

MANUAL DE AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DA PESSOA IDOSA PARA A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: Aplicações do IVCF-20 e do ICOPE

Linha de Cuidado: Saúde da Pessoa Idosa



0 1 2 3 4 5 6 **7** 8 9 10 11 12 13 14 **15** 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40

Apoio



**MANUAL DE AVALIAÇÃO
MULTIDIMENSIONAL DA PESSOA
IDOSA PARA A ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE:
Aplicações do IVCF-20 e do ICOPE
Linha de Cuidado: Saúde da Pessoa Idosa**

Autoria

Edgar Nunes de Moraes

Priscila R. Rabelo Lopes

2023 – 1ª edição – Conselho Nacional de Secretários de Saúde

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra desde que citada a fonte e autoria

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Moraes, Edgar Nunes de.

M827m Manual de avaliação multidimensional da pessoa idosa para a atenção primária à saúde [livro eletrônico] : aplicações do IVCF-20 e do ICOPE – Linha de cuidado: saúde da pessoa idosa / Edgar Nunes de Moraes, Priscila R. Rabelo Lopes. – Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2023.

110 p. : il.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-88631-34-8

1. Saúde pública – Brasil. 2. Idosos – Saúde – Brasil. 3. Envelhecimento. I. Lopes, Priscila R. Rabelo. II. Título.

CDD 362.60981

Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422

SECRETÁRIOS DE ESTADO DA SAÚDE

AC – Pedro Pascoal Duarte Pinheiro Zambon

AL- Gustavo Pontes de Miranda

AM – Anoar Abdul Samad

AP – Silvana Vedovelli

BA – Roberta Silva de C. Santana

CE - Tânia Mara Coelho

DF – Lucilene Maria Florêncio de Queiroz

ES – Miguel Duarte Neto

GO – Sérgio Alberto Cunha Vêncio

MA – Tiago José Mendes Fernandes

MG – Fábio Baccheretti Vitor

MS – Maurício Simões Corrêa

MT – Gilberto Gomes Figueiredo

PA – Ivete Gadelha Vaz

PA – Rômulo Rodovalho Gomes

PB – Jhony Wesllys Bezerra Costa

PE – Zilda do Rego Cavalcanti

PI – Antonio Luiz Soares Santos

PR – Carlos Alberto Gebrim Preto

RJ – Cláudia Mello

RJ - Luiz Antônio Teixeira

RN – Lyane Ramalho

RO – Jefferson Ribeiro da Rocha

RR – Cecilia Smith Lorenzon Basso

RS – Arita Gilda Hübner Bergmann

SC – Carmem Zanotto

SE – Walter Pinheiro

SP – Eleuses Paiva

TO – Carlos Felinto Júnior

DIRETORIA DO CONASS

Presidente

Fábio Baccheretti Vitor – SES/MG

Vice-Presidentes

Região Norte: Anoar Samad – SES/AM

Região Nordeste: Tânia Mara Silva Coelho – SES/CE

Região Sudeste: Miguel Paulo Duarte Neto – SES/ES

Região Sul: Carmem Zanotto – SES/SC

Região Centro Oeste: Lucilene Maria Florêncio de Queiroz – SES/DF

Secretário Executivo

Jurandi Frutuoso

Autoria

EDGAR NUNES DE MORAES

Professor Titular do Departamento de Clínica Médica da Universidade Federal de Minas Gerais. Docente da UFMG desde 1991. Consultor do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) na área de Saúde do Idoso. Mestrado (1997) e Doutorado (2002) em Infectologia e Medicina Tropical pela Universidade Federal de Minas Gerais. Coordenador do Núcleo de Geriatria e Gerontologia da UFMG. Coordenador do Serviço de Geriatria do Hospital das Clínicas da UFMG. Coordenador do Programa de Residência Médica em Geriatria do HC-UFMG. Especialista em Geriatria pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (1997). Membro do Comitê Assessor em Saúde do Idoso do Ministério da Saúde (2012 a 2017). Foi consultor para o Banco Mundial no estudo Aging and Health in Brazil, 2017. Site: www.ivcf20.org

PRISCILA RODRIGUES RABELO LOPES

Atualmente é facilitadora do Conselho Nacional de Saúde (CONASS), para o projeto, Planificação da Atenção à Saúde, consultora do Hospital Israelita Albert Einstein para o projeto: PlanificaSUS; docente dos cursos de pós-graduação, Cuidados Paliativos na APS e Gestão em Saúde Pública, pelo Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa Albert Einstein; consultora para o projeto, Planificação da Atenção à Saúde, pela A Beneficência Portuguesa de São Paulo. Em Minas Gerais, atuou como: coordenadora assistencial no Centro Integrado de Referência Secundária Viva Vida e Hiperdia na região de saúde, Divinópolis/Santo Antônio do Monte; Coordenadora Municipal de Atenção à Saúde; Docente dos Cursos Técnico do COLTEC/PRONATEC/UFMG; Subsecretária Municipal de Saúde e membro do grupo Condutor do Laboratório de Inovação de Atenção às Condições Crônicas LIACC/Samonte. É bacharel em Enfermagem e especialista em Saúde Pública em ênfase em Saúde da Família.

Co-Autoria

ANN KRISTINE JANSEN

Nutrição

Professora Associada do Departamento de Nutrição da Universidade Federal de Minas Gerais. Professora do Programa de Pós Graduação em Nutrição em Saúde/UFMG). Nutricionista pela Universidade Federal de Santa Catarina. Mestrado e Doutorado em Nutrição pela Universidade Federal de São Paulo. Subcoordenadora do Programa de Residência Multiprofissional área de concentração Saúde do Idoso, do Hospital Risoleta Tolentino Neves. Membro Titular do Núcleo de Geriatria e Gerontologia da UFMG. Consultora em Nutrição do Idoso do Serviço de Geriatria do HC-UFMG. Membro do Grupo de Pesquisa Núcleo Interdisciplinar de Estudo em Epidemiologia (NIEPE)

BERNARDO MATTOS VIANA

Psicogeriatria

Professor Adjunto do Departamento de Saúde Mental da Faculdade de Medicina da UFMG (FM-UFMG). Graduação em Medicina pela FM-UFMG. Residência Médica em Psiquiatria pelo Hospital das Clínicas da UFMG (HC-UFMG). Residência Médica em Psicogeriatria pelo Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Doutor em Medicina Molecular pela Faculdade de Medicina da UFMG. Coordenador do Programa de Residência Médica em Psicogeriatria do HC-UFMG e vice-coordenador do Serviço de Psiquiatria do HC-UFMG. Coordenador do Programa de Extensão em Psiquiatria e Psicologia de Idosos da UFMG (PROEPSI). Membro Titular do Núcleo de Geriatria e Gerontologia da UFMG.

CLARA SOUSA DINIZ

Geriatria. Clínica Médica. Telessaúde.

Especialista em Geriatria pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Fellowship em Geriatria pelo Hospital das Clínicas da UFMG. Mestrado em Infectologia e Medicina Tropical pela UFMG. Médica do Centro de Telessaúde do Hospital das Clínicas da UFMG. Preceptora do Serviço de Geriatria do Hospital das Clínicas da UFMG. Residência em Clínica Médica pelo Hospital Municipal Odilon Behrens. Médica do Corpo Clínico do Hospital da Polícia Militar de Minas Gerais. Graduação em Medicina pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais.

CRISTIANA CEOTTO DESLANDES

Medicina. Atenção Primária à Saúde

Coordenação de Atenção Integral à Saúde do Adulto e Idoso. Diretoria de Assistência à Saúde – DIAS/Secretaria Municipal de Saúde-SMSA. Fellow em Geriatria pelo Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais

FLÁVIA LANNA DE MORAES

Medicina. Geriatria. Medicina de Família e Comunidade

Preceptora da Residência Médica de Geriatria do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais. Especialista em Geriatria pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Especialista em Medicina de Família e Comunidade pela SBMFC. Membro Colaborador do Núcleo de Geriatria e Gerontologia da UFMG. Mestre em Medicina Molecular pela UFMG. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde do Adulto/UFMG. Médica do Programa Mais Vida em Casa da PBH/MG.

FRANCIELE JAMAICA PEREIRA

Enfermagem

Coordenação de Atenção Integral a Saúde do Adulto e Idoso. Gerência de Integração do Cuidado à Saúde – GEICS. Diretoria de Assistência à Saúde – DIAS. Subsecretaria de Atenção à Saúde - SUASA

GESIENE APARECIDA CORDEIRO REIS

Assistente Social

Assistente social do Serviço de Geriatria do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais. Membro Titular do Núcleo de Geriatria e Gerontologia da UFMG. Mestre em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência / Faculdade de Medicina – UFMG. Especialista em Gestão de Instituição Federal de Educação Superior – UFMG. Especialista em Administração e Planejamento de Projetos Sociais - UVA RJ

MARCO TÚLIO AGUIAR MOURÃO RIBEIRO**Medicina de Família e Comunidade. Geriatria**

Graduação em Medicina pela Universidade Federal de Minas Gerais (2000). Tem experiência na área de Medicina, com ênfase em Medicina de Família e Comunidade e Geriatria. Médico de Família e Comunidade, Geriatra, Mestre em Saúde Pública pela Universidade Federal do Ceará (UFC), Doutor em Saúde Coletiva pela UFC. Professor da Universidade de Fortaleza. Vice-presidente da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (Gestão 2020-2022 e 2022-2024)

MARIA APARECIDA CAMARGOS BICALHO**Medicina Geriatria**

Professora Associada da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. Médica da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG). Vice-coordenadora do Serviço de Geriatria do Hospital das Clínicas UFMG. Preceptora da Residência de Geriatria do HC/UFMG. Especialista em Geriatria pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Mestrado e Doutorado em Neurociências/UFMG. Membro Titular do Núcleo de Geriatria e Gerontologia da UFMG

MELISSA DE ANDRADE DUTRA**Medicina**

Residência em Clínica Médica pelo Hospital Semper. Fellowship em Geriatria pelo Hospital das Clínicas da UFMG. Membro Associado do Núcleo de Geriatria e Gerontologia da UFMG. Médica do Serviço de Atendimento Domiciliar de Manhuaçu-MG

RODRIGO RIBEIRO DOS SANTOS**Medicina. Geriatria**

Professor Associado da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. Preceptor da Residência de Geriatria do HC/UFMG. Especialista em Geriatria pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Doutor em Neurociências - ênfase Neuropsiquiatria UFMG. Membro Titular do Núcleo de Geriatria e Gerontologia da UFMG. Presidente da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia-seção Minas Gerais

TATIANA DE CARVALHO ESPÍNDOLA PINHEIRO**Geriatria e Cuidado Paliativo**

Especialista em Geriatria pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Membro da Equipe de Cuidados Paliativos do HC-UFMG. Mestrado em Saúde do Adulto pela UFMG. Preceptora do Serviço de Geriatria do HC-UFMG. Professora Substituta do Departamento de Clínica Médica da UFMG. Membro Assistente do Núcleo de Geriatria e Gerontologia da UFMG

VIVIANE RODRIGUES JARDIM**Enfermagem**

Enfermeira do Serviço de Geriatria do Hospital das Clínicas da UFMG. Mestrado em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Membro Titular do Núcleo de Geriatria e Gerontologia da UFMG. Especialização em Vigilância e Controle da Infecção Hospitalar pela Universidade Federal de Minas Gerais(2005), especialização em Gerontologia pela Universidade José do Rosário Vellano(2011) e especialização em Saúde da Família pela Universidade Federal de Minas Gerais(2003). Contribuições (Coloque por ordem alfabética)

Contribuições**ANDRÉ GORLE DE MIRANDA CHAVES**

Especialista em Geriatria pela SBBG. Residência Médica em Geriatria pelo HC-UFMG. Preceptor do Serviço de Geriatria do HC-UFMG.

AMANDA GOMES ANDREZA

Coordenação de Atenção Integral à Saúde do Adulto e Idoso. Diretoria de Assistência à Saúde – DIAS/Secretaria Municipal de Saúde-SMSA

CELMA LUCIA ROCHA ALVES FERREIRA

Responsável Técnica de Saúde do Idoso. Secretaria Estadual da Saúde de Mato Grosso

CRISTINA DE SOUZA TAVARES

Pós-Graduação em Saúde Coletiva com Ênfase em ESF. Enfermeira do Centro de Saúde São Vicente Manhuaçu-MG

ELIANE REGINA DA VEIGA CHOMATAS

Consultora do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS)

GISLEINE LIMA DA SILVA

Coordenação da Divisão das Políticas dos Ciclos de Vida. Departamento de Atenção Primária e Políticas de Saúde/SES-RS

JOICE COUTINHO DE ALVARENGA

Especialista em Geriatria pela SBBG. Residência Médica em Geriatria pelo HC-UFMG. Preceptor do Serviço de Geriatria do HC-UFMG. Mestrado em Infectologia e Medicina Tropical da Faculdade de Medicina da UFMG

LEANE DE CARVALHO MACHADO

Consultora do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS)

MARCO ANTÔNIO BRAGANÇA DE MATOS

Consultor do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS)

PATRICIA MATTOS ALMEIDA

Enfermeira. Mestra em Ciências da Saúde. Área de concentração: Promoção e Tecnologia da Saúde. Coordenadora Regional da Linha de Cuidado HAS e DM. Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa/SES-RS

RÚBIA PEREIRA BARRA

Consultora do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS)

Sumário

Apresentação	9
1. Demografia da População Idosa Brasileira em 2023	14
2. Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional – 20 (IVCF-20)	19
2.1 Aplicação do IVCF-20	22
2.2 Interpretação do IVCF-20	38
2.3 Propriedades Psicométricas do IVCF-20	39
2.4 IVCF-20 como ponto de partida para a Avaliação Geriátrica Ampla	44
2.5 Aplicação do IVCF-20 utilizando tecnologias de informação e comunicação	48
3. Avaliação da Vulnerabilidade Social e Familiar (IVSF-10)	50
4. Contribuições do ICOPE para APS	53
5. Aplicação Integrada do IVCF-20, ICOPE e AGA	57
5.1 Organização do cuidado domiciliar pela APS	61
6. Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa no e-SUS APS	62
7. Fragilidade e o Desafio da Multimorbidade e Multicomplexidade	67
8. Casos Clínicos	74
Caso 01	74
Caso 02	78
Caso 03	82
Caso 04	86
Caso 05	89
Caso 06	92
Caso 07	95
Caso 08	98
Caso 09	102
Caso 10	105
Referências bibliográficas	109

Apresentação

EUGÊNIO VILAÇA MENDES

Saúde Pública; Consultor do Conselho Nacional de Secretários de Saúde/CONASS

Os sistemas de atenção à saúde se deparam, em escala planetária, com um grave problema estrutural determinado pela **fragmentação do cuidado** que se explica pela natureza singular da transição da saúde. Essa transição compõe-se de dois movimentos interconectados: **a transição das condições de saúde e a transição dos sistemas de saúde**. A transição das condições de saúde dá-se no contexto dos sistemas de atenção em duas dimensões principais: **a transição demográfica e a transição epidemiológica**. A transição demográfica já se completou nos países desenvolvidos e está se dando de forma muito profunda e rápida nos países em desenvolvimento, entre eles o Brasil, como mostram os dados recente do censo. O resultado dessa transição é que a proporção de pessoas idosas vem aumentando rapidamente, levando ao incremento exponencial das condições crônicas e pressionando os custos dos sistemas de atenção à saúde.

A outra transição contextual é a epidemiológica, que se expressa no crescimento relativo das condições crônicas na carga de doenças. **No Brasil, as doenças crônicas já representam mais de 70% dessa carga**. Se considerarmos o conceito de condições crônicas, que engloba todas as condições que exigem dos sistemas de atenção à saúde uma ação proativa, contínua e integrada em redes - o que inclui a atenção à pessoa idosa -, esse percentual chega a aproximadamente 80% da carga total doenças. Como consequência, pode-se estimar que mais de 75% dos gastos do SUS são por condições crônicas.

Por outro lado, a transição dos sistemas de atenção à saúde expressa em suas culturas e seus modelos de gestão e de financiamento dá-se de forma lenta e superficial.

Essa brecha entre a transição das condições de saúde e a transição dos sistemas de atenção à saúde rompe o princípio fundamental do postulado que indica que deve haver uma coerência entre essas duas formas de transição. Isso leva a uma **ruptura que constitui a crise medular dos sistemas de atenção à saúde, que não conseguem se adaptar, oportunamente, ao crescimento das condições crônicas**. O resultado é que temos hoje, no Brasil e em todo o mundo, uma incoerência entre uma situação de saúde de tripla carga de doenças, com predomínio relativo forte das condições crônicas e uma resposta social dada por sistemas de atenção à saúde fragmentados, que foram desenvolvidos na metade do século passado. Ou seja, **temos um descompasso entre uma situação de saúde do século XXI, sendo respondida por um sistema de atenção à saúde do século XX, que se volta relativamente para a atenção aos eventos agudos**.

O sistema fragmentado vigente se caracteriza por ser organizado por componentes, por níveis hierárquicos e para a atenção aos eventos agudos, para os indivíduos, de forma reativa, com ênfase em ações curativas, reabilitadoras e no cuidado profissional e sem um ente de coordenação dos fluxos de pessoas, produtos e informações. Esses sistemas fragmentados fracassaram totalmente no enfrentamento das condições crônicas. Pesquisa recente sobre a hipertensão arterial feita por 1200 estudos populacionais e com uma amostra de mais de 1 milhão de pessoas em vários países do mundo mostrou que de cada 100 pessoas menos de 10 delas estavam em tratamento e com a pressão arterial controlada. Não é diferente no Brasil em que estudos evidenciaram que de cada 100 pessoas com diabetes apenas 13 estavam em tratamento e com a glicemia controlada.

A conclusão é clara: há que se superar a fragmentação do cuidado para restabelecer a coerência entre a situação de saúde com forte predomínio de condições crônicas e os sistemas de atenção à saúde público e privado em nosso País.

Essa mudança não é trivial porque a implica enfrentar a fragmentação do cuidado que é, segundo a teoria da complexidade, um problema perverso (*wicked problem*). Esses problemas não são meramente complicados ou técnicos e não podem ser resolvidos pela simples aplicação da lógica ou do poder computacional ou pelos programas de melhoria da qualidade, requerendo intervenções amplas de reimaginação, que convocam soluções em redes e inovações disruptivas. Ou seja, impõe-se um movimento de transição do sistema fragmentado para a organização das redes de atenção à saúde que se caracterizam por: **um contínuo de atenção, um equilíbrio entre os eventos agudos e as condições crônicas, um foco numa população, uma construção dos sujeitos como agentes de sua saúde, uma ação proativa, um cuidado integrado (promoção, prevenção, cura, reabilitação e palição), uma ênfase no cuidado interdisciplinar e uma coordenação pela atenção primária**.

Felizmente, o SUS construiu uma base normativa muito potente que se materializa na Portaria nº 4.279 de 2010 e no Decreto nº 7.508 de 2018, uma das melhores em escala internacional. Trata-se agora de transformar essas normativas em prática cotidiana de nosso sistema público de saúde, o que não é uma tarefa fácil conforme demonstra a experiência internacional nesse tema.

Felizmente, muitas experiências de campo de implantação das redes de atenção à saúde têm sido realizadas no SUS em várias regiões do País. Uma delas, com grande abrangência nacional, é a **Planificação da Atenção à Saúde coordenada pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e desenvolvida em parceria com o Ministério da Saúde, com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e alguns hospitais de excelência**. Essa proposta que se iniciou em 2006 vem sendo construída com base em alguns pilares metodológicos como os estudos de demanda na atenção primária à saúde, a ciência da melhoria, o projeto colaborativo, o gerenciamento de processos, o processo educacional andragógico e tutorial e a ciência da implementação.

Do ponto de vista operacional, a construção das redes de atenção à saúde, em função da normativa do SUS, tem sido realizada por **linhas de cuidado**. Ainda que haja boas experiências com esse modelo, ele pode introduzir limitações ao alcance do objetivo fundamental das redes que é superar a fragmentação do cuidado por meio da obtenção do maior grau de integração possível nos sistemas de atenção à saúde. Isso pode ocorrer conforme o recorte das linhas de cuidado. **Nesse sentido, seria interessante considerar um modelo alternativo estruturado por ciclos de vida que seria ajustado, onde couber, dentro de cada ciclo, por linhas de cuidado. Esse modelo poderia propiciar níveis superiores de integração e um dos ciclos certamente seria o das pessoas idosas, que guarda relações de interdependência com os outros ciclos que lhe antecederam no curso da vida.**

A rede da atenção à saúde das pessoas idosas não se estrutura em função das doenças, mas de uma condição de saúde singular. Isso implica transitar do conceito de doenças para o de condições de saúde definidas pela Organização Mundial da Saúde como as **circunstâncias na saúde das pessoas que se apresentam de forma mais ou menos persistentes e que exigem respostas sociais reativas ou proativas, episódicas ou contínuas e fragmentadas ou integradas dos sistemas de atenção à saúde, dos profissionais de saúde e das pessoas usuárias**. As condições de saúde podem ser divididas em condições agudas e condições crônicas. Por consequência, todas as doenças crônicas são condições crônicas, mas também o são os fatores de risco individual biopsicológico, as doenças transmissíveis de curso longo, as condições maternas e perinatais, os distúrbios mentais, as deficiências físicas e estruturais contínuas e a manutenção da saúde por ciclos de vida.

Portanto, a atenção à pessoa idosa é uma condição crônica que pode eventualmente evoluir para um evento agudo que expressa o somatório das condições agudas e dos traumas com as condições crônicas agudizadas. Disso resulta que a atenção a essa pessoa não deve ter como foco as doenças, mas uma funcionalidade global estabelecida pelas condições de autonomia e independência, intimamente relacionadas ao funcionamento integrado e harmonioso dos sistemas da cognição, do humor/comportamento, da mobilidade e da comunicação.

A atenção à pessoa idosa é predominantemente uma condição crônica e, por consequência, ela deve ser regida por modelos de atenção às condições crônicas sustentados por evidências científicas que têm sido aplicados, com sucesso, em vários países do mundo, inclusive no Brasil.

Esses modelos têm como base propostas derivadas da determinação social da saúde e envolvem cinco níveis: nível 1, a promoção da saúde por meio de projetos intersetoriais; nível 2, a prevenção das condições de saúde por meio de ações sobre comportamentos e estilos de vida; e níveis 3, 4 e 5, a clínica das condições crônicas estabelecidas que varia em função da complexidade, como condições simples, complexas e muito complexas e que são manejadas por tecnologias de gestão da clínica. Os níveis 3 e 4 são respondidos pela gestão da condição de saúde e o nível 5 pela gestão de caso.

Os modelos de atenção às condições crônicas assentam-se em cinco pilares: a promoção da saúde, **a prevenção das condições de saúde, a estabilização, o autocuidado apoiado e a estratificação de risco**. Nos modelos de atenção às condições crônicas, a estratificação de risco pode ser feita de várias formas, mas há uma proposta denominada de pirâmide de risco que tem sido aplicada internacionalmente e que apresenta bons resultados sanitários e econômicos.

A estratificação de risco permite o manejo clínico diferenciado por estratos de risco, a introdução da gestão da clínica, a distribuição relativa do autocuidado e do cuidado profissional, a concentração ótima da atenção dos membros das equipes multiprofissionais no cuidado profissional, a composição relativa da atenção entre profissionais generalistas e especialistas e a racionalização da agenda dos profissionais de saúde. É ela que permite concretizar alguns objetivos das redes de atenção à saúde como prestar a atenção certa, no lugar certo e com a qualidade certa.

Há evidências de que estratificação de risco tem demonstrado resultados sanitários importantes como a melhoria da qualidade de vida das pessoas, uma maior estabilização das condições crônicas, a redução das internações hospitalares e das taxas de permanência nos hospitais e o aumento das ações de autocuidado pela população.

Além disso, a estratificação de risco traz melhores resultados econômicos porque os cuidados são distribuídos otimamente segundo os estratos. A organização das pessoas usuárias, segundo as diferentes complexidades, permite orientar as intervenções em relação aos grupos de risco e utilizar mais racionalmente os recursos. As evidências mostram que em qualquer sistema de atenção à saúde **80% das pessoas usuárias são pessoas com condições crônicas simples que devem ser atendidas somente na atenção primária à saúde com um componente forte de autocuidado apoiado; 15% a 20% são pessoas com condições crônicas complexas que devem ser atendidas na atenção primária com a participação da atenção especializada; e 1 a 5% são pessoas com condições crônicas muito complexas que convocam, além dos cuidados por equipes da atenção primária à saúde e de atenção especializada, a tecnologia da gestão de caso.** Assim, a estratificação de risco permite chegar a outro objetivo fundamental das redes de atenção à saúde **que é a atenção certa com o custo certo.**

O impacto econômico da estratificação de risco pode ser visto, por exemplo, no fenômeno das filas nos sistemas de atenção à saúde, um grave problema no SUS, que constrange o acesso e contribui para as queixas da população em relação ao nosso sistema público de saúde. Tome-se, como exemplo, as filas por atendimentos nas unidades ambulatoriais especializadas que, normalmente são enfrentadas por aumentos da oferta. Esse tipo de solução **não é sustentável** porque desconhece que, muitas vezes, há problemas de demanda como é o caso recorrente de pessoas com condições crônicas simples demandando a atenção ambulatorial especializada, quando deveriam estar sendo atendidas nas unidades de atenção primária à saúde. No SUS há vários exemplos de organização de redes de atenção à saúde que eliminaram as filas ou as tornaram gerenciáveis identificando as pessoas com condições crônicas simples e preparando a atenção primária para atendê-las.

O tema deste trabalho, o IVCF 20, está fortemente ligado ao pilar da estratificação de risco na rede de atenção à pessoa idosa. E isso coloca este instrumento como fundamental para o trabalho em redes de atenção à saúde que levem a melhores resultados sanitários e econômicos no SUS.

A rede de atenção à pessoa idosa no SUS deve considerar as condições reais da oferta de profissionais para sua implantação. Preocupa especialmente o desequilíbrio entre oferta de profissionais envolvidos nessa rede e a crescente demanda que se expressa no incremento da população idosa. Recorrendo-se ao estudo de Demografia Médica 2023 publicado pela Faculdade de Medicina da USP e pela Associação Médica Brasileira, **pode-se verificar que no Brasil há 2.670 médicos geriatras, o que significa 1,5 geriatras por 100.000 habitantes e um geriatra para 11.140 pessoas idosas, o que reflete uma situação de oferta bastante insuficiente.** Na força de trabalho médica, **os geriatras representam 0,5% do total dos especialistas.** Para atender a um crescimento significativo da população idosa, o número de médicos residentes é de 301, 0,7% dos residentes médicos no País. Some-se a isso, o problema da má distribuição desses geriatras: por região, 2,0% estão na região Norte, 8,4% na região Centro-Oeste, 16,2% na região Nordeste, 14,4% na região Sul e 58,9% na região Sudeste; e 65,8% estão nos municípios de capitais e 28,6% no interior.

Esses números refletem os limites que se tem, no SUS, para desenhar propostas de intervenções que dependam da ação de médicos geriatras. Certamente que essas dificuldades não devem imobilizar os esforços de organização de redes de atenção à pessoa idosa. Ao contrário, devem gerar energias para superá-las e **o IVCF-20 pode ser um instrumento para fazer chegarem aos médicos geriatras as pessoas com condições mais complexas, tornando mais racionais os fluxos assistenciais.** Também, para superar a grave situação distributiva, dentre outras medidas, **há que se radicalizar a transição de uma rede analógica de atenção à pessoa idosa para a saúde digital.**

MARCO TÚLIO G. CINTRA

Presidente da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia/Biênio 2023-2025

Um dos grandes desafios do SUS é prestar um cuidado de valor para a pessoa idosa. Para um cuidado de valor, há necessidade de reconhecimento do idoso frágil, otimização dos recursos para evitar a evolução para incapacidade ou reabilitação para restaurar parte da funcionalidade perdida e articulação entre a atenção primária e secundária e demais serviços disponíveis na rede.

Os motivos relacionados a este grande desafio são múltiplos. O primeiro deles é o modelo hospitalocêntrico, no qual a maioria dos problemas de saúde seriam resolvidos em unidades hospitalares. Este modelo aumenta custos sem necessariamente melhorar a vida da pessoa, pois há o risco de delírium, perda de massa e força muscular e quedas, por exemplo, o que pode resultar no desenvolvimento da fragilidade. Portanto, o cuidado deve ser planejado e desenvolvido na atenção primária, mesmo quando outros níveis de assistência estiverem envolvidos.

O segundo desafio é capacitar atenção primária no reconhecimento da síndrome de fragilidade. Treinar o médico da atenção primária no Brasil, o membro menos perene da equipe de saúde da família, que tem baixa disponibilidade de tempo para incorporação de novas demandas, não demonstra ser a alternativa mais adequada e eficaz. Capacitar os agentes comunitários de saúde (ACS) em rastrear a fragilidade pode ser uma solução de baixo custo e elevada eficácia.

