

## **A UTILIZAÇÃO DE MARCADORES DE VULNERABILIDADE CLÍNICO-FUNCIONAL NA GESTÃO DO CUIDADO DO IDOSO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

**Alexandre Viana Barros de Andrade; Ana Carolina Ribeiro Assis Araujo; Ana Luiza de Souza Matos; Bianca Gerchon Tolentino; Cinara Silveira Souza; Cirlene Alves da Silva; Erika Soares Caldeira; Evelyn Christiane Capuci Monteiro; Fatima Maria da Silva Pires; Flavio Magalhães Lotti; Gladiston Hercules Viana de Souza; Juliana Maria Borges da Costa; Maria Christine costa; Klisney Vergueiro de Oliveira Pini; Pamera Aparecida da Silva Pinheiro; Paulo Henrique Reis Pereira; Suelen de Camargos Silva; Tatiana Sueli Santos Rage; Viviane Gonçalves Barroso.**

### **Resumo**

Entre as diversas ações estratégicas possíveis de serem desenvolvidas na Atenção Primária à Saúde (APS) por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF), destaca-se a estratificação de vulnerabilidade da população idosa, que contribui tanto para a organização de ações de saúde dirigidas para o coletivo, contemplando as necessidades gerais dos diferentes perfis da população, como para identificar e planejar intervenções específicas, voltadas a cada sujeito. Além de contribuir para a elaboração do plano de cuidados e para a gestão populacional, a estratificação da vulnerabilidade dos idosos pode ser capaz de potencializar a articulação do cuidado multiprofissional nos serviços de APS e junto aos demais serviços e profissionais da Rede Assistencial de Saúde (RAS). O presente trabalho demonstra o percurso da implantação do instrumento de estratificação da vulnerabilidade clínico-funcional (IVCF-20) para a promoção dos cuidados de saúde aos idosos da Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil (CASSI), Unidade Minas Gerais (MG). Foi possível identificar que, à medida em que o perfil dos participantes idosos da CASSI-MG torna-se mais conhecido, fica mais evidente a relevância da utilização do instrumento de estratificação de vulnerabilidade para a detecção precoce de sinais de declínio da funcionalidade (Atividades de Vidas Diárias - AVD's), da autonomia (capacidade individual de decisão e comando sobre as ações, estabelecendo e seguindo as próprias convicções) e da independência (capacidade de execução de atividades diversas por meios próprios). A avaliação da vulnerabilidade se traduz como uma estratégia essencial para o cuidado prestado ao idoso e, mesmo com resultados preliminares, já é possível observar contribuições para a organização do eixo assistencial, para o cuidado propriamente dito e para a organização do processo de trabalho. Contribui, ainda, para o desenvolvimento de ações efetivas de atenção à saúde para uma vida melhor dos idosos e para a efetivação do Modelo de Atenção Integral da CASSI.

**Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil – CASSI  
Unidade Minas Gerais**

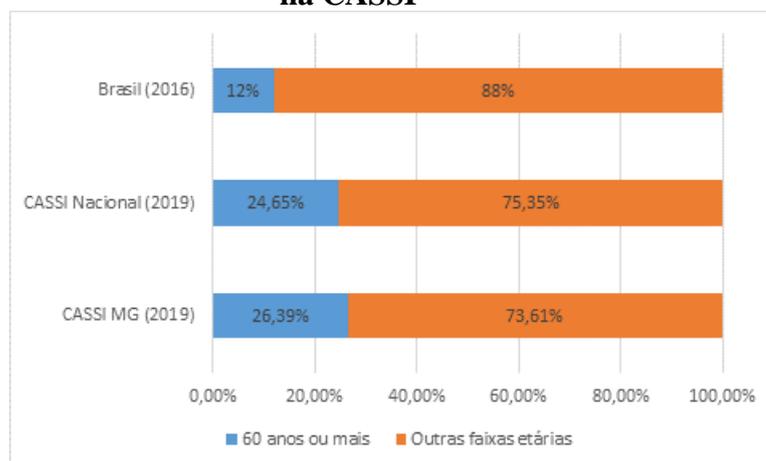
## A UTILIZAÇÃO DE MARCADORES DE VULNERABILIDADE CLÍNICO-FUNCIONAL NA GESTÃO DO CUIDADO DO IDOSO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

O atual processo de transição demográfica e epidemiológica da população brasileira traz grandes desafios para a organização e a estruturação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), exigindo a implementação de ações e estratégias capazes de promover saúde, prevenir doenças e agravos e responder às necessidades básicas da população em todos os níveis de atenção (CONASS, 2017).

Um desses desafios relaciona-se à expressiva taxa de envelhecimento populacional no Brasil. Publicação do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2015, demonstrou que 10,8% (20.590.599) da população brasileira possuíam, no ano de 2010, idade igual ou maior que 60 anos. A estimativa atual reporta existirem 27 milhões de idosos no Brasil, o que representa 12% da população. Para 2050, espera-se que os idosos representem 30% da população (MORAES, 2016). No que tange aos custos, estima-se que 35 a 40% do total gasto em saúde seja destinado a esse segmento etário.

Traçando-se paralelo entre o cenário nacional e a população de idosos da CASSI (Gráfico 01), é possível identificar a magnitude da representatividade dos idosos na instituição. Do total de 668.724 participantes, 24,65% são pessoas com 60 anos ou mais. Na Unidade CASSI Minas Gerais (CASSI-MG), os idosos correspondem a 26,39% (15.433) do total de participantes no Estado (58.480), sendo que 26% (3.999) estão cadastrados na Estratégia Saúde da Família (ESF).

**Gráfico 01: Análise comparativa da população, segundo faixa etária, no Brasil e na CASSI**



Sabe-se que o desconhecimento das particularidades do processo de envelhecimento de cada indivíduo pode induzir a realização de tratamentos fúteis. Muitos aspectos próprios do envelhecimento são utilizados, de forma inadequada, como indicadores de doenças e sinais e sintomas importantes são negligenciados, por serem considerados, equivocadamente, como normais em idosos.

Neste contexto, a Atenção Primária à Saúde (APS) assume papel primordial ao oferecer ao idoso acesso e cuidado coordenado e prolongado, capazes de contribuir para a identificação

segura das necessidades dos pacientes. Sob o enfoque dos ciclos de vida, a APS se apresenta, também, como nível assistencial que possibilita a implementação de ações que, desde as etapas precoces da vida, contribuam para o envelhecimento saudável e ativo.

