais para uma alimentação adequada. No entanto, em nenhum deles, há utilização de testes de rastreio para avaliar disfagia. Embora existam diversos protocolos de triagem para a disfagia em adultos, a aplicabilidade de muitos desses instrumentos é limitada pela ausência de propriedades psicométricas robustas ou pelo desempenho diagnóstico insatisfatório (SPEYER, 2022). Um protocolo de aplicação rápida e simples que pode ser utilizado em pessoas adultas é o EAT-10 (BELAFSKY et. Al, 2008) composto por uma escala de dez perguntas e validado no Brasil (GONÇALVES; REMAILI; BEHLAU, 2013. Oliveira, Peixoto e Araújo (2023) destacaram a importância da construção de instrumentos específicos para o rastreio da disfagia, voltados à realidade da APS, que sejam elaborados por fonoaudiólogos, mas de fácil compreensão e aplicação por outros profissionais da equipe multiprofissional.

Com relação à voz da pessoa idosa, não foi observado nenhum aspecto relacionado de forma integrada aos instrumentos de avaliação da pessoa idosa na

atenção primária aqui estudados. As principais manifestações vocais associadas ao envelhecimento incluem a fonoastenia, a rouquidão, o tremor e a redução da intensidade vocal, com estimativas de prevalência que variam entre 4,8% e 29,1% (PERNAMBUCO, 2015). Entretanto, a expressiva heterogeneidade desses achados tem sido atribuída, sobretudo, a limitações metodológicas dos estudos disponíveis, o que restringe a comparabilidade entre investigações e compromete a validade externa das estimativas epidemiológicas (PERNAMBUCO, 2015; SANTOS et al., 2017). Essa inconsistência pode estar relacionada, em parte, à ausência de instrumentos padronizados, de baixo custo e fácil aplicação para rastreamento vocal em contextos populacionais e na rotina dos serviços (SANTOS et al., 2017).

A despeito dessa lacuna, a observação clínica da voz no cuidado à pessoa idosa assume importância estratégica, uma vez que alterações vocais impactam diretamente a comunicação funcional, além de poderem sinalizar condições clínicas subjacentes. Embora a presbifonia seja reconhecida como um fenômeno associado ao envelhecimento vocal fisiológico, outras manifestações como disfonia persistente, piora progressiva do padrão vocal, dor ao falar, fadiga vocal intensa e alterações associadas à deglutição devem ser interpretadas como sinais de alerta para possíveis etiologias orgânicas ou neurológicas, incluindo afecções laríngeas e neoplasias, como o câncer de laringe, exigindo investigação especializada e encaminhamento oportuno (PERNAMBUCO, 2015).

Ademais, considerando que a AMD depende fundamentalmente da interação verbal (por exemplo, entrevista clínica e autorrelato), a qualidade da comunicação oral constitui elemento central para a própria coleta e confiabilidade dos dados. Assim, um acompanhamento atento do desempenho comunicativo ao longo da entrevista pode fornecer informações relevantes sobre a competência comunicativa global da pessoa idosa, incluindo aspectos de expressão e compreensão, pistas relacionadas a processos cognitivos, habilidades motoras da fala, fluência, e qualidade vocal, contribuindo para uma avaliação mais abrangente e sensível às necessidades reais dessa população (GOIS, 2018).

6.2 Intersecção entre a Fonoaudiologia e as Capacidades Intrínsecas da Pessoa Idosa:

O modelo representativo proposto nesta pesquisa (Figura 3) permite a visualização da intersecção entre diferentes áreas de competência da fonoaudiologia e as capacidades intrínsecas: a Linguagem atua diretamente como ferramenta da Cognição, servindo como um canal de representação e comunicação do processamento cognitivo (FRANCISCO et al, 2022) a Motricidade Orofacial/Disfagia relaciona-se à Vitalidade, no que se refere à nutrição e à segurança alimentar, influenciando o risco de desnutrição, desidratação e aspiração (OLIVEIRA; PEIXOTO; ARAÚJO 2023; SPEYER, et al., 2022) ; quanto ao campo da Audiologia, a função vestibular/equilíbrio, frequentemente abordada de forma interdisciplinar, dialoga com a Mobilidade e assume importante papel na prevenção de quedas (OPAS, 2020; TAGUCHI et al., 2021), enquanto a audição integra o domínio Sensorial, sendo fundamental para a manutenção das relações sociais e da autonomia (OPAS, 2022).

Assim, pode-se dizer que alterações fonoaudiológicas, quando não identificadas precocemente, podem comprometer a capacidade intrínseca e consequentemente acelerar o declínio funcional, reforçando a importância da inserção da fonoaudiologia nos processos de avaliação multidimensional da pessoa idosa.

A importância do fonoaudiólogo na APS, como agente promotor do envelhecimento saudável já é consolidada, na medida que agrega conhecimento por meio do matriciamento das equipes de saúde, oferecendo apoio técnico-pedagógico, auxílio na construção compartilhada de projetos terapêuticos singulares e ampliação a capacidade resolutiva da APS (MEDEIROS et al, 2021). Não restam dúvidas que, por meio de uma avaliação qualificada, o conhecimento fonoaudiológico pode contribuir para ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, identificação precoce de alterações comunicativas, de linguagem, auditivas, vestibulares e de deglutição, bem como o acompanhamento longitudinal da pessoa idosa, de forma alinhada à manutenção de suas capacidades intrínsecas e, consequentemente, de sua capacidade funcional.