O terceiro, está na determinação do instrumento a ser empregado no rastreio. Obviamente, a Avaliação Geriátrica Ampla (AGA), embora seja o padrão ouro, deve ser empregada em casos selecionados de alta complexidade na atenção secundária, por profissionais capacitados. O IVCF-20 é uma ferramenta extremamente interessante, demanda tecnologia de baixa densidade, pode ser aplicado por enfermeiros, médicos, ACS ou outros profissionais após treinamento de curta duração e possui a vantagem de o resultado direcionar para as prioridades. Esta avaliação deve ser complementada pelo IVSF-10 para detecção da vulnerabilidade sociofamiliar, que eleva o risco de piores desfechos, especialmente nos frágeis. Caso exista necessidade de encaminhamento à atenção secundária, surgirá invariavelmente o quarto desafio.

Na maior parte do nosso país predomina o modelo de centros de especialidade, no qual o fluxo de encaminhamento e alta com contrarreferência é extremamente limitado, favorecendo os pacientes ali atendidos em detrimento à maioria que não possui possibilidade de ter acesso. Há necessidade de fluxo contínuo de referência e contrarreferência com o devido matriciamento com a atenção primária, ou seja, a formação de uma atenção secundária de fato.

Por fim, há a necessidade de construir o plano de cuidados centrado na pessoa, o último dos desafios. O desafio não é a elaboração do plano de cuidado em si, embora não seja um processo simples, pois demanda habilidade de comunicação, interdisciplinaridade, priorização do cuidado e definição de metas de promoção de saúde e prevenção, tratamento, encaminhamentos, reabilitação e cuidados de fim de vida.

O desafio maior em relação ao plano de cuidados é que este esteja acessível na atenção primária, secundária e terciária, não somente no município onde habita, mas em todo o território nacional. O processo de informatização do sistema público de saúde brasileiro ocorreu sem uma coordenação central, de forma descentralizada, em ritmos de implantação díspares e com múltiplos softwares que não comunicam entre si. Portanto, um plano pactuado pela equipe de saúde e centrado na pessoa frequentemente é desconhecido da atenção secundária e terciária do mesmo município, determinando retrabalho, excesso de procedimentos e, o mais grave, o risco de não respeitar as preferências do paciente.

Ao ler o Manual de Avaliação da Pessoa Idosa para a Atenção Primária à Saúde: aplicações do IVCF-20 e do ICOPE, tive uma grata surpresa. Já esperava dos autores uma explicação extremamente didática de fragilidade, da forma adequada de avaliar a pessoa idosa e determinar prioridades na atenção primária. No entanto, o manual vai além ao propor construir um plano de cuidados por meio da estratégia E-SUS, com a presença de um passo a passo e casos clínicos, para tornar o plano disponível nacionalmente. Considero a leitura obrigatória para gestores, profissionais da área da saúde e demais profissões envolvidas com a atenção primária. O SUS apresenta um processo de construção contínua e este manual certamente contribuirá para uma assistência de valor para as pessoas idosas no nosso sistema público de saúde.

LÍGIA IASMINE PEREIRA DOS SANTOS GUALBERTO

Geriatra e Médica de Família. Coordenadora da Coordenação de Saúde da Pessoa Idosa na Atenção Primária (COPID/CGACI/DGCI/SAPS/Ministério da Saúde)

O processo de envelhecimento populacional, especialmente considerando o grande aumento no número de pessoas com mais de 80 anos, traz desafios importantes para o Brasil e para a saúde pública. Estima-se que, em 2023, já tenhamos ultrapassado 33 milhões de pessoas idosas, o que corresponde a mais de 15% da população total, segundo o IBGE. Sabe-se que mais de 70% das pessoas idosas no Brasil utilizam o Sistema Único de Saúde e a Atenção Primária à Saúde (APS) é o único nível de atenção presente em todos os municípios do país, o que traduz sua enorme capilaridade e potencial para efetivar melhorias reais na saúde das pessoas.

O ganho em longevidade associado ao acelerado ritmo de envelhecimento populacional brasileiro evidencia o sucesso de alguns programas do nosso Sistema Único de Saúde, marcado historicamente por ações estruturantes sob aspecto sanitarista. Contudo, um dos principais desafios atuais que se impõe para o cuidado em saúde das pessoas idosas, além do fortalecimento de ações já consolidadas, está no direcionamento de políticas capazes de lidar com a crescente demanda por cuidados de longa duração, agravadas por contextos de configurações familiares cada vez menores, cujo suporte para exercer o cuidado, muitas vezes, torna-se limitado.

Soma-se a essa perspectiva, a notória complexidade envolvida no acompanhamento de saúde da pessoa idosa, especialmente quando se exerce o cuidado centrado na pessoa, com olhar multidimensional, atento ao contexto ambiental, social e familiar sob a, ainda elevada, carga de doenças, especialmente doenças crônicas, nessa população.

Em contraponto, a prática mecanicista, centrada em atendimentos voltados para o manejo de doenças em múltiplos ambulatorios de especialidades com especialistas que não se comunicam entre si, traz, como consequência direta, a fragmentação do cuidado, a reificação da pessoa atendida e o alto risco de se estabelecerem iatrogenias, especialmente a partir de danos acumulados por interações medicamentosas, múltiplos efeitos adversos somados, fruto de prescrições com polifarmácia evitável.

Portanto, estruturar adequadamente a rede de APS com equipes em proporção estratégica para cada território adstrito, levando em conta sua vulnerabilidade e suas particularidades, provendo insumos, logística, estrutura física e carga horária profissional compatível com as necessidades de uma sociedade cada vez mais envelhecida é essencial.

Destaca-se a urgência no reconhecimento dessa complexidade, por parte dos gestores que atuam na atenção primária, especialmente no que toca a organização de agendas das equipes, para que essas possam atuar de fato na prevenção e na promoção de saúde, na coordenação do cuidado, na identificação oportuna de fatores de risco, nas situações de violência, nas iatrogenias, enfim, no acompanhamento longitudinal das pessoas idosas diante de todas suas particularidades e suas necessidades amplas.

Para tanto, treinar as equipes de saúde e as pessoas envolvidas no cuidado de pessoas idosas na aplicação de instrumentos que promovam a avaliação multidimensional rápida e efetiva, no nível primário e comunitário, torna-se estratégico. A aplicação de instrumentos como o IVCF-20 e como o ICOPE, apoiam a organização de processos de trabalho, direcionam a prática clínica, promovem a articulação do cuidado integral dentro da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e, como consequência, tendem a melhorar desfechos clínicos e indicadores de saúde a partir da prevenção e da redução de iatrogenias.

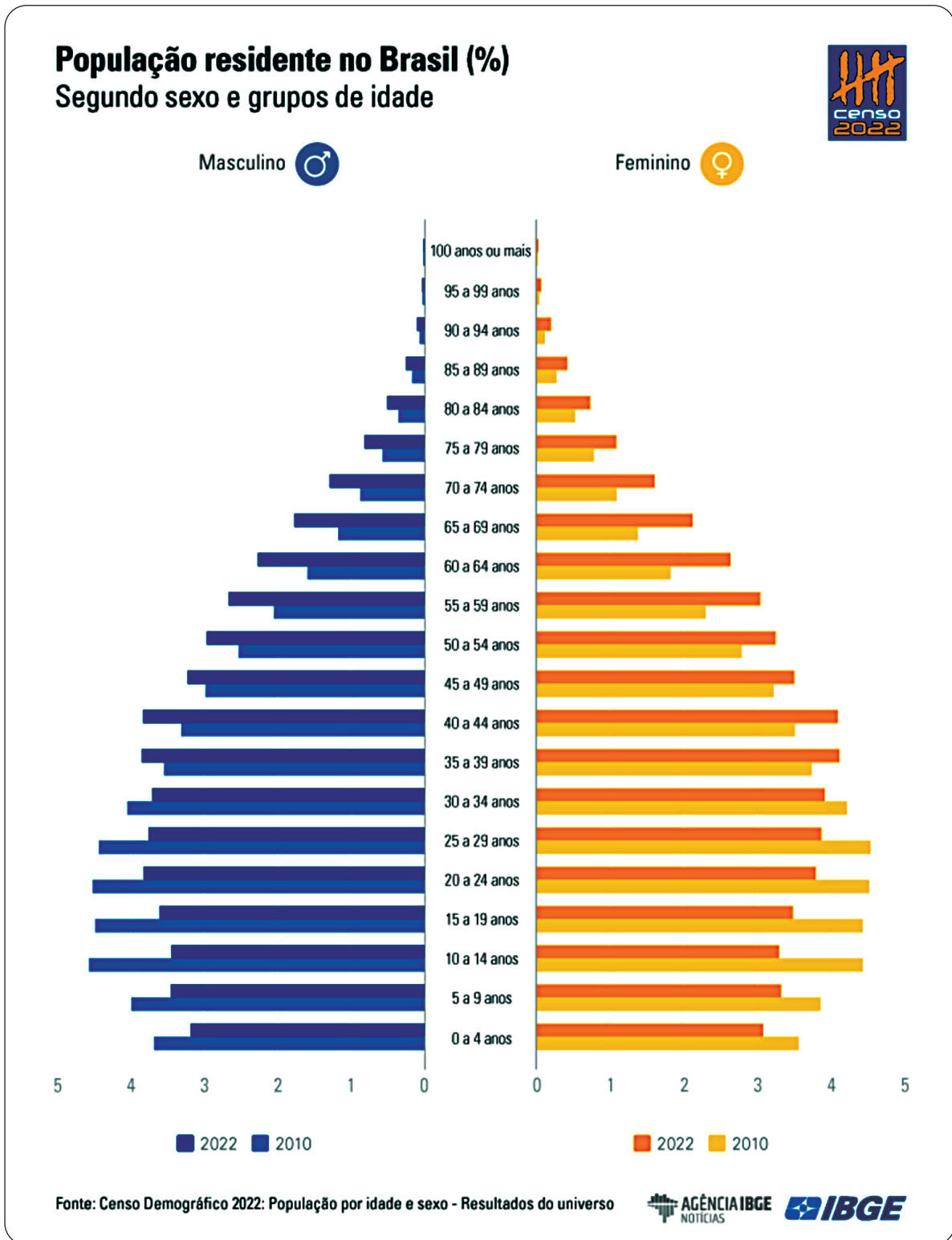
Além disso, a massiva aplicação da avaliação multidimensional de pessoas idosas no nível primário permite a estratificação de risco e a caracterização de necessidades de populações específicas, e, portanto, permite o direcionamento e a estruturação de políticas públicas pertinentes para cada perfil.

Esse material, portanto, contribui de modo fundamental na qualificação dos serviços e do Sistema Único de Saúde, especialmente no que toca a atenção à saúde das pessoas idosas, a partir da aplicação de tecnologia leve, de baixo custo, capaz de alcançar, com a devida capilaridade, as diferentes realidades do país, favorecendo portanto, o grande potencial resolutivo da Atenção Primária.

1. Demografia da População Idosa Brasileira em 2023

No final de 2023, o Instituto Brasileiro de Geografia e Ciências (IBGE) liberou os dados brasileiros referentes à população com 60 anos ou mais, que totalizou 32.113.490 pessoas, representando um acréscimo de 56% em relação à 2010 (Figura 1).

Figura 1: População residente no Brasil, segundo sexo e grupos etários



Em 1980, o Brasil tinha 6,1% da população com 60 anos ou mais de idade, enquanto que, atualmente, esse grupo representa 15,8% da população total. No outro extremo da pirâmide etária, o percentual de crianças de até 14 anos de idade, que era de 38,2% em 1980, passou a 19,8% em 2022. A Tabela 1 mostra a diferença entre as populações de 0 a 14 anos e de 60 anos ou mais nos últimos 40 anos.

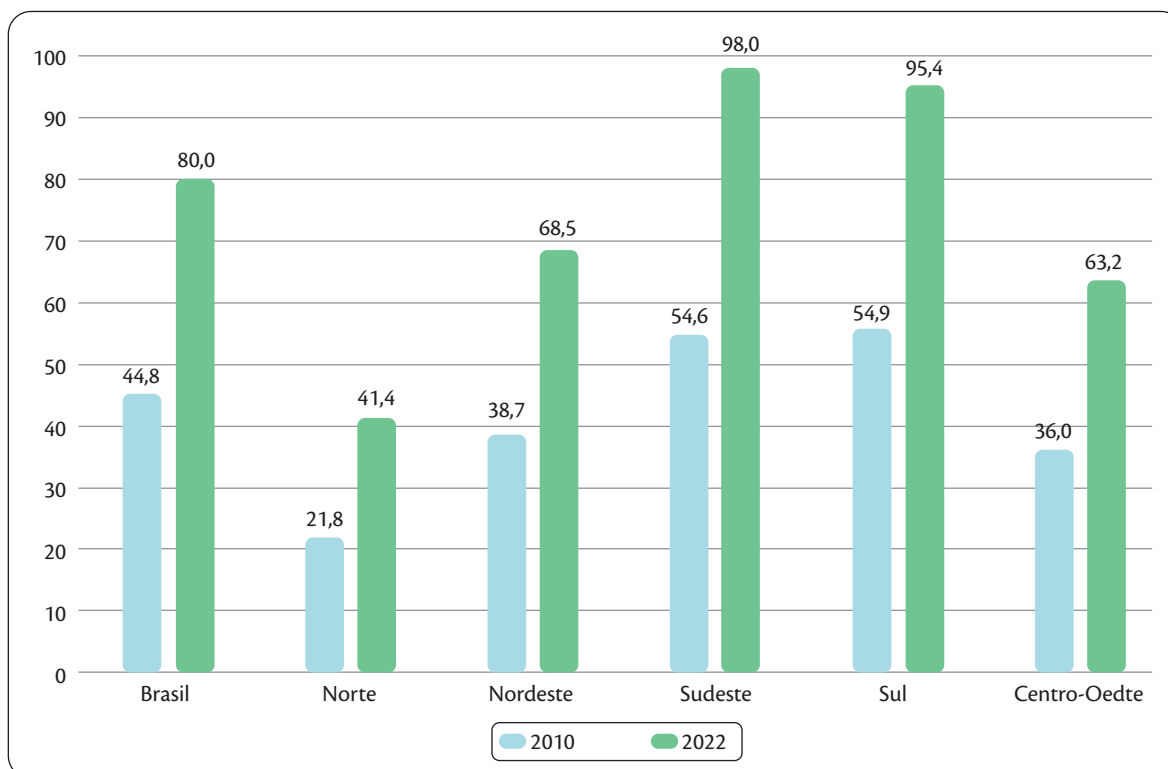
Tabela 1: População de 0 a 14 anos e de 60 anos ou mais entre 1980 e 2022

Ano	População de 0 a 14 anos (%)	População de 60 anos ou mais (%)
1980	38,2%	6,1%
1991	34,7%	7,3%
2000	29,6%	8,6%
2010	24,1%	10,8%
2022	19,8%	15,8%

Fonte: IBGE, 2023

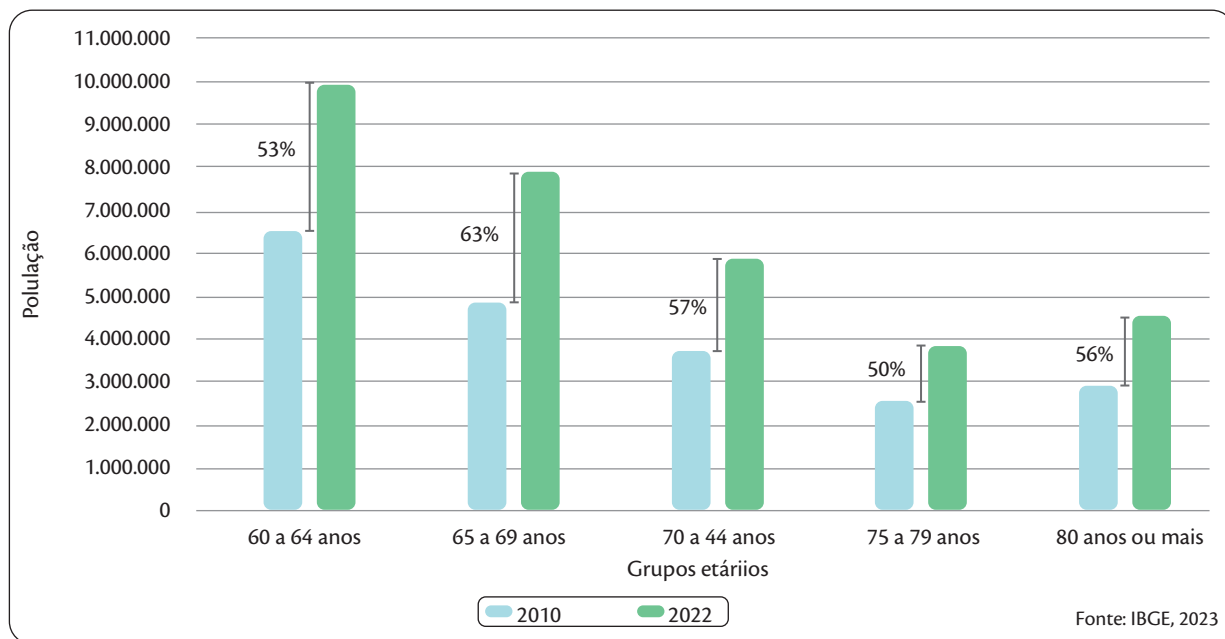
O Índice de Envelhecimento relaciona a população entre 0 a 14 anos com a população idosa (60 anos ou mais), sendo que, quanto maior o valor do indicador, mais envelhecida é a população. No Brasil, esse índice chegou a 80,0 em 2022, indicando que há 80 pessoas idosas para cada 100 crianças de 0 a 14 anos. Em 2010, o índice de envelhecimento era menor, correspondendo a 44,8 (Gráfico 2).

Gráfico 2: Índice de Envelhecimento no Brasil



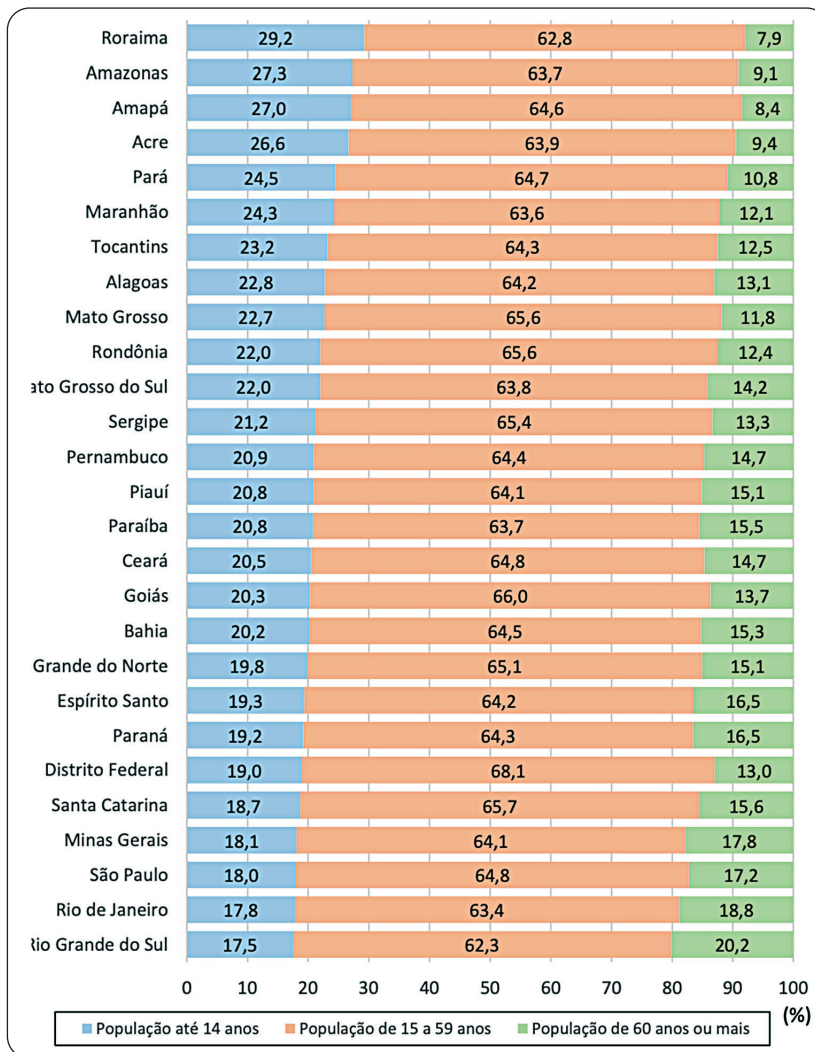
O gráfico 3 mostra que, entre os idosos, houve um crescimento significativo em todas as faixas etárias, incluindo as pessoas com 80 anos ou mais, nas quais o risco de fragilidade é bem maior.

Gráfico 3: Crescimento populacional nos diversos grupos etários



Os estados brasileiros com maior proporção de pessoas idosas são o Rio Grande do Sul (20,2%), Rio de Janeiro (18,8%) e Minas Gerais (17,8%), como mostrado no Gráfico 4.

Gráfico 4: Proporção da população idosa residente por unidade da federação

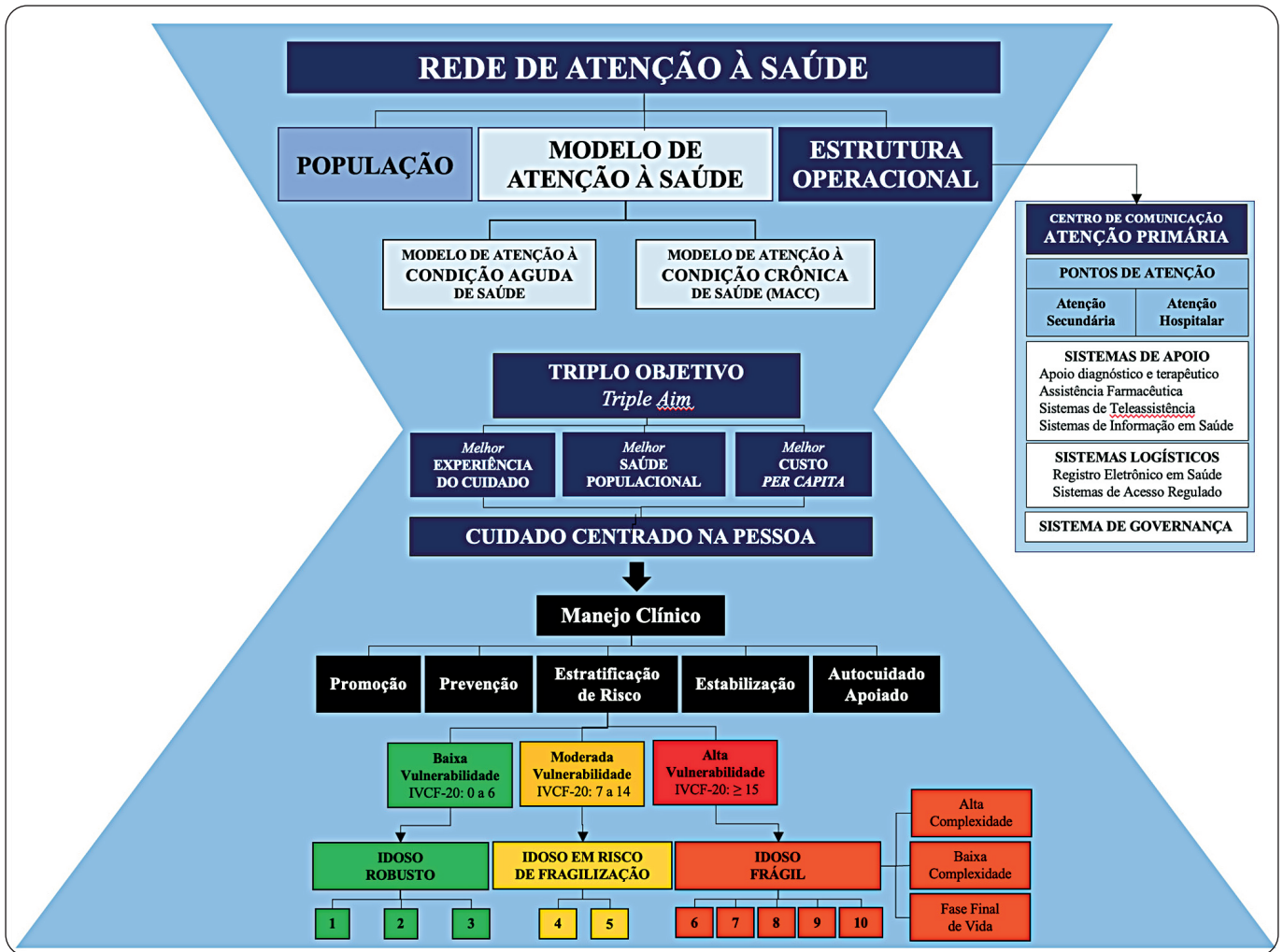


A população de centenários é de 37,8 mil pessoas, que, ao serem agrupados em um só município, ocuparia a 914ª posição em número de habitantes, dentre os 5.570 municípios brasileiros. Assim, todos os dados confirmam o rápido envelhecimento da população brasileira e a necessidade urgente de remodelamento do sistema da saúde para atender às novas necessidades dessa população.

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) representam a melhor resposta a esse novo desafio. As RAS são constituídas por três componentes básicos: estrutura operacional, modelo de atenção à saúde e população (Figura 2). A **ESTRUTURA OPERACIONAL** é coordenada pela atenção primária à saúde (APS) e representa o centro de comunicação entre todos os pontos de atenção à saúde, como a atenção secundária, atenção hospitalar, sistemas de apoio (apoio diagnóstico e terapêutico, assistência farmacêutica, sistemas de teleassistência e sistemas de informação em saúde), sistemas logísticos (registro eletrônico em saúde e sistema de acesso regulado) e sistema de governança. O **MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE** deve responder adequadamente às condições de saúde, definidas como as *“circunstâncias na saúde das pessoas que se apresentam de forma mais ou menos persistentes e que exigem respostas sociais reativas ou proativas, episódicas ou contínuas e fragmentadas ou integradas dos sistemas de atenção à saúde, dos profissionais de saúde e das pessoas usuárias”* (Mendes, 2019). Assim, as respostas às condições agudas de saúde, que, usualmente, tem duração inferior a três meses, são reativas, episódicas e fragmentadas e sua variável-chave é o tempo da resposta, que deve ser condicionado pelos critérios de gravidade ou classificação de risco, como o sistema Manchester. Por sua vez, as condições crônicas de saúde têm duração superior a três meses e incluem as doenças crônico-degenerativas (HAS, diabetes, câncer, etc), doenças infecciosas de longa duração (hanseníase, tuberculose, HIV/Aids, etc), estados fisiológicos (gravidez) e o acompanhamento dos ciclos de vida (infância, adolescência, adultez e velhice). Nesses casos, a variável chave não é só o tempo, mas sim, uma resposta integral e integrada, proativa e contínua ao longo do tempo. Portanto, os modelos de respostas às condições agudas e crônicas são bem distintos, mas têm como ponto de partida a estratificação de risco da população. Por fim, o conhecimento profundo da **POPULAÇÃO** é fundamental para se cumprir o **Triplo Objetivo** (*Triple Aim*): a melhor experiência do cuidado, a melhor saúde populacional e o melhor custo per capita. Outros dois objetivos foram acrescentados, como a satisfação dos profissionais da saúde e a equidade no acesso. Portanto, este componente não pode se restringir a parâmetros demográficos estabelecidos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Ciência (IBGE), mas sim, à população efetivamente cadastrada na APS, que deve ser subdividida em subpopulações baseadas em fatores de risco ou ciclo de vida e estratificada segundo a complexidade de seus problemas de saúde. O **cuidado centrado na pessoa** consiste na utilização de todos os recursos disponíveis para melhorar a vida do paciente e de sua família, e não simplesmente, tratar doenças ou prescrever intervenções ou medicamentos. O reconhecimento das expectativas, valores, desejos, preferências e possibilidades do paciente são tão importantes quanto o diagnóstico da condição de saúde propriamente dita e devem ser considerados na tomada de decisão. Todas as decisões devem ser discutidas e compartilhadas, garantindo-se o protagonismo do paciente e de sua família na elaboração do plano de cuidados personalizado. Outro aspecto relevante é a avaliação das possibilidades do paciente em relação às intervenções propostas, não sendo raro a suspensão de intervenções potencialmente indicadas, em virtude das limitações socioeconômicas e de letramento em saúde percebidas no paciente ou no seu contexto familiar. Da mesma forma, a coordenação do cuidado e a longitudinalidade, com a criação de vínculos de confiança e respeito, são indispensáveis, assim como o engajamento ativo de todos os profissionais envolvidos no cuidado e do paciente e da família, para que desenvolvam aptidões e competências necessárias ao autocuidado apoiado.

A Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa, realizada pela APS, representa o ponto de partida para a organização das respostas às demandas da população idosa. O Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional 20 (IVCF-20) é uma boa ferramenta para o reconhecimento das demandas e deve ser utilizado rotineiramente para a estratificação de risco da pessoa idosa.

Figura 2: Redes de Atenção à Saúde com foco na pessoa idosa



Percebe-se então que a população mundial está envelhecendo, com aumento das doenças crônicas, e conseqüentemente esses idosos estão evoluindo para situação de maior risco e vulnerabilidade, necessitando de cuidados ambulatoriais e domiciliares. Para isto os profissionais da atenção primária à saúde devem estar aptos para realizar essa avaliação adequadamente.

