

Índice de Vulnerabilidade Clínico - Funcional (IVFC-20): reconhecimento da pessoa idosa frágil pela Atenção Primária à Saúde

Functional Clinical Vulnerability Index (IVFC-20): the recognition of the fragile elderly person by Primary Health Care

Mariana da Conceição Viana, Gabriel Cruvinel Mouanes, Karen de Souza Abrahão, Danielle de Paula Aprigio Alves

Autoria

Metadados

RESUMO

O envelhecimento, inerente a todo ser humano, é um fenômeno de magnitude mundial. A idade é um preditor inapropriado, já que o envelhecimento é um padrão heterogêneo. Esse processo está associado a modificações biopsicossociais. O estudo buscou avaliar o índice de vulnerabilidade clínico-funcional (IVCF-20) de pessoas idosas cadastradas em uma Unidade Básica de Saúde da Família do município de Teresópolis - RJ. O estudo foi transversal, descritivo e quantitativo, constituído por sujeitos idosos comunitários. Foram avaliados por meio de ficha de identificação e análise das condições sociodemográficas e o IVCF-20. Ao analisarmos 100 respondentes, observou-se 74% do sexo feminino e 26% masculino, com idade média de 72,18 anos, 81% da cor branco, 61% com ensino fundamental incompleto, 71% aposentados. Não foi identificada associação entre fragilidade em idosos e fatores sociodemográficos. A presença de fragilidade foi equivalente a 63% de alto risco, 29% de médio risco, 8% de baixo risco. Observou-se uma alta prevalência de idosos pré-frágeis e frágeis e não se identificou fatores associados a síndrome de fragilidade. Compreender e considerar a fragilidade e seus aspectos multifatoriais é dar visibilidade a esta realidade, podendo auxiliar na promoção de estratégias e ações para a prevenção e o rastreamento da pessoa idosa vulnerável.

PALAVRAS-CHAVE: Avaliação Geriátrica. Idoso Fragilizado. Atenção Básica. Fisioterapia.

ABSTRACT

Aging, inherent to every human being, is a phenomenon of global magnitude. Age itself is an inappropriate predictor, as aging is a heterogeneous pattern. This process is associated with biopsychosocial changes. This study sought to evaluate the clinical-functional vulnerability index (IVCF-20) of elderly people registered in a Basic Family Health Unit in the city of Teresópolis - RJ. The study was a cross-sectional, descriptive, and quantitative one, consisting of community-dwelling elderly subjects. They were evaluated using an identification form and analysis of sociodemographic conditions and the IVCF-20. When analyzing 100 respondents, 74% were female and 26% male, with an average age of 72.18 years, 81% were white, 61% had incomplete primary education, and 71% were retired. No association was identified between frailty in the elderly and sociodemographic factors. The presence of frailty was equivalent to 63% high risk, 29% medium risk, 8% low risk. A high prevalence of pre-frail and frail elderly people was observed, and no factors associated with frailty syndrome were identified. Understanding and considering frailty and its multifactorial aspects gives visibility to this reality and can help promote strategies and actions for the prevention and tracking of vulnerable elderly people.

KEYWORDS: Geriatric Assessment. Frail elderly. Primary Care. Physiotherapy.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é evidente na maior parte das sociedades atualmente¹. O estudo da população idosa nos permite compreender os efeitos físicos e funcionais no processo do envelhecer, e o que possivelmente provém de diferenças nas manifestações ao longo da vida e da taxa estável do desgaste biológico². Portanto, saber somente a idade das pessoas e o número das enfermidades crônicas não acrescenta chances de maior entendimento da condição de saúde e aptidão do indivíduo idoso. Dessa forma, o bem-estar da pessoa idosa pode ser entendido como a competência particular de satisfação das imposições biológicas, psicológicas e sociais, independentemente da idade ou da existência de patologias³. O envelhecimento visto nos países em desenvolvimento, como o Brasil, ainda não tem sido suficientemente analisado a fim de fornecer os elementos necessários ao desenvolvimento de políticas adequadas para essa população⁴. Segundo o IBGE, estima-se que, em 2021, 31,23 milhões de pessoas com 60 anos ou mais viviam no Brasil. A ampliação da expectativa de vida tem sido admirável entre pessoas idosas acima de 80 anos. Entre 1997 e 2007, a população de 60 a 69 anos aumentou 21,6%, e, a partir de 80 anos, aumentou 47,8%⁵.

Nesse contexto, a Atenção Primária à Saúde (APS) possui um papel importante no cuidado à saúde da pessoa idosa. Dentro da Rede de Atenção à Saúde (RAS), a APS segue como condutora do fluxo da assistência, desejando afirmar a continuação dos atos de saúde, com a extensão do acesso e qualificação do cuidado. A APS se configura como a porta de entrada do usuário no Sistema Único de Saúde (SUS)⁶. Esta encaminha-se pelas convicções da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social⁷. Nessa perspectiva, o conceito de porta de entrada funciona como uma direção da linha de cuidado ao usuário.