A interdisciplinaridade é fundamental para a utilização dos instrumentos de maneira qualificada, observando-se aspectos essenciais para o envelhecimento saudável. Essa atuação integrada favorece a incorporação das capacidades intrínsecas na prática cotidiana do cuidado, fortalece o trabalho interdisciplinar e contribui para a organização de redes de atenção centradas na funcionalidade e na qualidade de vida da pessoa idosa.

A limitação do modelo proposto neste estudo (Figura 3) refere-se à incapacidade de contemplar o processo comunicativo de forma transversal e integrada ao longo de todas as etapas da AMD. Essa limitação decorre do recorte metodológico do estudo, que se restringiu aos elementos explicitamente contemplados nos instrumentos analisados, priorizando as intersecções entre as capacidades intrínsecas, conforme o referencial da OMS, e as áreas de atuação fonoaudiológica. Embora o modelo de capacidade intrínseca se organize em cinco domínios (cognitivo, mobilidade, vitalidade, sensorial e psicológico), a comunicação é compreendida nesse arcabouço como o resultado da interação entre capacidades intrínsecas e fatores ambientais. Nesse contexto, coloca-se a questão: a comunicação deve ser compreendida somente como componente da habilidade funcional ou há espaço para ser discutida e incorporada nos modelos de envelhecimento como mais um domínio da capacidade intrínseca? Avançar nessa discussão pode contribuir para o desenvolvimento de instrumentos avaliativos mais sensíveis, capazes de captar de forma mais abrangente o impacto da comunicação na funcionalidade, na autonomia e na participação social da pessoa idosa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo evidenciou que, em todos os instrumentos de Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa analisados, a Fonoaudiologia apresenta contribuição relevante, ao oferecer conhecimentos diretamente relacionados ao monitoramento e manejo de aspectos vinculados às capacidades intrínsecas. Assim, no recorte específico dessas capacidades, não foi possível identificar superioridade inequívoca de um instrumento em relação aos demais. Entretanto, quando a análise é ampliada para a perspectiva da multidimensionalidade do envelhecimento, para

além das capacidades intrínsecas, a Avaliação Multidimensional Rápida do Caderno 19 a nível nacional, e o ICOPE internacional, destacaram-se como guias mais abrangentes, ao incorporar de forma mais consistente determinantes de natureza social, ambiental e cultural (Tabela 5). Tais dimensões são fundamentais para a compreensão da saúde da pessoa idosa sob o enfoque da atenção integral, especialmente em um país caracterizado por marcantes desigualdades e elevada diversidade social, cultural e regional como o Brasil, as quais influenciam diretamente as condições de vida, o acesso aos serviços e os desfechos em saúde na população idosa.

Por fim, a comunicação emerge como um elemento que demanda maior discussão nos modelos de envelhecimento saudável. O estudo evidencia lacunas e potencialidades na incorporação de aspectos fonoaudiológicos nos instrumentos de AMD, contribuindo para o fortalecimento da atuação do fonoaudiólogo no cuidado integral à pessoa idosa e oferecendo subsídios para o aprimoramento futuro de modelos avaliativos mais sensíveis à complexidade do envelhecimento.

7. CONCLUSÃO

Considerando os objetivos propostos neste estudo, pode-se concluir que:

7.1 Os aspectos fonoaudiológicos presentes nos instrumentos de avaliação da pessoa idosa na APS incorporam, de forma heterogênea, aspectos relevantes das áreas de atuação da Fonoaudiologia, especialmente nos campos da Linguagem, da Audiologia (audição e equilíbrio), e da Motricidade Orofacial, com ênfase em mastigação e deglutição. Em contrapartida, observou-se ausência de estratégias sistemáticas para o rastreio da voz. Embora a comunicação seja transversal ao processo avaliativo, ela não é contemplada como domínio específico.

7.2 A análise da intersecção entre Fonoaudiologia e capacidades intrínsecas demonstrou alinhamento direto com quatro dos cinco domínios propostos pela Organização Mundial da Saúde, nos quais a Linguagem sustenta o domínio Cognitivo, a Audição integra as funções Sensoriais, o equilíbrio relaciona-se à Mobilidade, e a mastigação e a deglutição compõem a Vitalidade. Somente o domínio Psicológico

não se mostrou diretamente relacionado à Fonoaudiologia. Essa intersecção evidencia que alterações fonoaudiológicas não identificadas precocemente podem comprometer as capacidades intrínsecas e acelerar o declínio funcional da pessoa idosa.

6. REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução de Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2016. 280 p.

BAUER, M. A. *et al.* Profile and prevalence of hearing complaints in the elderly. **Brazilian Journal of Otorhinolaryngology**, São Paulo, v. 83, n. 5, p. 523-529, 2017. DOI: doi.org. Disponível em: www.scielo.br. Acesso em: 1 fev. 2026.

BELAFSKY, P. C. *et al.* Validity and reliability of the Eating Assessment Tool (EAT-10). **Annals of Otolaryngology, Rhinology & Laryngology**, v. 117, n. 12, p. 919-924, dez. 2008.

BORGES, K. C. S.; RESENDE, L. M.; COUTO, E. A. B. Hearing function, perception of disability and cognition in the elderly: a relationship to be elucidated. **CoDAS**, [S. l.], v. 33, n. 5, e20200049, 2021. DOI: doi.org. Disponível em: www.scielo.br. Acesso em: 1 fev. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional do Idoso: manual de implementação. Brasília: MS, 1997.