Essas pessoas necessitam de acompanhamento por médico e enfermeiro capacitados na área de saúde da pessoa idosa, além de equipe interdisciplinar (fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia, farmacêutico, serviço social, nutrição, psicologia, odontologia, educação física, musicoterapia, etc) e agente comunitário e saúde (ACS), conforme as incapacidades funcionais e condições crônicas identificadas.

É fundamental a avaliação detalhada do suporte familiar e social, pois esse idoso apresenta diversas demandas de cuidado e necessita de pessoas (cuidador de idoso) dedicadas a essa finalidade. Para isso, a avaliação familiar e aplicação de ferramentas como PRACTICE, genograma e ecomapa são fundamentais.

A avaliação da sobrecarga do cuidador torna-se, portanto, indispensável, sendo que a saúde deverá fazer parte do Plano de Cuidados Personalizado. Além disto, esse idoso está em risco de intervenções terapêuticas (uso de medicamentos) ou propedêuticas (exames complementares) potencialmente iatrogênicas, que podem piorar a sua saúde. Desta forma, a prevenção quaternária deve ser avaliada rigorosamente, devendo-se evitar intervenções fúteis e sem comprovação científica de sua indicação.

A aplicação de algumas ferramentas específicas para avaliação multidimensional da pessoa idosa, como IVCF-20, IVSF-10, ICOPE e a Classificação Clínico-Funcional devem ser utilizadas rotineiramente na APS, juntamente com as ferramentas específicas da Medicina e Família e Comunidade, que contribuem para compreender o idoso no seu território, sua competência cultural e suas relações, como Escala de Risco Familiar de Savassi-Coelho e a Escala de Risco e Vulnerabilidade para atenção domiciliar de Ribeiro e Fiuza. Todas as ferramentas descritas fornecem informações relevantes para a avaliação multidimensional da pessoa idosa e para a elaboração de plano terapêutico e planejamento de cuidados adequados. O objetivo é auxiliar a APS na construção do cuidado integral, longitudinal e equânime, garantindo a coordenação do cuidado das pessoas idosas.

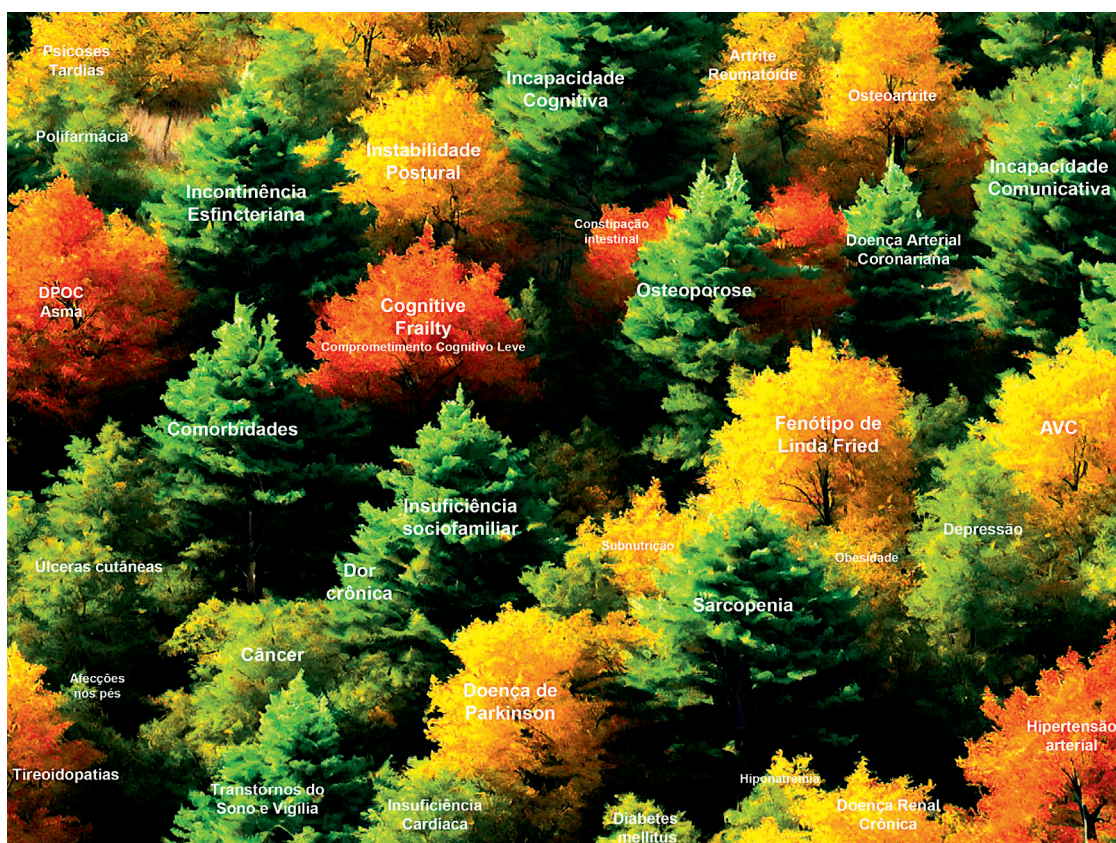
2. Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional – 20 (IVCF-20)

O Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional (IVCF-20) é um instrumento para identificação rápida da fragilidade no idoso. Em 2019, foi reconhecido como sendo um dos quatro melhores instrumentos do mundo capazes de reconhecer a fragilidade na população idosa. O conceito de fragilidade é heterogêneo, pois tenta abarcar diversas condições de saúde associadas a desfechos adversos e que, portanto, necessitam de reconhecimento precoce e de intervenções capazes de impedir ou retardar seu desenvolvimento. Em termos de saúde pública, fragilidade pode ser assim definida:

“Condição crônica de saúde resultante do declínio da capacidade homeostática sistêmica e celular. Não é uma doença propriamente dita, mas sim, um processo patológico associado ao acúmulo de agressões ao meio interno do organismo, não só relacionadas ao envelhecimento, mas também ao estilo de vida, hábitos, fatores de risco e ambientais. Apresenta caráter dinâmico, multidimensional, progressivo, mas potencialmente modificável, caracterizado pela redução significativa das reservas homeostáticas e, conseqüentemente, maior vulnerabilidade a desfechos adversos, como progressão rápida do declínio funcional, quedas, reações adversas a medicamentos (RAM), internação, institucionalização e óbito”.

Seu reconhecimento exige o pensamento sistêmico, que consiste na visão holística dos determinantes da saúde, definida como a capacidade individual de satisfação das necessidades biopsicossociais, independentemente da idade ou da presença de doenças. Nesta perspectiva, fragilidade não é também um somatório de doenças, mas representa o resultado das interconexões entre diversas condições crônicas de saúde mais prevalentes nesta população, cuja importância individual é inquestionável, mas que, quando associadas, podem causar profundas conseqüências na autonomia e independência da pessoa idosa. Idosos frágeis são mais vulneráveis às condições crônicas e mais susceptíveis às condições agudas, como doenças infecciosas e causas externas, como quedas. O IVCF-20 é uma forma de operacionalização desse pensamento sistêmico na área da saúde da pessoa idosa, cujo enfoque maior é na funcionalidade global do indivíduo e não no diagnóstico de condições específicas de saúde. Nessa população, a fragmentação diagnóstica deve ser cuidadosa, pois a interrelação entre as doenças é mais importante do que as doenças em si. Assim, o tema fragilidade deve ser encarado nesta perspectiva sistêmica, que implica na “capacidade de ver a floresta e não somente cada árvore e de transitar de relações lineares de causa e efeito para interrelações entre as diversas condições de saúde” (Mendes, 2023) (Figura 3). As intervenções propostas para os idosos frágeis devem ser, portanto, holísticas e interdisciplinares, e a atenção primária à saúde (APS) é o ponto da rede mais apropriado para tal abordagem.

Figura 3: Conceito de fragilidade



A gravidade da fragilidade é variável, podendo ser leve, quando não há declínio funcional, como ocorre na presença de comorbidade múltipla, sarcopenia ou comprometimento cognitivo leve. Comorbidade múltipla é, por sua vez, uma condição crônica de saúde caracterizada pela presença de várias doenças ou condições de saúde simultaneamente no mesmo indivíduo (polipatologia), associadas ou não ao uso regular e diário de cinco ou mais medicamentos (polifarmácia). A presença de internação recente, nos últimos seis meses, é também incluída nesta condição de saúde, pois está associada a alto risco de declínio funcional, independentemente da causa. A sarcopenia é outra condição crônica de saúde caracterizada pela redução da força e/ou da massa muscular, que pode também evoluir para declínio funcional e outros desfechos adversos. O comprometimento cognitivo leve é caracterizado pela presença de declínio cognitivo objetivo, mas sem repercussão funcional evidente, mas que apresenta alto risco de evolução para demência. Idosos portadores de comorbidade múltipla, sarcopenia e/ou comprometimento cognitivo leve são classificados como **“idoso em risco de fragilização”**. A presença de declínio funcional nas atividades de vida diária instrumentais (controle financeiro, fazer compras, preparar refeição, sair sozinho, realizar trabalhos domésticos, etc) caracteriza a fragilidade moderada. Nesta condição, o idoso é classificado como **“idoso frágil”**. A presença de incapacidade funcional para a realização das atividades básicas de vida (tomar banho, vestir-se, usar o banheiro, fazer transferência ou alimentar-se sozinho) caracteriza a fragilidade grave. Por fim, idosos que não apresentam declínio funcional, comorbidade múltipla, sarcopenia ou comprometimento cognitivo leve são denominados de **“idosos robustos”**. Estes últimos podem ter, inclusive, doenças, como hipertensão arterial, diabetes, etc, ou terem idade avançada, mas são independentes para todas as atividades de vida diária.

O IVCF-20 apresenta alta acurácia para o reconhecimento do idoso frágil. É um instrumento simples e de rápida aplicação (5 a 10 minutos) e tem a vantagem de ter caráter multidimensional, pois avalia oito dimensões consideradas preditoras de declínio funcional e óbito em idosos: 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 continência esfincteriana), a comunicação (visão e audição) e a presença de comorbidades múltiplas, representada por polipatologia, polifarmácia e/ou internação recente. Cada seção é avaliada através de perguntas simples, que podem ser respondidas pelo idoso ou por alguém que conviva com ele (familiar ou cuidador). Foram também incluídas algumas medidas consideradas fundamentais na avaliação do risco de declínio funcional do idoso, como peso, estatura, IMC, circunferência da panturrilha e velocidade da marcha em 4 metros. Pode ser aplicado por toda a equipe de enfermagem (enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem) e demais profissionais da área de saúde (médico, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, assistente social, dentista, psicólogo e farmacêutico). Cada pergunta recebe uma pontuação específica, de acordo com o desempenho do idoso.



ÍNDICE DE VULNERABILIDADE CLÍNICO FUNCIONAL-20 (IVCF-20)
www.ivcf20.org

IDADE	1. Qual é a sua idade?	() 60 a 74 anos (0)	
		() 75 a 84 anos (1)	
		() ≥ 85 anos (3)	
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)	
AVD Instrumental <i>A pontuação máxima deste item é de 4 pontos, mesmo que o idoso tenha respondido sim para todas as questões 3, 4 e 5</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, gasto 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)		
	6. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de tomar banho sozinho? () Sim (6) () Não (0)		
COGNIÇÃO	7. Algum familiar ou amigo falou que você está ficando esquecido? () Sim (1) () Não (0)		
	8. Este esquecimento está piorando nos últimos meses? () Sim (1) () Não (0)		
	9. Este esquecimento está impedindo a realização de alguma atividade do cotidiano? () Sim (2) () Não (0)		
HUMOR	10. No último mês, você ficou com desânimo, tristeza ou desesperança? () Sim (2) () Não (0)		
	11. No último mês, você perdeu o interesse ou prazer em atividades anteriormente prazerosas? () Sim (2) () Não (0)		
MOBILIDADE	Alcance, preensão e pinça	12. Você é incapaz de elevar os braços acima do nível do ombro? () Sim (1) () Não (0)	
		13. Você é incapaz de manusear ou segurar pequenos objetos? () Sim (1) () Não (0)	
	Capacidade aeróbica e/ou muscular <i>A pontuação máxima deste item é de 2 pontos, mesmo que o idoso tenha respondido sim para todas as quatro questões.</i>	14. Você tem alguma das três condições abaixo relacionadas? () Sim (2) () Não (0)	
		• Perda de peso não intencional de 4,5 kg ou 5% do peso corporal no último ano ou 6 kg nos últimos 6 meses ou 3 kg no último mês ()	
		• Índice de Massa Corporal (IMC) menor que 22 kg/m ² ()	
		• Circunferência (perímetro) da panturrilha a < 31 cm ()	
Marcha	15. Você tem dificuldade para caminhar capaz de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? () Sim (2) () Não (0)		
	16. Você teve duas ou mais quedas no último ano? () Sim (2) () Não (0)		
Continência Esfincteriana	17. Você perde urina ou fezes, sem querer, em algum momento? () Sim (2) () Não (0)		
	18. Você tem problemas de visão capazes de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? É permitido o uso de óculos ou lentes de contato. () Sim (2) () Não (0)		
COMUNICAÇÃO	19. Você tem problemas de audição capazes de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? É permitido o uso de aparelhos de audição. () Sim (2) () Não (0)		
	20. Você tem alguma das três condições abaixo relacionadas? () Sim (4) () Não (0)		
COMORBIDADE MÚLTIPLA <i>A pontuação máxima desta questão é de 4 pontos, mesmo que o idoso tenha respondido sim para todas as três questões.</i>	• Cinco ou mais doenças crônicas.		
	• Uso regular de cinco ou mais medicamentos diferentes, todo dia.		
	• Internação recente, nos últimos 6 meses.		
Pontuação Final			

0 1 2 3 4 5 6 **7** 8 9 10 11 12 13 14 **15** 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40

0 a 6 pontos BAIXA VULNERABILIDADE clínico-funcional	7 a 14 pontos MODERADA VULNERABILIDADE clínico-funcional	≥ 15 pontos ALTA VULNERABILIDADE clínico-funcional
--	--	--

2.1 Aplicação do IVCF-20

O IVCF-20 pode ser aplicado por qualquer profissional de saúde, incluindo técnico/auxiliar de enfermagem, agente comunitário de saúde ou, até mesmo, cuidador de idosos. O tempo de aplicação é curto, variando de 5 a 10 minutos, dependendo da experiência do aplicador e do grau de fragilidade do paciente. As perguntas são direcionadas à pessoa idosa e devem ser confirmadas pelo familiar ou acompanhante, desde que convivam com o idoso e estejam em condições de responder aos questionamentos. Nos idosos incapazes de responder, utilizar as respostas do cuidador. Desta forma, o instrumento pode ser utilizado em qualquer idoso, independentemente da sua condição de saúde, e em qualquer cenário de atendimento (ambulatório, ILPI, hospital, domicílio, etc). O instrumento é composto por 20 perguntas, que avaliam as principais dimensões da saúde da pessoa idosa. As perguntas devem ser sequenciais e realizadas de forma sistematizada. Cada pergunta tem um significado clínico e, caso esteja presente, deve ser seguida por orientações direcionadas ao problema identificado. Nos quadros abaixo apresentamos as perguntas, como perguntar, significado e orientações.

Clique aqui e faça o Curso Introdutório para Utilização do IVCF-20



<https://ecvirtual.com.br/checkout/ECY2B0CEFSOMD6>

Pergunta 1 Qual é a sua idade?

Como perguntar

Perguntar a idade do idoso, pontuando 0, se a idade for entre 60 e 74 anos; 1 ponto se a idade for 75 e 84 anos; 3 pontos se a idade for igual ou maior que 85 anos. Sabe-se que, quanto maior a idade, maior o risco de dependência funcional. Assim, os idosos muito idosos são mais vulneráveis e devem ser acompanhados com maior atenção.

Significado

A heterogeneidade entre os indivíduos idosos é marcante e progressiva ao longo do processo de envelhecimento. Quanto mais velhos, maiores são as diferenças entre os indivíduos. A idade por si só não é um bom marcador de declínio funcional e dependência. Idosos com a mesma idade cronológica apresentam padrões de dependência funcional extremamente variáveis. Doenças, por sua vez, são frequentes nos idosos. Envelhecer sem nenhuma doença crônica é mais uma exceção do que a regra. Todavia, indivíduos com o mesmo diagnóstico clínico podem ter a capacidade funcional absolutamente distinta um do outro. Assim, a presença de doenças também não significa ausência de saúde. Desta forma, SAÚDE no idoso pode ser definida como a capacidade individual de realização das aspirações e da satisfação das necessidades, independentemente da idade e da presença ou não de doenças.

O que importa não é a idade do indivíduo, mas sim a presença de fragilidade, definida como uma “condição crônica de saúde associada ao envelhecimento e caracterizada pela redução acelerada das reservas homeostáticas e aumento da vulnerabilidade a desfechos adversos, como progressão rápida do declínio funcional, internação, institucionalização e óbito. Os principais determinantes da fragilidade são as comorbidades múltiplas (polifarmácia, polipatologia e internação recente); presença de sarcopenia ou do “fenótipo da fragilidade”; presença de transtorno neurocognitivo leve e das Grandes Síndromes Geriátricas (incapacidade cognitiva, instabilidade postural, imobilidade, incontinência esfincteriana, incapacidade comunicativa, iatrogenia e insuficiência familiar), que podem ocorrer de forma isolada ou, mais comumente, de forma associada”.

Torna-se, portanto, indispensável classificar o idoso conforme seu grau de fragilidade em três grupos, independentemente de sua idade:

- **Idoso Robusto:** idosos que apresentam boa reserva homeostática e, portanto, são capazes de gerenciar sua vida de forma independente e autônoma e não apresentam nenhuma incapacidade funcional ou condição crônica de saúde associada a maior vulnerabilidade.
- **Idoso em Risco de Fragilização:** idosos independentes para as atividades de vida diária, mas que já apresentam algum grau de fragilidade (comorbidades múltiplas, sarcopenia ou “fenótipo da fragilidade” ou presença de transtorno neurocognitivo leve), embora ainda insuficiente para causar dependência funcional.
- **Idoso Frágil:** idosos que apresentam a fragilidade na sua plenitude e, conseqüentemente, dependência funcional nas atividades de vida diária. Tais idosos necessitam de cuidados de longa duração, conforme o grau de dependência nas atividades de vida diária instrumentais e básicas.

Orientações

Velhice não é sinônimo de doença ou de incapacidades. A “idade” não pode ser responsabilizada pelas queixas ou sintomas apresentados pelos idosos. O envelhecimento é a maior conquista da humanidade e temos que comemorá-la. Todavia, indivíduos com maior idade tendem a apresentar mais problemas de saúde, que devem ser investigados e tratados adequadamente.

Pergunta 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

Como perguntar

A pergunta é direcionada ao paciente e confirmada pelo familiar/cuidador ou acompanhante. Caso haja diferença na resposta, deve-se considerar a resposta do familiar/cuidador ou acompanhante.

Significado

A autopercepção é utilizada como indicador válido de qualidade de vida, da presença de doenças e de redução da independência e autonomia, pois incorpora aspectos físicos, cognitivos e emocionais do processo de saúde e doença. A presença de percepção regular ou ruim da saúde é considerado um bom marcador da presença de fragilidade ou outras condições de saúde que devem ser melhor investigadas. É considerada também um bom preditor de mortalidade. Eventualmente percebe-se uma discordância entre a resposta do paciente e do familiar, traduzindo uma dificuldade no *insight* de uma das partes.

Orientações

Na presença de saúde regular ou ruim deve-se fazer as seguintes orientações para o idoso e sua família:

- Esclarecer as diferenças entre saúde, doença e incapacidade.
- Identificar estratégias para melhorar a aceitação do idoso em relação a sua condição de vida.
- Identificar estratégias para melhorar o desempenho de seus papéis.
- Aconselhar quanto a administração do estresse em relação às suas limitações físicas ou cognitivas.
- Orientar o idoso e encorajá-lo a lidar com suas condições crônicas de saúde.
- Encaminhar o idoso para receber a assistência necessária às suas necessidades de saúde.



Pergunta 3: Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de fazer compras?



Pergunta 4: Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de controlar seu dinheiro, gastos ou pagar as contas de sua casa?



Pergunta 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?

Como perguntar

As perguntas 3, 4 e 5 avaliam o grau de independência nas tarefas do cotidiano mais complexas (AVD instrumentais), que representam a capacidade do idoso de cuidar de sua própria vida e, desta forma, viver sozinho e de forma independente. O avaliador deve considerar a realização efetiva das referidas tarefas, ou seja, a resposta só será considerada negativa se o idoso estiver fazendo a AVD de forma concreta e atual. A pontuação nestas três perguntas não é cumulativa, de forma que a pontuação máxima é de 4 pontos, mesmo que o idoso tenha respondido sim para as questões 3, 4 e 5.

Deve-se ter o cuidado de afastar outras causas de não realização destas tarefas, que não a saúde ou condição física do paciente. Por exemplo, pode ser que o idoso nunca controlou o dinheiro, gastos ou pagou contas, pois o cônjuge sempre o fez. Assim, não houve perda ou declínio funcional, pois a pessoa nunca teve a oportunidade de executar aquela tarefa anteriormente. Nestes casos, a resposta é negativa, pois a pessoa não faz aquela tarefa por outros motivos que não sua saúde ou condição física.

Significado

A presença de dependência funcional em qualquer atividade de vida diária não pode ser considerada "normal da idade", independentemente da idade do indivíduo. O declínio funcional é o principal marcador de fragilidade e deve ser rigorosamente avaliado para se definir a causa e as intervenções capazes de maximizar a autonomia e independência.

Respostas positivas nestas questões devem ser complementadas pela avaliação da capacidade funcional, detalhando-se melhor as AVD instrumentais (capacidade para preparar refeições, sair de casa sozinho para lugares distantes, usar o telefone e lavar e passar as roupas), com o objetivo de confirmar a presença e a gravidade do declínio funcional.

Orientações

- Na presença de declínio funcional, deve-se fazer as seguintes orientações para o idoso e sua família:
- Esclarecer que a velhice não é causa de declínio funcional.
- Todo declínio funcional está associado a alterações nos sistemas funcionais: cognição, humor/comportamento, mobilidade ou comunicação.
- Orientar o paciente a buscar a causa da incapacidade.
- Estimular o paciente a manter as atividades anteriormente desenvolvidas, se necessário, sob supervisão, conforme a avaliação funcional.
- Procurar atividades mais simples e agradáveis para o idoso, de acordo com sua satisfação.
- Descrever o passo a passo ou dicas para a realização de algumas tarefas mais complexas (receitas, trabalho artesanal).
- Buscar ajuda profissional para reabilitação e melhor utilização da tecnologia assistiva, adaptação ambiental e uso de dispositivos de ajuda, conforme o diagnóstico clínico-funcional.



Pergunta 6: Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de tomar banho sozinho?

Como perguntar

Esta pergunta avalia o grau de independência nas AVD básica ou autocuidado. Tomar banho sozinho, sem ajuda, significa planejar o banho, despir-se, entrar debaixo do chuveiro, usar o sabonete e utilizar a toalha. A presença de resposta positiva vale seis pontos, que significa a perda desta habilidade funcional, mesmo que seja parcial. Este item tem a maior pontuação no IVCF-20, pois uma resposta positiva representa um alto grau de declínio funcional. Normalmente, há uma certa hierarquia no declínio funcional, de tal forma que, quando o idoso não consegue mais cuidar de si mesmo (AVD básica), é sinal de que ele já não consegue também cuidar de sua casa ou morar sozinho (AVD instrumental).

Significado

Idosos que não conseguem mais tomar banho sozinhos são idosos considerados frágeis e, certamente, não conseguem realizar outras atividades de vida diária instrumentais, como sair sozinho, preparar as refeições, etc. Podem, inclusive, ser dependentes para outras atividades básicas de vida diária, como vestir-se sozinhos, usar o banheiro, fazer transferências ou comer sozinhos.

Orientações

Idosos dependentes para o autocuidado (tomar banho, vestir-se, etc) necessitam de suporte familiar e de cuidador. A demanda por cuidados é elevada e deve-se avaliar se a família está em condições de fazê-lo da melhor forma possível. Deve-se, portanto, realizar as seguintes orientações para o idoso e sua família:

Esclarecer que a velhice não pode justificar a incapacidade para tomar banho sozinho.

Este idoso deve ser avaliado para a presença de problemas na cognição, humor/comportamento, mobilidade e/ou comunicação. A causa da incapacidade deve ser definida para se propor as intervenções terapêuticas mais indicadas para o paciente.

A família e o cuidador devem ser capacitados para oferecer as melhores tecnologias do cuidado, incluindo as adaptações ambientais e uso de órteses e próteses, que possam aumentar o desempenho e a segurança do idoso nas tarefas do cotidiano.

Pergunta 7: Algum familiar ou amigo falou que você está ficando esquecido?

Pergunta 8: Este esquecimento está piorando?

Pergunta 9: Este esquecimento está impedindo a realização de alguma atividade do cotidiano?

Como perguntar

Algum familiar ou amigo falou que você está ficando esquecido?

Observe que a pergunta 7 enfatiza se alguém está percebendo o esquecimento. Não considera o esquecimento autorelatado ou percebido somente pelo paciente. A presença de resposta positiva nesta pergunta vale um ponto (1 ponto), mas somente se o esquecimento estiver sendo claramente percebido por pessoas que convivem com o idoso. Esquecimento autopercebido, sem confirmação por terceiros, não é pontuado.

Este esquecimento está piorando?

A presença de esquecimento que está piorando ao longo do tempo é preocupante e deve ser pontuado (1 ponto). Neste item, pode-se considerar o esquecimento autopercebido, desde que esteja piorando. A piora do esquecimento considera sua evolução desde o início da queixa e não somente os últimos meses. Por vezes, percebe-se que o esquecimento de origem demencial apresenta estabilização por um determinado período de tempo, mas teve piora quando se considera o início do problema.

Este esquecimento está impedindo a realização de alguma atividade do cotidiano?

A repercussão do esquecimento nas tarefas do cotidiano é o elemento mais preocupante, pois sugere a presença de doença neurodegenerativa de origem demencial. Resposta positiva nesta questão vale dois pontos (2 pontos) e confirma que o idoso deixou de fazer alguma tarefa do cotidiano por causa do esquecimento, como aquelas AVD instrumentais avaliadas nas perguntas 3, 4 e 5.

Significado

A presença de pontuação nestes itens sugere a presença de declínio cognitivo. A incapacidade cognitiva é a principal suspeita, que pode ser causada pelas síndromes demenciais ou pelos transtornos do humor (depressão e ansiedade). Todavia, nem todo esquecimento deve ser atribuído a síndromes demenciais, como a doença de Alzheimer. O "envelhecimento cerebral" pode ser responsável por algumas queixas cognitivas, como maior lentificação para a evocação da memória e maior dificuldade para fazer várias tarefas concomitantemente. Tais alterações podem ser normais no idoso, mas não causam dependência funcional. Outra alteração que deve ser afastada é o Transtorno Neurocognitivo Leve, no qual ocorrem alterações objetivas da memória e outras funções cognitivas, que são percebidas pelos familiares e amigos, mas que não causam declínio funcional. Tais indivíduos apresentam maior risco de evolução para quadros demenciais.

A causa mais temida de declínio cognitivo é o Transtorno Neurocognitivo Maior ou demência, que é caracterizada pela presença de esquecimento progressivo capaz de interferir na realização das tarefas do cotidiano. Além do esquecimento e de declínio funcional, os idosos com quadro demencial podem apresentar sintomas psicológicos e comportamentais, como agitação psicomotora, ideias delirantes, alucinações, perambulação, transtornos do sono, apatia ou indiferença, ansiedade, desinibição e alterações alimentares. O diagnóstico precoce é fundamental para a prescrição do tratamento farmacológico e não farmacológico específico para cada tipo de demência, além de proteger o paciente "dele mesmo", evitando-se alguns acidentes, como os "acidentes" financeiros (extorsão, perda de dinheiro, etc), acidentes domésticos (fogão ligado, incêndio, quedas, etc) e acidentes de trânsito (direção veicular, atropelamentos, etc), daí a importância do diagnóstico, assim que houver a suspeita clínica.

Na presença de respostas positivas nestas perguntas (7, 8 e 9) deve-se realizar a avaliação cognitiva mais detalhada do idoso, particularmente quando houver também declínio funcional nas atividades de vida diária (perguntas 3, 4, 5 ou 6). Inicialmente, as funções cognitivas podem ser avaliadas de forma subjetiva (pergunta 7 sobre fatos e acontecimentos do cotidiano e/ou relações parentais para avaliação da memória episódica) e, posteriormente, de forma objetiva, aplicando-se testes de triagem cognitiva, como o Mini-Exame do Estado Mental (MEEM), Lista de Palavras do CERAD, Reconhecimento de Figuras, Teste do Relógio e Fluência Verbal.