O cuidado oferecido à pessoa idosa com condições crônicas de saúde, incapacidades ou com necessidades complexas é frequentemente fragmentado, ineficiente, ineficaz e descontínuo, capaz de agravar ainda mais a sua condição de saúde⁸. Ainda, o exame ao idoso frágil deve priorizar uma avaliação extensa de todas as doenças do paciente, limitações, habilidades cognitivas, remédios, dispositivos relacionados à saúde, outros tratamentos, maneiras de autocuidado, costumes relacionados ao bem-estar e situações psicológicas⁹. Com base nisso, observa-se a necessidade das equipes de Atenção Básica (eAB) e/ou Saúde da Família (eSF), dentro do território da assistência básica à saúde, de equipar-se para o rastreio de pessoas idosas com risco de fragilização e adoecimento^{10,11,12,13}. Para tal, a vitalidade da

pessoa idosa tem sido verificada a partir do Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional (IVCF-20), instrumento de triagem rápida de vulnerabilidade em idosos brasileiros, para utilização pela APS. O IVCF-20 foi desenvolvido e validado para avaliação de oito dimensões: idade, autopercepção da saúde, atividade de vida diária, cognição, humor, mobilidade, comunicação e comorbidades múltiplas. A partir disso é possível prever o declínio funcional e/ou óbito dessa população¹¹.

Recentemente, diante das transformações no campo das políticas e práticas de saúde, com o avanço gradativo, organização e concretização do SUS, a fisioterapia tem se inserido aos poucos na atenção básica, expandindo seu campo de atuação para além da reabilitação física, mas também para a prevenção de doenças e a promoção da saúde. Embora essa introdução na assistência básica não se apresente ainda como uma realidade nacional, o aumento de experiências municipais revela um crescimento da atuação do fisioterapeuta no SUS com o apoio dos gestores locais.

Nesta pesquisa, o conceito de fragilidade adotado representa a vulnerabilidade da pessoa idosa a desfechos adversos, como dependência funcional, risco de institucionalização, hospitalização ou morte, que perpassam determinantes biológicos, físicos, cognitivos e psíquicos. Com isso, acredita-se que intervir precocemente com medidas preventivas e reabilitadoras para a recuperação ou o retardo do declínio funcional possibilita a manutenção e o cuidado da saúde da pessoa idosa frágil. Dessa forma, favorece aos profissionais de saúde, especialmente os fisioterapeutas, o planejamento e implementação de uma assistência de melhor qualidade aos idosos. Diante disso, o estudo pretende avaliar o índice de vulnerabilidade clínico-funcional (IVCF-20) de pessoas idosas cadastrados em uma Unidade Básica de Saúde da Família do município de Teresópolis - RJ de forma específica: (I) Contextualizar a saúde da pessoa idosa a partir das políticas públicas nacionais; (II) Verificar a associação entre os marcadores de fragilidade e características clínicas e sociodemográficas das pessoas idosas; e (III) Fornecer cooperação para implementação de ações estratégicas em saúde que impactem positivamente a vida da pessoa idosa, de sua família e comunidade.

METODOLOGIA

Desenho do Estudo

Trata-se de um estudo populacional de corte transversal, descritivo de desenho quantitativo.

População do Estudo

Este estudo foi constituído por voluntários idosos recrutados na Atenção Primária à Saúde (APS) do município de Teresópolis – RJ. Os participantes foram avaliados e conduzidos ao protocolo de pesquisa no primeiro semestre de 2023. Como cenário para a presente pesquisa, o protocolo de estudo foi desenvolvido em uma Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF), da zona urbana do município de Teresópolis - RJ.

Crítérios de Elegibilidade

(I) Indivíduos idosos, idade igual ou superior a 60 anos; (II) Cadastrados na UBSF a pelo menos 3 meses; (III) Foi considerado até dois idosos por residência; (IV) Na presença de comprometimento cognitivo, o cuidador respondeu às informações solicitadas, respeitando os preceitos éticos; (V) A seleção dos participantes foi feita por conveniência até completar o tamanho mínimo para a amostra, mantendo-se o critério de proporcionalidade entre os idosos cadastrados.

Estratégia de Coleta de Dados

Os sujeitos foram recrutados aleatoriamente através da visita domiciliar (VD) ou na UBSF por ocasião de atendimento, por meio da técnica de entrevista face à face, utilizando para o registro das informações os questionários Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional 20 e uma ficha de identificação e análise das condições sociodemográficas. Os idosos foram avaliados de março a junho de 2023, logo, a avaliação foi iniciada por uma ficha de identificação e análise das condições sociodemográficas elaborada pela equipe do projeto referentes aos dados pessoais da pessoa idosa. Seguido pela avaliação do fenótipo de fragilidade a partir do Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional 20, que analisa oito dimensões: idade, autopercepção da saúde, atividade de vida diária, cognição, humor, mobilidade, comunicação e comorbidades múltiplas.