É importante destacar que, embora o envelhecimento esteja intimamente associado ao processo de fragilização, a idade, por si só, não é um preditor de fragilidade adequado, uma vez que o processo de envelhecimento segue padrão heterogêneo. Da mesma forma, envelhecer sem qualquer doença crônica é algo esporádico. Com isso, conhecer apenas a idade dos indivíduos e suas doenças e agravos não possibilita ampla compreensão da situação de saúde e capacidade do indivíduo idoso, exigindo-se, também, a discussão sobre a sua capacidade funcional.

A capacidade funcional é definida como a interação entre os recursos físicos e mentais do próprio indivíduo (a capacidade intrínseca da pessoa) e os ambientes (físico e social) em que esse indivíduo está inserido para a realização de atividades consideradas importantes para si e para sua sobrevivência (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2015). É importante ressaltar que tal consideração é avaliada segundo o envelhecimento fisiológico, o que não impede uma pessoa de ser social e intelectualmente ativa.

Para compreender melhor as necessidades da população idosa, é importante considerar o conceito de declínio funcional que, segundo Freitas e Soares (2019), é caracterizado por déficit locomotor, disfunções do humor, alterações na comunicação e cognição, que podem levar ao aumento da dependência, alteração das atividades de vida diária básicas e instrumentais e, conseqüentemente, piora da qualidade de vida. De forma complementar, para Lins *et al* (2019), o declínio funcional pode ser entendido como fragilidade, estado clínico no qual o idoso apresenta redução de força, resistência e função fisiológica, tornando-se mais vulnerável, com conseqüente comprometimento da saúde, aumento da dependência ou risco de óbito.

Entre as diversas ações estratégicas possíveis de serem desenvolvidas na APS pela ESF, destaca-se a estratificação de vulnerabilidade da população idosa, que contribui tanto para a organização de ações de saúde dirigidas para o coletivo, contemplando as necessidades gerais dos diferentes perfis da população, como para identificar e planejar intervenções específicas, voltadas a cada sujeito singular. O olhar “macro” permite a estruturação de gestão do cuidado amplo ofertando cuidados gerais e coletivos. Por outro lado, o olhar “micro” leva à identificação das condições e necessidades de cada sujeito, em sua singularidade, permitindo a construção de projetos terapêuticos específicos. O olhar para cada indivíduo permite identificar sinais de alerta de situações que demandam intervenções oportunas a fim de se evitar ou minimizar as possibilidades de declínio ou perda funcional (MARTINS *et al.*, 2018).

Além de contribuir para a elaboração do plano de cuidados e para a gestão populacional, a estratificação da vulnerabilidade dos idosos pode ser capaz de potencializar a articulação do cuidado multiprofissional nos serviços de APS e junto aos demais serviços e profissionais da RAS, incluindo aqueles das especialidades de geriatria, fisioterapia, fonoaudiologia e terapia ocupacional. A internação, nos diferentes níveis assistenciais, pode contribuir para que seja ofertado, em tempo oportuno, o cuidado de acordo com as reais necessidades dos participantes.

Para alcançar os efeitos da estratificação populacional descritos, anteriormente, a CASSI-MG, ao final de 2018, buscou potencializar a sistematização do cuidado e a gestão populacional por meio da identificação do risco de vulnerabilidade dos idosos cadastrados na ESF, utilizando, para tal, marcadores clínico-funcionais presentes em instrumentos validados cientificamente.

Mediante acompanhamento dos participantes cadastrados na ESF com 60 anos ou mais, tornou-se cada vez mais evidente para a equipe a importância do estabelecimento de estratégias

que contribuíssem para o acesso e a coordenação de cuidados dos idosos e para a elaboração de planos terapêuticos que considerasse as necessidades distintas e particulares de cada participante.

Considerando tal perspectiva, foram analisados os instrumentos disponíveis que pudessem nortear o acompanhamento do idoso ao longo da vida, identificando a sua vulnerabilidade. Foi realizada pela gestão, inicialmente, revisão de literatura para a identificação dos limites e das potencialidades de diferentes instrumentos, considerando critérios como validação no Brasil, complexidade da aplicação, caráter multidimensional, desfechos possíveis e outros.

Entre os instrumentos disponíveis e tendo em vista os critérios utilizados, foram apresentados para a equipe o VES-13 e o IVCF-20 por serem aqueles com potencial de utilização, considerando as características dos serviços de APS da CASSI, entre outros aspectos. A experiência de médica de família da ESF na área de geriatria confirmou a viabilidade de utilização desses instrumentos e iniciou-se discussão sobre qual deles seria o mais apropriado para a realidade dos serviços próprios da CASSI-MG.

Buscando compreender mais sobre os dois instrumentos, identificou-se que o IVCF-20 foi desenvolvido no Brasil considerando marcadores oriundos do VES-13 e de outros instrumentos de triagem rápida amplamente citados na literatura, ainda que, aqueles que poderiam ser utilizados na APS, tivessem seu uso prático incipiente (MORAES, 2012).

Cabe destacar a potencialidade do instrumento para a realização da gestão da agenda, importante demanda da equipe, à época, por contribuir para a definição daqueles idosos que necessitariam de atendimento diferenciado, com agendamento de consultas com intervalo de duração aumentado para 50 minutos, de acordo com a vulnerabilidade.

Além disso, o IVCF-20 mostrou-se viável por utilizar menor tempo na aplicação e por identificar, de forma rápida, o idoso potencialmente frágil. Trata-se, conforme Moraes *et al* (2016), de metodologia de Avaliação Geriátrica Ampla (AGA), de caráter multidimensional e alta confiabilidade, que pode ser realizada por profissionais não especialistas em geriatria e gerontologia e, também, pelos próprios pacientes.

Houve envolvimento de todos os integrantes da equipe nas etapas de discussão seguintes, que levaram à definição do IVCF-20 como instrumento para a estratificação do risco da população idosa na CASSI-MG.