Orientações

Nos idosos com suspeita de incapacidade cognitiva, as seguintes orientações podem ser úteis:

1. Intervenções que aumentam a segurança do paciente e reduzem o risco de acidentes:

- Supervisão na cozinha, principalmente com o fogão e panelas.
- Guardar fósforos e isqueiros em local de difícil acesso, ficar atento a fogão aceso, gás ligado (desligar o gás geral).
- Manter a segurança ambiental do idoso: evitar tapetes, móveis, degraus, escadas, fios soltos e as tomadas devem ser cobertas.
- Guardar medicamentos e produtos não comestíveis em locais fechados.
- Manter materiais de limpeza e inseticidas guardados em lugares de difícil acesso.
- Cobrir tomadas elétricas.
- Cuidado com ventiladores.
- Promover áreas seguras, barra de apoio, piso antiderrapante, principalmente quando há perambulação.
- Manter janelas, portas e portões protegidos para evitar fugas e guardar as chaves em locais seguros.
- Orientar porteiros e vizinhos informados sobre o problema para que nunca saia desacompanhado e promover a identificação da pessoa idosa por meio de etiqueta na vestimenta ou pulseira (nome, telefone, endereço).
- Evitar a direção veicular: é perigoso dirigir, mesmo nas fases iniciais da demência.

2. Intervenções que estimulam a memória e a independência do indivíduo:

- Evitar fazer tudo para o paciente. Manter a independência do paciente conforme seu potencial cognitivo é importante para estimular a cognição e promover um senso de dignidade e respeito, reduzindo o sentimento de inutilidade.
- Caso a atividade deixe a pessoa chateada ou agressiva por não conseguir mais realizá-la, simplifique ou apresente uma nova alternativa, de acordo com a capacidade da pessoa, evitando que ela fique frustrada.
- Se for necessário, simplifique ou divida as tarefas em etapas, mas não o impeça de participar.
- Manter sempre a mesma rotina é fundamental: higiene, alimentação, repouso e atividades, em geral.
- Evite viajar com o paciente, exceto quando for para lugares previamente conhecidos.
- Evite mudanças de moradia para o paciente, pois o tempo necessário para sua adaptação é normalmente prolongado.
- Manter relógio e calendário de fácil acesso.
- Estimular a memória oferecendo atividades e terapias que não provocam agitação.
- Manter a casa sempre organizada e evitar mudanças desnecessárias, para evitar confusão.
- A música estimula a memória, alivia a tensão e a ansiedade, causando bem estar e melhora cognitiva.

3. Medidas que promovem qualidade de vida:

- Evite confrontação. Discutir só causa frustração e agressividade. Em vez de corrigir, distraia a pessoa, mude de assunto, tire-a do ambiente e é provável que em pouco tempo ela não mais se lembre do que estava fazendo.
- Evitar discussão com o paciente, tente encontrar a razão do problema e ajudá-lo.
- Manter o paciente ativo durante o dia. Incentive a participação na realização de tarefas que gostava ou de tarefas novas. Mesmo não conseguindo desempenhar da mesma maneira que antes, pode realizar alguma parte.
- Algumas atividades, como caminhar, dançar e jardinagem podem ser experimentadas para evitar que a pessoa fique perambulando, por exemplo.
- Manter o ambiente calmo, silencioso, confortável, tranquilo e seguro no domicílio. Ruídos e muita claridade podem estimular excessivamente o paciente.
- Lidar com crianças e animais de estimação pode apresentar resultados terapêuticos positivos.
- Ao chamar o idoso para fazer algo, seja claro e afirmativo: “vamos almoçar”; “vamos tomar banho agora”; “é hora de deitar”. Não ofereça várias opções para o paciente decidir.
- Evite desafiar ou fazer piadas com seu esquecimento ou brincar de adivinhação, como: “... lembra?”. De nada vai adiantar você dizer que já falou mil vezes se o outro não grava essa informação.

Pergunta 10: No último mês, você ficou com desânimo, tristeza ou desesperança?

Pergunta 11: No último mês, você perdeu o interesse ou prazer em atividades anteriormente prazerosas?

Como perguntar

As perguntas 10 e 11 avaliam a presença de sintomas depressivos, destacando, respectivamente, os dois critérios maiores para o diagnóstico de transtorno depressivo: tristeza e perda do prazer. Cada resposta positiva vale dois pontos (2 pontos). A pergunta 10 refere-se à presença de tristeza, que pode ser subjetiva (sente-se vazio, sem esperança) ou por observação feita pelos familiares (o idoso parece choroso ou desencorajado). O sintoma deve prevalecer a maior parte do tempo e deve ter a duração mínima de quatro semanas. A pergunta 11 refere-se à perda de motivação, interesse, vontade ou iniciativa de realizar atividades ou passatempos que eram prazerosas anteriormente, como se o paciente “não se importasse mais”. Da mesma forma, o sintoma deve estar presente a maior do tempo e quase todos os dias e ter duração mínima de quatro semanas.

Significado

Respostas positivas sugerem a presença de sintomatologia depressiva, particularmente quando as duas perguntas forem positivas. Todavia, o diagnóstico deve ser confirmado com a avaliação por um profissional de saúde capacitado a realizar o diagnóstico de episódio depressivo. A aplicação de escalas, como a Escala Geriátrica de Depressão, podem ser úteis na avaliação do humor.

A depressão é uma doença frequente em todas as faixas etárias. Sintomas depressivos podem estar presentes em cerca de 10 a 20% idosos, principalmente quando há outras doenças crônicas associadas. Depressão é muito mais que tristeza, pois na depressão ainda podem ocorrer sentimento de culpa, autoacusação ou desejo de morrer. O diagnóstico de depressão no idoso é mais difícil, pois, muitas vezes, o idoso acha que “depressão é normal da velhice” ou que a depressão pode ser controlada por ele mesmo, mesmo sem ajuda profissional. Ainda existem muitas atitudes negativas em relação ao diagnóstico de depressão, como se fosse um tipo de “fraqueza de espírito”. Muitas vezes, a depressão é confundida com outras doenças clínicas, dificultando mais ainda seu diagnóstico. Deve-se ter clareza que a depressão é uma doença potencialmente grave, capaz de comprometer significativamente a qualidade de vida do indivíduo e é considerada uma das principais causas de incapacidade funcional. Dor crônica e transtornos do sono são comorbidades frequentes no idoso com depressão.

O tratamento é eficaz, baseado no uso de medicamentos antidepressivos, psicoterapia e outras intervenções biológicas ou psicossociais.

Orientações

Na presença de sintomas sugestivos de depressão recomenda-se as seguintes intervenções:

- Confirmar o diagnóstico de depressão maior com o médico assistente, para que seja prescrito o tratamento farmacológico e não farmacológico mais conveniente.
- Evitar o isolamento social, manter o paciente sempre com outras pessoas.
- Estimular atividades físicas: caminhadas, corridas, escutar música suave, danças e fazer exercícios de relaxamento.
- Evitar uso de drogas e álcool.
- Estimular a realização de atividades prazerosas e importantes para o paciente. Ainda assim, deve se avaliar quais atividades o idoso será capaz de realizar, principalmente quando está deprimido. Caso a pessoa seja “cobrada” de realizar as suas atividades usais que no momento não consiga realizar, isto poderá levar a mais pensamentos de inutilidade e piorar a depressão.
- Encorajar a procura de suporte psicoterapêutico.
- Verificar o uso do medicamento e encorajar a adesão ao tratamento.
- Atentar para as referências ao suicídio, pois todos aqueles que querem suicidar-se avisam que vão fazê-lo, mas raramente a família entende o “recado”.
- Compreender que as ideias de morte ou de suicídio são sintomas frequentes na depressão e não devem ser culpabilizadas ou julgadas. Perguntar sobre estas ideias não aumentam o risco de suicídio e ajudam compreender e acolher o sofrimento da pessoa. Na presença destas ideias, uma avaliação urgente por um profissional de saúde capacitado deve ser realizada para estimar o risco e determinar as condutas. Este atendimento pode ser realizado nos CAPS e Unidades Básicas de Saúde (Saúde da família, Postos e Centros de Saúde); UPA 24H, Pronto Socorro e Hospitais.
- É possível conseguir orientação e suporte discando 192 para o serviço de atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Outro serviço de utilidade pública é o Centro de Valorização da Vida discando 188 (ambas ligações são gratuitas e atendem 24h, todos os dias da semana).
- Compreender e ter paciência.
- A duração do tratamento é variável, mas usualmente é prolongado. Estimular a continuidade do tratamento e do seguimento do paciente.

Pergunta 12: Você é incapaz de elevar os braços acima do nível do ombro?

Como perguntar

A pergunta 12 avalia a mobilidade dos membros superiores, representada pelo ombro e braços, cujas funções principais são puxar, empurrar, alcançar e atirar. O ombro é a articulação com a maior amplitude de movimento, considerada fundamental para o alcance e manipulação do meio. Deve-se solicitar que o paciente "eleve os braços acima dos ombros" ou mostrar o movimento a ser realizado, facilitando a compreensão do comando. A presença de incapacidade de realizar este movimento vale um ponto (1 ponto), mesmo que seja unilateral.

Significado

A incapacidade de elevar os ombros pode ser consequência do "ombro doloroso", causado pela inflamação dos tendões do manguito rotador (tendinite), bursas (bursite) ou de articulações da região (artrite). As causas mais comuns são os traumas locais, má postura, esforço físico repetitivo, além de algumas doenças como o diabetes mellitus, luxação, etc. Outra causa frequente é a hemiplegia como sequela de acidente vascular cerebral (AVC). O diagnóstico e o tratamento específico são fundamentais para evitar a progressão do quadro, causando a capsulite adesiva ou "ombro congelado". Resposta positiva nesta questão deve ser seguida por uma avaliação dos membros superiores.

Orientações

Na presença de resposta positiva nesta pergunta deve-se realizar as seguintes orientações:

- O uso de compressas de calor e massagem local podem melhorar a dor.
- Evitar esforços repetitivos da região, como carregar peso. Cuidado com o uso de mochilas ou bolsas.
- Guardar objetos em locais de fácil acesso.
- Adotar postura correta ao caminhar e quando for realizar tarefas domésticas.
- Utilizar travesseiro adequado na hora de dormir e evitar deitar-se sobre o lado doloroso.
- Evitar a utilização de varal para pendurar as roupas. Dê preferência para varal de chão.
- Exercícios de alongamento e fortalecimento muscular podem ser úteis, com a supervisão de profissional da área.
- Cuidado com o uso indiscriminado de anti-inflamatórios.
- Procure ajuda de profissionais habilitados para reabilitação e prescrição de dispositivos de ajuda, como a terapia ocupacional e fisioterapia.

Pergunta 13: Você é incapaz de manusear ou segurar pequenos objetos?

Como perguntar

A pergunta 13 avalia o funcionamento das mãos, que é constituída de articulações, músculos, tendões, fásia e ossos. As mãos são fundamentais para as pegar, soltar, agarrar, segurar e manusear objetos. O avaliador pergunta sobre tais funções da mão ou oferece algum objeto pequeno para o idoso manusear, como caneta, moeda, etc. A incapacidade de realizar tais funções vale um ponto (1 ponto), mesmo que seja unilateral.

Significado

As principais causas de limitação no uso das mãos são as doenças osteomusculares (osteoartrite das mãos, artrite reumatoide, "dedo em gatilho", contratura de *Dupuytren* da fásia palmar, síndrome do túnel do carpo, cisto sinovial, fratura de punho ou de mão e as lesões por esforço repetitivo) e as doenças neurológicas (sequela de AVC, tremores e doença de Parkinson, paresia, esclerose múltipla e lateral amiotrófica, dentre outras). Resposta positiva nesta questão deve ser seguida por uma avaliação dos membros superiores.

Orientações

Na presença de positividade nesta questão deve-se realizar as seguintes orientações:

- Avaliar a necessidade do uso de dispositivos de auxílio (engrossadores, fixadores de mão, talas, splint para dedo, munhequeira, etc) ou adaptação dos talheres e prato, principalmente no caso de doenças neurológicas.
- Sugerir a utilização de toalhas antiderrapantes ou pratos com ventosas de borracha que se fixam à mesa.
- Deixe os alimentos já picados em pequenos pedaços para facilitar o manuseio.
- Aumentar a independência e a participação do idoso durante as refeições.
- Utilizar os utensílios adequados à idade para não infantilizá-lo.
- Deixar disponível próximo ao idoso uma toalha para a limpeza da boca.
- Procure ajuda de profissionais habilitados para reabilitação e prescrição de dispositivos de ajuda, como a terapia ocupacional e fisioterapia.

Pergunta 14: Você tem alguma das quatro condições abaixo relacionadas?

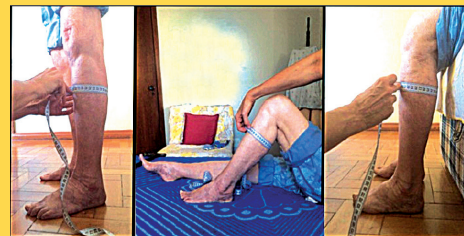
- Perda de peso não intencional de 4,5 kg ou 5% do peso corporal no último ano ou 6 kg nos últimos 6 meses ou 3 kg no último mês;
- IMC menor que 22 kg/m²;
- Circunferência da panturrilha < 31 cm;
- Tempo gasto no teste de velocidade da marcha (4m) > 5 segundos.

Como perguntar

A pergunta 14 avalia diretamente a nutrição e a função muscular, que são interdependentes e, portanto, indissociáveis. A nutrição inadequada causa perda da massa e força muscular (sarcopenia). Subnutrição e sarcopenia estão, portanto, intrinsecamente interligadas. A presença de qualquer uma destas quatro possibilidades recebe 2 pontos. Os pontos não são cumulativos, de forma que o valor máximo da pontuação neste item é dois pontos (dois pontos). Entretanto, os quatro itens da pergunta devem ser respondidos individualmente, pois ajudam no diagnóstico do paciente.

- **Perda de peso:** a perda de peso deve ser significativa, seguindo os parâmetros quantitativos estabelecidos ou serem inquestionáveis (mudança do tamanho das roupas).
- **Índice de Massa Corporal (IMC):** o IMC é um bom indicador do estado nutricional do idoso e consiste em uma medida secundária obtida através de duas medidas primárias: peso (kg) dividido pela estatura (m) ao quadrado. No idoso, o IMC normal está entre 22 e 27kg/m². O IMC é o método mais utilizado para avaliação de risco nutricional, porém apresenta algumas limitações nos idosos. Pode subestimar a quantidade de massa gordurosa, pois não avalia a composição corporal, nem sua distribuição. Idosos com IMC semelhante podem apresentar composição corporal bem diferente. Portanto, a presença de IMC < 22kg/m² deve ser valorizada e representa um marcador de subnutrição e, conseqüentemente, está associado a maior risco de sarcopenia.

Circunferência da panturrilha: A presença de circunferência da panturrilha (CP) menor que 31 cm traduz a presença de redução da massa muscular. A medida da CP pode ser feita nas posições sentada ou de pé, com os pés apoiados em uma superfície plana, de forma a garantir que o peso fique distribuído equitativamente entre ambos os lados. No idoso acamado, fletir a perna de modo que o pé fique todo apoiado sobre o colchão. A medida deve ser realizada com uma fita métrica inelástica aplicada ao redor da região que, visualmente, apresenta o maior perímetro, sem fazer compressão. Fazer medições adicionais acima e abaixo deste ponto, para assegurar-se de que a primeira medida é a maior. Deve-se ter o cuidado de manter a fita métrica em ângulo reto com o comprimento da panturrilha. Evitar fazer a medida no membro que apresente alguma alteração local, como linfedema, trombose venosa profunda, erisipela, celulite, atrofia muscular, atrofia cutânea por cicatriz ou fibrose, entre outras.



- **Velocidade de marcha:** A presença de velocidade da marcha < 0,8 m/s é considerado um dos principais marcadores de sarcopenia. A diminuição da velocidade da marcha (VM) tem um valor preditivo para diversos desfechos negativos, como quedas, dependência funcional e mortalidade dos idosos. A VM é um bom teste da integração e do funcionamento de diversos sistemas fisiológicos. Desta forma, a VM é reconhecida hoje como um instrumento essencial na avaliação dos idosos. Para fins de triagem, sua aferição pode ser feita em qualquer ambiente, até mesmo no domicílio. Orienta-se a marcação de uma distância de 4 metros no chão, em linha reta, com o auxílio de uma fita métrica, sinalizando o ponto de partida e o de chegada. O idoso é orientado a caminhar esta distância com passadas um pouco mais aceleradas do que o usual ("andando como se estivesse atravessando uma rua"), mas sem correr. Assim que o idoso começar a caminhar, o tempo é medido com relógio comum ou cronômetro, e o seu término se dá quando o idoso atinge a marca dos 4 metros. A VM é calculada dividindo-se 4 metros pelo tempo cronometrado no relógio (4/ tempo em segundos). Normalmente, o tempo gasto para o idoso percorrer esta distância é de, no máximo, 5 segundos (equivalente a uma VM de 0,8 metros por segundo).

Significado

A mobilidade é a capacidade do indivíduo de se locomover e manipular o meio. Depende do funcionamento harmonioso e integrado dos sistemas musculoesquelético, respiratório, cardiovascular, hematológico e neurológico, todos muito afetados pelos aspectos nutricionais. Este domínio do IVCF-20 aborda a capacidade aeróbia ou muscular, que está diretamente relacionada à alimentação e condição nutricional do idoso. A composição corporal e o metabolismo adequado de proteínas, carboidratos, gordura e água são essenciais para que o indivíduo possa realizar as atividades do cotidiano. O acompanhamento nutricional em idosos atua na promoção da saúde, prevenção de doenças e no suporte às necessidades nutricionais específicas desta faixa etária. A perda de peso é um fator importante que contribui para a fragilidade e sua progressão, por isso estratégias nutricionais para melhorar a ingestão alimentar em idosos são fundamentais para preservar a independência e a qualidade de vida dessa população.

Respostas positivas nesta pergunta sugerem a presença de nutrição inadequada e/ou baixa atividade física, que podem levar à perda da massa e força muscular (Capacidade aeróbica/ muscular). Assim, o idoso deve ser submetido a uma avaliação do seu estado nutricional, utilizando-se, por exemplo, a Mini Avaliação Nutricional (MAN), que é facilmente acessível a qualquer profissional de saúde. Além da avaliação nutricional, é importante a avaliação específica da função muscular, utilizando-se testes simples, como o teste do sentar e levantar da cadeira 5 vezes (duração normal até 14 segundos), **timed up and go test** (duração normal até 10 segundos) ou o teste da caminhada de 400 metros (duração normal até 6 minutos). A velocidade da marcha, calculada através do tempo gasto para caminhar 4 metros (duração normal até 5 segundos), é também considerada um bom indicador prognóstico e funcional e pode ser utilizada para avaliar a gravidade da sarcopenia. A medida da força de preensão palmar ou dinamometria palmar é o indicador do diagnóstico de sarcopenia provável (normal: homens \geq 27kg; mulheres \geq 16kg). Este pode ser substituído ou complementado pelo teste de sentar e levantar na cadeira. Tais medidas são fundamentais para o reconhecimento da sarcopenia, que é uma doença caracterizada pela redução de força muscular, que pode causar impacto significativo nos indivíduos. Essa doença é mais comum em pessoas com mais de 60 anos, o que pode gerar dificuldade para realizar atividades rotineiras, como caminhar e subir escadas. Todavia, não há necessidade de se confirmar o diagnóstico para iniciar as orientações não-farmacológicas terapêuticas.

Intervenções nutricionais e da fisioterapia são fundamentais para o tratamento da sarcopenia. A prescrição de atividade física deve ser feita em todo idoso, respeitando-se as limitações identificadas.

Orientações

Na presença de positividade nesta questão deve-se realizar as seguintes orientações:

- Uma alimentação diversa, saudável, baseada em alimentos *in natura* como frutas, vegetais, grãos integrais e boas fontes de proteína e gordura, é fundamental para o aporte de macro (carboidratos, proteínas e gordura) e micronutrientes (vitaminas e sais minerais) necessários.
- A recomendação de proteínas em idosos é um pouco mais elevada do que em adultos (0,8g/kg/dia), em função da resistência anabólica. Assim, 1,0 a 1,2g/kg/dia para idosos saudáveis, de 1,2 a 1,5 g/kg/dia, para idosos com sarcopenia ou doenças agudas, e até 2,0g/kg/dia, para desnutrição ou sarcopenia grave. No idoso frágil ou que está perdendo peso, a distribuição de proteína ao longo das refeições é importante para contrapor a resistência anabólica e minimizar o catabolismo. Na doença renal crônica, pode ser necessária a redução da prescrição proteica, dependendo do estágio da doença, particularmente pelo maior aporte de fósforo nos alimentos ricos em proteínas.
- Restrições alimentares devem ser evitadas, pelo alto risco de perda de peso e de massa muscular e, conseqüentemente, piora da condição física e nutricional do idoso. O uso de suplementos orais pode ser indicado na presença de anorexia do envelhecimento, como uma fonte extra de energia e proteína, a fim de melhorar o estado nutricional dos idosos e adequação de nutrientes.
- Recomenda-se uma ingestão de líquidos de 30mL/Kg/dia, a fim de garantir a manutenção das funções corporais adequadas. Lembre-se que o risco de desidratação no idoso é alto, pela redução da água corporal associada ao envelhecimento e menor sensação de sede.
- Um outro problema recorrente em idosos é a disfagia que pode levar a complicações como perda de peso e desidratação. A mudança de textura dos alimentos e uso de espessantes poderão ser indicados para garantir a nutrição e a hidratação adequadas e evitar pneumonias de aspiração.
- Estimular o apetite do idoso com uma refeição colorida, diversificada, bem temperada com aroma agradável.
- Realizar as refeições junto à família, a fim de proporcionar a convivência social e a interação.
- Preferir alimentos frescos.
- Fazer entre 5 ou 6 refeições por dia.
- A exposição solar é a melhor fonte de vitamina D, essencial para os músculos e osso.
- O uso de suplementos nutricionais orais (SNO) deve ser restrito para idosos que não conseguem ingerir dieta suficiente para suas necessidades nutricionais, como ocorre frequentemente após internação hospitalar ou condição aguda grave. O uso de SNO não deve substituir refeições completas, devendo ser ingerida preferencialmente entre as refeições ou antes de dormir. Alguns SNOs podem ser acrescidos à comida, sem necessidade de diluição em líquidos. SNOs à base de **whey protein** (proteína do soro do leite, fonte de leucina) e SNOs ricos em leucina demonstram superioridade sobre aqueles com caseína e proteína da soja.
- O nutricionista é o profissional de saúde mais habilitado para realizar orientações nutricionais individualizadas.

Na suspeita de sarcopenia é fundamental a intervenção nutricional associada à atividade física orientando o paciente da seguinte forma:

- A inatividade física está associada à menor síntese proteica e maior risco de sarcopenia. Os exercícios de treino de força ou resistidos (exercícios com carga, como ginástica e musculação) são mais efetivos, pois promovem um aumento na força e massa muscular.
- Os benefícios de qualquer tipo de atividade física são inquestionáveis, como exercícios posturais, jogos e modalidades esportivas, alongamentos e relaxamentos, caminhada e corrida, natação e hidroginástica, práticas corporais orientais (Tai-Chi-Chuan, Yoga e Lian Gong), dança, dentre outros.
- Programas de condicionamento físico são potencialmente capazes de melhorar o condicionamento aeróbico do indivíduo, equivalente ao "rejuvenescimento" de até 10 anos na capacidade funcional.
- Recomenda-se a realização de atividade física por, no mínimo, 150 minutos por semana, distribuídos ao longo dos dias. Idealmente, deve-se realizar exercícios resistidos por pelo menos duas vezes por semana.
- A prescrição de atividade física deve ser individualizada e não necessita de avaliação clínica rigorosa, mas esta deve ser iniciada de forma bem lenta, progressiva e atentos ao desenvolvimento de sinais de alerta (desmaio, dor torácica, cansaço intenso mesmo após tempo significativo de descanso). Não é imprescindível a realização de teste ergométrico ou avaliação cardiológica especializada, exceto na presença de evidências clínicas de doença cardiovascular. Cuidado especial deve ser dado nos idosos com doenças osteomusculares, como osteartrose, e nos idosos com instabilidade postural, devido ao maior risco de quedas. Nestes idosos, a atividade física deve ser orientada por profissionais de saúde.
- Deve-se ter cuidado também com a postura durante o exercício e intensidade dos mesmos para se evitar lesões musculoesqueléticas.
- O educador físico e/ou fisioterapeuta estão habilitados para prescrever um programa de atividade física individualizada e são particularmente indicados para os pacientes com condições limitantes que irão iniciar atividade física ou na orientação da intensificação dos exercícios para os idosos mais robustos.

Pergunta 15: Você tem dificuldade para caminhar capaz de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano?

Como perguntar

Esta pergunta avalia a capacidade de deambulação ou deslocamento do idoso. Assim, idosos com alterações da marcha ou da capacidade aeróbica que limitam sua capacidade de deambulação e, conseqüentemente, o desempenho funcional, devem receber dois pontos (2 pontos), independentemente da causa.

Significado

A presença de resposta positiva sugere a presença de alterações na capacidade aeróbica/muscular e/ou no equilíbrio. A dispneia ou intolerância ao esforço é o principal sintoma da incapacidade aeróbica, comumente presente nas doenças respiratórias (DPOC), cardíacas (insuficiência cardíaca), hematológicas (anemia) ou muscular (sarcopenia). Outra possibilidade é a presença de doenças que afetam o equilíbrio estático ou dinâmico, que dependem do funcionamento adequado do sistema musculoesquelético e sistema nervoso. Os principais problemas que comprometem o sistema musculoesquelético são a osteoartrose de joelhos ou coxofemoral, artrite reumatoide, gota, seqüela de fratura, afecções nos pés e uso de calçados inadequados. A urgência miccional, com ou sem incontinência urinária, podem causar ou agravar a instabilidade postural. Por sua vez, as doenças neurológicas mais associadas a alterações do equilíbrio são a seqüelas de AVC (hemiparesia ou hemiplegia), parkinsonismo, hidrocefalia de pressão normal, doenças cerebelares (ataxias), apraxia da marcha associada ou não à doença cerebrovascular, marcha cautelosa, neuropatias periféricas que comprometem a propriocepção (neuropatia diabética, hiper ou hipoglicemia, deficiência de B₁₂, alcoolismo, hipotensão arterial, anemia, uremia, etc), labirintopatias, disfunção sensorial múltipla (apraxia sensorial) e uso de determinados medicamentos, como os benzodiazepínicos (clonazepam, diazepam, etc), opioides (codeína, tramadol, morfina, etc), anticonvulsivantes (carbamazepina e fenobarbital), antipsicóticos (clorpromazina, tioridazina, levomepromazina, haloperidol, etc), antidepressivos tricíclicos (amitriptilina, imipramina, etc), anti-histamínicos (prometazina, etc), fármacos com ação anticolinérgica (orfenadrina, carisoprodol, biperideno, etc), dentre outros.

O **timed up and go test** (TUG) é um teste simples, capaz de avaliar a marcha e o equilíbrio de forma quantitativa e qualitativa. O paciente é orientado a levantar de uma cadeira com altura adequada, caminhar três metros (10 passos), girar e retornar à posição sentada. A duração normal é inferior a 10 a 14 segundos. Além da duração, o teste avalia o padrão da marcha e contribui para o diagnóstico da etiologia da instabilidade postural. Além do TUG, pode-se aplicar o **Short Physical Performance Battery (SPPB ou Bateria Breve de Desempenho Físico)**, que é uma bateria composta por três testes (velocidade da marcha em 4 metros, teste de levantar da cadeira 5 vezes e equilíbrio em 3 posições ortostáticas-pés juntos, semi-tandem e tandem). A pontuação varia de 0 (pior desempenho) a 12 pontos (melhor desempenho), sendo que o ponto de corte é 9 pontos. Outros testes úteis para avaliação do equilíbrio são a prova de **Romberg**, **Nudge test** e o equilíbrio unipodálico.

Além de adaptação ambiental, alguns idosos podem necessitar da utilização de dispositivos de auxílio para a marcha.

Idosos com imobilidade parcial ou completa necessitam de cuidados diferenciados e o cuidador deve estar preparado para prestar a melhor assistência possível. O risco de lesão por pressão é elevado e o cuidador deve estar atento a todas as medidas preventivas e o uso de curativos adequados.