Considerações Éticas

Para efeito de pesquisa e publicação dos resultados, conforme determina a Resolução 466 do Conselho Nacional de Saúde, todos os participantes deste estudo assinaram, livremente, o termo de consentimento livre e esclarecido para obtenção e registro dos dados avaliados. O preenchimento desses questionários oferece risco mínimo, considera-se a possibilidade de um

risco subjetivo, pois algumas perguntas podem remeter a algum desconforto, evocar sentimentos ou lembranças desagradáveis, ou levar a um leve cansaço após responder os questionários. A quebra de sigilo, ainda que involuntária e não intencional, também foi um risco da pesquisa. O projeto foi submetido e obtido parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Centro Universitário Serra dos Órgãos – UNIFESO (parecer n.º 5.807.448; CAAE n.º 74844223.6.0000.5247). Foram observados os princípios éticos de participação voluntária e consentida de cada sujeito, conforme Resolução nº 196, vigente no período de aprovação do projeto.

Análise Estatística

A variável dependente correspondeu à fragilidade, a qual foi mensurada por meio do Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional 20 (IVCF 20), utilizado para classificar a vulnerabilidade clínico-funcional de pessoas idosas, sendo considerados os pontos de corte (≥ 7 e ≥ 15 pontos). Dessa forma, foram classificados em baixo risco de vulnerabilidade (0- 6 pontos), moderado risco (7- 14 pontos) e alto risco (maior ou igual a 15 pontos). Instrumento de triagem que classifica os idosos como robustos, em risco de fragilização e frágeis, a partir da avaliação das principais dimensões preditoras: idade, percepção da saúde, atividades diárias, cognição, humor, mobilidade, comunicação, e presença de comorbidades múltiplas.

As variáveis independentes foram constituídas por dados sociodemográficos como idade posteriormente categorizada entre menos de 70 anos e com 70 anos ou mais; nível educacional sendo classificado em baixa escolaridade (analfabetos e com ensino fundamental incompleto) e média e alta escolaridade (ensino fundamental completo, ensino médio e outros); gênero (feminino e masculino); raça/cor da pele classificada em brancos e não brancos (pretos e pardos). Além disso, foram consideradas variáveis relacionadas a moradia e acesso.

Os dados coletados foram planilhados e tratados estatisticamente. Para a análise estatística foi utilizado o software estatístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 21.0., sendo considerado para fins de análise o nível de significância $p < 0,05$. Foi realizada a análise descritiva utilizando medidas de tendência central e de dispersão para as variáveis contínuas, e determinação de distribuição de frequência para as variáveis categóricas. Posteriormente foi realizado o teste qui-quadrado de Pearson para avaliar a independência entre as variáveis (avaliar quão provável é que qualquer diferença observada aconteça ao acaso), nos casos em que as suposições do teste Qui-quadrado não foram satisfeitas, aplicou o teste Exato de Fisher (tabela 1).

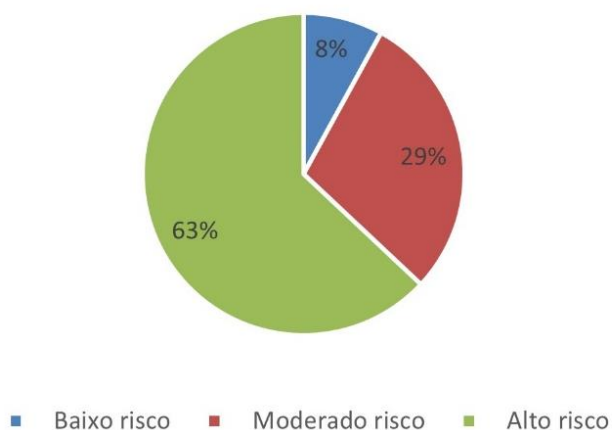
RESULTADOS

O presente estudo incluiu 100 pessoas idosas residentes do município de Teresópolis cadastrados em uma Unidade Básica de Saúde da Família no município de Teresópolis (RJ), com idade entre 60 e 95 anos no momento da entrevista. Houve um predomínio da faixa etária de 70 anos ou mais (61%). Quanto ao nível educacional, 61% das pessoas idosas possuem ensino fundamental incompleto, e 31% são analfabetos, apenas 1% tem o ensino fundamental e ensino médio completo. A prevalência das pessoas idosas é do gênero feminino, 74% mulheres e 26% homens. A maioria se autodeclarou branca, 61% dos idosos, 20% preto e 19% da cor parda. Em relação a morar sozinho a prevalência é de respostas negativas, sendo 82% e apenas 18% moram sozinhos, 61 dos 100 idosos moram com familiares e 39 não moram. 81% dos idosos vivem apenas com a sua aposentadoria, 95% não tem benefício de prestação continuada e nem bolsa família. Do total dos idosos entrevistados, 63% residem com mais duas ou três pessoas.

Quanto ao desfecho, avaliado pelo questionário IVCF-20, 8% das pessoas idosas foram classificadas em baixo risco de fragilidade, 29% com risco moderado e 63% com alto risco (gráfico 1). A Tabela 1 descreve as características sociodemográficas e relacionadas a moradia distribuídas entre as pessoas idosas com baixo/moderado risco e de alto risco de fragilidade, porém não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos no teste qui-quadrado, não sendo evidenciada nenhuma associação entre o nível de fragilidade encontrado nesse grupo e as variáveis dependentes.