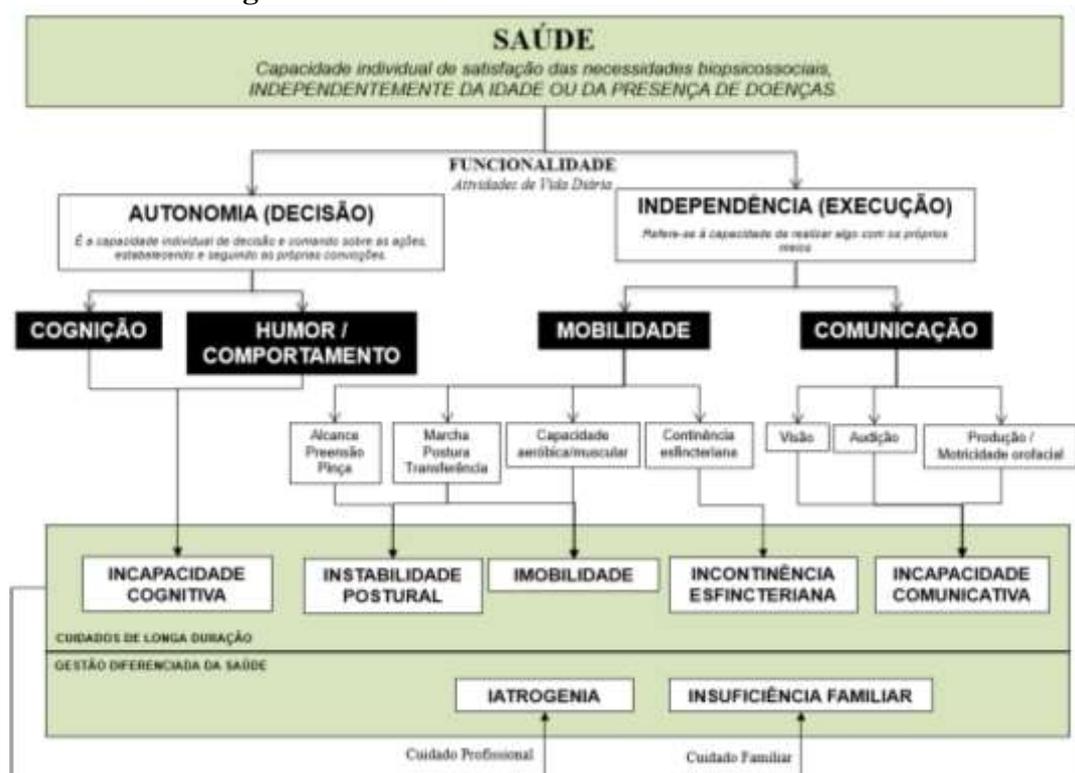
Para facilitar a compreensão sobre o instrumento, registramos que o IVCF-20 é constituído por vinte questões, distribuídas em oito dimensões: idade; auto percepção da saúde; atividades de vida diária (três instrumentais e uma básica); cognição; humor/comportamento; mobilidade (alcance, preensão e pinça, capacidade aeróbica/muscular, marcha e continência esfinteriana); comunicação (visão e audição) e presença de comorbidades múltiplas (polipatologia, polifarmácia e/ou internação recente). Sua pontuação total é de 40 pontos e quanto mais alta, maior a vulnerabilidade clínico-funcional do idoso. Escores de 0 a 6 pontos correspondem ao idoso com baixo risco de vulnerabilidade clínico funcional, de 7 a 14 pontos, idoso com moderado risco e  $\geq 15$ , idoso com alto risco (sensibilidade 52% e especificidade 98%).

O instrumento e as variáveis avaliadas por meio deles foram disponibilizados, na sequência, por meio das Figuras 01, 02 e 03, extraídas do material Organização da Rede de Atenção Integral à Saúde do Idoso, de autoria do CONASS (2017).

**Figura 01: Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional- 20 (IVCF-20)**

ÍNDICE DE VULNERABILIDADE CLÍNICO-FUNCIONAL-20				
MARCADORES DE VULNERABILIDADE CLÍNICO-FUNCIONAL			Pontuação	
<p>* Todas as respostas devem ser confirmadas por alguém que conviva com o idoso.</p> <p>* Nos idosos incapazes de responder, utilizar as respostas do cuidador.</p>				
IDADE	1. Qual é a sua idade?	60 a 74 anos	0	
		75 a 84 anos	1	
		≥ 85 anos	3	
AUTO-PERCEPÇÃO DA SAÚDE	2. Em geral, comparando com outras pessoas de sua idade, você diria que sua saúde é:	Excelente, muito boa ou boa	0	
		Regular ou ruim	1	
ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA	<b>AVD Instrumental</b> <i>Respostas positivas valem 4 pontos cada. Todavia, a pontuação máxima é de 4 pontos, mesmo que o idoso tenha respondido sim para todas as três atividades de vida diária.</i>	3. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de fazer compras? ( ) Sim	4	
		( ) Não ou não faz compras por outros motivos que não a saúde	0	
		4. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de controlar seu dinheiro, gastos ou pagar as contas de sua casa? ( ) Sim	4	
		( ) Não ou não controla o dinheiro por outros motivos que não a saúde	0	
		5. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de realizar pequenos trabalhos domésticos, como lavar louça, arrumar a casa ou fazer limpeza leve? ( ) Sim	4	
		( ) Não ou não faz mais pequenos trabalhos domésticos por outros motivos que não a saúde	0	
AVD Básica	6. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de tomar banho sozinho? ( ) Sim	6	Mínimo 4 pts	
		( ) Não		0
COGNIÇÃO	7. Algum familiar ou amigo falou que você está ficando esquecido?	1	0	
	8. Este esquecimento está piorando nos últimos meses?	1	0	
	9. Este esquecimento está impedindo a realização de alguma atividade do cotidiano?	2	0	
HUMOR	10. No último mês, você ficou com desânimo, tristeza ou desesperança?	2	0	
	11. No último mês, você perdeu o interesse ou prazer em atividades anteriormente prazerosas?	2	0	
MOBILIDADE	Alcance, preensão e pinça	12. Você é incapaz de elevar os braços acima do nível do ombro?	1	0
		13. Você é incapaz de mamisear ou segurar pequenos objetos?	1	0
	Capacidade aeróbica e /ou muscular	14. Você tem alguma das três condições abaixo relacionadas? • Perda de peso não intencional de 4,5 kg ou 5% do peso corporal no último ano ou 6 kg nos últimos 6 meses ou 3 kg no último mês ( ); • IMC menor que 22 kg/m <sup>2</sup> ( ); • Circunferência da panturrilha < 31 cm ( ); • Tempo gasto no teste de velocidade da marcha (4m) > 5 segundos ( ).	2	0
		Marcha	15. Você tem dificuldade para caminhar capaz de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano?	2
	Continência esfinteriana	16. Você teve duas ou mais quedas no último ano? 17. Você perde urina ou fezes, sem querer, em algum momento?	2	0
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	2	0	
	19. Você tem problemas de audição capazes de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? • É permitido o uso de aparelhos de audição	2	0	
COMORBIDADES MÚLTIPLAS	20. Você tem alguma das três condições abaixo relacionadas? • Cinco ou mais doenças crônicas; • Uso regular de cinco ou mais medicamentos diferentes, todo dia; • Internação recente, nos últimos 6 meses.	4	0	
Pontuação Final			40 pontos	Mínimo 4 pts