Orientações

Na presença de instabilidade postural deve-se realizar as seguintes orientações:

- Identificar e tratar a causa e intervir nos fatores agravantes.
- Orientar a realização de atividade física, composta por exercícios aeróbicos, resistidos e de flexibilidade.
- Orientar algumas adaptações ambientais, conforme avaliação individualizada, como retirar tapetes, ou, se não for possível, substituir por tapetes antiderrapantes; retirar móveis que obstruam a passagem e deixar o espaço livre para movimentar-se; atentar para degraus, escadas, fios soltos e objetos espalhados; ao subir ou descer escadas ou rampas, segurar sempre no corrimão; destacar os degraus das escadas e colocar antiderrapante; utilizar armários e prateleiras em alturas mais próximas, para evitar que o idoso fique na ponta dos pés e/ou subir em bancos; elevar a altura de camas e assentos para facilitar assentar e levantar; dar preferência para cadeiras que tenham apoios para os braços e para as costas; levantar-se devagar da cadeira ou da cama, para evitar tonteira e desequilíbrio; evitar o uso de cera no chão para prevenir escorregões; dar preferência a calçados fechados, confortáveis, com solado de borracha, salto baixo e que não escorreguem; usar sandálias que tenham tiras de fixação no tornozelo e velcros; adaptar o ambiente com barras de apoio para a maior segurança e independência durante a movimentação do idoso; manter uma luz acesa no banheiro ou corredor (luz de vigília ou sentinela) durante a noite; elevar a altura dos vasos sanitários com os elevadores ou adaptadores; manter pisos antiderrapantes e secos; evitar andar em áreas com piso úmido; utilizar a cadeira própria para banho, barras de apoio, piso antiderrapante e deixar tudo que o idoso precisa ao seu alcance; evitar trancar a porta durante o banho.
- Além de adaptação ambiental, alguns idosos podem necessitar da utilização de dispositivos de auxílio para a marcha, como bengalas, muletas, andador ou cadeira de rodas, que devem ser prescritos por profissional habilitado (fisioterapia ou terapia ocupacional). Algumas orientações são úteis nestes casos, como: a altura da bengala deve ser adequada à estatura do paciente; bengalas mais altas ou muito baixas podem aumentar o risco de quedas; a ponteira da bengala ou do andador deve ser de borracha e antiderrapante e deve ser trocada regularmente;

Pergunta 16: Você teve duas ou mais quedas no último ano?

Como perguntar

Queda é definida como uma mudança de posição inesperada, não intencional, em direção ao chão ou em outro nível mais baixo. A presença de duas ou mais quedas no último ano recebe dois pontos (2 pontos). Perda de consciência ou desmaios devem ser considerados, assim como tropeções por causas ambientais bem definidas também devem ser pontuados.

Significado

As quedas não podem ser atribuídas ao envelhecimento normal. Toda queda deve ser rigorosamente avaliada para se buscar a causa e evitar a próxima queda. A presença de duas ou mais quedas no último ano é preocupante e define o diagnóstico de instabilidade postural (quedas de repetição), que pode ser secundária às alterações da marcha (equilíbrio e/ou força muscular) ou à perda de consciência, total ou parcial, como ocorre na síncope de origem cardiovascular, convulsão, hipotensão ortostática e hipoglicemia. As quedas de repetição apresentam origem multifatorial e comumente associadas a alterações da funcionalidade global (dependência nas AVD), comprometimento dos sistemas funcionais principais (cognição, humor/comportamento, mobilidade e comunicação), alterações dos sistemas fisiológicos (sistema cardiovascular, respiratório, digestivo, musculoesquelético, endócrino-metabólico, etc), medicamentos e fatores socioambientais, que devem ser rigorosamente investigados por equipe interdisciplinar.

A avaliação multidimensional da pessoa idosa deve ser rigorosa, com ênfase na realização de testes específicos para avaliação do equilíbrio e força muscular. O **timed up and go test** (TUG) é um teste simples, capaz de avaliar a marcha e o equilíbrio de forma quantitativa e qualitativa. O paciente é orientado a levantar de uma cadeira com altura adequada, caminhar três metros (10 passos), girar e retornar à posição sentada. A duração normal é inferior a 10 a 14 segundos. Além da duração, o teste avalia o padrão da marcha e contribui para o diagnóstico da etiologia da instabilidade postural. Além do TUG, pode-se aplicar o **Short Physical Performance Battery*** (**SPPB ou Bateria Breve de Desempenho Físico**), que é uma bateria composta por três testes (velocidade da marcha em 4 metros, teste de levantar da cadeira 5 vezes e equilíbrio em 3 posições ortostáticas-pés juntos, semi-tandem e tandem). A pontuação varia de 0 (pior desempenho) a 12 pontos (melhor desempenho), sendo que o ponto de corte é 9 pontos. Outros testes úteis para avaliação do equilíbrio são a prova de **Romberg**, **Nudge test** e o equilíbrio unipodálico.

A prescrição de dispositivos de auxílio para a marcha podem ser úteis para reduzir o risco de quedas.

Orientações

Na presença de quedas de repetição deve-se realizar as seguintes orientações:

- Identificar e tratar a causa e intervir nos fatores agravantes.
- Orientar a realização de atividade física, composta por exercícios aeróbicos, resistidos e de flexibilidade.
- Evitar acusar ou amedrontar o idoso quanto aos riscos da queda, pois tal conduta só vai agravar mais ainda o medo de cair (ptofobia), aumentando a probabilidade de novas quedas. Lembrar-se que queda não é, necessariamente, um sinal de negligência, nem do idoso e nem do cuidador, mas sim, um problema de saúde, que deve ser amplamente investigado.
- Revisão rigorosa dos medicamentos associados a maior risco de quedas: benzodiazepínicos, opioides, sedativos, antidepressivos, anti-hipertensivos, hipoglicemiantes, anticonvulsivantes, dentre outros.
- Orientar algumas adaptações ambientais, conforme avaliação individualizada, como retirar tapetes, ou, se não for possível, substituir por tapetes antiderrapantes; retirar móveis que obstruam a passagem e deixar o espaço livre para movimentar-se; atentar para degraus, escadas, fios soltos e objetos espalhados; ao subir ou descer escadas ou rampas, segurar sempre no corrimão; destacar os degraus das escadas e colocar antiderrapante; utilizar armários e prateleiras em alturas mais próximas, para evitar que o idoso fique na ponta dos pés e/ou subir em bancos; elevar a altura de camas e assentos para facilitar assentar e levantar; dar preferência para cadeiras que tenham apoios para os braços e para as costas; levantar-se devagar da cadeira ou da cama, para evitar tonteira e desequilíbrio; evitar o uso de cera no chão para prevenir escorregões; dar preferência a calçados fechados, confortáveis, com solado de borracha, salto baixo e que não escorreguem; usar sandálias que tenham tiras de fixação no tornozelo e velcros; adaptar o ambiente com barras de apoio para a maior segurança e independência durante a movimentação do idoso; manter uma luz acesa no banheiro ou corredor (luz de vigília ou sentinela) durante a noite; elevar a altura dos vasos sanitários com os elevadores ou adaptadores; manter pisos antiderrapantes e secos; evitar andar em áreas com piso úmido; utilizar a cadeira própria para banho, barras de apoio, piso antiderrapante e deixar tudo que o idoso precisa ao seu alcance; evitar trancar a porta durante o banho.
- Avaliação dos comportamentos de risco para quedas: subestimar o risco de quedas; evitar vestir ou calçar meias e sapatos de pé; usar roupas muito compridas que arrastam no chão; não pedir ajuda quando houver algum risco ambiental; ir ao banheiro à noite, sem alguma adaptação ambiental; deixar as luzes apagadas durante toda a noite; carregar objetos pesados; uso excessivo de bebidas alcoólicas e drogas ilícitas; uso de medicamentos tranquilizantes para dormir; uso óculos, bengalas e andador de outras pessoas; permanecer longos períodos sem se alimentar; subir em bancos, escadas, cadeiras ou no telhado da casa; caminhar na rua de forma desatenta ou conversando com outras pessoas; atravessar a rua fora da faixa de pedestre ou não respeitar o semáforo em avenidas mais largas.

Avaliação e intervenção realizada por profissional de saúde habilitado, como o fisioterapeuta e/ou terapeuta ocupacional.

Pergunta 17: Você perde urina ou fezes, sem querer, em algum momento?

Como perguntar

Nesta pergunta, qualquer perda involuntária de urina ou fezes deve ser considerada, mesmo sendo discreta. A presença de resposta positiva vale dois pontos (2 pontos).

Significado

A perda involuntária de urina (incontinência urinária) ou fezes (incontinência fecal) não é “normal da idade”. As repercussões clínicas e sociais da incontinência esfincteriana são significativas e não podem ser subestimadas pelos profissionais de saúde. Além do constrangimento e isolamento social, a incontinência pode aumentar o risco de infecção urinária e genital, além de predispor à maceração da pele e aparecimento de lesões locais (feridas e úlceras perineais ou glúteas). Pode ser causa de transtornos do sono e quedas no idoso. Portanto, deve ser rigorosamente investigada, mesmo que seja uma perda ocasional. A incontinência urinária (IU) pode ser de curta (alguns dias ou semanas) ou longa duração (3 meses ou mais) e os mecanismos são variáveis. A IU transitória pode ter causas locais (infecção urinária, fecaloma, vaginite ou uretrite atrófica, pós-prostatectomia), alterações metabólicas (hiperglicemia, hipercalcemia, retenção hídrica, insuficiência cardíaca, etc) ou secundária ao uso de fármacos, como os diuréticos, cafeína e álcool. A IU de longa duração ou estabelecida pode ser de urgência (hiperatividade da musculatura da bexiga), esforço (flacidez do assoalho pélvico), transbordamento (bexiga neurogênica, hiperplasia prostática, prolapso uterino, estenose uretral, etc) ou funcional (dificuldade de deambulação). Por sua vez, a incontinência fecal pode ser retoesfincteriana (trauma retal, neuropatia periférica, hemorroidectomia, etc), sobrefluxo (impacção fecal com eliminação de fezes semi-líquidas ou “diarreia paradoxal”), secundária (doenças inflamatórias intestinais, mal absorção intestinal, uso de fármacos, etc) ou funcional por restrição da mobilidade.

O diagnóstico da causa da incontinência esfincteriana e o tratamento adequado está associado a melhora significativa em mais de 50% dos casos. Por vezes, é necessário o uso de medicamentos, reabilitação uroginecológica ou a realização de intervenções cirúrgicas.

Orientações

Na presença de incontinência urinária algumas orientações podem ser úteis:

- A restrição hídrica não deve ser recomendada, pois o risco de desidratação é elevado nos idosos. Todavia, recomenda-se evitar a ingestão de líquidos 3 horas antes de dormir e durante a noite, para reduzir a noctúria (micção noturna).
- Fazer a higiene íntima após todas as perdas urinárias, com água e sabão.
- Usar roupas fáceis de tirar (velcro, elástico, saia, vestido).
- Esvaziar a bexiga antes de sair de casa, mesmo que não esteja sentindo vontade de ir ao banheiro.
- Inclinar-se para frente, depois de urinar, quando sentado no sanitário e comprimir o baixo abdome para esvaziar bem a bexiga.
- Evitar bebidas e alimentos que irritam a bexiga como café, chás (preto e mate), refrigerantes a base de cola e bebidas com gás, bebidas alcoólicas, temperos fortes na comida e chocolate.
- Criar o hábito de ir ao banheiro de 3/3 h, se necessário, de 2/2 h.
- Estimular a ida da paciente ao banheiro antes de ir para a cama dormir.
- Manter sempre uma luz acesa (corredor ou no banheiro) durante a noite para facilitar a ida ao banheiro.
- Garantir que o banheiro seja de acesso fácil (retirar móveis, objetos, tapetes).
- Deixar perto do leito ou da cadeira: comadre, marreco ou um pinico (a idosa ao usar o pinico, apoiá-lo em uma cadeira, evitando agachar).
- Sugerir para pequena perda de urina o uso de absorventes masculinos ou femininos.
- Sugerir para grandes volumes o uso de fraldas e o coletor urinário para homens.

Realizar exercícios de Kegel:

Exercícios de contração rápida: Contrair o ânus como se fosse segurar o “pum” e a urina e soltar. Realizar 10 vezes e descansar, repetir 10 vezes deitado de barriga para cima, de um lado, do outro, sentado e de pé.

Exercícios de contração lenta: Contrair o ânus como se fosse segurar “pum” e a urina e contar 10 segundos e descansar 12 segundos repetir 10 vezes. Deitado de barriga para cima, de um lado, do outro, sentado e de pé. Apertar um travesseiro entre os joelhos. Realizar as contrações rápidas e as lentas. Não se deve fazer estes exercícios quando estiver urinando.

Paciente em uso de fralda:

- Verificar a cada duas horas se a pessoa idosa está molhada, e, se necessário, trocar fralda, roupas e roupa de cama.
- Fazer a higiene íntima após todas as perdas urinárias e fecais, com água e sabão.
- Observar a presença de dermatites na região da fralda. Caso presente, procurar um profissional de saúde.
- Usar creme barreira de sua preferência em região genital.

Observar sinais de infecção urinária, como: alteração de cor, cheiro ou (se o idoso está ingerindo a quantidade de líquido recomendada).

Pergunta 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.

Como perguntar

Esta pergunta não avalia somente a presença de “problemas visuais”, mas sim, a incapacidade visual, mesmo com uso de óculos ou lentes de contato. A incapacidade visual é a presença de declínio funcional ou restrição da participação social causada por “problemas visuais”, independentemente da causa. Resposta positiva vale dois pontos (2 pontos).

Significado

A comunicação é a capacidade estabelecer um relacionamento produtivo com o meio, trocar informações, manifestar desejos, ideias e sentimento. Depende diretamente dos órgãos dos sentidos, particularmente da visão e da audição. A identificação da visão subnormal pode ser feita na atenção primária, utilizando-se o **teste de Snellen simplificado**. As principais causas de comprometimento da visão no idoso são a catarata, degeneração macular, glaucoma e os distúrbios da refração (presbiopia, etc). Resposta positiva nesta pergunta justifica a avaliação oftalmológica mais detalhada em busca de patologias oftalmológicas potencialmente reversíveis, total ou parcialmente. Em alguns idosos com visão subnormal ou residual. A reabilitação da visão tem o objetivo de estimular ao máximo a visão residual, através de estratégias compensatórias e dispositivos de tecnologia assistiva ópticos e não-ópticos. Todo esse processo é complexo e exige esforço e abordagem interdisciplinar. Através de avaliação do idoso em atividade, busca-se identificar as limitações impostas pelo déficit visual e quais são os facilitadores e barreiras que interferem na participação, segurança e independência. Dessa forma, objetiva-se modificar a tarefa e/ou o meio ambiente, para minimizar ou eliminar essas limitações. Sendo assim, o foco do tratamento está na redução do impacto da perda visual, promovendo a autonomia e participação nas atividades avaliadas. Com relação à avaliação ambiental, esta deve se atentar para a iluminação e uso de cores e contrastes que podem facilitar a segurança e a participação independente nas atividades diárias. Independentemente do tipo de intervenção, são ensinadas e treinadas estratégias de utilização de iluminação adequada, contraste de cores, tamanhos, adaptações e como usar as funções sensoriais e cognitivas para lidar com a deficiência visual no dia-a-dia. Além disso, sabe-se que a deficiência visual aumenta o risco de quedas. Assim, o ambiente deve ser otimizado, removendo perigos físicos e outros fatores predisponentes às quedas.

Orientações

Algumas orientações podem ser úteis nos idosos com perda visual:

- Manter o ambiente sempre iluminado e sinalizado.
- Manter sempre uma luz acesa durante a noite (corredor, banheiro).
- Adaptar o banheiro com barras de apoio, piso antiderrapante.
- Incentivar o uso do urinol (marreco, comadre).
- Evitar obstáculos nos locais onde o idoso circula, tais como: excesso de móveis, objetos pelo chão, tapetes, pisos escorregadios, ausência de barras de apoio, etc.
- Retirar os tapetes ou colocar antiderrapante em baixo.
- Sinalizar os degraus do início e do final das escadas com fita antiderrapante e de cor contrastante. As escadas devem ter corrimão.
- Manter calendário, relógio e telefone com números grandes.
- Manter os objetos sempre no mesmo lugar, evitando mudanças desnecessárias.

Pergunta 19: Você tem problemas de audição capazes de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? É permitido o uso de aparelhos da audição

Como perguntar

Esta pergunta não avalia somente a presença de “problemas de audição”, mas sim, a incapacidade auditiva, mesmo com uso de prótese auditiva ou implante coclear. A incapacidade auditiva é a presença de declínio funcional ou restrição da participação social causada por “problemas auditivos”, independentemente da causa. Resposta positiva vale dois pontos (2 pontos).

Significado

A comunicação é a capacidade estabelecer um relacionamento produtivo com o meio, trocar informações, manifestar desejos, ideias e sentimento. Depende diretamente dos órgãos dos sentidos, particularmente da visão e da audição. Na presença de resposta positiva nesta questão deve-se realizar o Teste do Sussurro para confirmar a perda auditiva, juntamente com a otoscopia para avaliar a presença de rolha de cerúmen. As perdas auditivas periféricas são classificadas em perda auditiva neurosensorial, condutiva e mista. No idoso, a perda auditiva neurosensorial mais comum está associada com o envelhecimento, a presbiacusia. Este tipo de perda auditiva normalmente ocorre gradualmente ao longo de décadas e decorre de lesão nas células ciliadas do ouvido interno e no nervo auditivo. A perda auditiva neurosensorial é geralmente tratada com amplificação, uma vez que não existe nenhum tratamento disponível para reverter a lesão. Por sua vez, a perda condutiva resulta de anormalidades mecânicas nos ouvidos externo e médio. As causas mais comuns incluem impaction de cerumen, otite média e perfuração de membrana timpânica, perfeitamente identificáveis pelo exame oftalmoscópico simples, que pode ser feito na atenção primária. Outras causas são descontinuidade de cadeia ossicular, colesteatoma e otosclerose. Em geral, as perdas auditivas condutivas respondem melhor a alguma intervenção cirúrgica. Perdas mistas (associação de perda auditiva condutiva e neurosensorial) também são comuns. Por exemplo, a rolha de cerumen impactada em um idoso com presbiacusia pode resultar em uma perda auditiva de 40 decibéis (dB) a mais que pode ser melhorada após a remoção de cerumen.

Os aparelhos auditivos podem ajudar a corrigir a entrada periférica do som. Nos casos indicados, o aparelho auditivo deve ser fornecido, uma vez que a reabilitação auditiva pode contribuir para a independência e melhorar a qualidade de vida. Vários ensaios clínicos randomizados atuais demonstraram que a amplificação auditiva pode reverter muitos dos efeitos negativos da perda auditiva, contribuindo para o melhor funcionamento nos sistemas funcionais de comunicação, cognição e humor e, conseqüentemente, melhora emocional e social do indivíduo.

Orientações

Algumas orientações devem ser dadas ao idoso com perda auditiva:

- Fale devagar e articule claramente;
- Posicionar-se de frente para o idoso ao iniciar uma conversa. O contato visual é muito importante.
- Procure conversar em locais iluminados;
- Não exagere o movimento de lábios;
- Repita a mensagem para compensar déficit de memória e facilitar a compreensão e aprendizado;
- Altere a sentença se não for compreendido e certifique-se de que o foi;
- Use gestos indicativos e representativos para complementar a mensagem;
- Procure local silencioso para conversar com a pessoa;
- Garanta sua atenção, falando próximo à pessoa;
- Não fale em voz alta, pois o grito não favorece a comunicação, além de aumentar a tensão entre os falantes;
- Evitar conversar em ambientes muito barulhentos e sempre que possível reduza as fontes de ruído (rádio, TV, etc.). Quando existir mais de duas pessoas falando certamente haverá dificuldade na conversação.
- Incentivar o idoso a fazer lavagem de ouvido, se indicação médica, pois o acúmulo de cerúmen (cera) pode ocasionar um leve déficit auditivo.
- Evitar o uso de cotonete para limpeza do ouvido, pois a haste flexível do cotonete pode empurrar o cerúmen para dentro do ouvido.
- Tocar o idoso suavemente para chamar sua atenção.
- Falar pausadamente, respeitando as pausas e as variações de entonação da fala e evitar exageros quanto aos gestos.
- Evitar frases compridas e difíceis. Utilize sempre palavras simples, claras e afirmativas e familiares. Se necessário use gestos convenientes.
- Ser amável e atencioso.
- Ouvir o idoso com paciência, respeitando seu ritmo de resposta.
- Evitar mudança de assunto sem avisar o idoso.
- Repetir a o que você queria dizer com palavras mais simples, se houver necessidade.
- Conhecer o vocabulário utilizado pelo idoso.

Além disso, o uso de dispositivos de escuta assistiva (amplificadores de telefone, fones de ouvido para televisão, telefones iluminados, sistemas de alerta de campainha, relógios vibratórios) devem ser estimulados, porque estes dispositivos auxiliares podem aprimorar as habilidades comunicativas e a segurança do indivíduo com perda auditiva profunda.

Pergunta 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 () .

Como perguntar

Cinco ou mais doenças crônicas	Uso regular de cinco ou mais medicamentos diferentes, todo dia	Internação recente, nos últimos 6 meses.
<p>Este item avalia a presença de múltiplos problemas de saúde concomitantes, mesmo que não sejam definidas como doenças com CID definido. Incluem doenças, fatores de risco, sintomas prolongados sem causa definida (tosse, fadiga, incontinência urinária, etc), enfim, toda condição de saúde que necessita de uma resposta do sistema de saúde. Na presença de cinco ou mais condições crônicas, o paciente recebe quatro pontos (4 pontos). A presença de multimorbidade, definida como a co-ocorrência de duas ou mais condições crônicas simultâneas listadas no quadro 1, também configura a presença de polipatologia, desde que confirmadas pela equipe assistencial.</p>	<p>Este item avalia o uso diário de cinco ou mais medicamentos, que denominamos polifarmácia. Os medicamentos devem ser de classes terapêuticas diferentes e de uso regular. Formulações terapêuticas com associação de fármacos devem ser contabilizados pelo número de fármacos associados no mesmo comprimido. Por exemplo, comprimido conjugados como paracetamol + codeína contam como dois medicamentos</p> <p>Por sua vez, não deve ser considerado o uso de medicamentos para tratamento de condição aguda, tampouco polivitamínicos, que contam como um medicamento, mesmo que sejam várias vitaminas na mesma formulação terapêutica.</p>	<p>Internação hospitalar é definido como a utilização de um leito de hospital por período igual ou superior a um dia (24 horas). Incluímos aqui a internação em unidades de pronto atendimento (UPA), clínicas, etc, desde que ultrapassem 24 horas.</p>

Significado

<p>O envelhecimento está associado a maior risco de condições crônicas de saúde, como a hipertensão arterial, diabetes mellitus, depressão, demência de Alzheimer, doença de Parkinson, doenças cardiovasculares (acidente vascular cerebral, doença arterial coronariana, dislipidemia, insuficiência cardíaca, estenose aórtica, fibrilação atrial, etc), doenças respiratórias (DPOC, asma, etc), osteoartrose, osteoporose, doença renal crônica, neoplasias, além de queixas mais frequentes, como insônia, constipação intestinal, tontura, noctúria, dispepsia, dor crônica, dentre outras. É frequente a presença de várias doenças simultâneas, que dificultam mais ainda a gestão clínica do idoso. Deve-se evitar o cuidado centrado nas doenças, que leva a uma fragmentação da abordagem global do idoso e está associada à piora global. O cuidado centrado na pessoa tem como premissa o reconhecimento da heterogeneidade entre os idosos e a valorização das expectativas, desejos, limitações, possibilidades e as preferências individuais, tendo como meta a manutenção ou recuperação da autonomia e independência.</p> <p>A multimorbidade, definida como a co-ocorrência de duas ou mais condições crônicas no mesmo indivíduo, representa o maior problema de saúde pública no mundo, e está diretamente relacionada ao envelhecimento e às más condições socioeconômicas. Está associada a maior risco de declínio funcional, maior utilização do sistema de saúde e custo assistencial, hospitalização prolongada, depressão, polifarmácia e óbito precoce (Skou, 2013).</p>	<p>A polifarmácia é o uso simultâneo de cinco ou mais medicamentos por dia e está presente em 30 a 40% dos casos. Representa um sinal de alerta para a prescrição inapropriada, que pode agravar mais ainda o declínio funcional do idoso, além de causar quedas, fraqueza muscular, confusão mental, parkinsonismo e aumentar o risco de internação hospitalar e óbito. A prescrição inapropriada consiste na utilização de medicamentos que apresentam uma relação risco e benefício desfavorável e está presente em 20 a 79% dos idosos, sendo, portanto, bastante frequente nos idosos. A probabilidade de prescrição de medicamentos potencialmente inapropriados é diretamente proporcional à prevalência de polifarmácia. As alterações da farmacocinética e da farmacodinâmica devem ser consideradas, além da avaliação das interações fármaco-fármaco, fármaco-alimentos, fármaco-doenças e fármaco-incapacidades. O prescritor deve ter, portanto, amplo conhecimento dos critérios explícitos e implícitos de medicamentos inapropriados para idosos. Alguns idosos apresentam benefícios clínicos com a suspensão ou de redução da dose de fármacos, que podem estar causando danos atuais ou futuros ou que não ofereçam benefícios (medicamentos fúteis). Existem várias estratégias de desprescrição, dependendo do fármaco e da definição clara das metas terapêuticas compartilhadas com o idoso e sua família. A assistência farmacêutica deve ser oferecida aos idosos com polifarmácia, uso de medicamentos potencialmente perigosos (opioides, anticoagulantes, insulina e sulfonilureias, carbamazepina, fenitoína, fenobarbital, ácido valpróico, lamotrigina, gabapentina ou pregabalina, antiparkinsonianos, imunossuppressores e antineoplásicos, digoxina e sacubitril-valsartana) e uso de dispositivos especiais para a administração de medicamentos (inaladores pressurizados, sistema transdérmico, vias alternativas para a administração de medicamentos como por sondas ou hipodermólise).</p> <p>Todo fármaco utilizado pelo idoso deve ter sua carga anticolinérgica, antidopaminérgica e sedativa avaliada rigorosamente, além do risco de hipotensão ortostática, quedas, hiponatremia e prolongamento do intervalo QTc</p>	<p>Internações hospitalares são frequentes nos idosos e observa-se uma tendência crescente tanto no número de internações quanto nos custos assistenciais. As internações tendem a ser mais prolongadas e os idosos apresentam maior risco de reinternação. Estima-se que cerca de 30% dos idosos que receberam alta são reinternados em 30 dias.</p> <p>O hospital oferece uma série de recursos terapêuticos, que são indispensáveis para estabilização de condições agudas. Todavia, oferece também alguns riscos, que devem ser avaliados, como a confusão mental aguda (delirium), infecção hospitalar, lesão por pressão (“escaras”), quedas, perda rápida da massa muscular (sarcopenia), subnutrição, independentemente da causa da internação.</p>
--	--	--

Orientações

Idosos com resposta positiva neste item da pergunta devem ter as seguintes orientações:

- Organizar todos os relatórios médicos, exames, internações, cirurgias e resultado de todo atendimento em hospital, pronto atendimento, clínicas, etc, e deixar em uma pasta de fácil acesso. Levar todos estes documentos a toda consulta médica.
- Buscar o cuidado integral e integrado, favorecendo o diálogo entre todos os profissionais de saúde envolvidos no cuidado.
- Evitar consultar com vários especialistas simultaneamente, exceto quando indicado pelo médico de referência, responsável pela centralização de todas as decisões. O médico de referência deve estar ciente de todas as mudanças no tratamento para se evitar erros de prescrição.

Orientar que alguns medicamentos podem ser úteis para uma determinada doença, mas podem prejudicar o tratamento de outras doenças. Esta interação fármaco-doença deve ser discutida em toda consulta médica.

Idosos com polifarmácia devem ser orientados da seguinte forma:

- Avaliar rigorosamente a adequabilidade do medicamento, consultando listas de medicamentos inapropriados para idosos. O médico prescritor deve discutir com o paciente os riscos e benefícios de cada medicamento prescrito e orientar adequadamente quanto ao aparecimento de reações adversas a medicamentos (RAM).
- Lavar as mãos antes de manusear qualquer medicamento.
- Utilizar técnicas para lembrar a tomar os medicamentos (medicamentos em lugar visível, despertador, calendário - folhinha).
- Colocar os medicamentos que não utiliza em um local diferente dos que utiliza.
- Manter os medicamentos em lugares seguros, fora do alcance de crianças e animais.
- Evite guardar com produtos de limpeza, perfumaria e alimentos.
- Guardar na geladeira apenas os medicamentos líquidos que você recebeu orientação do médico ou farmacêutico. Não guardar medicamentos na porta da geladeira ou próximo ao congelador. A insulina, por exemplo, perde o efeito se for congelada.
- Manter os medicamentos nas embalagens originais para facilitar sua identificação e controle da validade.
- Armazenar os medicamentos de forma individualizada para evitar erros e trocas com medicamentos de outras pessoas.
- Usar regularmente os medicamentos nos horários indicados na receita médica. Alguns remédios precisam ser tomados em jejum, outros após as refeições ou à noite, antes de dormir. Temos também remédios que podem interagir com alimentos e precisam ser tomados em horários distantes das refeições.
- Administrar os comprimidos sempre com água. Existem medicamentos que podem ter menos efeito se tomados com leite, sucos ou outros líquidos.
- Permanecer próximo do idoso até que ele tome os medicamentos. Certifique-se que ele realmente tomou os remédios.
- Utilizar métodos alternativos para o uso correto dos medicamentos em pacientes com problemas visuais ou mentais.
- Não aumentar, diminuir, substituir ou retirar medicamentos sem o conhecimento do médico.
- Manter a última receita médica junto com os medicamentos.
- Observe frequentemente a data de validade e não tome medicamentos vencidos.
- Sempre levar todas as receitas, exames e medicamentos em uso de todos os atendimentos médicos. Informar ao médico sobre o uso de chás ou plantas medicinais.