BRASIL. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto da Pessoa Idosa. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 3 out. 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Portaria nº 2.528/GM, de 19 de outubro de 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica nº 19: Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: MS, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Implementação da linha de cuidado para a pessoa idosa na Rede de Atenção à Saúde: documento orientador. Brasília: MS, 2018.

BRASIL. Lei nº 15.069, de 10 de setembro de 2024. Institui a Política Nacional de Cuidados. Brasília, 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Gestão do Cuidado Integral. Coordenação de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa. Nota Informativa nº 2/2025-COPID/DGCI/SAPS/MS. Brasília, 2025.

CESARI, M. *et al.* Evidence for the domains supporting the construct of intrinsic capacity. *The Journals of Gerontology: Series A*, v. 73, n. 12, p. 1653–1660, 2018. DOI: 10.1093/gerona/gly011, 2018.

CFFa-Conselho Federal de Fonoaudiologia. Resolução CFFa nº 320, de 17 de fevereiro de 2006. Dispõe sobre as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Fonoaudiologia, e dá outras

providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 2006. Disponível em https://www.fonoaudiologia.org.br/resolucoes/resolucoes_html/CFFa_N_320_06.htm

CFFa- Conselho Federal de Fonoaudiologia Resolução CFFa nº 363, de 13 de março de 2009. Dispõe sobre a alteração da redação das alíneas "a e b" do item 2.3, complemento do item 3.3, do artigo 4º da Resolução CFFa nº 320/2006. Diário Oficial da União, 2009.

CFFa- Conselho Federal de Fonoaudiologia. Resolução CFFa nº 463, de 21 de janeiro de 2015. Diário Oficial da União, Brasília, 2015.

CFFa- Conselho Federal de Fonoaudiologia. Título de especialista e as especialidades em Fonoaudiologia. Folder digital, 2025 Disponível em: https://fonoaudiologia.org.br/wp-content/uploads/2025/01/folder_espec_digital.pdf

CFFa- Conselho Federal de Fonoaudiologia. Áreas de competência do fonoaudiólogo no Brasil. 2ªed. Brasília, 2007. Disponível em:

<https://fonoaudiologia.org.br/wp-content/uploads/2019/09/areas-de-competencia-do-fonoaudiologo-2007-1.pdf>.

CHIARELLI, F. A.; BATISTONI, S. S. T. Psicologia e envelhecimento: desafios para a promoção de políticas públicas no Brasil. São Paulo: Cortez, 2022.

CONASS – CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. Manual de Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa para a Atenção Primária à Saúde: aplicações do IVCF-20 e do ICOPE. Brasília, 2023.

COMINETTI, M. R. *et al.* Protecting cognitive function in older adults with age-related hearing loss: Insights from The Irish Longitudinal Study on Ageing (TILDA) and the role of hearing aids. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, [S. l.], v. 112, p. 105043, 2023.

CRUZ, M. S. *et al.* Deficiência auditiva referida por idosos no Município de São Paulo, Brasil: prevalência e fatores associados (Estudo SABE, 2006). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 8, p. 1479-1492, ago. 2012. DOI: doi.org. Disponível em: www.scielo.br. Acesso em: 1 fev. 2026.

DAVIS, A. *et al.* Acceptability, benefit and costs of early screening for hearing disability: a study of potential screening tests and models. **Health Technology Assessment**, Winchester, v. 11, n. 42, p. 1-224, 2007. DOI: doi.org. Disponível em: www.journalslibrary.nihr.ac.uk. Acesso em: 1 fev. 2026.

GONÇALVES, M. I.R; REMAILI, R; BEHLAU, M. Equivalência cultural da versão brasileira do Eating Assessment Tool - EAT-10. **CoDAS**, São Paulo, v. 25, n. 6, p. 601-604, dez. 2013.

LABANCA, L.; GUIMARÃES, A. F.; COSTA-GUARISCO, L. P. Triagem auditiva em idosos: avaliação da acurácia e reprodutibilidade do teste do sussurro. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 3589-3598, 2017. DOI: doi.org. Disponível em: www.scielo.br. Acesso em: 1 fev. 2026.

LIVINGSTON, G. *et al.* Dementia prevention, intervention, and care: report of the Lancet standing Commission The **Lancet**, Volume 404, Issue 10452, 572 – 628, 2024

MAGRINI, A. M.; MOMENSOHN-SANTOS, T. M. Verificar a influência do uso do aparelho auditivo no desempenho cognitivo de idosos. **Distúrbios da Comunicação**, São Paulo, v. 29, n. 1, p. 122-132, mar. 2017. DOI: doi.org. Disponível em: revistas.pucsp.br. Acesso em: 1 fev. 2026.

MEDEIROS, Y. P. O. *et al.* Atividades do fonoaudiólogo do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Primária (NASF-AP) na perspectiva do apoio matricial. **Revista CEFAC**, [S. l.], v. 23, n. 2, e7220, 2021. DOI: doi.org. Disponível em: www.scielo.br. Acesso em: 1 fev. 2026.

MORAES, E. N; MARINO, M. C; SANTOS, R. Principais síndromes geriátricas. **Rev Med Minas Gerais**, v. 20, n. 1, p. 54-6, 2010.

MORAES, E. N. *et al.* Clinical-Functional Vulnerability Index-20 (IVCF-20): rapid recognition of frail older adults. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 50, n. 81, 2016.