**Figura 02: Modelo Multidimensional da Saúde do Idoso**



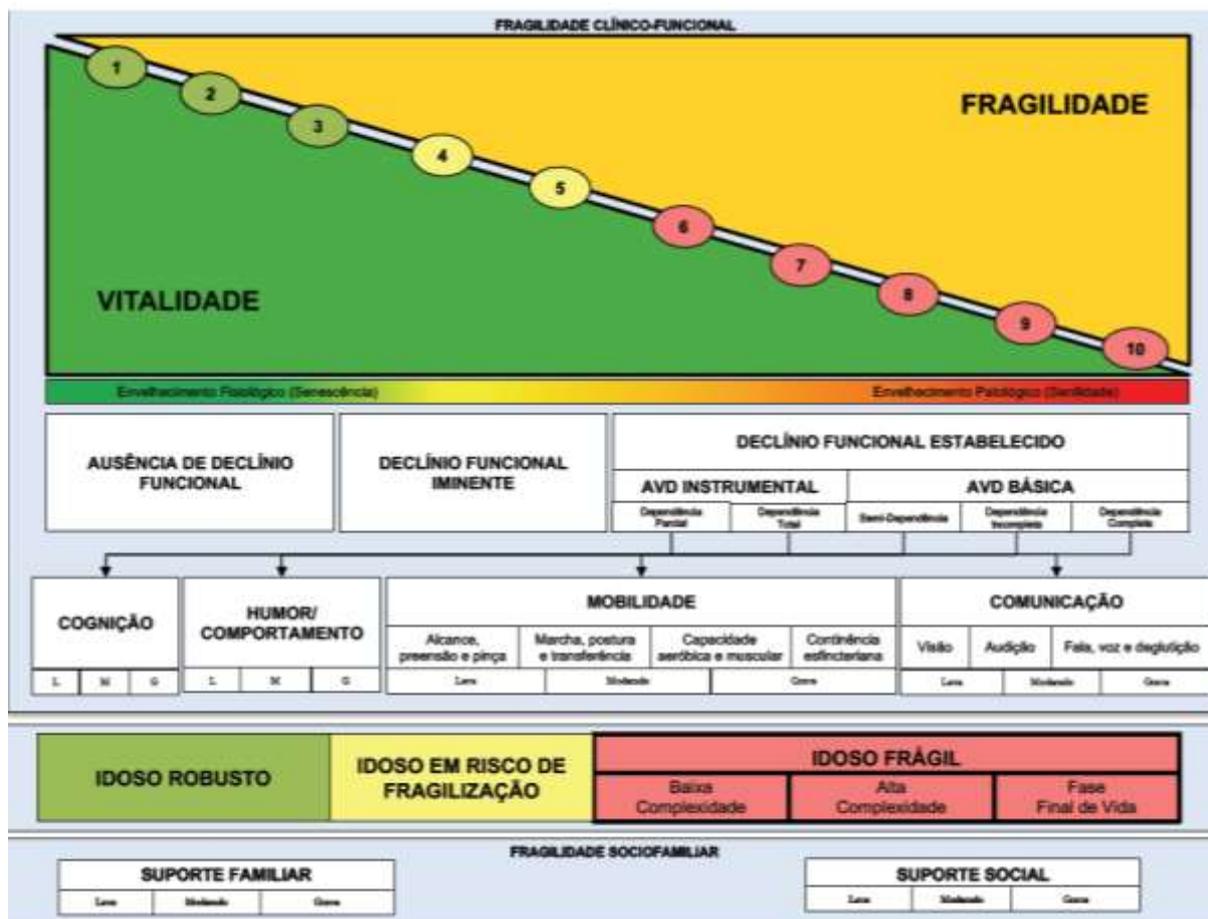
**Figura 03: Desenho esquemático para interpretação do resultado do IVCF-20**

Pontos de Corte Sugeridos	Níveis de sensibilidade e especificidade associadas às classificações	Classificação quanto ao grau de vulnerabilidade Clínico-Funcional
0 a 6 pontos	—	Idoso com <b>baixo risco</b> de vulnerabilidade clínico-funcional
7 a 14 pontos	Sensibilidade: 91% Especificidade: 71%	Idoso com <b>moderado risco</b> de vulnerabilidade clínico-funcional
≥ 15 pontos	Sensibilidade: 52% Especificidade: 98%	Idoso com <b>alto risco</b> de vulnerabilidade clínico-funcional

Somada à classificação quanto ao grau de vulnerabilidade clínico-funcional do idoso, a literatura predefiniu estratos ou categorias clínico-funcionais, que são distribuídas em três grandes grupos de idosos, sendo eles o Idoso Robusto, o Idoso em Risco de Fragilização e, por fim, o Idoso Frágil. É possível associar, diante das classificações existentes, que idosos classificados com pontuação de 0 a 6 (escala visual verde) são provavelmente robustos e, portanto, não necessitam de avaliação ou orientação especializada. Por sua vez, idosos com pontuação entre 7 e 14 pontos são, provavelmente, frágeis ou estão em risco de fragilização e, portanto, requerem cuidados mais direcionados pelo médico de família e outros profissionais da equipe multidisciplinar. Finalmente, idosos com pontuação  $\geq 15$  pontos são provavelmente frágeis ou dependentes e necessitam ser encaminhados para abordagem geriátrico-

gerontológica especializada (geriatria, fisioterapia, fonoaudiologia e terapia ocupacional), além da abordagem inicial pela APS. Na sequência, por meio da Figura 04, extraída da mesma obra do CONASS (2017), apresentamos informações que contribuem para a compreensão sobre a correlação dos instrumentos de avaliação do idoso.

**Figura 04: Escala Visual-Analógica de Fragilidade**



De forma sintética, registramos que são considerados idosos robustos, no modelo de estratos de fragilidade, aquele cuja condição de saúde é caracterizada pela ausência de declínio funcional (estratos 1 a 3). O indivíduo é capaz de gerenciar sua vida de forma independente e autônoma e não tem incapacidade funcional ou condição crônica de saúde associada à vulnerabilidade.