Assim, a presença de internação recente nos últimos seis meses representa um marcador de fragilidade e deve ser seguida das seguintes orientações:

- Esclarecer que a imobilidade, mesmo que por pouco tempo, está associada a hipotensão ortostática e perda da massa muscular e óssea.
- Realizar a conciliação medicamentosa, definida com o processo de elaboração da lista de todos os medicamentos que o paciente está utilizando e a comparação com a prescrição prévia, com o objetivo de se evitar erros de medicação, como omissão, duplicação, erros de doses ou interações medicamentosas. Deve ser realizada em cada transição do cuidado, no qual um novo medicamento é prescrito ou desprescrito. A transição do cuidado inclui mudanças de unidades assistenciais, de médicos ou de nível de atenção.
- Em caso de internação hospitalar, o médico de referência deve ser comunicado em 48h, para o fornecimento de informações da história clínica e avaliações anteriormente realizadas, medicamentos prescritos e outros aspectos da saúde do idoso.

Orientar que, após a alta hospitalar, uma reavaliação com o médico de referência deve ser realizada rapidamente.

Quadro 1: Lista de Doenças e/ou Condições Crônicas de Saúde para definição da presença de multimorbidade ou polipatologia

Desordens cardiovasculares	Hipertensão arterial
	Fibrilação atrial
	Doenças arterial coronariana: angina, IAM
	AVC/AIT, incluindo hemorragias intracranianas
	Doença Renal Crônica
	Doença arterial periférica
	Insuficiência cardíaca
Desordens Respiratórias	DPOC
	Asma
	Bronquiectasia
	Sinusite crônica
Desordens mentais	Depressão
	Ansiedade: ansiedade generalizada, síndrome do pânico, transtorno pós-traumático, transtorno obsessivo-compulsivo, insônia, stress e outros transtornos psiquiátricos
	Esquizofrenia/Transtorno bipolar
	Alcoolismo
	Abuso de outras substâncias psicoativas
	Anorexia ou bulimia
Desordens neurológicas	Demência
	Doença de Parkinson e equivalentes
	Esclerose múltipla
	Epilepsia
	Enxaqueca
Desordens musculoesqueléticas	Dor crônica: osteoartrite, cefaleia não-enxaqueca, fasciite plantar, artrites, fibromialgia, discopatias, espondilite, lombalgia crônica, gota, neuralgia do trigêmeo, síndrome do túnel do carpo, dor ciática, etc.
	Osteoporose
	Desordens do tecido conjuntivo: LES, artrite reumatóide, síndrome e doença de Sjögren, dermatopoliomiosite, esclerodermia, artrite psoriática, dermatomiosite, polimiosite, poli-mialgia reumática e doença celíaca/malabsorção.
	Síndrome da fadiga crônica
Desordens gastrointestinais	Dispepsia crônica: DRGE, esôfago de Barret, úlcera gástrica ou duodenal, dispepsia funcional, hérnia de hiato, infecção pelo <i>Helicobacter pylori</i> .
	Síndrome do Intestino Irritável
	Constipação intestinal
	Doença diverticular
	Doença intestinal inflamatória
	Hepatite viral
	Hepatopatia crônica
Desordens endócrinas	Diabetes mellitus
	Tireoidopatias: hiper ou hipotireoidismo, doença de Graves, bócio, tireoidite e nódulo tireoidiano não neoplásico
Desordens dos órgãos dos sentidos	Glaucoma
	Doença de Meniere's
	Perda auditiva ou visual
Desordens genitourinárias	Ovário policístico
	Desordens da próstata
	Endometriose
Outras	Anemia perniciosa e similares
	Psoríase/Eczema
	Câncer (últimos 5 anos)

Fonte: Jani et al, 2019; Barnett et al, 2012, com adaptações dos autores

2.2 Interpretação do IVCF-20

Após a aplicação do instrumento, o avaliador soma os pontos obtidos pelo paciente e define o escore final. Idosos com pontuação igual ou superior a 15 pontos apresentam alto vulnerabilidade clínico-funcional. Idosos com pontuação entre 7 e 14 pontos apresentam moderada de vulnerabilidade clínico-funcional, enquanto que idosos com pontuação entre 0 e 6 pontos apresentam baixa vulnerabilidade clínico-funcional. Os escores obtidos no IVCF-20 apresentaram alta correlação com a classificação clínico-funcional realizada por equipe geriátrico-gerontológica especializada. Desta forma, podemos considerar que idosos com baixa vulnerabilidade clínico-funcional são “robustos”, enquanto que idosos com moderada e alta vulnerabilidade podem ser considerados “em risco de fragilização” (pré-frágeis) e “frágeis”, respectivamente (Quadro 2).

Em Uberlândia, segundo Barra e cols (2023), houve franco predomínio de idosos de baixa vulnerabilidade clínico-funcional (69,4%), que, provavelmente, são robustos. A prevalência de idosos de alta vulnerabilidade clínico funcional (IVCF-20 \geq 15 pontos) foi de 11,2% (idosos frágeis), seguido pelos idosos de moderada vulnerabilidade clínico funcional (19,52%) (idosos pré-frágeis ou em risco de fragilização).

Quadro 2: Categorias de risco

Pontos de Corte Sugeridos	Níveis de sensibilidade e especificidade associadas às classificações	Classificação quanto ao grau de vulnerabilidade Clínico-Funcional	Prevalência na população idosa residente na comunidade	Prioridade para realização da Avaliação Geriátrica Ampla (AGA)
0 a 6 pontos	—	Idoso com baixo risco de vulnerabilidade clínico-funcional	10 a 20%	BAIXA
7 a 14 pontos	Sensibilidade: 91%	Idoso com moderado risco de vulnerabilidade clínico-funcional	20 a 30%	MÉDIA
	Especificidade: 71%			
\geq 15 pontos	Sensibilidade: 52%	Idoso com alto risco de vulnerabilidade clínico-funcional	50 a 60%	ALTA
	Especificidade: 98%			

O Quadro 3 abaixo apresenta diversas informações referentes à interpretação da pontuação final do IVCF-20 e disponibiliza diversas orientações que devem ser compartilhadas entre a atenção primária à saúde, idoso e família.

Quadro 3: Interpretação do escore do IVCF-20

INTERPRETAÇÃO DA PONTUAÇÃO FINAL DO IVCF-20		
0 a 6 pontos	7 a 14 pontos	≥ 15 pontos
BAIXO RISCO de vulnerabilidade clínico-funcional	MODERADO RISCO de vulnerabilidade clínico-funcional	ALTO RISCO de vulnerabilidade clínico-funcional
<p>A probabilidade de apresentar fragilidade é baixa. Neste momento, não é indispensável uma avaliação geriátrico-gerontológica especializada.</p> <p>Recomenda-se a aplicação do ICOPE para avaliação da capacidade intrínseca. Este idoso pode continuar realizando seu acompanhamento clínico usual.</p> <p>O acompanhamento clínico objetiva o tratamento das doenças e dos fatores de risco, porventura existentes. Intervenções preventivas devem ser priorizadas, com o objetivo de evitar condições crônicas de saúde associadas a desfechos adversos.</p> <p>Rastreamento de câncer e de osteoporose devem ser considerados individualmente, a faixa etária do indivíduo.</p> <p>A quimioprevenção deve ser avaliada individualmente, com o objetivo de prevenir doenças crônicas (uso de estatina, AAS, anticoagulante, vitaminas e sais minerais), respeitando-se a relação risco, benefício e custo das intervenções.</p> <p>Dieta saudável e atividade física estão fortemente indicados.</p> <p>Todos os idosos devem ser rotineiramente imunizados com as vacinas anti-influenza, anti-pneumocócica, dupla/tripla tipo adulto, anti-zoster, anti-hepatite e anti-amarílica, além da vacina anti-COVID-19, exceto na presença de restrições específicas que devem ser discutidas com seu médico.</p> <p>Seguir as orientações específicas relacionadas aos itens pontuados no IVCF-20.</p>	<p>A probabilidade de apresentar fragilidade é consistente. Certamente, este idoso apresenta condições crônicas associadas a desfechos adversos, como declínio funcional, institucionalização, internação e óbito.</p> <p>Está indicada a avaliação da capacidade intrínseca, utilizando-se os instrumentos diagnósticos sugeridos pelo ICOPE.</p> <p>Na presença de incapacidades funcionais deve-se realizar a Avaliação Geriátrica Ampla. O risco de desenvolver dependência e outras complicações é elevado.</p> <p>O objetivo principal das intervenções é evitar o declínio funcional, identificando e abordando adequadamente as condições crônicas identificadas. Torna-se, portanto, indispensável uma avaliação interdisciplinar, com a participação de outros profissionais de saúde, além do médico e enfermeiro.</p> <p>Rastreamento de câncer e de osteoporose devem ser considerados individualmente, a faixa etária do indivíduo.</p> <p>A quimioprevenção deve ser avaliada individualmente, com o objetivo de prevenir doenças crônicas (uso de estatina, AAS, anticoagulante, vitaminas e sais minerais), respeitando-se a relação risco, benefício e custo das intervenções.</p> <p>Dieta saudável e atividade física estão fortemente indicados.</p> <p>Todos os idosos devem ser rotineiramente imunizados com as vacinas anti-influenza, anti-pneumocócica, dupla/tripla tipo adulto, anti-zoster, anti-hepatite e anti-amarílica, além da vacina anti-COVID-19, exceto na presença de restrições específicas que devem ser discutidas com seu médico.</p> <p>Seguir as orientações específicas relacionadas aos itens pontuados no IVCF-20.</p>	<p>A probabilidade de apresentar fragilidade é bastante elevada. Neste caso, está fortemente indicada uma avaliação clínico-funcional mais detalhada da saúde, que deve ser realizada por equipe geriátrico-gerontológica especializada. O envelhecimento por si só não explica a situação clínica atual deste idoso, independentemente de sua idade.</p> <p>Provavelmente, este indivíduo apresenta algum grau de dependência nas tarefas do cotidiano. Desta forma, deve-se definir quais incapacidades estão presentes (incapacidade cognitiva, instabilidade postural, imobilidade, incontinência esfinteriana e incapacidade comunicativa), além das outras condições crônicas determinantes da fragilidade.</p> <p>Os cuidados profissionais são indispensáveis e devem ser realizados por profissionais capacitados no atendimento de idosos frágeis, pois o risco de iatrogenia é elevado. Toda prescrição e os diagnósticos das doenças devem ser revistos cuidadosamente. Deve-se ficar atento aos efeitos colaterais dos medicamentos utilizados.</p> <p>Este idoso necessita de acompanhamento por médico e enfermeiro capacitados na área de saúde da pessoa idosa, além de equipe interdisciplinar (fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia, farmacêutico, serviço social, nutrição, psicologia, odontologia, educação física, musicoterapia, etc), conforme as incapacidades funcionais e condições crônicas identificadas.</p> <p>É fundamental a avaliação detalhada do suporte familiar e social, pois este idoso apresenta diversas demandas de cuidado e necessita de pessoas (cuidador de idoso) dedicadas a esta finalidade. A avaliação da sobrecarga do cuidador torna-se, portanto, indispensável. A saúde do cuidador também deverá fazer parte do Plano de Cuidados Personalizado.</p> <p>Este idoso está em risco de intervenções terapêuticas (uso de medicamentos) ou propedêuticas (exames complementares) potencialmente iatrogênicas, que podem piorar a sua saúde. A prevenção quaternária deve ser avaliada rigorosamente, devendo-se evitar intervenções fúteis e sem comprovação científica de sua indicação.</p> <p>Seguir as orientações específicas relacionadas aos itens pontuados no IVCF-20.</p>

2.3 Propriedades Psicométricas do IVCF-20

A análise das propriedades psicométricas dos instrumentos diagnósticos é fundamental para garantir a qualidade de seus resultados e seu uso na prática clínica. Nesta perspectiva, o principal objetivo do IVCF-20 é o reconhecimento precoce da fragilidade clínico-funcional, definida como uma “condição crônica de saúde associada principalmente ao envelhecimento, que apresenta caráter dinâmico e multidimensional, prevenível e potencialmente reversível, caracterizada pela redução acelerada das reservas homeostáticas e maior vulnerabilidade a desfechos adversos, como progressão rápida do declínio funcional, quedas, reações adversas a medicamentos (RAM), internação, institucionalização e óbito”. Além de sua utilidade no diagnóstico da fragilidade, o IVCF-20 é muito útil no manejo clínico da pessoa idosa. As principais características psicométricas do instrumento são:

- **Validade ou Acurácia:** é a capacidade do IVCF-20 medir com precisão ou legitimidade, a fragilidade clínico-funcional no idoso. Os pontos de corte associados com melhor relação sensibilidade e especificidade foram, respectivamente, de 7 e 15, pontos. A proporção de idosos com fragilidade clínico-funcional, identificados no IVCF-20 com pontuação de 7 ou mais, foi considerada satisfatória (91%). Isto significa que a maioria dos idosos com fragilidade clínico-funcional foram corretamente identificados

utilizando-se este ponto de corte. Todavia, a especificidade deste grupo não foi considerada satisfatória (71%). Isto significa que 29% dos idosos com IVCF-20 ≥ 7 pontos não são verdadeiramente positivos, ou seja, são idosos robustos, que não necessitam de avaliação geriátrico-gerontológica especializada. Quando se utiliza o ponto de corte de 15 ou mais, há um forte incremento na especificidade (98%) do teste e uma perda na sensibilidade (52%). Com este ponto de corte, a probabilidade deste idoso ser falsamente positivo foi extremamente baixa (Carmo, 2014; Moraes, 2020).

- **Curva ROC (Receiver Operating Characteristic):** a validade concorrente é obtida pela análise “receiver operating characteristic”, ou simplesmente curva ROC, expressa pela sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo e valor preditivo negativo. A área sob a curva – AUC foi de 0,903 (IC95%: 0,871-0,934), sendo substancial, uma vez que o valor foi bastante superior a 0,50 (concordância devida meramente ao acaso). O ponto de corte obtido foi seis, sendo que, assim, pontuações no IVCF-20 iguais ou maiores do que sete indicam uma forte possibilidade de o idoso ser classificado como frágil. Para esse valor obtido, o percentual de indivíduos classificados como corretos foi igual a 84,4%.
- **Confiabilidade ou fidedignidade:** é a capacidade de se reproduzir um resultado de forma consistente no tempo e no espaço, ou com observadores diferentes. A confiabilidade é avaliada pela estabilidade (teste/reteste), homogeneidade e equivalência inter-observadores. O índice de alpha de Cronbach encontrado variou de 0.740 a 0.861, dependendo da população estudada. Isso sugere que o instrumento tem um alto grau de consistência interna, sem, entretanto, ser redundante nos seus itens constitutivos.
- **Equivalência ou reprodutibilidade:** refere-se à concordância quando o teste é reaplicado várias vezes e por diferentes aplicadores. É a repetitividade dos resultados ao se repetir o teste várias vezes em circunstâncias similares. Os índices Kappa foram quase perfeitos ou substanciais para todas os itens do IVCF-20, exceção feita ao item desânimo, tristeza ou desesperança no último mês, que obteve concordância considerada moderada. Quanto ao Kappa ponderado quadrático para a totalidade de itens do IVCF-20, este foi de 94,4%, sendo considerado, então, quase perfeito. A concordância ponderada foi igual a 99,5, indicando que o instrumento pode ser aplicado por avaliadores diferentes, sem que haja discordância significativa.
- **Praticabilidade:** refere-se aos aspectos práticos da utilização do instrumento como facilidade na aplicação, rapidez, simplicidade, baixo custo e interpretação fácil do resultado. A duração de aplicação do IVCF-20 é rápida, variando de 5 a 10 minutos, não necessita ser aplicado por especialistas e utiliza tecnologias de baixo custo (relógio comum e fita métrica). Além da estratificação do risco de vulnerabilidade clínico-funcional e, por conseguinte, da necessidade de avaliação por equipe geriátrico-gerontológica especializada, o questionário fornece várias informações quanto ao estado de saúde do paciente, possibilitando a prescrição de intervenções capazes de melhorar a qualidade de vida do indivíduo.

O IVCF-20 foi desenvolvido a partir do *Vulnerable Elders Survey-13* (Saliba *et al.*, 2001), que avalia a idade, autopercepção da saúde, limitação física e incapacidades (Quadro 4). O VES-13 é composto por 13 questões e cada questão recebe uma determinada pontuação. O somatório final pode variar de 0 a 10 pontos, sendo que idosos com pontuação final igual ou superior a três pontos apresentam um risco de 4,2 vezes maior de declínio funcional ou morte em dois anos (idosos de alto risco), quando comparado com idosos com pontuação ≤ 2 pontos, independentemente do sexo e do número ou tipo de comorbidades presentes (Saliba, 2001; Maia, 2012). Como pode ser visto no quadro abaixo, o VES-13 não apresenta caráter multidimensional e não avalia alguns componentes da capacidade intrínseca, como a capacidade cognitiva, capacidade psicológica, vitalidade (perda de peso, IMC, circunferência da panturrilha e velocidade da marcha) e capacidade comunicativa (visão e audição). Além disso, não avalia a presença de quedas, incontinência esfincteriana e tampouco a presença de comorbidades múltiplas, como a polifarmácia, polipatologia e internação recente. Assim, podemos considerar que o IVCF-20 é uma extensão do VES-13, com o objetivo de incluir outras dimensões fundamentais na saúde da pessoa idosa.

Quadro 4: VES-13

Vulnerable Elders Survey-13 (VES-13)		
Idade		Qual é a sua idade?
Autopercepção da saúde		Em geral, comparando com outras pessoas de sua idade, você diria que sua saúde é
Atividades de vida diária	AVD Instrumental	Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de fazer compras?
		Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de controlar seu dinheiro, gastos ou pagar as contas de sua casa?
		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?
	AVD Básica	Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de tomar banho sozinho?
Cognição		
Humor		
Mobilidade	Alcance, preensão e pinça	Você é incapaz de elevar os braços acima do nível do ombro?
		Você é incapaz de manusear ou segurar pequenos objetos?
	Capacidade aeróbica/muscular	
	Marcha	Você tem dificuldade para caminhar capaz de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano?
	Continência esfinteriana	
Comunicação	Visão	
	Audição	
Comorbidades múltiplas	Polipatologia	
	Polifarmácia	
	Internação recente	

Italiano et al, em 2023, analisaram os artigos que avaliaram as propriedades psicométricas do IVCF-20 e VES-13 para o rastreamento de idosos vulneráveis e concluíram que os artigos com IVCF-20 foram mais robustos, indicando uma possível vantagem desse instrumento, como pode ser observado no Quadro 5.

Quadro 5: Análise comparativa entre o IVCF-20 e o VES-13

INSTRUMENTOS	AUTORES	CONFIABILIDADE			VALIDADE		OUTROS CRITÉRIOS			
		Consistência Interna	Estabilidade	Equivalência	Conteúdo	Estrutural	Crítério	Sensibilidade	Especificidade	Valor Preditivo
IVCF-20	Ribeiro et al. (2018) ²⁰	■				■				
	Ribeiro, (2018) ²¹	■	■			■	■			
	Freitas (2018) ⁹					■	■			
	Barbosa et al. (2019) ⁵	■					■			
	Freitas e Soares (2019) ²²									
	Lins et al. (2019) ¹⁵					■	■			
	Moraes et al. (2016) ²³	■			■	■	■	■	■	■
VES-13	Ramos (2017) ²⁴				■	■				
	Cruz et al. (2019) ¹³				■	■				
	Amancio et al. (2019) ¹⁴		■							
	Cabral et al. (2019) ²⁵		■				■	■	■	■
	Runzer-Colmenares et al. (2017) ²⁶					■	■			

Rev Med Minas Gerais 2023; 33: e-33206

■ Instrumento IVCF-20; ■ Instrumento VES-13.
 Fonte: Os autores (2022).

Aplicabilidade dos Instrumentos IVCF-20 VES-13

O VES-13 é o instrumento utilizado na terceira edição da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa (Brasil, 2014). Além do VES-13, a caderneta contém todas as perguntas utilizadas no IVCF-20, excetuando-se a velocidade da marcha e a avaliação da visão e da audição, como pode ser observado no quadro 6.

Quadro 6: Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa e o IVCF-20

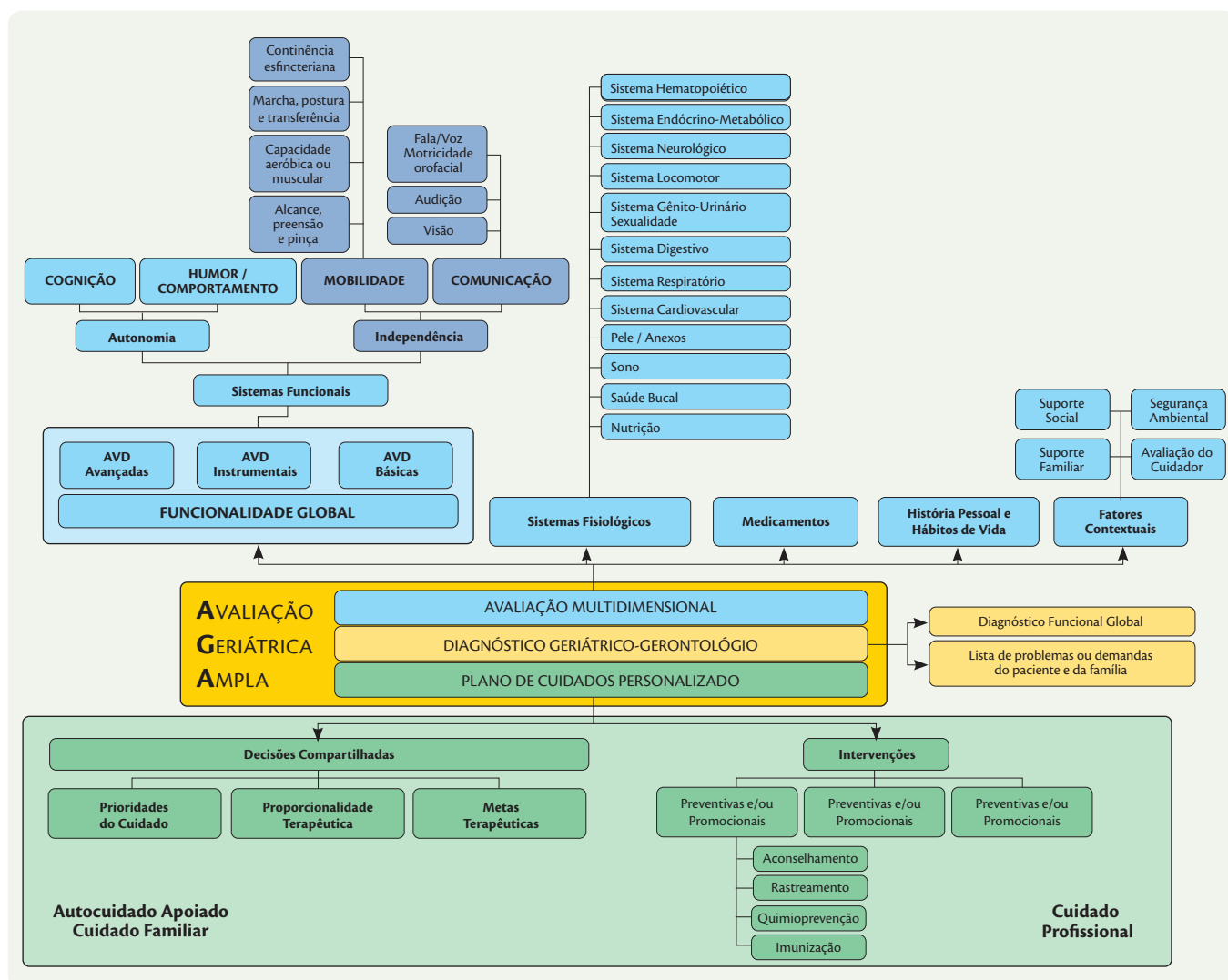
ÍNDICE DE VULNERABILIDADE CLÍNICO FUNCIONAL – 20 www.ivcf20.org			Página correspondente na caderneta		
IDADE	1. Qual é a sua idade?	() 60 a 74 anos ⁰	Pág. 18 (item 1)		
		() 75 a 84 anos ¹			
		() ≥ 85 anos ³			
PERCEÇÃO DA SAÚDE	2. Em geral, comparando com outras pessoas de sua idade, você diria que sua saúde é:	() Excelente, muito boa ou boa ⁰	Pág. 18 (item 2)		
		() Regular ou ruim ¹			
AVD Instrumental <i>A pontuação máxima do item é de 4 pontos, mesmo que o idoso tenha respondido sim para todas as questões 3, 4 e 5.</i>	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 4. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de controlar seu dinheiro, gasto ou pagar as contas de sua casa? () Sim ⁴ () 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? () Sim ⁴ () Não ou não faz mais pequenos trabalhos domésticos por outros motivos que não a saúde		Pág. 19 (item 4)		
		6. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de tomar banho sozinho? () Sim ⁶ () Não			
		COGNIÇÃO		7. Algum familiar ou amigo falou que você está ficando esquecido? () Sim ¹ () Não	Pág. 23 (item 2.7)
				8. Este esquecimento está piorando nos últimos meses? () Sim ¹ () Não	
9. Este esquecimento está impedindo a realização de alguma atividade do cotidiano? () Sim ² () Não					
HUMOR	10. No último mês, você ficou com desânimo, tristeza ou desesperança? () Sim ² () Não				
	11. No último mês, você perdeu o interesse ou prazer em atividades anteriormente prazerosas? () Sim ² () Não				
MOBILIDADE	Alcance, preensão e pinça	12. Você é incapaz de elevar os braços acima do nível do ombro? () Sim ¹ () Não	Pág. 18 (item 3)		
		13. Você é incapaz de manusear ou segurar pequenos objetos? () Sim ¹ () Não			
	Capacidade aeróbica e/ou muscular	14. Você tem alguma das três condições abaixo relacionadas? () Sim ² () Não • Perda de peso não intencional de 4,5 kg ou 5% do peso corporal no último ano ou 6 kg nos últimos 6 meses ou 3 kg no último mês () • Índice de Massa Corporal (IMC) menor que 22 kg/m ² () • Circunferência (perímetro) da panturrilha a < 31 cm () • Tempo gasto no teste de velocidade da marcha (4m) > 5 seg ()	Pág. 16 e 17, exceto velocidade da marcha		
		Marcha	15. Você tem dificuldade para caminhar capaz de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? () Sim ² () Não	Pág. 18 e 20	
			16. Você teve duas ou mais quedas no último ano? () Sim ² () Não	Pág. 24	
Continência Esfinteriana	17. Você perde urina ou fezes, sem querer, em algum momento? () Sim ² () Não	Pág. 12			
COMUNICAÇÃO	Visão	18. Você tem problemas de visão capazes de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? É permitido o uso de óculos ou lentes de contato. () Sim ² () Não			
	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. () Sim ² () Não			
COMORBIDADE MÚLTIPLA	20. Você tem alguma das três condições abaixo relacionadas? () Sim ⁴ () Não • Cinco ou mais doenças crônicas. • Uso regular de cinco ou mais medicamentos diferentes, todo dia. • Internação recente, nos últimos 6 meses.	Pág. 10 e 12			

Os itens em azul referem-se às perguntas presentes no VES-13.

2.4 IVCF-20 como ponto de partida para a Avaliação Geriátrica Ampla

O IVCF-20 apresenta caráter multidimensional e seu escore varia de 0 a 40 pontos. Quanto maior a pontuação, maior é o risco de desfechos adversos. Todavia, qualquer pontuação deve ser considerada anormal, exceto a idade, e, conseqüentemente, deve ser melhor investigada. Como vimos, o instrumento 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. Todo este conjunto de dimensões da saúde são integrantes da Avaliação Geriátrica Ampla (AGA), definida como um procedimento diagnóstico e terapêutico, com caráter multidimensional e interdisciplinar, com o objetivo de avaliar as capacidades física, funcional, psicológica e social do indivíduo, a fim de desenvolver um plano de cuidados coordenado e integrado para o tratamento e acompanhamento a longo prazo (Choi, 2023; Veronesi, 2022; Brigs, 2022; Garrardi 2020). A AGA não se limita simplesmente à avaliação, mas também direciona um plano de cuidados holístico com intervenções tangíveis, capazes de maximizar a saúde geral dos idosos. Este procedimento deve ser realizado por equipe geriátrico-gerontológica especializada em outro ponto da rede de atenção à saúde (RAS): Atenção Ambulatorial Especializada em Geriatria/Gerontologia. É, portanto, um procedimento de alto custo e está indicada naqueles idosos que apresentam condições crônicas de saúde com maior risco de declínio funcional, internação ou óbito. Outras dimensões da saúde, não incluídas no IVCF-20, são incluídas na AGA, como a nutrição, sono, saúde bucal, pele/anexos, sistema cardiovascular, sistema respiratório, sistema digestivo, sistema gênito-urinário/sexualidade, sistema locomotor, sistema endócrino-metabólico e sistema neurológico. O histórico pessoal e hábitos de vida são também fundamentais para o reconhecimento das demandas do indivíduo, como ocorre em qualquer faixa etária. Por fim, toda avaliação multidimensional da pessoa idosa deve valorizar os fatores contextuais, como o suporte familiar, suporte social, avaliação do cuidador e segurança ambiental (Figura 4).