OLIVEIRA, C. M., PEIXOTO, M. V. ARAÚJO, B. C. Proposta de Instrumento de Rastreamento para Disfagia na Atenção Primária à Saúde. *Interfaces Científicas - Saúde E Ambiente*, 9(2), 7–27. 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.17564/2316-3798.2023v9n2p7-27>,

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Active Ageing: a policy framework. Madrid: WHO, 2002.

OMS- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Década do envelhecimento saudável, Documento de envelhecimento ativo (2020-2023). Organização Pan-Americana da Saúde, 2020.

OPAS- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Atenção Integrada para a Pessoa Idosa (ICOPE)**: Orientações sobre a avaliação centrada na pessoa e roteiros para a atenção primária. Washington, D.C.: OPAS, 2020. 56 p. Disponível em: [BVS Saúde](https://www.bvs.br/publicacoes/atencao-integrada-para-a-pessoa-idosa-icope). Acesso em: 27 jan. 2026

OPAS- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Década do Envelhecimento Saudável: Relatório de Linha de Base. Resumo. Washington, DC, 2022. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/decada-do-envelhecimento-saudavel-nas-americas-2021-2030>.

OPAS – ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Envelhecimento saudável: prioridades regionais. Brasília: OPAS, 2024.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Atenção primária à orelha e à audição**: manual do instrutor. Washington, D.C.: OPAS, 2025. DOI: <https://doi.org/10.37774/9789275728369>. Disponível em: iris.paho.org. Acesso em: 1 fev. 2026.

PAIVA, K. M. *et al.* Perda auditiva e função cognitiva em idosos: uma revisão sistemática. **Revista Neurociências**, São Paulo, v. 31, p. 1-20, 2023. Disponível em: <https://periodicos.unifesp.br/index.php/neurociencias/article/view/14619>. Acesso em: 1 fev. 2026.

PERNAMBUCO, L. A.; ESPELT, A.; BALATA, P. M.; LIMA, K. C. Prevalence of voice disorders in the elderly: a systematic review of population-based studies. **European Archives of Oto-Rhino-Laryngology**, [S. l.], v. 272, n. 10, p. 2601-2609, 2015. DOI: doi.org. Disponível em: link.springer.com. Acesso em: 1 fev. 2026.

PORCATTI, L. R; et al. O uso de instrumentos de avaliação multidimensional da saúde da pessoa idosa por municípios participantes do projeto DGEROBRASIL. Anais do 13º Congresso Paulista de Geriatria e Gerontologia (GERP), 2024.

SANTIAGO, L. M. *et al.* Caracterização da saúde de idosos numa perspectiva fonoaudiológica. **Revista CEFAC**, [S. l.], v. 18, n. 5, p. 1088-1096, 2016. DOI: doi.org. Disponível em: www.scielo.br. Acesso em: 1 fev. 2026.

SANTOS, M. *et al.* Rastreamento de alterações vocais no idoso (RAVI): validação de questionário. **Revista Portuguesa de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial**, [S. l.], v. 56, n. 1, p. 5-11, 2018. Disponível em: www.journalsporl.com. Acesso em: 1 fev. 2026.

SÃO PAULO- Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação da Atenção Básica. Área Técnica de Saúde da Pessoa Idosa. Documento Norteador Unidade de Referência à Saúde do Idoso URSI. São Paulo, 2016. Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/ANEXOSDOCNORTURSI21122016.pdf>

SCHERER, S; LISBOA, H. R K; PASQUALOTTI, A. Tontura em idosos: diagnóstico otoneurológico e interferência na qualidade de vida. **Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, v. 17, p. 142-150, 2012.

SILVEIRA, A. C. S. L. *et al.* Associação entre restrição à participação decorrente de perda auditiva e autopercepção de saúde, suporte social e qualidade de vida da pessoa idosa: estudo transversal. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 27, e240015, 2024. DOI: doi.org. Disponível em: www.scielo.br. Acesso em: 1 fev. 2026.

SIQUEIRA, C. A. D. Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa: fundamentos e diretrizes para a atenção primária. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2023.

SOARES, E. B. *et al.* Hábitos vocais em dois grupos de idosos. **Revista CEFAC**, [S. l.], v. 9, n. 2, p. 221-227, 2007. Disponível em: www.scielo.br. Acesso em: 1 fev. 2026.

SOUZA SILVA, H. *et al.* Dificuldades fonoaudiológicas autorrelatadas por pessoas idosas em uma Unidade Básica de Saúde: análise das dimensões comunicação, deglutição, audição e cognição. **Health Residencies Journal**, [S. l.], v. 6, n. 31, 2025. DOI: doi.org. Disponível em: <https://hrj.emnuvens.com.br/hrj/article/view/1192>. Acesso em: 1 fev. 2026.

SPEYER, R. *et al.* White Paper by the European Society for Swallowing Disorders: Screening and Non-instrumental Assessment for Dysphagia in Adults. **Dysphagia**, [S. l.], v. 37, n. 2, p. 333-349, 2022. DOI: doi.org. Disponível em: link.springer.com. Acesso em: 1 fev. 2026.

TAGUCHI, C. K. *et al.* Intervenção fonoaudiológica na prevenção de quedas no envelhecimento. **CoDAS**, São Paulo, v. 33, n. 4, e20200234, 2021. DOI: doi.org. Disponível em: www.scielo.br. Acesso em: 1 fev. 2026.