Os idosos em risco de fragilização (estratos 4 a 5) são aqueles cuja condição de saúde é caracterizada por declínio funcional iminente; todavia, ainda é capaz de gerenciar sua vida de forma independente e autônoma. O risco de dependência funcional é alto e apresenta uma ou mais condições crônicas de saúde preditoras de desfechos adversos, como evidências de sarcopenia, comorbidades múltiplas e comprometimento cognitivo leve.

Os idosos frágeis (estratos 6 a 9) são aqueles com declínio funcional estabelecido e que são incapazes de gerenciar sua vida, em virtude de incapacidades únicas ou múltiplas. Podem ser subdivididos em: idoso frágil de baixa complexidade (aqueles com baixo potencial de ganho funcional, cujo o acompanhamento geriátrico-gerontológico especializado não necessita ser

feito de forma intensiva e o objetivo é evitar a piora funcional); idoso frágil de alta complexidade, que são aqueles que apresentam elevado potencial de ganho funcional e/ou qualidade de vida, sendo os que mais se beneficiam do acompanhamento geriátrico-gerontológico especializado; e idoso frágil em fase final de vida, caracterizado por aqueles idosos que apresentam sobrevida estimada em menos de seis meses, cujo foco assistencial é o cuidado paliativo de suporte para o final da vida, baseado no conforto do paciente e de seus familiares. Cabe destacar que o idoso frágil de alta complexidade, aquele que apresenta elevado potencial de ganho funcional e/ou qualidade de vida, deve ser encaminhado para AGA, considerando a rede credenciada de prestadores da CASSI, de forma a favorecer a elaboração de plano de cuidados com indicação de intervenções interdisciplinares capazes de melhorar a autonomia e independência do idoso e prevenir declínio funcional, institucionalização e óbito. O Quadro 01, abaixo, detalha as diversas variáveis envolvidas no processo de classificação clínico-funcional do idoso.

**Quadro 01: Classificação clínico – funcional do idoso**

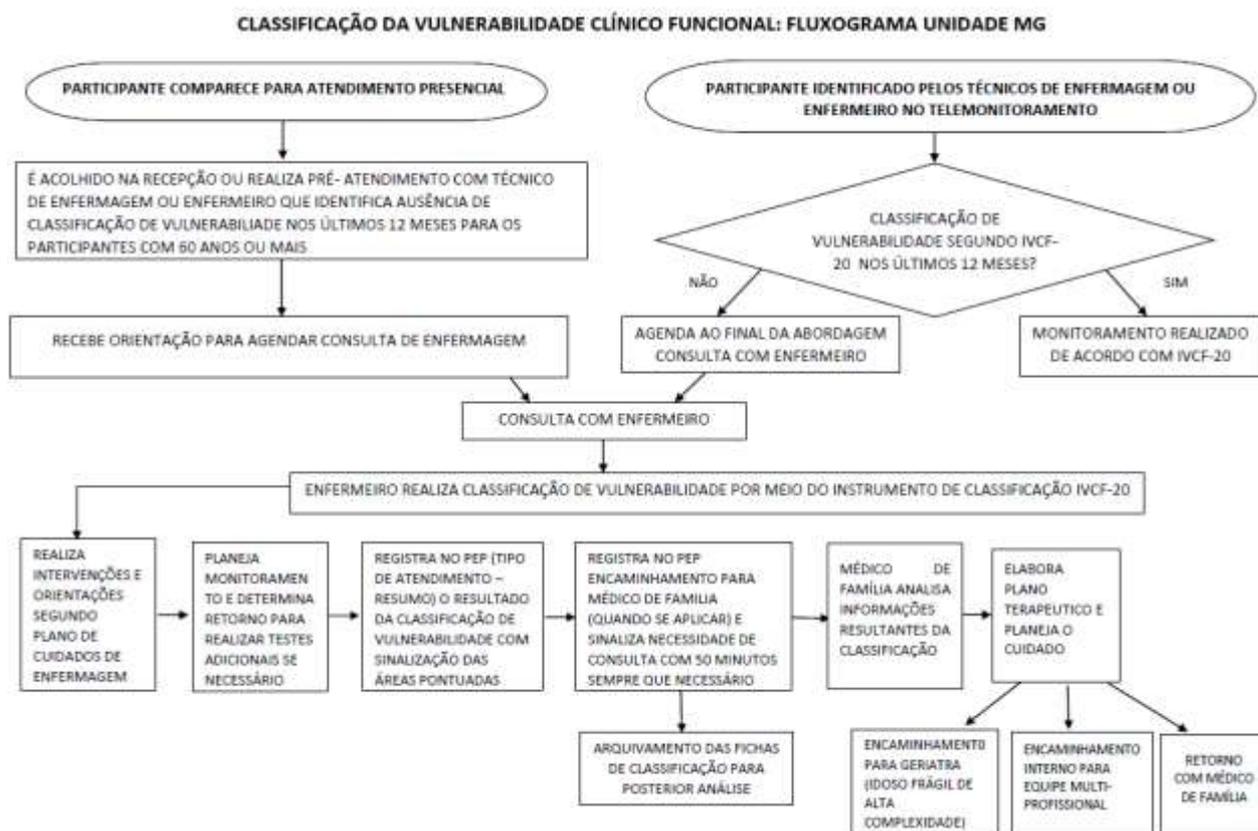
Ausência de Declínio Funcional	<b>IDOSO ROBUSTO</b>	<b>Estrato 1</b>	São idosos que se encontram no grau máximo de vitalidade inerente à faixa etária. Apresentam independência para todas as AVD avançadas, instrumentais e básicas e ausência de doenças ou fatores de risco, exceto a senescência. São indivíduos que envelheceram livres de doenças e não apresentam nenhuma outra condição de saúde preditora de desfechos adversos.	
		<b>Estrato 2</b>	São idosos independentes para todas as AVD, mas que apresentam condições de saúde de baixa complexidade clínica, como a hipertensão arterial não complicada e/ou presença de fatores de risco como tabagismo, dislipidemia, osteopenia, dentre outros.	
		<b>Estrato 3</b>	São idosos independentes para todas as AVD, mas que apresentam doenças crônico-degenerativas bem estabelecidas e de maior complexidade clínica, como depressão, hipertensão arterial complicada, <i>diabetes mellitus</i> , história de ataque isquêmico transitório, acidente vascular cerebral sem sequelas, doença renal crônica, insuficiência cardíaca, doença pulmonar obstrutiva crônica, osteoartrite, doença arterial coronariana com ou sem infarto agudo do miocárdio, doença arterial periférica e câncer, osteoporose, fibrilação atrial, dentre outros. Nestes idosos, tais doenças não estão associadas à limitação funcional e, geralmente, apresentam-se de forma isolada. Neste grupo estão também incluídos também os idosos que apresentam um ou dois critérios do "fenótipo de fragilidade".	
Presença de declínio Funcional Iminente	<b>IDOSO EM RISCO DE FRAGILIZAÇÃO</b>	<b>Estrato 4</b>	São idosos que apresentam evidências de sarcopenia, comprometimento cognitivo leve e/ou comorbidades múltiplas (polipatologia, polifarmácia ou interação recente), mas continuam independentes para todas as atividades de vida diária, incluindo as avançadas, definidas como as atividades relacionadas à integração social, atividades produtivas, recreativas e/ou sociais.	
		<b>Estrato 5</b>	São idosos que apresentam evidências de sarcopenia, comprometimento cognitivo leve e/ou comorbidades múltiplas e que já começam a apresentar declínio funcional em AVD avançadas. Estes idosos ainda são independentes para as AVD instrumentais e básicas.	
Presença de declínio Funcional Estabelecido	<b>IDOSO FRÁGIL</b>	<b>Estrato 6</b>	São os idosos que apresentam declínio funcional parcial nas atividades instrumentais de vida diária (realizam 3 ou mais AVD instrumentais) e são independentes para as AVD básicas.	
		<b>Estrato 7</b>	São os idosos que apresentam declínio funcional em todas as atividades instrumentais de vida diária, mas ainda são independentes para as atividades básicas de vida diária.	
		<b>Estrato 8</b>	São os idosos que apresentam dependência completa nas AVD instrumentais associada à semi-dependência nas AVD básicas: comprometimento de uma das funções influenciadas pela cultura e aprendizado (banhar-se e/ou vestir-se e/ou uso do banheiro).	
		<b>Estrato 9</b>	São os idosos que apresentam dependência completa nas AVD instrumentais associada à dependência incompleta nas AVD básicas: comprometimento de uma das funções vegetativas simples (transferência e/ou continência), além de, obviamente, ser dependente para banhar-se, vestir-se e usar o banheiro. A presença isolada de incontinência urinária não deve ser considerada, pois é uma função e não uma atividade.	
		<b>Estrato 10</b>	São os idosos que se encontram no grau máximo de fragilidade e, conseqüentemente, apresentam o máximo de dependência funcional, necessitando de ajuda, inclusive, para alimentar-se.	
		<b>Classificação Prognóstica dos Idosos Frágeis</b>		
		<b>IDOSO FRÁGIL DE ALTA COMPLEXIDADE</b>	<b>IDOSO FRÁGIL DE BAIXA COMPLEXIDADE</b>	<b>IDOSO FRÁGIL EM FASE FINAL DE VIDA</b>
São idosos que apresentam elevado potencial de ganho na capacidade funcional e/ou na qualidade de vida com a intervenção geriátrico-gerontológica especializada.	São idosos que apresentam baixo potencial de ganho na capacidade funcional e/ou de qualidade de vida com a intervenção geriátrico-gerontológica especializada. O objetivo é a manutenção da capacidade funcional e evitar o declínio funcional associada à iatrogenia, tanto por omissão quanto por adição.	São idosos que apresentam sobrevida estimada menor que seis meses. O foco das intervenções é o cuidado paliativo, baseado no conforto do paciente e de seus familiares.		
Nos idosos frágeis, a definição do estrato clínico-funcional do idoso baseia-se na melhor capacidade funcional apresentada pelo paciente.				