Este estudo é de extrema relevância por descrever o perfil sociodemográfico e social dessa população, sendo necessários, novos estudos ou a abrangência do mesmo com mais pessoas idosas de outras sub-regiões, para melhor entendimento do perfil dessa população e dessas associações em idosos frágeis, a fim de conhecer os grupos de maior risco e investir em prevenção.

Figura 1 – Prevalência de fragilidade entre pessoas idosas de uma microrregião de Teresópolis (RJ), 2023



Fonte: elaborada pelos autores

Tabela 1- Caracterização sociodemográfica e de moradia dos idosos

(Continua)

Características sociodemográficas	Baixo / moderado risco	Alto risco	p-valor
Faixa etária			
< 70 anos	18 (46,2%)	21 (53,8%)	0,130
70 anos ou mais	19 (31,1%)	42 (68,9%)	
Nível educacional			
Baixa escolaridade	34 (37%)	58 (63%)	0,626*
Média e alta escolaridade	3 (37,5%)	5 (62,5%)	
Gênero			
Feminino	29 (39,2%)	45 (60,8%)	0,489
Masculino	8 (30,8%)	18 (69,2%)	
Raça/cor da pele			
Branco	26 (42,6%)	35 (57,4%)	0,145
POC**	11 (28,2%)	28 (71,8%)	
Mora sozinho			
Sim	8 (44,4%)	10 (55,6%)	0,470
Não	29 (35,4%)	53 (64,6%)	
Mora com familiares			
Sim	21 (34,4%)	40 (65,6%)	0,505
Não	16 (41%)	23 (59%)	
Mora com conjugue			
Sim	16 (36,6)	29 (64,4%)	0,787
Não	21 (38,3%)	34 (61,8)	
Amigos para conversar e lazer			
Sim	16 (29,6%)	38 (70,4%)	0,098
Não	21 (45,7%)	25 (54,3%)	
Companhia para consulta			
Sim	29 (34,9%)	54 (65,1%)	0,346
Não	8 (47,1%)	9 (52,9%)	
Fácil acesso a farmácia, padaria e mercado			
Sim	23 (40,4%)	34 (59,6%)	0,424
Não	14 (32,6)	29 (67,4%)	
Fácil acesso a transporte			
Sim	30 (38%)	49 (62%)	0,695
Não	7 (33,3%)	14 (66,7%)	
Trabalho atual			
Sim	8 (53,3%)	7 (46,7%)	0,155
Não	29 (34,1%)	56 (65,9%)	

(Conclusão)

Características sociodemográficas	Baixo / moderado risco	Alto risco	p-valor
Aposentadoria ou pensão			
Sim	27 (33,3%)	54 (66,7%)	0,117
Não	10 (52,6%)	9 (47,4%)	
Benefício de prestação continuada			
Sim	1 (25%)	3 (75%)	0,527*
Não	36 (37,5%)	60 (62,5%)	
Ocupação			
Aposentado/pensionista	26 (34,7%)	49 (65,3%)	0,403
Outros	11 (44%)	14 (56%)	
Bolsa Família			
Sim	2 (66,7%)	1 (33,3%)	0,308*
Não	35 (36,1%)	62 (63,9%)	
Renda			
Sim	26 (33,8%)	51 (66,2%)	0,220
Não	11 (47,8%)	12 (52,2%)	
Número de pessoas por residência			
1 a 3	32 (39,5%)	49 (60,5%)	0,211*
4 ou mais	5 (26,3%)	14 (73,7%)	

**POC (*People of Color*), expressão de língua inglesa que se refere a indivíduos que não se identificam como pessoas Brancas

Fonte: elaborada pelos autores

DISCUSSÃO

A partir dos resultados apresentados verifica-se que a maioria das pessoas idosas pertenciam ao sexo feminino, em um total de 74%, a faixa etária de 70 anos ou mais foi prevalente, o nível educacional é considerado muito ruim nesse estudo, a quantidade de analfabetos e pessoas idosas com ensino fundamental incompleto é discrepante, representado por 92 idosos com baixo nível educacional. Na contramão dos resultados de Ribeiro *et al.*¹⁴, que mostram que o número de analfabetos participantes da pesquisa foram somente 5,1% dos idosos. A literatura revela que a baixa escolaridade é reflexo da privação de oportunidades e da desigualdade na condição de saúde dos idosos, ao longo da vida. Más condições socioeconômicas, pouca instrução formal e baixa renda são características presentes em pessoas mais debilitadas, as quais são mais suscetíveis a problemas de saúde, como a fragilidade^{14,15,16}. A maioria das pessoas idosas investigadas relataram apoio social, ter companhia para um lazer, ir ao médico e apontam não morarem sozinhos. Os dados referentes ao arranjo domiciliar desses idosos se assemelham ao estudo de Maia *et al.*¹⁷ sobre o perfil

sociodemográfico de idosos. Nesse estudo, os autores buscaram conhecer a prevalência e os fatores associados à fragilidade em idosos na APS e, observaram maior frequência de idosos residindo acompanhados, principalmente por seus familiares. Mais da metade dos idosos na pesquisa atual são aposentados, sendo similar ao estudo de Lins *et al.*¹⁸ que apresenta 95 pessoas idosas também nessa condição.