U.S. PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE. **Screening for Hearing Loss in Older Adults: Recommendation Statement**. [S. l.]: USPSTF, 23 mar. 2021. Disponível em: www.uspreventiveservicestaskforce.org. Acesso em: 1 fev. 2026.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. World report on ageing and health. Geneva: WHO, 2015.

WHO- World Health Organization. Towards Age-Friendly Primary Health Care. Geneva, 2004.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. Integrated care for older people: guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity. Geneva: WHO, 2017.

WHO- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Hearing screening**: considerations for implementation. Geneva: World Health Organization, 2021. Disponível em: www.who.int. Acesso em: 28 jan. 2026.

WOSIACKI, F. T.; et al. Quality of life and health conditions of elderly people looking for service in a phonoaudiology clinic. Brazilian Journal of Development, [S. l.], v. 7, n. 4, p. 38845–38866, 2021. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/28253>. Acesso em: 9 jun. 2025.

ANEXO A: Avaliação Multidimensional rápida da pessoa idosa do Caderno 19:

8 AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL RÁPIDA DA PESSOA IDOSA

Este instrumento faz uma síntese da estrutura da avaliação multidimensional da pessoa idosa que poderá ser realizada nas Unidades Básicas de Saúde. Representa uma avaliação rápida que pode ser utilizado para identificar problemas de saúde condicionantes de declínio funcional em pessoas idosas. Indica, quando necessário, a utilização de outros instrumentos mais complexos, que estão em anexo.

No entanto, qualquer instrumento tem limitações e, por si só, não é suficiente para o diagnóstico. Devendo ser tomado como complementar e não utilizado de forma mecânica. Nada substitui a escuta qualificada realizada por profissional de saúde habilitado e a investigação de todos os aspectos (familiares, sociais, culturais, econômicos, afetivos, biológicos, etc) que envolvem a vida da pessoa.

Os problemas identificados, caso não sejam adequadamente tratados, podem conduzir à situações de incapacidade severa - imobilidade, instabilidade, incontinência, declínio cognitivo - colocando o idoso em risco de iatrogenia.

Quadro 4: Avaliação Multidimensional Rápida da Pessoa Idosa

ÁREA AVALIADA	AVALIAÇÃO BREVE	ENCAMINHAMENTOS
NUTRIÇÃO	O/A Sr/a perdeu mais de 4 kg no último ano, sem razão específica? _____ Peso atual: _____ kg Altura: _____ cm IMC = _____	Refere perda de peso ou apresenta IMC alterado nos extremos (desnutrição ou obesidade). Encaminhar ao nutricionista para a avaliação nutricional detalhada
VISÃO	O/a Sr/a tem dificuldade para dirigir, ver TV ou fazer qualquer outra atividade de vida diária devido a problemas visuais? Se sim, aplicar o cartão de Jaeger: Olho Direito: _____ Olho Esquerdo: _____	Se houver incapacidade de ler além de 20/40 no cartão de Jaeger, encaminhar ao oftalmologista
AUDIÇÃO	Aplicar o teste do sussurro, pág. 137 A pessoa idosa responde a pergunta feita? Ovido Direito: ___ Ovido Esquerdo: _____ Se não, verificar a presença de cerume. OD: _____ OE: _____	Na ausência de cerume e caso a pessoa idosa não responda ao teste, encaminhar ao otorrinolaringologista.
INCONTINENCIA	O/A Sr/a, às vezes, perde urina ou fica molhado/a? Se sim, pergunte: Quantas vezes? _____ Isso provoca algum incomodo ou embaraço? _____ Definir quantidade e frequência.	Pesquisar a causas. Ver capítulo de incontinência urinária (pág. 30)

ATIVIDADE SEXUAL	O/A Sr/a tem algum problemas na capacidade de desfrutar do prazer nas relações sexuais?	Se sim, fornecer informações essenciais sobre as alterações da sexualidade. Identificar problemas fisiológicos e/ou psicológicos relacionados.
HUMOR/DEPRESSÃO	O/A Sr/a se sente triste ou desanimado/a frequentemente?	Se sim, Aplicar a Escala de Depressão Geriátrica (pág 142)
COGNIÇÃO E MEMÓRIA	Solicitar à pessoa idosa que repita o nome dos objetos: Mesa Maça Dinheiro Após 3 minutos pedir que os repita.	Se for incapaz de repetir os 3 nomes, aplique o MEEM. Complementando esse, pode ser aplicado o teste do Relógio (pág. 138), Teste de Fluência verbal (pág. 138) e o Questionário de Pfeffer (pág. 138). Caso, ao final dos testes, ainda haja dúvidas acerca do diagnóstico, a pessoa idosa deverá ser encaminhada para testes neuropsicológicos mais elaborados.
FUNÇÃO DOS MMSS	Proximal: Ver se a pessoa idosa é capaz de tocar a nuca com ambas as mãos. Distal: Ver se a pessoa idosa é capaz de apanhar um lápis sobre a mesa com cada uma das mãos e colocá-lo de volta.	Incapacidade de realizar o teste – fazer exame completo dos MMSS. Atenção para dor, fraqueza muscular e limitação de movimentos. Considerar possibilidade de fisioterapia (após teste).
FUNÇÃO DOS MMII	Ver se a pessoa idosa é capaz de: Levantar da cadeira: ____ Caminhar 3,5m: ____ Voltar e sentar: ____ Atenção para dor, amplitude de movimentos, equilíbrio e avaliação da marcha.	Incapacidade de realizar o teste - fazer exame completo dos MMII. Atenção para dor, fraqueza muscular e limitação de movimentos. Aplicar escala de avaliação do equilíbrio e da marcha de Tinetti (página xx) e Medida de Independência Funcional – MIF (pág. 148). Considerar possibilidade de fisioterapia (após teste).
ATIVIDADES DIÁRIAS	Sem auxílio, o/a Sr/a é capaz de: Sair da cama? ____ Vestir-se? ____ Preparar suas refeições? ____ Fazer compras? ____ Se não > Determinar as razões da incapacidade (comparar limitação física com motivação), solicitar informações junto aos familiares.	Na presença de limitações, instituir intervenções de saúde, sociais e ambientais apropriadas. Aplicar escala de avaliação de MIF (pág. 148), de Katz (página 145) e escala de Lawton (pág. 147).
DOMICILIO	Na sua casa há: Escadas? ____ Tapetes soltos? ____ Corrimão no banheiro? ____	Sim para escada ou tapete e Não para corrimão – Avaliar a segurança domiciliar e instituir adaptações necessárias.
QUEDA	Quantas vezes? ____	Orientar prevenção, ver capítulo de quedas (pág. 37)
SUPORTE SOCIAL	Alguém poderia ajudá-lo/a caso fique doente ou incapacitado? ____ Quem poderia ajudá-lo/a? ____ Quem seria capaz de tomar decisões de saúde pelo/a Sr/a caso não seja capaz de fazê-lo? ____	Identificar, com o agente comunitário de saúde ou em visita domiciliar, a família/rede de pessoas que possam apoiá-lo/a. Realizar APGAR de família (pág. 168) e ECOMAPA (pág. 174).