Após o alinhamento de conceitos e definido pela utilização do IVCF-20 como o instrumento para a estratificação de vulnerabilidade clínico funcional do idoso na CASSI MG, deu-se início à elaboração, de forma coletiva e multidisciplinar, de fluxograma de direcionamento para atendimento dos participantes com 60 anos ou mais, com o objetivo de aplicar o ICVF-20.

Quando o fluxo de atendimento foi elaborado, todos os profissionais receberam informações acerca do novo processo. As dúvidas foram esclarecidas ao longo das dificuldades vivenciadas. Foram realizadas discussões com a equipe de enfermagem para abordagem do processo estabelecido, uma vez que esses profissionais são aqueles, no cotidiano do cuidado, que se responsabilizam pela aplicação do IVCF-210, ainda que todos da equipe multiprofissional possam fazê-lo nas oportunidades que se apresentarem.

Os técnicos de enfermagem foram capacitados para, em sua abordagem, seja na ação de monitoramento, busca ativa ou contato presencial com o participante, estimularem a realização das consultas de enfermagem com a finalidade de classificação de risco e orientarem sobre a importância da utilização do instrumento como meio de qualificação do cuidado. Os profissionais da recepção foram sensibilizados e orientados para procederem com o agendamento das consultas e para também sensibilizarem para o agendamento com essa finalidade. O fluxo desenhado está descrito na Figura 05, oportunizando a visualização do desenho do processo.

**Figura 05: Fluxograma de Classificação de Risco – Idoso - CASSI- MG**



Mediante a adoção do IVCF-20 como instrumento para estratificação da vulnerabilidade da população idosa cadastrada na ESF da CASSI-MG e tendo como base a elaboração do fluxo de atendimento, a equipe iniciou, em janeiro de 2019, a implementação do processo. Desde então tem ocorrido, gradativamente, a avaliação da vulnerabilidade dos idosos. A escolha e o início da utilização do IVCF-20 configuraram-se como marco para o fortalecimento de ações voltadas para o melhor cuidado ao idoso. De janeiro a agosto, foram avaliados 887 idosos pelos profissionais da CASSI-MG, conforme representado na Tabela 01, que segue:

**Tabela 01: Percentual de idosos avaliados, por equipe ESF, de janeiro a agosto de 2019 - CASSI MG**

BH AMARELA	20,36%
BH AZUL	14,25%
BH BRANCA	13,74%
BH ROSA	14,76%
BH VERDE	17,81%
<b>CliniCASSI Belo Horizonte</b>	<b>16,18%</b>
CliniCASSI Juiz de Fora	16,97%
CliniCASSI Montes Claros	48,66%
CliniCASSI Uberaba	18,95%
CliniCASSI Uberlândia	63,95%
<b>Unidade Minas Gerais</b>	<b>24,77%</b>

O Gráfico 02, a seguir, detalha, por faixa etária e sexo, o perfil dos idosos avaliados, permitindo-se evidenciar uma ligeira elevação do número de mulheres quando comparados os casos de homens e mulheres avaliados e o predomínio da faixa etária de 65 a 69 anos, em ambos os sexos.