Figura 4: Avaliação Geriátrica Ampla



Do ponto de vista de Saúde Pública, as duas principais vantagens do IVCF-20 são:

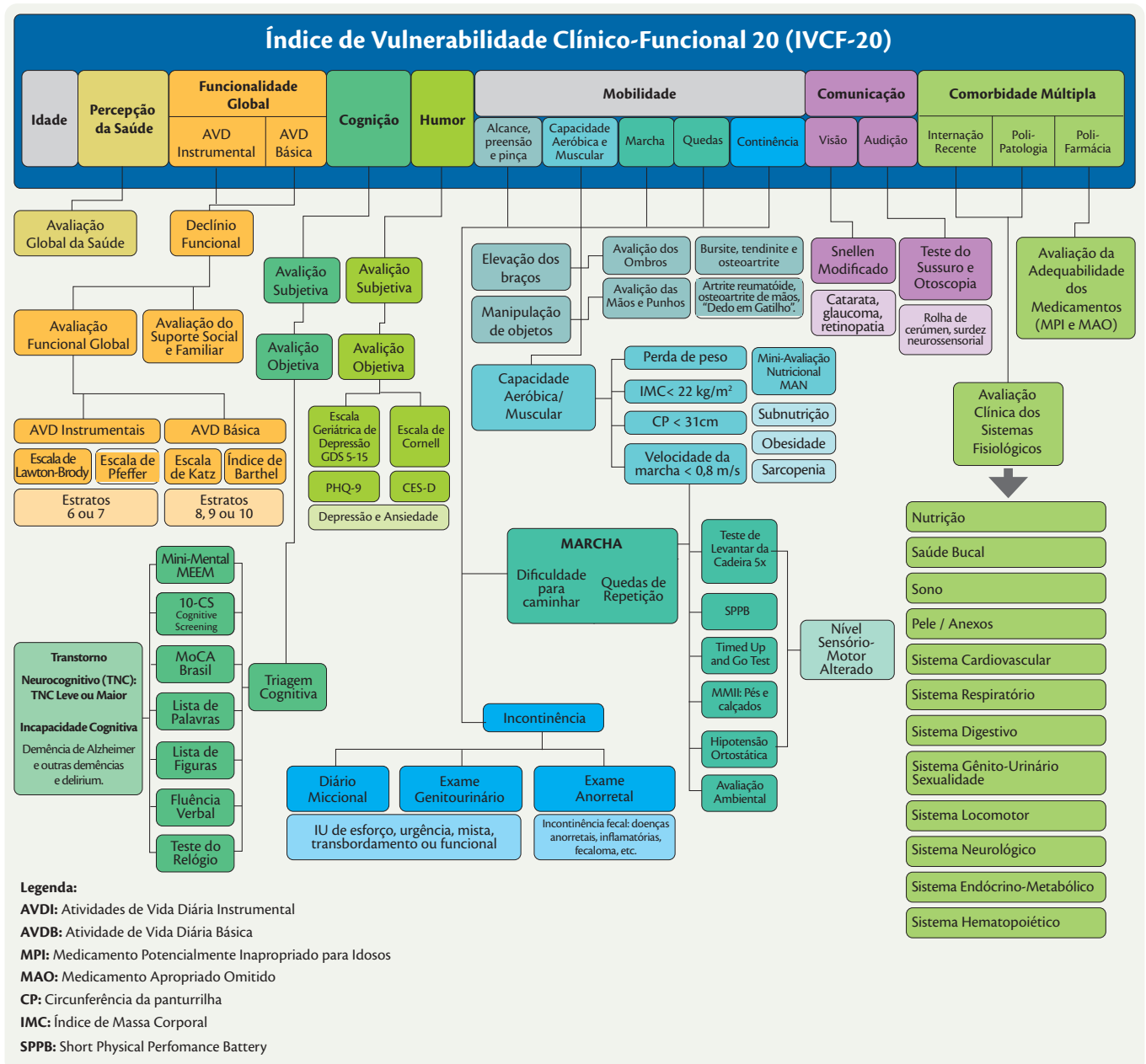
- Reconhecimento rápido e eficaz do “**idoso de risco**”. Segundo Faller (2019), o IVCF-20 foi considerado um dos melhores instrumento do mundo para o reconhecimento da fragilidade na população idosa
- Aplicação por qualquer profissional de saúde da APS, incluindo o agente comunitário de saúde (ACS).

O risco de fragilidade é diretamente proporcional à pontuação obtida no instrumento, ou seja, quanto maior a pontuação no IVCF-20, maior é o risco de fragilidade. Esta outra propriedade do instrumento, facilita a definição de prioridades para o encaminhamento para a atenção secundária:

- IVCF-20 de 0 a 6 pontos: baixa prioridade;
- IVCF-20 de 7 a 14 pontos: moderada prioridade;
- IVCF-20 \geq 15 pontos: alta prioridade.

Outra vantagem do IVCF-20 é a definição das dimensões da saúde alteradas, que devem ser melhor avaliadas, utilizando-se instrumentos ou escalas mais específicas, conforme a necessidade de cada indivíduo (Figura 5). Esta “customização” da consulta é de extrema importância na prática clínica, pois facilita a racionalização de tempo e de recursos humanos. A figura abaixo apresenta as escalas mais utilizadas em Geriatria e Gerontologia, que permitem um aprofundamento na avaliação da dimensão alterada e, conseqüentemente, o diagnóstico geriátrico-gerontológico correto e a definição do plano de cuidados.

Figura 5: Customização da consulta geriátrico-gerontológica



Podemos concluir que o IVCF-20 é uma boa estratégia para a realização de um “**checklist**” das principais dimensões clínico-funcionais da pessoa idosa, que estão ancoradas no modelo multidimensional de saúde, com foco na capacidade funcional. A necessidade de aprofundamento na avaliação de tais dimensões deve ser individualizada, utilizando-se vários instrumentos ou escalas sugeridas no ICOPE e Avaliação Geriátrica Ampla (AGA), conforme a necessidade, como pode ser visto no quadro abaixo. Na perspectiva de “checklist”, qualquer “pontuação” no IVCF-20 deve ser considerada ANORMAL e merece investigação adicional, exceto a idade. Assim, um indivíduo com 86 anos deve ter uma pontuação máxima de três pontos para ser considerado “normal da idade”. Qualquer pontuação adicional exige um aprofundamento, aplicando-se os instrumentos ou escalas disponíveis. As três categorias de risco (0 a 6 pontos, 7 a 14 pontos e ≥ 15 pontos) referem-se mais à complexidade do caso e à necessidade maior ou menor de avaliação especializada.

Quadro 7: IVCF-20 como “checklist” da capacidade intrínseca e habilidade funcional

Dimensão da Saúde Checklist			IVCF-20	ICOPE	AGA	
SAÚDE	Idade		Qual é a sua idade?		Identificação	
	Percepção da saúde		Em geral, comparando com outras pessoas de sua idade, você diria que sua saúde é:		Escalas de Qualidade de Vida (WHOQOL-100, WHOQOL-Bref, SF-36, SF-6D, NHP, etc).	
	Capacidade Funcional	Atividades de vida diária	Instrumental		Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de fazer compras?	Escala de Lawton-Brody Índice de Pfeffer MIF (Medida da Independência Funcional)
					Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de controlar seu dinheiro, gasto ou pagar as contas de sua casa?	
			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?		Índice de Katz Índice de Barthel	
	Básica	Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de tomar banho sozinho?				
	Autonomia (Decisão)	Cognição		Algum familiar ou amigo falou que você está ficando esquecido?	Lembre-se de três palavras: flor, porta, arroz (por exemplo)	MEEM Teste de Figuras Lista de Palavras do CERAD Fluência Verbal MoCA 10-CS Teste do Relógio IQCODE
				Este esquecimento está piorando nos últimos meses?	Orientação no tempo e no espaço: <i>Qual é a data completa de hoje? Onde você está agora (em casa, na clínica, etc.)?</i>	
				Este esquecimento está impedindo a realização de alguma atividade do cotidiano?	Você se lembra das três palavras?	
		Humor		No último mês, você ficou com desânimo, tristeza ou desesperança?	Ao longo das duas últimas semanas, você se sentiu incomodado(a) por: Sentir-se para baixo, deprimido ou sem esperança?	
	No último mês, você perdeu o interesse ou prazer em atividades anteriormente prazerosas?			Ter pouco interesse ou prazer em fazer as coisas?		
	Independência (Execução)	Mobilidade	Alcance, preensão e pinça	Você é incapaz de elevar os braços acima do nível do ombro?		Exame do Ombro
				Você é incapaz de manusear ou segurar pequenos objetos?		Exame das mãos
			Capacidade aeróbica/muscular Nutrição	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	Perda de peso: você perdeu mais de 3 kg sem querer nos últimos três meses?	Mini Avaliação Nutricional (MAN)
				Índice de Massa Corporal (IMC) inferior a 22 kg/m ²	Perda de apetite: você vem tendo perda de apetite?	Timed Up and Go Test (TUG) SPPB (Short Physical Performance Battery) Escala de Tinetti/POMA Escala de Equilíbrio de Berg
Circunferência da perna a < 31 cm						
Marcha		Locomoção	Você tem dificuldade para caminhar capaz de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano?	Teste de levanta-se da cadeira: <i>Levante-se da cadeira cinco vezes sem usar os braços.</i>		
			Quedas	Você teve duas ou mais quedas no último ano?		
Continência		Você perde urina ou fezes, sem querer, em algum momento?		Diário miccional		
Comunicação		Visão		Você tem problemas de visão capazes de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? <i>É permitido o uso de óculos ou lentes de contato.</i>	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 de Snellen
		Audição		Você tem problemas de audição capazes de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? <i>É permitido o uso de aparelhos de audição</i>	Ouve sussurros (teste do sussurro)	Teste do Sussuro
Comorbidade Múltipla	Polifarmácia		Cinco ou mais condições crônicas de saúde		Avaliação Clínica Tradicional: anamnese, exame físico e exames complementares.	
	Polipatologia		Uso diário de 5 ou mais medicamentos			
	Internação recente		Internação nos últimos 6 meses			

2.5 Aplicação do IVCF-10 utilizando tecnologias de informação e comunicação

O envelhecimento populacional associado à crescente contribuição das condições crônicas na carga total de doenças configura um desafio aos sistemas de atenção à saúde que buscam estratégias para promoção do cuidado integrado e coordenado. Neste cenário, ferramentas que fortaleçam a atenção primária à saúde (APS), aumentando sua resolutividade e, ao mesmo tempo, favoreçam a aproximação entre profissionais generalistas e especialistas, são essenciais.

A Telessaúde corresponde à modalidade de prestação de serviços de saúde à distância, por meio da utilização das tecnologias de informação e comunicação (TIC), envolvendo a transmissão segura de dados e informações em saúde, pelos diversos profissionais (Brasil, 2022). A Telessaúde vem se expandindo no Brasil desde 2005 com a proposta de apoiar a APS através de ações nas áreas de tele-educação, telediagnóstico, segunda opinião formativa e teleconsultorias (Silva, 2014). Os últimos anos foram marcados por uma verdadeira revolução na Telessaúde, com diversificação de suas ferramentas e incorporação das teleconsultas como nova modalidade de teleatendimento (Brasil, 2022). A Telessaúde possibilita a quebra de barreiras físicas, amplia o acesso à assistência de qualidade, melhora a resolutividade da APS e reduz o número de encaminhamentos desnecessários (Marcolino et al, 2017).

A Telessaúde possui um enorme potencial de integrar as políticas voltadas para a estruturação do cuidado de saúde das pessoas idosas. Estratégias de teletriagem configuram uma oportunidade a mais de captação do idoso e vinculação com a equipe de saúde da família de referência, especialmente em áreas de difícil acesso e para indivíduos com restrição de mobilidade. Já as teleconsultorias e teleconsultas oportunizam a comunicação entre os diferentes níveis de assistência e possibilitam a avaliação especializada dentro do próprio território.

O IVCF-20 é o instrumento de estratificação de risco da pessoa idosa que permite a avaliação fácil e rápida das principais dimensões de saúde. A utilização do IVCF-20 por meio de TIC (eIVCF-20) amplia o seu acesso e promove a busca ativa da fragilidade em toda a população idosa, mesmo em locais remotos e com baixa oferta de profissionais. O IVCF-20 foi adaptado para aplicação por ligações telefônicas com adequações nas perguntas e nas opções de respostas, mas sem interferência nos domínios de saúde avaliados, tampouco na pontuação final do instrumento. Essa versão foi validada pela metodologia de consenso de especialistas em Geriatria e Gerontologia e foi utilizada para identificar as repercussões do confinamento e do distanciamento social em idosos não frágeis durante a pandemia de COVID-19 (Saldanha, 2022).

O IVCF-20 adaptado pode ser utilizado como estratégia de teletriagem ampliando as possibilidades de reconhecimento da fragilidade e como parte da avaliação realizada por teleconsultas, conferindo maior objetividade aos atendimentos remotos e auxiliando na identificação do idoso com prioridade para a avaliação clínica presencial.

O Quadro 8 mostra o “script” ou roteiro para a aplicação do eIVCF-20.

Quadro 8: Script do eIVCF-20

Roteiro de Aplicação do eIVCF-20	
<p>Olá. Gostaríamos de conversar sobre sua saúde global. Este questionário tem cerca de 20 perguntas e vai nos ajudar a melhorar sua autonomia e independência. Vamos precisar de cerca de 5 minutos para respondê-lo. Todas as informações são sigilosas e serão compartilhadas somente com sua equipe de saúde. Apenas no caso do idoso não ter condições de responder por motivo de saúde, física ou mental, solicitamos que outra pessoa responda por ele.</p> <p>Você tem interesse em participar? Ótimo, vamos lá.</p>	
1. Qual é a sua idade?	() 60 a 74 anos ⁰
	() 75 a 84 anos ¹
	() ≥ 85 anos ³
2. Em geral, comparando com outras pessoas de sua idade, você daria qual nota à sua saúde de 1 a 10, sendo 10, a melhor saúde possível, e 1, a pior.	6 a 10. Excelente, muito boa ou boa ⁰
	1 a 5. Regular ou ruim ¹
Agora, vamos conversar sobre as tarefas do cotidiano. Gostaríamos de saber se, por causa da sua saúde ou condição física:	
<p>3. Você deixou de fazer compras? () Sim⁴ () Não ou não faz compras por outros motivos que não a saúde</p> <p>4. Você deixou de controlar seu dinheiro, gastos ou pagar as contas de sua casa? () Sim⁴ () Não ou não controla o dinheiro por outros motivos que não a saúde</p> <p>5. Você deixou de realizar pequenos trabalhos domésticos, como lavar louça, arrumar a casa ou fazer limpeza leve? () Sim⁴ () Não ou não faz mais pequenos trabalhos domésticos por outros motivos que não a saúde</p> <p>6. Você deixou de tomar banho sozinho? () Sim⁶ () Não</p>	
Você está indo muito bem! Agora, queremos saber como está sua memória e sua motivação.	
<p>7. Algum familiar ou amigo falou que você está ficando esquecido? () Sim¹ () Não</p> <p>Se positivo, continuar perguntando:</p> <p>8. Este esquecimento está piorando nos últimos meses? () Sim¹ () Não</p> <p>9. Este esquecimento está impedindo a realização de alguma atividade do cotidiano? () Sim² () Não</p> <p>10. No último mês, você ficou com desânimo, tristeza ou desesperança? () Sim² () Não</p> <p>11. No último mês, você perdeu o interesse ou prazer em atividades anteriormente prazerosas? () Sim² () Não</p>	
Ok. Neste momento, gostaríamos de conversar sobre sua capacidade física:	
<p>12. Você perdeu a capacidade de elevar os braços acima do nível do ombro? () Sim¹ () Não</p> <p>13. Você perdeu a capacidade de manusear ou segurar pequenos objetos? () Sim¹ () Não</p> <p>14. Recentemente, você teve perda de peso ou emagrecimento significativo e não intencional? () Sim² () Não</p> <p>15. Você tem dificuldade para caminhar que o impede de realizar alguma atividade do cotidiano? () Sim² () Não</p> <p>16. Você teve duas ou mais quedas no último ano? () Sim² () Não</p> <p>17. Você perde urina ou fezes, sem querer, em algum momento? () Sim² () Não</p>	
Estamos quase acabando. Vamos conversar sobre sua visão e audição.	
<p>18. Você tem problemas de visão capazes de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano, mesmo usando óculos ou lente de contato? () Sim² () Não</p> <p>19. Você tem problemas de audição capazes de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano, mesmo usando aparelho auditivo? () Sim² () Não</p>	

20. Chegamos quase ao fim. Agora queremos conversar sobre suas doenças e medicamentos.

- Você utiliza 5 ou mais medicamentos diferentes todo dia? Considere todos os medicamentos de uso diário, mesmo aqueles que não foram receitados pelo médico.
- Você teve alguma internação nos últimos 6 meses?
- Agora, vamos listar algumas doenças que necessitam de controle médico regular. Algum médico já lhe falou que você tem:
 1. Hipertensão arterial ou pressão alta?
 2. Diabetes?
 3. Depressão?
 4. Acidente vascular cerebral ou derrame?
 5. Infarto agudo do miocárdio ou enfarte?
 6. Angina?
 7. Insuficiência cardíaca?
 8. Asma?
 9. Enfisema ou bronquite crônica?
 10. Artrite ou reumatismo?
 11. Osteoporose?
 12. Insuficiência renal crônica?
 13. Doença de Parkinson?
 14. Doença de Alzheimer?
 15. Algum tipo de câncer?
- Pedimos que nos fale todas as outras doenças ainda não mencionadas.

3. Avaliação da Vulnerabilidade Social e Familiar (IVSF-10)

O conceito de fragilidade apresenta caráter multidimensional e deve incluir os aspectos sociais da pessoa idosa. O IVCF-20 avalia os aspectos clínicos e funcionais da fragilidade, devendo ser complementado pela avaliação do suporte sociofamiliar, particularmente nos idosos frágeis, nos quais a família é fundamental para o cuidado integral. A família tem a missão de educar, acolher, amparar e cuidar dos seus membros que se encontram incapazes de fazê-lo de forma independente. A perda da independência e autonomia exige que a família assuma integralmente essa função desafiadora do cuidado integral, levando a um remodelamento da dinâmica familiar. A rápida transição demográfica brasileira agrava mais ainda a situação, na medida em que famílias menores apresentam maiores limitações de prover os cuidados, dar apoio e suporte ao idoso frágil. Essa situação, também conhecida como insuficiência sociofamiliar, não pode ser confundida com negligência ou abandono. Muitas vezes, a família deseja cuidar do seu idoso dependente, mas não reúne as condições necessárias para fazê-lo. É relativamente recente e, portanto, incipiente, o estabelecimento de políticas públicas para pessoas idosas frágeis, dependentes e suas famílias. O Estado tem o dever de prover políticas públicas preventivas e reduzindo, desta forma, o risco de rompimento dos vínculos familiares. Prover cuidado a idosos frágeis, a idosos dependentes, e oferecer suporte à família cuidadora, são grandes desafios colocados hoje para esses idosos, para suas famílias e para as políticas públicas. Gobbens (2010) destaca a importância dos outros determinantes da saúde, como sexo, cor, escolaridade, estado civil, arranjos familiares, viuvez recente, idoso cuidador, participação e apoio social, acesso a serviços e situação laboral. Portanto, percebe-se claramente a importância da avaliação do suporte familiar e social na avaliação multidimensional da pessoa idosa.

Existem várias ferramentas para a avaliação do suporte social e familiar na APS, como o APGAR familiar, Genograma, Ecomapa, etc, mas que apresentam limitações importantes na identificação dos marcadores de vulnerabilidade sociofamiliar mais específicos da pessoa idosa. Com o objetivo de reconhecer a fragilidade sociofamiliar, o Serviço de Geriatria e Gerontologia do Hospital das Clínicas da UFMG desenvolveu um instrumento simples e de rápida aplicação, constituído de 10 questões, que avaliam os marcadores mais relevantes do suporte social e familiar Quadro 9. Além de ser mais consistente e conciso em relação aos instrumentos existentes, o Índice de Vulnerabilidade Social e Familiar 10 (IVSF-10) apresenta caráter qualitativo e quantitativo, definindo parâmetros mais objetivos e específicos da fragilidade sociofamiliar, reduzindo a subjetividade do examinador. A proposta é mostrar que o IVSF-10 pode complementar e apoiar tanto na organização dos serviços de saúde, quanto na alocação de recursos nas equipes da ESF e reorganização dos serviços da assistência social, com foco na pessoa idosa. O instrumento foi desenvolvido e um Comitê de Especialistas em Geriatria e Gerontologia validou o seu conteúdo. O IVSF-10 já está sendo utilizado rotineiramente no referido serviço nos últimos dois anos, demonstrando a sua praticidade na avaliação multidimensional da pessoa idosa (Reis, 2022). O instrumento está sendo avaliado em relação a sua consistência interna, confiabilidade, assim como, validade de critério, incluindo a sua sensibilidade e especificidade (Terwee, 2007). Percebe-se, portanto, que tanto o IVCF-20 quanto o IVSF-10 apresentam algumas características complementares, devendo ser utilizados conjuntamente na avaliação multidimensional da pessoa idosa.

Quadro 9: IVSF-10

ÍNDICE DE VULNERABILIDADE SOCIAL E FAMILIAR 10 (IVSF10)

Responda às perguntas abaixo com a ajuda de familiares ou acompanhantes. Marque a opção mais apropriada para a sua condição social e familiar atuais. Todas as respostas devem ser confirmadas por alguém que conviva com você. Nos idosos incapazes de responder, utilizar as respostas do cuidador.

Dimensão	Categoria	Pergunta	Pontuação	Comentários
SUPORTE FAMILIAR	Moradia	1. Com quem o Sr(a) mora: () Mora em ILPI ⁶ () Mora sozinho ² () Mora com familiares ou amigos, na mesma casa ou lote ⁰		Morar sozinho significa que o idoso é o único ocupante de seu domicílio. Excluem-se pacientes em cuja vizinhança imediata (andar abaixo, mesmo lote, etc.) vivam familiares.
	Cônjuge ou Companheiro	2. O Sr(a) tem cônjuge ou companheiro? () Sim ⁰ () Não ² () Viuvez recente ⁴		Paciente em casamento ou relação estável vigente, nos termos do art.1723 da lei 10.406 de janeiro de 2002 (adaptado): Art. 1.723. É reconhecida como entidade familiar a união estável entre duas pessoas, configurada na convivência pública, contínua e duradoura e estabelecida com o objetivo de constituição de família. Viuvez recente: falecimento do companheiro ou cônjuge nos últimos 12 meses, desde que partindo de união estável ou convívio significativo. Importante salientar que pacientes com casamento vigente, mas já há muito vivendo separadamente do cônjuge não devem pontuar nesse item.
	Apoio nas atividades de vida diária	3. O Sr(a) tem familiares/cuidadores para atendê-lo plenamente na realização das tarefas do cotidiano, atualmente ou em caso de necessidade? () Sim ⁰ () Não ⁶		É possível identificar alguém que esteja capacitado e disposto a auxiliar o idoso em suas atividades instrumentais (afazeres domésticos e extradomiciliares) e/ou básicas (dar banho, vestir suas roupas, higiene íntima, dar alimentos, etc), em caso de necessidade. Nos idosos dependentes deve ser considerado a disponibilidade e a capacidade técnica do cuidador para realizar o cuidado necessário. A sobrecarga do cuidador também deve ser valorizada na pontuação.
	Interação familiar e comunitária	4. O Sr(a) está satisfeito com o convívio ou frequência de visitas de familiares e/ou amigos? () Sim ⁰ () Não ²		O paciente convive com familiares e amigos regularmente (periodicidade subjetiva, frequência percebida como satisfatória pelo próprio paciente), não sente falta dos amigos e/ou familiares ou não se sente abandonado
	Sobrecarga familiar	5. O Sr(a) é responsável pelo cuidado de pessoas dependentes e/ou reside com pessoas que possam causar desorganização no convívio familiar? () Sim ² () Não ⁰		Pessoas com deficiência física ou mental, idosos dependentes, etc, que demandam cuidados e que estão sob sua responsabilidade. Pessoas que causam desorganização em casa são, por exemplo, usuários de drogas lícitas ou ilícitas e/ou pessoas envolvidas com criminalidade.
SUPORTE SOCIAL	Renda	6. O Sr(a) tem acesso à renda própria? () Benefício previdenciário ⁰ () Benefício assistencial ² () Não tem acesso à benefício previdenciário ou assistencial, mas tem acesso à renda de terceiros, em caso de necessidade ⁴ () Ausência completa de acesso à renda ⁵		Benefício previdenciário: renda advinda de salário, aposentadoria ou outra fonte de renda própria (aluguéis, dividendos, previdência privada, etc), que seja suficiente para sua subsistência. Benefício assistencial: renda proveniente de benefícios assistenciais, como Benefício de Prestação Continuada (BPC), auxílio-Brasil, etc, definidos pela Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), que seja suficiente para sua subsistência.
	Escolaridade	7. O Sr(a) é capaz de ler e escrever? () Sim ⁰ () Não ¹		O idoso (a) é incapaz de ler de maneira funcional ou consegue ler/escrever de maneira limitada (seu próprio nome, o de parentes), mas incapaz de entender pequenos textos ou instruções (como uma prescrição médica) devem pontuar nesse item (ou seja, analfabetos absolutos ou funcionais).
	Condições da Moradia	8. O Sr(a) tem moradia própria? () Sim ⁰ () Não ¹		O idoso (a) é proprietário do imóvel em que reside ou de outro imóvel residencial, ainda que esteja locado.
		9. Moradia está em boas condições de organização, segurança e higiene? () Sim ⁰ () Não ²		Presença de baixas condições de saneamento (lixo a céu aberto, água sem tratamento e esgoto a céu aberto), relação morador/cômodo inadequada (igual ou maior que 1) ou percepção subjetiva do paciente ou acompanhante quanto às condições de higiene e organização do domicílio.
Participação social	10. O Sr(a) participa de eventos ou atividades extradomiciliares ou comunitária ou rede social, como trabalho, família, igreja, grupo de convivência, lazer, etc? () Sim ⁰ () Não ¹		O paciente possui convívio na comunidade, seja em atividades religiosas, acadêmicas, encontros com amigos, com familiares, em projetos sociais, desde que extradomiciliar e com a participação de terceiros.	

INTERPRETAÇÃO DO ESCORE (Categoria de Risco):

- 0 a 4 pontos: baixa vulnerabilidade sociofamiliar
- 5 a 9 pontos: moderada vulnerabilidade sociofamiliar
- ≥ 10 pontos: alta vulnerabilidade sociofamiliar

0 1 2 3 4 **5** 6 7 8 9 **10** 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30

O IVSF-10 pode ser complementado pela utilização da Escala de Risco Familiar de Coelho-Savassi (ERF de Coelho e Savassi, 2012), cujo objetivo é a estratificação do risco familiar. Essa escala é amplamente utilizada na Medicina de Família e Comunidade e foi construída a partir do conceito de “sentinelas de risco”, que expressam o grau de vulnerabilidade das famílias com a utilização de marcadores de risco com relevância epidemiológica, sanitária e o impacto na dinâmica familiar, como presença de pessoas acamadas, deficiência física e mental, baixas condições de saneamento, desnutrição grave, drogadição, desemprego, analfabetismo, menores de 6 meses de idade, maiores de 70 anos de idade, hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e relação morador/cômodo (Quadro 10). Não classifica riscos individuais, mas mostrou-se um instrumento útil na reorganização da demanda e promoveu uma percepção mais apurada, objetiva e qualificada do risco familiar, impactando positivamente no trabalho das equipes da APS.

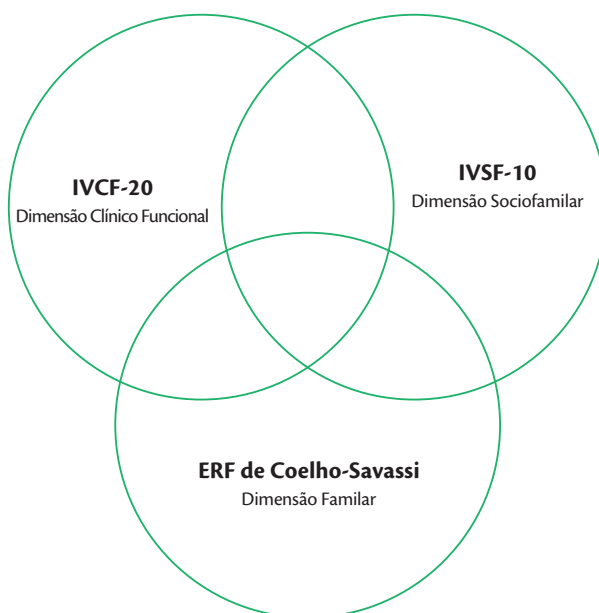
Quadro 10: Escala de Risco Familiar de Coelho-Savassi

Sentinelas de Risco	Escore de Risco	Escore Familiar Total (Interpretação do cálculo de risco familiar)
Acamado	3	<ul style="list-style-type: none"> • Risco menor (R1): escore entre 5 e 6 • Risco médio (R2): escore entre 7 e 8 • Risco máximo (R3): acima de 9
Deficiência Física	3	
Deficiência Mental	3	
Baixas Condições de Saneamento	3	
Desnutrição Grave	3	
Drogadição	2	
Desemprego	2	
Analfabetismo	1	
Indivíduo menor de seis meses de idade	1	
Indivíduo maior que 70 anos de idade	1	
Hipertensão arterial sistêmica	1	
Diabete mellitus	1	
Relação morador/cômodo maior que 1	3	
Relação morador/cômodo igual a 1	2	
Relação morador/cômodo menor que 1	0	
<ul style="list-style-type: none"> • A pontuação nas sentinelas de risco são cumulativas por pessoa residente no domicílio. • A Escala é um instrumento que precisa ser validado, ampliado e consolidado no âmbito da APS. 		