A caracterização do perfil da amostra demonstrou que o risco de fragilidade é mais frequente em pessoas idosas do sexo feminino. Lenard *et al.*¹⁹ afirmam que quanto ao sexo, observam-se maiores índices de fragilidade e pré-fragilidade para as mulheres. Pesquisas conduzidas em outras cidades brasileiras também encontraram dados semelhantes, como os estudos de Lins *et al.*¹⁸, Maia *et al.*¹⁷ e Oliveira *et al.*¹⁰. Um dos pontos discutido na literatura, explica que isto pode resultar da fragilidade inerente ao sexo, pela menor concentração de massa magra e redução da força muscular, quando comparada aos homens, tal condição pode ser verificada pelos níveis inferiores de testosterona, em comparação aos homens, e queda abrupta dos níveis hormonais, devido à menopausa^{18,19,20}. Além disso, outros aspectos são relevantes, tais como a maior vulnerabilidade a fatores extrínsecos como a sarcopenia. O fenômeno da feminização da velhice é um risco intrínseco ao desenvolvimento da fragilidade, agravado com a sobrecarga de doenças nos longevos. Outro fator que contribui com essa predominância é a maior ancianidade em relação aos homens, que amplia o risco de incidência para doenças crônicas não transmissíveis, próprias as modificações fisiológicas e funcionais do envelhecimento humano, causando limitações que aumentam os riscos de eventos adversos. Lins *et al.*¹⁷, em sua pesquisa, também apontam a prevalência de mulheres idosas, argumentam como fatores associados à fragilidade que mulheres idosas a maior prevalência de doenças crônicas, piores condições nutricionais, dependência financeira e escolaridade mais baixa em relação aos homens. Estudos internacionais também apontam a fragilidade em idosos, com maior concentração no sexo feminino. No estudo de Metzelthin *et al.*²¹, realizado na Holanda, 58% das pessoas idosas eram do sexo feminino. Bleijenbergh *et al.*²² apontam que 55,3% da população participante do estudo correspondia ao sexo feminino.

A situação de fragilidade da pessoa idosa é considerada uma síndrome com fatores predisponentes para futuras complicações, sendo passíveis de prevenção. Dentre os sinais e sintomas estão presentes a perda de peso não intencional (5kg nos últimos cinco anos), o autorrelato de cansaço, a diminuição da força de preensão, a redução das atividades físicas, a diminuição na velocidade da marcha (lentidão) e a diminuição das relações sociais²⁰. Além disso, ela engloba vários domínios, dentre eles, o físico, o psicológico e o social. No estudo de Lana e Schneider²³, a fragilidade é apresentada como uma síndrome multissistêmica, de redução significativa da reserva funcional. No entanto, pode ser evitada ou postergada quando identificada com antecedência com base em seus indicadores, pois essa síndrome leva à

degeneração da qualidade de vida, ao aumento da sobrecarga dos cuidadores e a altos custos com cuidados à saúde. Saber diagnosticar a fragilidade e conhecer o perfil da pessoa idosa na comunidade é de suma importância, pois a identificação precoce desse quadro permite um melhor cuidado interdisciplinar para esse paciente²³. Porém, identificar os sinais preditores da fragilidade e o momento em que estes surgem, ainda constitui uma tarefa difícil para todos os profissionais. Portanto, a avaliação multidimensional do idoso, também chamada de Avaliação Geriátrica Ampla (AGA) é considerada o padrão-ouro para o manejo da fragilidade do idoso²⁴.

A APS é a porta de entrada para a Rede de Apoio à Saúde (RAS), portanto, é através dela que a pessoa idosa pode iniciar o seu processo terapêutico. Os profissionais que atuam nessas unidades podem estabelecer parâmetros que identifiquem as pessoas idosas que se encontram em uma condição subclínica da síndrome de fragilidade e, portanto, são suscetíveis de intervenções preventivas, com o objetivo de impedir ou postergar ao máximo a ocorrência das respostas adversas à mesma. Entre aqueles em que a síndrome já foi instalada, a adesão de critérios de avaliação específicos contribuirá para o adiamento ou a amenização dessas respostas, permitindo conservar por mais tempo a autonomia e independência funcional dos idosos²⁴. Na Estratégia Saúde da Família, o papel do Agente Comunitário de Saúde (ACS) é de grande importância, pois ele consegue reconhecer os possíveis sinais referentes ao quadro de fragilização com a sua constante presença na comunidade e contato frequente com a população. Uma das medidas preventivas para a fragilidade pela APS é o uso da Caderneta de Saúde da pessoa idosa. Este documento propicia o levantamento periódico de informações sobre dados pessoais, sociais e familiares, sobre suas condições de saúde e seus hábitos de vida, identificando suas vulnerabilidades, além de oferecer orientações para seu autocuidado. Dessa forma, a Caderneta contribui para a qualificação de profissionais do SUS na atenção à pessoa idosa²⁵. Gross *et al.*²⁶ argumentam que, dentre as ações preventivas, estão a adoção de estilos de vida mais saudáveis, associados a prática regular de atividades físicas, que minimizam o efeito do envelhecimento, pois mantém e melhoram os níveis de força muscular, e atuam indiretamente na prevenção de agravos na fragilidade física. Nossos resultados apontam para o apoio de familiares, cuidadores e eAB na incorporação de rotinas de cuidado à saúde da pessoa idosa.