**Gráfico 02: Detalhamento dos participantes avaliados, segundo faixa etária e gênero**

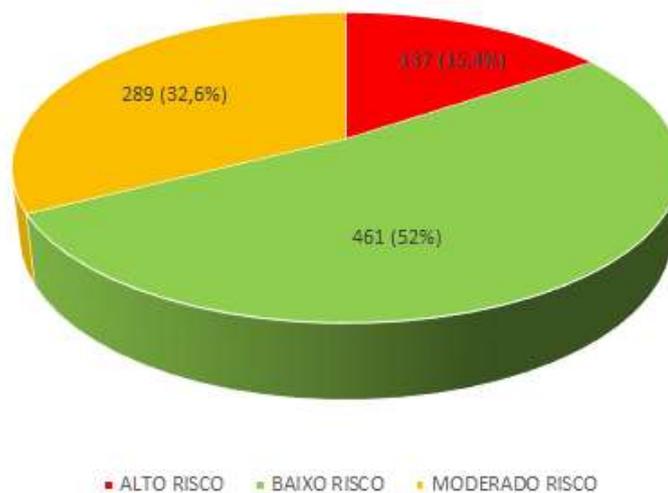
FAIXA ETÁRIA	MULHERES	HOMENS	MG
40 - 44	0	1	0,1%
50 - 54	1	1	0,2%
55 - 59	1	3	0,5%
60 - 64	68	63	14,8%
65 - 69	134	104	26,8%
70 - 74	70	61	14,8%
75 - 79	65	69	15,1%
80 - 84	61	66	14,3%
85 - 89	39	35	8,3%
90 - 94	18	18	4,1%
95 - 99	5	2	0,8%
100 OU +	1	1	0,2%
<b>Total Geral</b>	<b>463</b>	<b>424</b>	<b>887</b>

No que diz respeito à classificação quanto ao grau de vulnerabilidade clínico-funcional dos participantes avaliados na CASSI-MG, respeitando-se os limites da analogia já informados, anteriormente, evidencia-se que a grande maioria se enquadra como Baixo Risco (52%), seguido do Risco Moderado (32,6%) e, por fim, do Alto Risco (15,4%), conforme demonstrado nos Gráficos 03 e 04 que seguem:

**Gráfico 03: Classificação quanto ao grau de vulnerabilidade clínico-funcional dos participantes avaliados na ESF da CASSI MG**

Equipe ESF	ALTO RISCO	%	MODERADO RISCO	%	BAIXO RISCO	%	Total avaliado
DESCADASTRADO	3	50%	2	33%	1	17%	6
MG - BH AMARELA	6	8%	32	40%	42	53%	80
MG - BH AZUL	7	13%	23	41%	26	46%	56
MG - BH BRANCA	12	22%	24	44%	18	33%	54
MG - BH ROSA	9	16%	22	38%	27	47%	58
MG - BH VERDE	9	13%	29	41%	32	46%	70
MG - JF ROSA	13	15%	12	14%	59	70%	84
MG - MOC BRANCA	21	13%	51	31%	92	56%	164
MG - UBA VERDE	22	31%	26	36%	24	33%	72
MG - UDA AZUL	35	14%	68	28%	140	58%	243
<b>Total Geral</b>	<b>137</b>		<b>289</b>		<b>461</b>		<b>887</b>

**Gráfico 04: Classificação geral quanto ao grau de vulnerabilidade clínico-funcional dos participantes avaliados na ESF da CASSI MG**



Além dos resultados objetivos, foram compartilhados pela equipe percepções que retratamos, a seguir, por enriquecem a compreensão sobre o processo e seus resultados.

Uma vez que a resposta obtida pela aplicação do instrumento IVCF-20 considera a auto percepção do idoso em relação à sua saúde, existem oportunidades de aprofundamento do cuidado decorrentes dessa percepção. Quando a equipe identifica que a auto percepção possui

limitadores, sensibiliza-se para a importância dela como forma de conhecer com mais profundidade as condições de vida e, de acordo com a interação, realiza-se diferentes direcionamentos. Muitas vezes, a autoanálise pouco satisfatória decorre de alterações de humor. A análise do humor evidencia a necessidade ou não de intervenção psicológica complementar. Entende-se que se esse aspecto não for trabalhado, o idoso tende a apresentar piora do ponto de vista comportamental e cognitivo, evoluindo para piora clínica. Também nessas situações, a equipe multiprofissional, com o intuito de oferecer o melhor cuidado possível, aborda os aspectos considerados “ruins” pelo idoso, de forma a apresentar pontos de vistas complementares ou diferentes, possibilitando a discussão de novas perspectivas.

Sobre a abordagem dos aspectos relacionados às atividades de vida diária (AVD's), são desenvolvidas abordagens para reforçar as capacidades que o idoso não perdeu, uma vez que deve-se estimular a independência, em todas as oportunidades e, principalmente, com os familiares, que acabam por promover uma “super proteção”, que impede que o idoso realize tarefas simples, em seu dia a dia. Quando percebe-se que a realização das AVD's estão, à cada dia, mais comprometidas, discute-se a indicação de realização de terapias seriadas (fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia, entre outras) buscando-se a integralidade da assistência com a inclusão de outros profissionais. Em relação ao “tomar banho sozinho”, entende-se que existe risco para muitos, motivo pelo qual são abordadas adaptações estruturais que possam evitar quedas. Além disso, os idosos são orientados a evitar deixar o banheiro trancado. Em algumas situações é estimulado o banho assistido. Em casos onde não são possíveis adaptações, orienta-se o cuidador/familiar para os riscos e a forma de prevenção de quedas.

Considerando que a análise da parte cognitiva pode sugerir alterações de memória, sempre que possível é proposta a realização de nova consulta para realização do teste de memória (MEEN). Após a realização do teste são realizadas orientações adicionais e encaminhamentos para o cuidado. Alguns casos são discutidos em reuniões de estudo de caso, de forma que a equipe elabore o plano terapêutico de forma interdisciplinar e baseados em necessidades.