(BRASIL, 2006).

ANEXO B: Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional (IVCF-20)

IVCF-20 (versão do profissional de saúde)

ÍNDICE DE VULNERABILIDADE CLÍNICO-FUNCIONAL-20			<i>www.ivcf-20.com.br</i>	Pontuação	
<p>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.</p>					
IDADE		1. Qual é a sua idade?	<input type="checkbox"/> 60 a 74 anos ⁰ <input type="checkbox"/> 75 a 84 anos ¹ <input type="checkbox"/> ≥ 85 anos ²		
AUTO-PERCEPÇÃO DA SAÚDE		2. Em geral, comparando com outras pessoas de sua idade, você diria que sua saúde é:	<input type="checkbox"/> Excelente, muito boa ou boa ⁰ <input type="checkbox"/> Regular ou ruim ¹		
ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA	AVD Instrumental	3. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de fazer compras?	<input type="checkbox"/> Sim ¹ <input type="checkbox"/> Não ou não faz compras por outros motivos que não a saúde	Máximo 4 pts	
	<small>Respostas possíveis valores de pontos codif. Todavia, a pontuação máxima do item é de 4 pontos, mesmo que o idoso tenha respondido aos itens 3, 4 e 5.</small>	AVD Básica	4. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de controlar seu dinheiro, gastos ou pagar as contas de sua casa?		<input type="checkbox"/> Sim ¹ <input type="checkbox"/> Não ou não controla o dinheiro por outros motivos que não a saúde
			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?		<input type="checkbox"/> Sim ¹ <input type="checkbox"/> Não ou não faz mais pequenos trabalhos domésticos por outros motivos que não a saúde
		6. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de tomar banho sozinho?	<input type="checkbox"/> Sim ¹ <input type="checkbox"/> Não		
COGNIÇÃO		7. Algum familiar ou amigo falou que você está ficando esquecido?	<input type="checkbox"/> Sim ¹ <input type="checkbox"/> Não		
		8. Este esquecimento está piorando nos últimos meses?	<input type="checkbox"/> Sim ¹ <input type="checkbox"/> Não		
		9. Este esquecimento está impedindo a realização de alguma atividade do cotidiano?	<input type="checkbox"/> Sim ² <input type="checkbox"/> Não		
HUMOR		10. No último mês, você ficou com desânimo, tristeza ou desesperança?	<input type="checkbox"/> Sim ² <input type="checkbox"/> Não		
		11. No último mês, você perdeu o interesse ou prazer em atividades anteriormente prazerosas?	<input type="checkbox"/> Sim ² <input type="checkbox"/> Não		
MOBILIDADE	Alcance, preensão e pinça	12. Você é incapaz de elevar os braços acima do nível do ombro?	<input type="checkbox"/> Sim ¹ <input type="checkbox"/> Não	Máximo 2 pts	
		13. Você é incapaz de manusear ou segurar pequenos objetos?	<input type="checkbox"/> Sim ¹ <input type="checkbox"/> Não		
	Capacidade aeróbica e /ou muscular	14. Você tem alguma das quatro condições abaixo relacionadas?	<ul style="list-style-type: none"> • Perda de peso não intencional de 4,5 kg ou 5% do peso corporal no último ano <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/m² () ; • Circunferência da panturrilha a < 31 cm () ; • Tempo gasto no teste de velocidade da marcha (4m) > 5 segundos () . 		
	Marcha	15. Você tem dificuldade para caminhar capaz de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano?	<input type="checkbox"/> Sim ² <input type="checkbox"/> Não		
		16. Você teve duas ou mais quedas no último ano?	<input type="checkbox"/> Sim ² <input type="checkbox"/> Não		
	Continência esfincteriana	17. Você perde urina ou fezes, sem querer, em algum momento?	<input type="checkbox"/> Sim ² <input type="checkbox"/> Não		
COMUNICAÇÃO		18. Você tem problemas de visão capazes de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? É permitido o uso de óculos ou lentes de contato.	<input type="checkbox"/> Sim ¹ <input type="checkbox"/> Não		
	Audição	19. Você tem problemas de audição capazes de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? É permitido o uso de aparelhos de audição.	<input type="checkbox"/> Sim ² <input type="checkbox"/> Não		
COMORBIDADES MÚLTIPLAS	Polipatologia	20. Você tem alguma das três condições abaixo relacionadas?	<ul style="list-style-type: none"> • Cinco ou mais doenças crônicas () ; • Uso regular de cinco ou mais medicamentos diferentes, todo dia () ; • Internação recente, nos últimos 6 meses () . 	Máximo 4 pts	
	Polifarmácia				
	Internação recente (<6 meses)	<input type="checkbox"/> Sim ¹ <input type="checkbox"/> Não			
PONTUAÇÃO FINAL (40 pontos)					