CONCLUSÃO

O IVCF-20 é um instrumento de fácil utilização e de rápida aplicação, uma boa ferramenta para identificação da pessoa idosa de risco, capaz de reconhecer o sujeito que precisa ser submetido a uma avaliação realizada por equipe geriátrico-gerontológica especializada. Neste estudo, observou-se uma alta prevalência de idosos pré-frágeis e frágeis e não se identificou

fatores associados à síndrome de fragilidade. Não foi observada associação entre o perfil de fragilidade e as variáveis sociodemográficas. Nosso estudo apresenta, portanto, algumas limitações, destacando-se: o uso de respondentes próximos; visto que alguns idosos apresentam importantes limitações físicas e cognitivas, assim recorreu-se a uma pessoa próxima para a obtenção de algumas informações e dessa forma assegurar a validade interna do estudo. Outra questão foi o tamanho da amostra, o que limitou a análise e conexões significativas dos dados. As medidas utilizadas para a coleta dos dados parecem não ter favorecido uma análise mais abrangente dos resultados. Por fim, outra limitação observada neste estudo, foi a utilização da amostra por conveniência, em que se reconhece que esse tipo de amostragem pode gerar enviesamento de dados e geração de parâmetros imprecisos, ou seja, subestimar os resultados, nesse caso em nossa pesquisa a prevalência de incapacidade na população.

Compreender e considerar a fragilidade e seus aspectos multifatoriais é dar visibilidade a esta realidade, podendo auxiliar na promoção de estratégias e ações para a prevenção e o rastreamento da pessoa idosa vulnerável. As condições de fragilidade e especialmente de pré-fragilidade devem ser destacadas na realização de medidas preventivas e intervencionistas para retardar e atenuar o declínio funcional, visando a promoção do envelhecimento ativo e a gestão da fragilização. Este estudo contribui para o fortalecimento e direcionamento de políticas e ações de saúde integral para a população idosa na APS, por meio da compreensão e necessidade de enfoque para o rastreio da fragilidade nesse nível de atenção à saúde.

REFERÊNCIAS

1. Ruiz DB. Melhoria da atenção à saúde da pessoa idosa na Unidade Básica de Saúde da Família, Paulo Gonçalves Lages no município Santo Antônio do Amparo [Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Gestão do Cuidado em Saúde da Família)]. Minas Gerais: Universidade Federal de Minas Gerais, Formiga, 2018. [acesso em 2022 20 jul.]. 37p. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/DENISCE-BELLO-RUIZ.pdf>.
2. Ferrucci L, Fried LP. Etiological role of aging in chronic diseases: from epidemiological evidence to the new geroscience. In *Advances in Geroscience*. Springer International Publishing [Internet]. 2015 [acesso em 2023 jan. 14]. p. 37-51. Disponível em: <https://pure.johnshopkins.edu/en/publications/etiological-role-of-aging-in-chronic-diseases-from-epidemiologica-5>. doi: 10.1007/978-3-319-23246-1_2
3. Moraes EN. Atenção à saúde do idoso: aspectos conceituais. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde [Internet]. 2012 [acesso em 2023 jan. 14]. p.98. Disponível em: <https://apsredes.org/pdf/Saude-do-Idoso-WEB1.pdf>.
4. Garrido R, Menezes PR. O Brasil está envelhecendo: boas e más notícias por uma perspectiva epidemiológica. *Braz. J. Psychiatry* [internet]. 2002 [acesso em 2023 jan. 14]; 24: 3-6. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbp/a/TtVz9fzptrngdSHpP9tXxXg/?format=pdf&lang=pt>. doi:

10.1590/S1516-44462002000500002

5. Minayo MCS. O envelhecimento da população brasileira e os desafios para o setor saúde. *Cad de Saúde Pública* [internet]. 2012 [acesso em 2023 jan.14]; 28 (2): 208-209, fev. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/csp/a/kDV6gpvVPFccTRH4pJrwdbH/?format=pdf&lang=pt>. doi: 10.1590/S0102-311X2012000200001
6. Hoffmann MCCL, Lobo MCDA. Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS: proposta de modelo de atenção integral. XXX Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014 [acesso em 2022 jul. 27]; 46p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_cuidado_pessoa_idosa_sus.pdf.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. *Cadernos de Atenção Básica* [internet]. 2006 [acesso em 2022 jul. 5]; 19 (Série A): 192p. Disponível em:
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_saude_pessoa_idosa.pdf.
8. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Ciência e saúde coletiva* [internet]. 2010 [acesso em 2023 jan. 14]; 15(5): 2297-2305. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/csc/a/VRzN6vF5MRYdKGMBYgksFwc/?format=pdf&lang=pt>. doi: 10.1590/S1413-81232010000500005
9. Fonseca MMA, Fonseca WLMS, oliveira MFA. Interpretação da avaliação funcional do idoso na APS com utilização de gráfico. In: *Anais do 4 Congresso Sul-Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade* [Internet]; 2014 abr. 3 a 5; Gramado; 2014 [acesso em 2022 Jul. 21]. 30 p. Disponível em: <https://www.cmfc.org.br/sul/article/view/1665/1655>.
10. Oliveira CES, Felipe SGB, Silva CRDT, Carvalho DB, Junior FS, Figueiredo MLS, et al. Vulnerabilidade clínico-funcional de idosos em um centro de convivência. *Acta Paul Enfermagem* [internet]. 2020 [acesso em 2023 jan.10]; 33:1-8. Disponível em: https://actaape.org/wp-content/uploads/articles_xml/1982-0194-ape-33-eAPE20190172/1982-0194-ape-33-eAPE20190172.x64645.pdf. doi: 10.37689/actaape/2020AO0172
11. Lenardt MH, Carneiro NHK, Binotto MA, SetOGUCHI LS, Cechinel C. Relação entre fragilidade física e características sociodemográficas e clínicas de idosos. *Esc. Anna Nery Rev. Enfermagem* [internet]. 2015 [acesso em 2023 set.10]; 19:585-592. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/ean/a/5dgtz7Q3qMpRmGZGvv6V4Kt/?format=pdf&lang=pt>. doi: 10.5935/1414-8145.20150078
12. Neri AL, Yassuda MS, Araújo LFD, Eulálio MDC, Cabral BE, Siqueira MECD, et al. A. Metodologia e perfil sociodemográfico, cognitivo e de fragilidade de idosos comunitários de sete cidades brasileiras: Estudo FIBRA. *Caderno de Saúde Pública* [internet]. 2013 [acesso em 2023 set.10]; 29(4): 778-792. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/csp/a/xQ65bzxRxMRZ9FpddG344dt/abstract/?lang=pt> doi: 10.1590/S0102-311X2013000400015
13. Lliano PMPD, Lange C, Nunes DP, Pastore CA, Pinto AH; Casagrande LP. Fragilidade em idosos da zona rural: proposta de algoritmo de cuidados. *Acta Paul Enfermagem* [internet]. 2017 [acesso em 2023 set.10]; 30:520-530. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/ape/a/S3Vg79cjqCYxB5DnRgr6RM/?format=pdf&lang=pt>. doi: 10.1590/1982-0194201700075.
14. Ribeiro EG. Análise psicométrica do índice de vulnerabilidade clínico funcional 20 [Dissertação]. Belo Horizonte: Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais [Internet]. 2018 [acesso em 2023 abr. 25]. Disponível em:
https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/ENFC-B74LTS/1/edmar_geraldo_ribeiro.pdf.
15. Ferrucci L, Fried LP. Etiological role of aging in chronic diseases: from epidemiological