A análise da mobilidade (funcionalidade física) permite identificar as potencialidades do idoso em relação ao trabalho cardiorrespiratório, risco para quedas, fragilidade muscular e articular, comprometimento para a realização de AVD's e medos gerados com quedas anteriormente sofridas, que geram dependência para o idoso. Ao verificar as fragilidades, direciona-se o plano terapêutico buscando-se minimizar as complicações e, se possível, reverter as situações de incapacidades. Acredita-se que a incontinência urinária, além de ser problema que afeta a mobilidade, pode contribuir para a reclusão social e gerar uma cascata de acontecimentos que podem comprometer a independência deste idoso. Nessas situações, a equipe aborda estratégias possíveis para minimizar a referida incontinência, tais como exercícios e fisioterapia em uroginecologia, além de avaliação com ginecologista ou urologista e com geriatra.

Uma vez que o comprometimento da visão é fator que gera dependência e perda de autonomia, além de ser risco para queda, utiliza-se a oportunidade para orientar sobre a importância da avaliação ocular periódica, objetivando-se remediar possíveis evoluções desfavoráveis e minimização de incapacidades relacionadas ao trabalho e às atividades como, por exemplo, dirigir, ler e realizar trabalhos manuais.

No campo das comorbidades múltiplas, percebe-se oportunidade para a identificação de casos de polifarmácia e levantamento de interações medicamentosas. São analisadas as complicações existentes e as patologias que não estão bem controladas, o que oportuniza a revisão da proposta de cuidado.

Os resultados têm sido construídos ao longo dos atendimentos e possibilitam conhecer, com aprofundamento e cada vez mais, o perfil de vulnerabilidade dos idosos.

À medida em que o perfil dos participantes idosos da CASSI-MG torna-se mais conhecido, fica mais evidente a relevância da utilização do instrumento de estratificação de vulnerabilidade para a detecção precoce de sinais de declínio da funcionalidade (AVD's), da autonomia (capacidade individual de decisão e comando sobre as ações, estabelecendo e seguindo as próprias convicções) e da independência (capacidade de execução de atividades diversas por meios próprios).

Cabe pontuar a existência de desafios, entre eles aquele que se refere à necessidade de concluir a avaliação de, aproximadamente, 75% da população alvo. Para isso, além da organização permanente do processo junto à equipe multidisciplinar, é importante a sensibilização dos participantes para o engajamento no cuidado e para a importância da avaliação em questão. Ressalta-se, ainda, que as avaliações devem ser realizadas de forma recorrente, acompanhando-se as alterações decorrentes do processo de envelhecimento.

As discussões realizadas desde a implantação do processo, indicam, ainda, como desafio importante, a necessidade de serem aprofundados aspectos relacionados ao desenvolvimento do trabalho em equipe para o cuidado do idoso, de forma que os resultados das abordagens não resultem da forma de atuação de cada profissional. É importante buscar a sistematização e a padronização da assistência sem perder de vista o cuidado individualizado.

Estamos certos de que a ampliação da população avaliada, além de planos terapêuticos cada vez mais particularizados, possibilitará a articulação do cuidado com a rede secundária e o planejamento das consultas especializadas, considerando as necessidades identificadas pela APS. Por meio de encaminhamentos responsáveis e em tempo oportuno, será possível contribuir para a melhoria da qualidade de vida e a autonomia do idoso. No tocante à relação com a RAS, destaca-se a importância da prestação do cuidado adequado às necessidades dos idosos, incluindo-se aspectos relativos à prevenção quaternária, além do retorno aos serviços de APS para a continuidade dos cuidados.

Seguimos seguros de que a avaliação da vulnerabilidade se traduz como uma estratégia essencial para o cuidado prestado ao idoso na CASSI-MG. Mesmo com resultados preliminares, já é possível observar contribuições para a organização do eixo assistencial, para o cuidado propriamente dito e para a organização do processo de trabalho. As variáveis e informações obtidas por meio da aplicação do IVCFO-20 possibilitarão análises cada vez mais robustas que permitirão a classificação dos riscos populacionais e a organização da linha de cuidado de atenção ao idoso, com a identificação dos recursos assistenciais por estrato. Mediante avaliação da capacidade funcional, obtém-se o indicativo para a realização de atividades de educação em saúde e para o direcionamento para as intervenções cuidadoras mais adequadas, conforme percursos assistenciais pré-definidos, utilizando-se a lógica da “árvore de decisão”, assegurando-se o desenvolvimento de ações efetivas de atenção à saúde para uma vida melhor dos participantes e para a efetivação do Modelo de Atenção Integral da CASSI.

**REFERÊNCIAS:**

CONASS. Conselho Nacional de Secretários Municipais. **Organização da Rede de Atenção Integral à Saúde do Idoso**. Brasília – 2017.

FREITAS, F.F.Q; SOARES, S.F. Índice de vulnerabilidade clínico-funcional e as dimensões da funcionalidade em idosos. **Rev. Rene**. 2019. Disponível em: [http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/39746/pdf\\_1](http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/39746/pdf_1). Acesso em 08 de setembro de 2019.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios**. Rio de Janeiro, 2015.

LINS, M.E.M *et al*. Risco de fragilidade em idosos comunitários assistidos na atenção básica de saúde e fatores associados. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 121, p. 520-529. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042019000200520](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042019000200520). Acesso em 08 de setembro de 2019.

MARTINS, C.L.R. *et al*. Linha de cuidado para atenção integral à saúde da pessoa idosa. Santa Catarina, 2018.

MORAES, E.N. *et al*. Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional-20 (IVCF-20): Reconhecimento rápido do idoso frágil. **Revista de Saúde Pública**, 2016. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rsp/v50/pt\\_0034-8910-rsp-S1518-87872016050006963.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rsp/v50/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872016050006963.pdf). Acesso em 21 de outubro de 2019.

MORAES, E.N. Atenção à saúde do Idoso: Aspectos Conceituais. Brasília: **Organização Pan-Americana da Saúde**, 2012.

MORAES, E.N; AZEVEDO, R S. Fundamentos do cuidado ao idoso frágil. Belo Horizonte, **Folium**, 2016, 412p.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde - Resumo**. EUA, 2015, 30p. Disponível em: <https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>. Acesso em 25 de outubro de 2019.