(MORAES et. al, 2016).

ANEXO C: Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa Na Atenção Básica (AMPI-AB)

AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DA PESSOA IDOSA NA ATENÇÃO BÁSICA (AMPI-AB)						
NOME:					DN:	
NOME SOCIAL:					SEXO: F () M ()	
RAÇA/COR: () Branca () Preta () Amarela () Parda () Indígena					CNS:	
ENDEREÇO:					TEL:	
UBS:			Aplicação: () Próprio Idoso () Cuidador/Responsável		Aplicação: () Presencial () Telefone	
AMPI-AB: QUESTIONÁRIO MULTIDIMENSIONAL						PONTUAÇÃO
1	Idade	Qual a sua idade?	() 60-74 (0 PONTO)	() 75-89 (1 PONTO)	() 90 ou + (2 PONTOS)	
2	Auto Percepção da saúde	Em geral, comparado com outras pessoas de sua idade, o(a) Sr.(a.) diria que sua saúde é:	() Muito boa / boa (0 PONTOS)	() Regular/ ruim / muito ruim (1 PONTO)		
3	Suporte Social	O(a) Sr.(a.) mora sozinho?	() NÃO (0 PONTO)	() SIM (1 PONTO)		
4	Condições Crônicas	O(a) Sr.(a.) teve/tem algumas dessas condições abaixo? <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus, <input type="checkbox"/> Hipertensão arterial sistêmica, <input type="checkbox"/> Acidente vascular encefálico, <input type="checkbox"/> Doença arterial coronariana, <input type="checkbox"/> Doenças vasculares, <input type="checkbox"/> Lesão por pressão, <input type="checkbox"/> Anemia, <input type="checkbox"/> Asma, <input type="checkbox"/> Doença pulmonar obstrutiva crônica, <input type="checkbox"/> Úlcera péptica, <input type="checkbox"/> Osteoartrite, <input type="checkbox"/> Obesidade, <input type="checkbox"/> Neoplasia, <input type="checkbox"/> Demência, <input type="checkbox"/> Epilepsia, <input type="checkbox"/> Depressão, <input type="checkbox"/> Doença de Parkinson, <input type="checkbox"/> DST/HIV/AIDS, <input type="checkbox"/> Amputação de membro, <input type="checkbox"/> Tabagismo/Alcoolismo/Outras drogas e <input type="checkbox"/> Dor crônica.	() NENHUMA (0 PONTO)	() 1 ou 2 (1 PONTO)	() 3 ou + (2 PONTOS)	
5	Medicamentos	Quantos medicamentos o(a) Sr.(a.) toma ao dia?	() 1 a 4 (0 PONTO)	() 5 ou + (1 PONTO)		
6	Internações	Quantas vezes o(a) Sr.(a.) ficou internado(a) nos últimos 12 meses?	() NENHUMA (0 PONTO)	() 1 INTERNAÇÃO (1 PONTO)	() 2 INTERNAÇÕES OU + (2 PONTOS)	
7	Quedas	Quantas vezes o(a) Sr.(a.) caiu nos últimos 12 meses?	() NENHUMA (0 PONTO)	() 1 EPISÓDIO (1 PONTO)	() 2 EPISÓDIOS OU + (2 PONTOS)	
8	Visão	O(a) Sr.(a.) tem alguma dificuldade para enxergar? (mesmo usando óculos)	() NÃO (0 PONTO)	() SIM (1 PONTO)		
9	Audição	O(a) Sr.(a.) tem alguma dificuldade para ouvir ou as pessoas acham que o(a) senhor(a) ouve mal?	() NÃO (0 PONTO)	() SIM (1 PONTO)		
10	Limitação Física	Verificar se o(a) idoso(a) é capaz de tocar a nuca com ambas as mãos.	SIM ()	NÃO ()	() SIM para todos os itens (0 PONTO) () NÃO em 1 a 4 itens (1 PONTO)	
		Verificar se o(a) idoso(a) é capaz de apanhar um lápis sobre a mesa com uma das mãos e colocá-lo de volta.	SIM ()	NÃO ()		
		Perguntar: o(a) Sr.(a.) consegue andar 400 metros (aproximadamente quatro quarteirões)? Perguntar: o(a) Sr.(a.) consegue sentar-se ou levantar-se sem dificuldade?	SIM ()	NÃO ()		
11	Cognição	O(a) Sr.(a.) acha ou algum familiar/amigo falou que o(a) Sr.(a.) está ficando esquecido?	SIM ()	NÃO ()	() NÃO para todos os itens (0 PONTO) () SIM em 1 a 3 itens (1 PONTO)	
		O esquecimento está piorando nos últimos meses?	SIM ()	NÃO ()		
		O esquecimento está impedindo a realização de alguma atividade do cotidiano?	SIM ()	NÃO ()		
12	Humor	No último mês, o(a) Sr.(a.) sentiu desânimo, tristeza ou desesperança?	SIM ()	NÃO ()	() NÃO para todos os itens (0 PONTO) () SIM em 1 a 2 itens (1 PONTO)	
		No último mês, o(a) Sr.(a.) perdeu o interesse ou prazer em atividades anteriormente prazerosas?	SIM ()	NÃO ()		
13	Atividades Básicas da Vida Diária - ABVD	O(a) Sr.(a.) precisa de ajuda para sair da cama?	SIM ()	NÃO ()	() NÃO para todos os itens (0 PONTO) () SIM em 1 a 4 itens (1 PONTO)	
		O(a) Sr.(a.) precisa de ajuda para vestir-se?	SIM ()	NÃO ()		
		O(a) Sr.(a.) precisa de ajuda para alimentar-se?	SIM ()	NÃO ()		
		O(a) Sr.(a.) precisa de ajuda para tomar banho?	SIM ()	NÃO ()		
14	Atividades Instrumentais da Vida Diária - AIVD	O(a) Sr.(a.) precisa de ajuda para realizar atividades fora de casa?	SIM ()	NÃO ()	() NÃO para todos os itens (0 PONTO) () SIM em 1 a 2 itens (1 PONTO)	
		O(a) Sr.(a.) precisa de ajuda para lidar com seu dinheiro (pagar contas, conferir troco, ir ao banco, etc.)?	SIM ()	NÃO ()		
15	Incontinência	O(a) Sr.(a.) perde urina sem querer?	SIM ()	NÃO ()	() NÃO para todos os itens (0 PONTO) () SIM em 1 a 3 itens (1 PONTO)	
		O(a) Sr.(a.) perde fezes sem querer?	SIM ()	NÃO ()		
16	Perda de peso não intencional	Nos últimos 12 meses o(a) Sr.(a.) perdeu peso sem ter feito dieta ou mudado qualquer hábito de vida? (4,5 kg ou 5% de perda nos últimos 12 meses)	NÃO () (0 PONTO)	SIM () (1 PONTO)		
17	Condições bucais	O(a) Sr.(a.) tem problemas para mastigar devido a problemas nos seus dentes ou na sua prótese?	SIM ()	NÃO ()	() NÃO para todos os itens (0 PONTO) () SIM em 1 a 4 itens (1 PONTO)	
		O(a) Sr.(a.) tem problemas para engolir ou apresenta engasgos ao se alimentar?	SIM ()	NÃO ()		
		O(a) Sr.(a.) deixou de comer algum tipo de alimento pela falta de dentes ou problemas nos seus dentes ou na sua prótese?	SIM ()	NÃO ()		
		Sua(s) prótese(s) está(ão) lhe trazendo desconforto?	SIM ()	NÃO ()		
CLASSIFICAÇÃO			() SAÚDAVEL - 0 a 5 pontos	() PRÉ-FRÁGIL - 6 a 10 pontos	() FRÁGIL - > 11 pontos	Total
DATA:			Nome e Assinatura do Profissional:			