- evidence to the new geroscience. In *Advances in Geroscience*. Springer International Publishing. 2015 [acesso em 2023 jun. 20]. p. 37-51. Disponível em: <https://pure.johnshopkins.edu/en/publications/etiological-role-of-aging-in-chronic-diseases-from-epidemiologica-5>. doi: 10.1007/978-3-319-23246-1_2
16. Garrido R, Menezes PR. O Brasil está envelhecendo: boas e más notícias por uma perspectiva epidemiológica. *Braz. J. Psychiatry* [internet]. 2002 [acesso em 2023 jan. 14]; 24: 3-6. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbp/a/TtVz9fzptrngdSHpP9tXxXg/?format=pdf&lang=pt>. doi: 10.1590/S1516-44462002000500002
 17. Maia LC, Moraes EMD, Costa SDM, Caldeira AP. Fragilidade em idosos assistidos por equipes da atenção primária. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2020 [acesso em 2023 fev. 20]; 25, 5041-5050. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/wfG4ncXNcgqMnyMRwxNHsrz/?format=pdf&lang=pt>. doi: 10.1590/1413-812320202512.04962019
 18. Lins MEM, Marques APDO, Leal, MCC, Barros RLDM. Risco de fragilidade em idosos comunitários assistidos na atenção básica de saúde e fatores associados. *Saúde em debate* [Internet]. 2019 [acesso em 2023 set. 10]; 43: 520-529. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/sdeb/2019.v43n121/520-529/pt>. doi: 10.1590/0103-1104201912118
 19. Freitas FFQ, Rocha AB, Moura ACM, Soares SM. Fragilidade em idosos na atenção primária à saúde: uma abordagem a partir do geoprocessamento. *Ciência & saúde coletiva* [internet]. 2020 [acesso em 2023 set. 10]; 25: 4439-4450. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/RWdMJRKj7KHGwp9XfTwDg7K/?format=pdf&lang=pt>. doi: 10.1590/1413-812320202511.27062018
 20. Lenardt MH, Carneiro NHK, Binotto MA, Setoguchi LS, Cechinel C. Relação entre fragilidade física e características sociodemográficas e clínicas de idosos. *Esc. Anna Nery Rev. Enfermagem* [internet]. 2015 [acesso em 2023 set.10]; 19: 585-592. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/5dgtz7Q3qMpRmGZGvv6V4Kt/?format=pdf&lang=pt>. doi: 10.5935/1414-8145.20150078
 21. Metzelthin SF, Rossum EV, Witte LP, Amberge AW, Hobman SO, SPIRS W, et al. Effectiveness of interdisciplinary primary care approach to reduce disability in community dwelling frail older people: cluster randomised controlled trial. *BMJ* [internet]. 2013 [acesso em 2023 set. 10] 347: 12p. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/bmj/347/bmj.f5264.full.pdf>. doi: 10.1136/bmj.f5264
 22. Bleijenberg N, Zuithoff NPA, Smith AK, Wit NJ, Schuurmans MJ. Disability in the individual ADL, IADL, and mobility among older adults: a prospective cohort study. *The journal of nutrition, health & aging*, [internet]. 2017 [acesso em 2023 set. 10] 21, 897-903. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s12603-017-0891-6>. doi: 10.1007/s12603-017-0891-6
 23. Lana LD, Schneider RH. Síndrome de fragilidade no idoso: uma revisão narrativa. *Revista brasileira de geriatria e gerontologia* [internet]. 2014 [acesso em 2023 ago. 5] 17(3): 673-680. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbagg/a/fLhvSb6FMVdqq68wJBkpYSR/abstract/?lang=pt#>. doi: 10.1590/1809-9823.2014.12162
 24. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. *Cadernos de Atenção Básica* [internet]. 2006 [acesso em 2022 jul. 5]; 19 (Série A): p.192. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_saude_pessoa_idosa.pdf
 25. Bernardes TV, Nunes MR. Prevalência do idoso em situação de fragilidade na atenção primária a saúde. *Brazilian Journal of Development* [internet]. 2021 [acesso em 2023 set.

05]; 7(1): 9031-9040. Disponível em:

<https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/23646>. doi: 10.34117/bjdv7n1-613

26. Gross CB, Kolankiewicz AC, Schmidt CR, Berlezi EM. Níveis de fragilidade de idosos e sua associação com as características sociodemográficas. Acta paul Enferm [internet]. 2018 [acesso em 2023 set.10]; 31(2): 209-16. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/jm5RQnkMfbjgpFDMprXWCyk/?format=pdf&lang=pt>. doi: 10.1590/1982-0194201800030

Autoria			
Nome	Afiliação institucional	ORCID 	CV Lattes 
Mariana da Conceição Viana	Centro Universitário Serra dos Órgãos (UNIFESO)	https://orcid.org/0000-0001-5970-3497	http://lattes.cnpq.br/8787540492299721
Gabriel Cruvinel Mouanes	Centro Universitário Serra dos Órgãos (UNIFESO)	https://orcid.org/0009-0006-3420-2681	http://lattes.cnpq.br/4804168741519703
Karen de Souza Abrahão	Universidade Augusto Motta (UNISUAM)	https://orcid.org/0000-0003-2436-336X	http://lattes.cnpq.br/5243328622310191
Danielle de Paula Aprigio Alves	Centro Universitário Serra dos Órgãos (UNIFESO)	https://orcid.org/0000-0001-5970-3497	http://lattes.cnpq.br/8787540492299721
Autora correspondente	Danielle de Paula Aprigio Alves  daniellealves@unifeso.edu.br		

Metadados		
Submissão: 27 de novembro de 2023	Aprovação: 8 de agosto de 2025	Publicação: 1º de setembro de 2025
Como citar	Viana MC, Mouanes GC, Abrahão KS, Alves DPA. Índice de Vulnerabilidade Clínico - Funcional (IVFC-20): reconhecimento da pessoa idosa frágil pela Atenção Primária à Saúde. Rev.APS [Internet]. 2025; 28 (único): e282542996.	
Cessão de Primeira Publicação à Revista de APS	Os autores mantêm todos os direitos autorais sobre a publicação, sem restrições, e concedem à Revista de APS o direito de primeira publicação, com o trabalho licenciado sob a Licença <i>Creative Commons Attribution</i> (CC-BY), que permite o compartilhamento irrestrito do trabalho, com reconhecimento da autoria e crédito pela citação de publicação inicial nesta revista, referenciando inclusive seu DOI e/ou a página do artigo.	
Conflito de interesses	Sem conflitos de interesses.	
Financiamento	Sem financiamento.	
Contribuições dos autores	Concepção e planejamento do estudo: MCV, DPAA. Análise ou interpretação dos dados: MCV, DPAA. Elaboração do rascunho: KSA. Revisão crítica do conteúdo: KSA, GCM. Os autores aprovaram a versão final e concordaram com prestar contas sobre todos os aspectos do trabalho.	

Início