(SÃO PAULO, 2016)

ANEXO D: Ferramenta de Triagem do ICOPE

TABELA 1.
FERRAMENTA DE TRIAGEM ICOPE DA OMS

Condições prioritárias associadas à perda de capacidade intrínseca	Testes/exames	Avalie detalhadamente todos os domínios com o círculo marcado
DECLÍNIO COGNITIVO (Capítulo 4)	1. Lembre-se de três palavras: flor, porta, arroz (por exemplo) 2. Orientação no tempo e no espaço: Qual é a data completa de hoje? Onde você está agora (em casa, na clínica, etc.)? 3. Você se lembra das três palavras?	<input type="radio"/> Errou ou não soube responder qualquer uma das perguntas <input type="radio"/> Não conseguiu se lembrar das três palavras
MOBILIDADE REDUZIDA (Capítulo 5)	Teste de levanta-se da cadeira: Levante-se da cadeira cinco vezes sem usar os braços. A pessoa conseguiu se levantar cinco vezes da cadeira em 14 segundos?	<input type="radio"/> Não
MÁ NUTRIÇÃO (Capítulo 6)	1. Perda de peso: Você perdeu mais de 3 kg sem querer nos últimos três meses? 2. Perda de apetite: Você vem tendo perda de apetite?	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> SIM
DEFICIÊNCIA VISUAL (Capítulo 7)	Você tem algum problema nos olhos? Tem dificuldade de enxergar de longe, dificuldade de ler, doenças oculares ou está atualmente em tratamento médico (por exemplo, para diabetes ou pressão alta)?	<input type="radio"/> SIM
PERDA AUDITIVA (Capítulo 8)	Ouve sussurros (teste do sussurro) <i>ou</i> Audiometria de triagem constatou 35 dB ou menos <i>ou</i> Passa em teste automático (em aplicativo) de dígitos com ruído	<input type="radio"/> Não
SINTOMAS DEPRESSIVOS (Capítulo 9)	Ao longo das duas últimas semanas, você se sentiu incomodado(a) por - sentir-se para baixo, deprimido ou sem esperança? - ter pouco interesse ou prazer em fazer as coisas?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Sim

12

12 12

(OMS, 2017)