Fonte: Savassi et al, 2012.

Assim, a aplicação do IVCF-20 e do IVSF-10 permitem, respectivamente, uma boa avaliação da dimensão clínico funcional e sociofamiliar da pessoa idosa, e a ERF de Coelho e Savassi permite a análise do risco familiar (Figura 6).

Figura 6: Estratificação de risco individual (clínico funcional e sociofamiliar) e do risco familiar



4. Contribuições do ICOPE para APS

O *Integrated Care for Older People* ou **Atenção Integrada para a Pessoa Idosa** (ICOPE) é uma iniciativa da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), publicada em 2017 e traduzida para o Brasil em 2020, contendo diversas diretrizes centradas no indivíduo, em âmbito comunitário, que incorporam o foco na otimização da capacidade intrínseca e habilidade funcional como chave para o envelhecimento saudável. A **capacidade intrínseca** é definida como a "combinação de todas as capacidades físicas e mentais que um indivíduo tem a seu dispor". Por sua vez, a **habilidade funcional** é a combinação e interação da capacidade intrínseca com o ambiente no qual a pessoa está inserida. O **envelhecimento saudável** consiste em desenvolver e manter a habilidade funcional que permite o bem estar. As diretrizes são direcionadas aos profissionais da atenção primária à saúde (APS) e visam a detecção e o manejo precoce da perda de capacidade intrínseca e atender às necessidades de saúde e assistência social dos idosos de forma integral e integrada. O ICOPE propõe a atenção aos idosos com base na avaliação das necessidades, preferências e objetivos individuais (**cuidado centrado na pessoa**), elaboração de um **plano de cuidados personalizado** e oferecer **serviços coordenados**, voltados para a manutenção da capacidade intrínseca e a habilidade funcional e prestados o máximo possível por meio da APS.

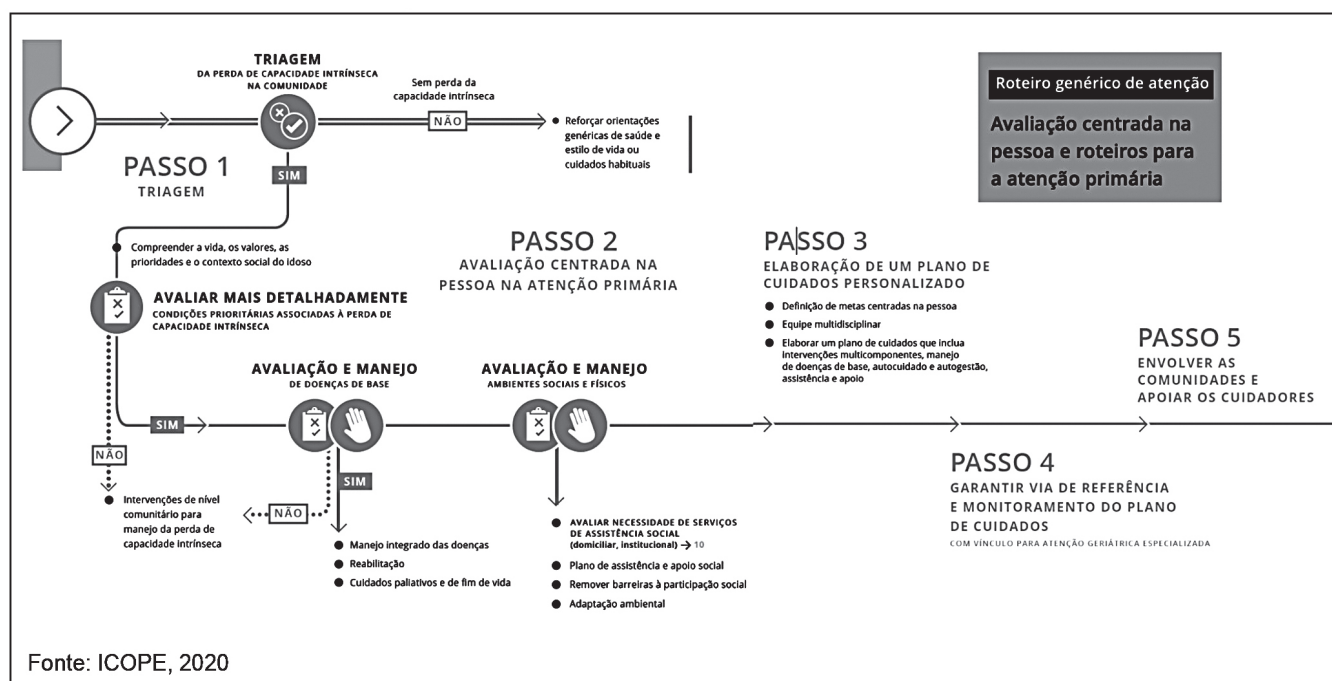
Neste modelo, os seis principais domínios da capacidade intrínseca são a capacidade **cognitiva**, **capacidade psicológica**, **capacidade locomotora**, **vitalidade (nutrição)**, **capacidade visual** e **capacidade auditiva** (Figura 7).

Figura 7: ICOPE



As recomendações do ICOPE oferecem roteiros de atenção para o manejo de afecções prioritárias associadas ao declínio da capacidade intrínseca: perda de mobilidade, má nutrição, deficiência visual, perda auditiva, declínio cognitivo e sintomas depressivos. Todos os roteiros (Figura 8) começam com um teste de triagem de perda da capacidade intrínseca (**Passo 1**), seguido por uma avaliação centrada na pessoa na APS (**Passo 2**), elaboração de um plano de cuidados personalizado (**Passo 3**), acesso à atenção especializada (**Passo 4**) e envolver as comunidades e apoiar os cuidadores (**Passo 5**). A meta é garantir a otimização da capacidade intrínseca e da habilidade funcional das pessoas à medida que envelhecem.

Figura 8: Roteiro Genérico de Atenção do ICOPE



Os testes de triagem indicados para cada componente da capacidade intrínseca estão resumidos no quadro abaixo e devem ser complementados por avaliações mais específicas, em caso de necessidade (Quadro 11).

Quadro 11: Capacidade Intrínseca

Avaliação da Capacidade Intrínseca		
	Triagem Recomendada	Testes Específicos
Capacidade Cognitiva	<ol style="list-style-type: none"> 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? 	<ul style="list-style-type: none"> • MEEM: Mini-Exame do Estado Mental • MoCA: Montreal Cognitive Assessment • Mini-Cog • GPCOG: General Assessment of Cognition
Capacidade Psicológica	<p>Ao longo das duas últimas semanas, você se sentiu incomodado(a) por:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sentir-se para baixo, deprimido ou sem esperança? 2. Ter pouco interesse ou prazer em fazer as coisas? 	<ul style="list-style-type: none"> • PHQ-9: Patient Health Questionnaire • Outras escalas de depressão
Capacidade Locomotora	<p>Teste de levanta-se da cadeira: <i>Levante-se da cadeira cinco vezes sem usar os braços.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • SPPB (Short Physical Performance Battery) ou outro teste de desempenho físico
Vitalidade	<ol style="list-style-type: none"> 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? 	<ul style="list-style-type: none"> • MAN: Mini Avaliação Nutricional • 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+)
Capacidade visual	<ol style="list-style-type: none"> 1. Você tem algum problema nos olhos? 2. Tem dificuldade de enxergar de longe, dificuldade de ler, doenças oculares ou está atualmente em tratamento médico (por exemplo, para diabetes ou pressão alta)? 	<ul style="list-style-type: none"> • Teste de acuidade visual, usando a tabela simples da OMS: visão para longe e para perto.
Capacidade auditiva	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ouve sussurros (teste do sussurro) 2. Audiometria de triagem constatou 35 dB ou menos 3. Teste automático (em aplicativo) de dígitos com ruído. 	<ul style="list-style-type: none"> • Audiometria tonal • Logoaudiometria • Imitanciometria

Fonte: ICOPE, 2020

A avaliação da capacidade intrínseca permite o reconhecimento precoce de condições de saúde que necessitam de um plano de cuidados personalizado, que deve contemplar as experiências, necessidades e preferências da pessoa idosa (**Cuidado Centrado na Pessoa**). Esse plano de cuidados deve conter estratégias para reverter, retardar ou impedir novas perdas de capacidade, tratar doenças e atender às necessidades de assistência social. O manejo das doenças de base deve ficar atento à **polifarmácia**, que pode comprometer vários domínios da capacidade intrínseca e, portanto, sempre merece investigação. Outro aspecto relevante é a **avaliação dos ambientes sociais e da necessidade de assistência e apoio social**, particularmente nos idosos com perdas significativas de capacidade intrínseca. A disponibilidade de assistência e apoio social é fundamental para garantir uma vida digna e com propósito. A APS deve oferecer ações que facilitem o desempenho das AVD e cuidados pessoais, mas também o acesso a instalações e serviços públicos da comunidade, reduzir o isolamento e a solidão, ajudar na segurança financeira, proporcionar um local adequado para se viver livre de assédio e abuso e participação em atividades que dão sentido à vida.

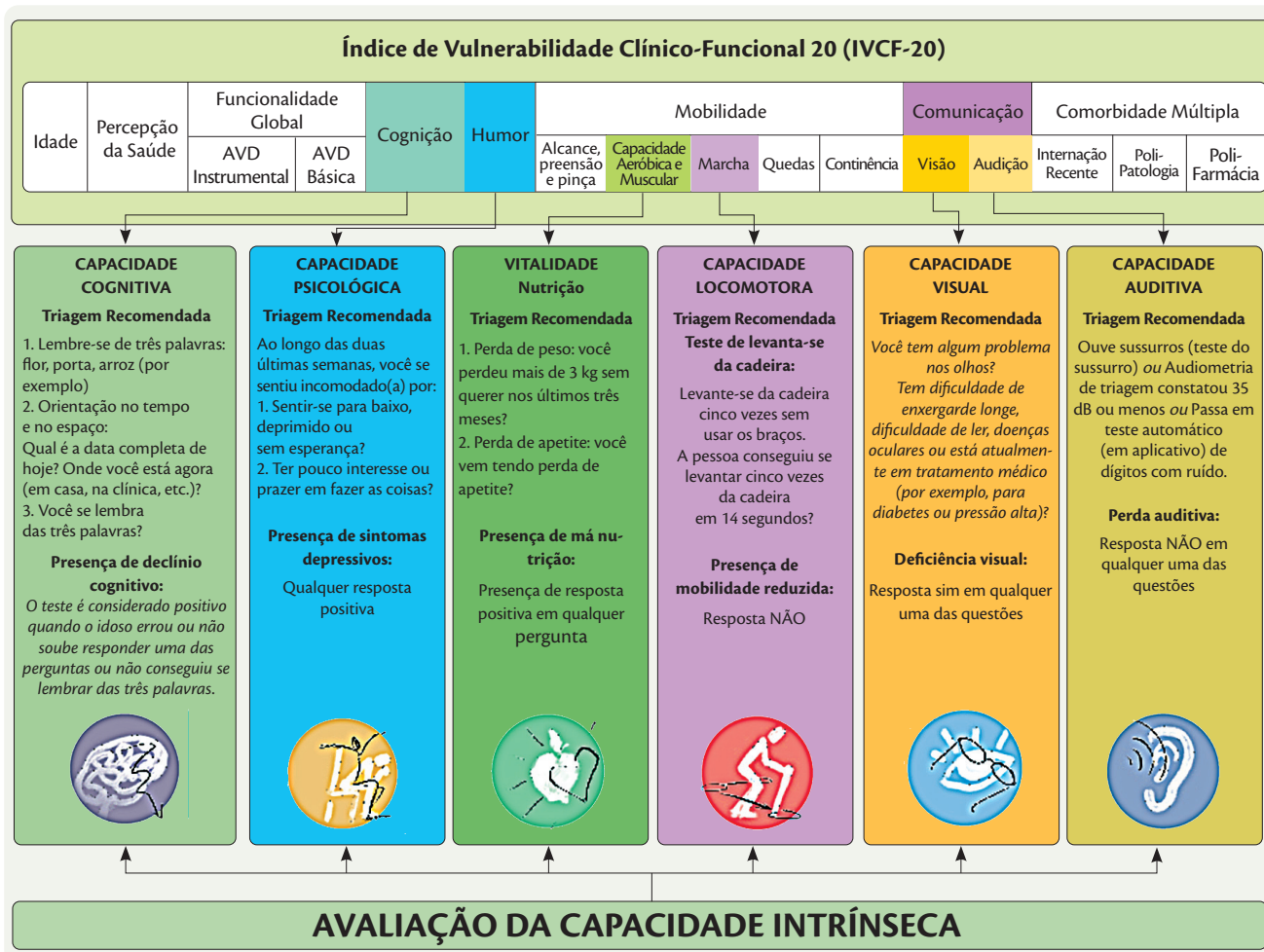
O documento aborda também os possíveis indícios de abuso ou maus-tratos no comportamento do idoso, no comportamento do cuidador/parente e os maus-tratos físicos. Por último, o ICOPE enfatiza a importância do **apoio aos cuidadores**:

“Quando o declínio da capacidade intrínseca e da habilidade funcional torna a pessoa dependente de terceiros para cuidar de si, a responsabilidade geralmente recai sobre o cônjuge, outro parente ou outra pessoa que more na mesma casa. Dependendo das necessidades do idoso, o ônus da prestação de cuidados pode colocar em risco o bem-estar do próprio cuidador.”

O ICOPE segue a maioria das premissas estabelecidas na Nota Técnica para Organização da Rede de Atenção à Saúde do Foco na Atenção Primária à Saúde e na Atenção Ambulatorial Especializada: Saúde da Pessoa idosa (2019), produzida pelo Ministério da Saúde em parceria com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). Percebe-se algumas diferenças semânticas, como os compo-

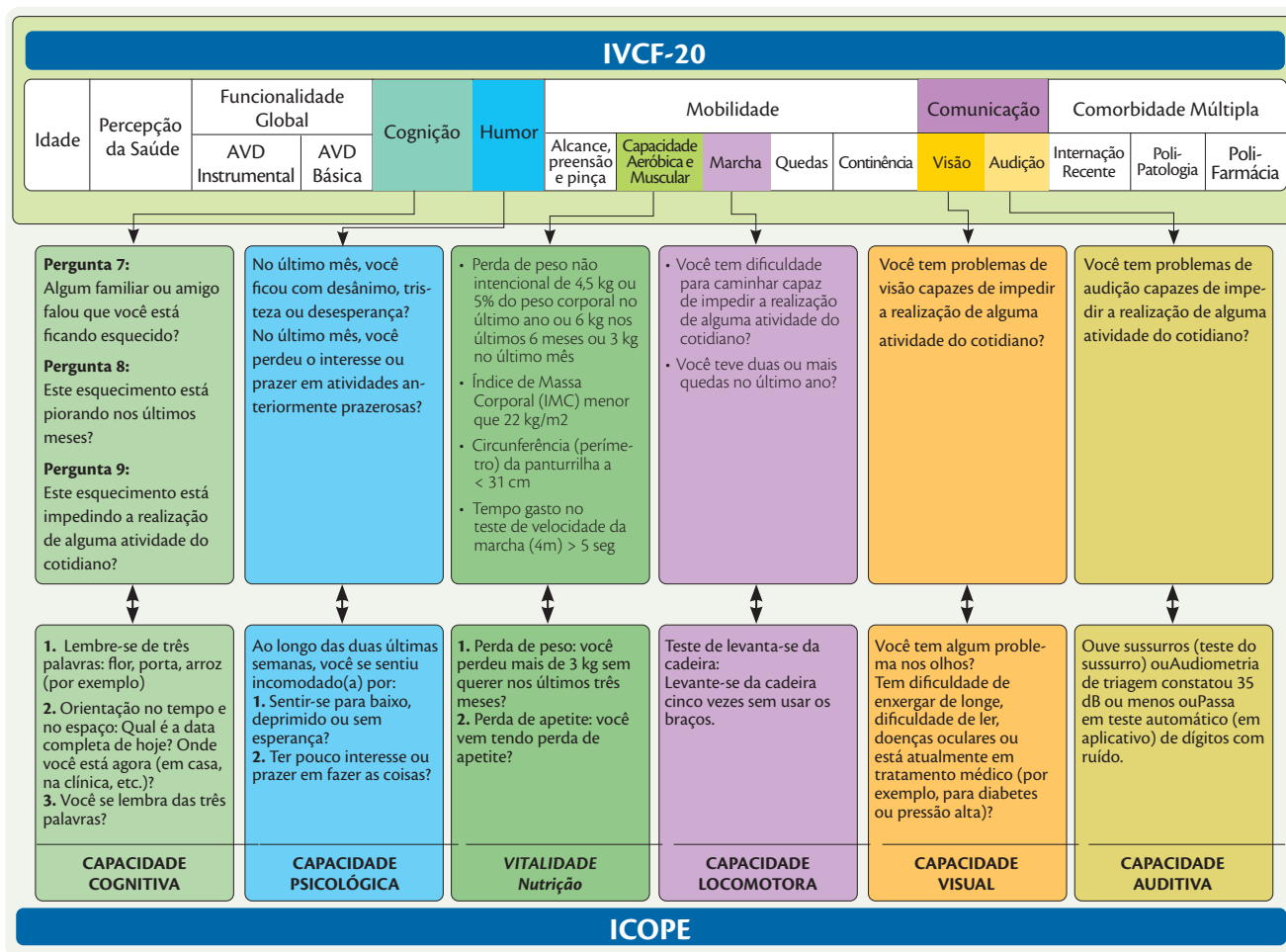
entes da capacidade intrínseca, que no IVCF-20 são denominados de dimensões da saúde e que apresentam caráter multidimensional mais amplo, pois incluem também a idade, a percepção da saúde, a funcionalidade global, o alcance/preensão e pinça, quedas, contínuência e comorbidades múltiplas (Figura 9).

Figura 9: Interfaces entre o IVCF-20 e avaliação da capacidade intrínseca



Percebe-se que os testes utilizados para avaliação da capacidade intrínseca ou dimensões da saúde são bastantes semelhantes (Figura 10), podendo ser complementares.

Figura 10: Instrumentos de avaliação do IVCF-20 e ICOPE



Clique aqui e faça o Minicurso do ICOPE Brasil



[https:// www.ivcf20.org/minicurso/icope-brasil](https://www.ivcf20.org/minicurso/icope-brasil)

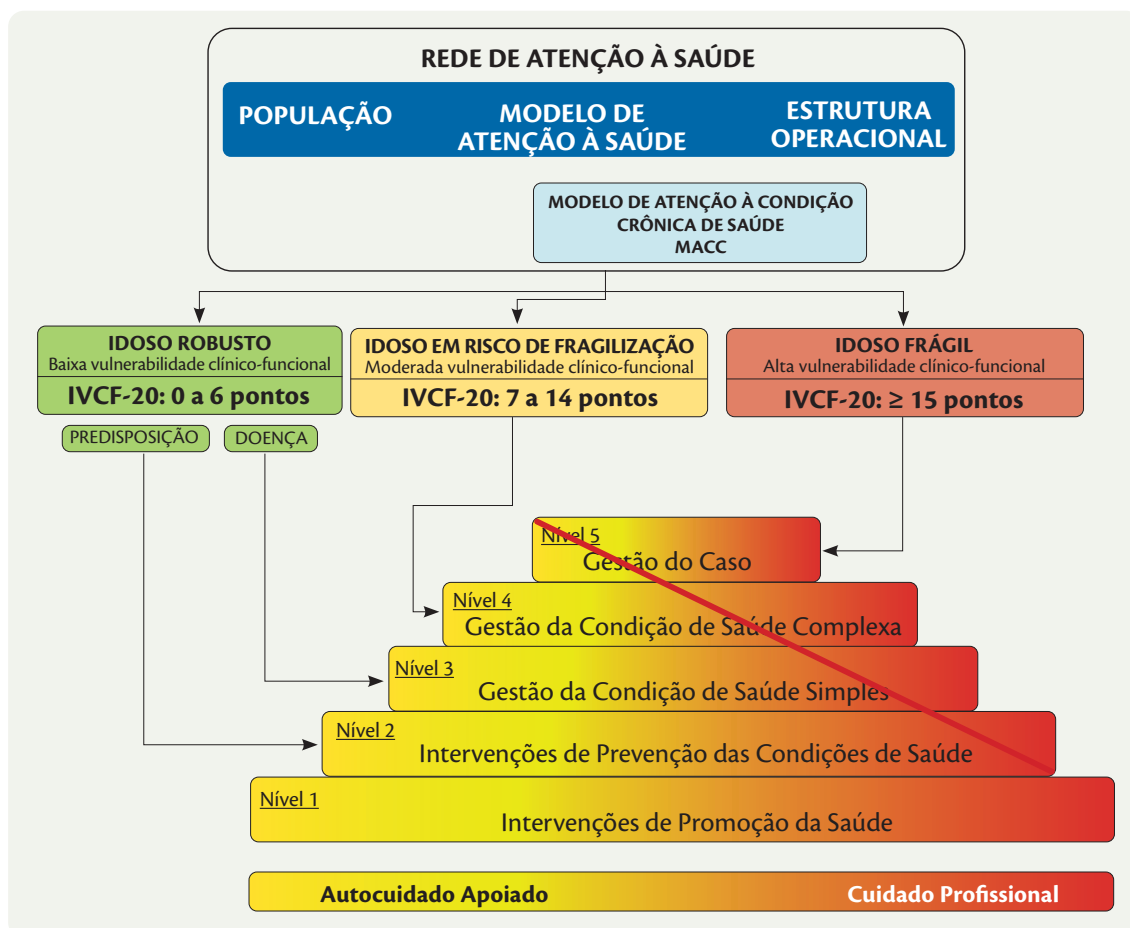
5. Aplicação Integrada do IVCF-20, ICOPE e AGA

O IVCF-20 é mais simples e mais rápido, podendo ser aplicado por qualquer profissional da APS, incluindo o agente comunitário de saúde (ACS) e tem a vantagem de permitir a **estratificação de risco global da pessoa idosa** em três estratos (baixa, moderada e alta vulnerabilidade clínico-funcional), permitindo a utilização do modelo da Pirâmide de Riscos, recomendada para o manejo de condições crônicas de saúde. Os instrumentos de avaliação propostos no ICOPE são mais específicos para a avaliação dos componentes da capacidade intrínseca, como a capacidade cognitiva, capacidade psicológica, capacidade locomotora, vitalidade, capacidade visual e capacidade auditiva. Todavia, o ICOPE não define categorias ou estratos de risco global. A Avaliação Geriátrica Ampla (AGA), por sua vez, é definida como um procedimento diagnóstico e terapêutico, com caráter multidimensional e interdisciplinar, com o objetivo de avaliar as capacidades física, funcional, psicológica e social do indivíduo, a fim de desenvolver um plano de cuidados coordenado e integrado para o tratamento e acompanhamento a longo prazo (Figura 2). A AGA é, portanto, um instrumento

realizado por equipes geriátrico-gerontológicas especializadas, pouco disponíveis na RAS. A estratégia proposta é a utilização desses instrumentos, conforme a necessidade da pessoa idosa e a disponibilidade de recursos humanos.

A estratificação de risco é pressuposto básico para o **Modelo de Atenção às Condições Crônicas** de saúde (MACC) (Figura 11), além de ser uma estratégia para gestão por base populacional, que deve ser “programada por parâmetros das necessidades da população, foco nas demandas populacionais discriminadas segundo riscos sociais e sanitários de subpopulações e soluções que equilibram o incremento da oferta e a organização das demandas” (Mendes, 2019)..

Figura 11: MACC adaptado à atenção à saúde da pessoa idosa

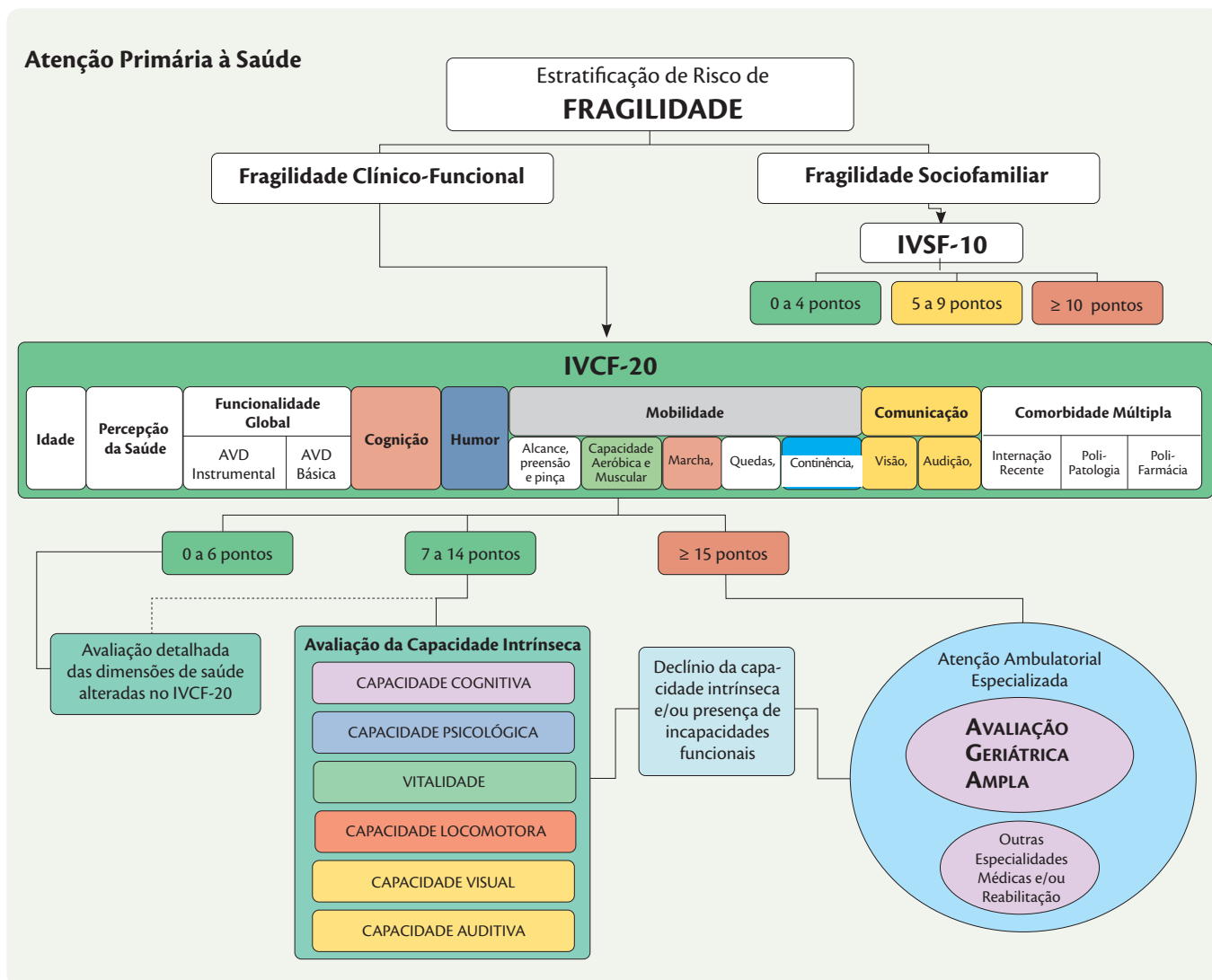


O MACC propõe cinco níveis de intervenções sobre os determinantes sociais da saúde, acumulativos de um nível para o outro, voltados para uma população estratificada por risco. No **NÍVEL 1**, o foco das intervenções são os determinantes sociais intermediários da saúde, que se manifestam no âmbito local de atuação da APS, especialmente aqueles ligados às condições de vida e de trabalho, como educação, emprego, renda, habitação, saneamento, disponibilidade de alimentos, infraestrutura urbana, serviços sociais e comunitários. Propõe ações de promoção à saúde para a população total. Os idosos de baixa vulnerabilidade clínico funcional (IVCF-20: 0, dependendo da idade) e sem doenças ou fatores de risco encontram-se neste nível. No **NÍVEL 2**, o foco das intervenções são os determinantes proximais da saúde ligados aos comportamentos e aos estilos de vida. Propõe ações de prevenção de doenças (prevenção primária), com ênfase nos comportamentos e estilo de vida (tabagismo, alimentação inadequada, inatividade física, excesso de peso, uso excessivo de álcool etc.), beneficiando a parte da população que apresenta esses fatores predisponentes (IVCF-20: 0 a 6 pontos). Até o segundo nível não há condições de saúde estabelecidas e nem manifestação de fatores de risco biopsíquicos. Nos **NÍVEIS 3, 4 e 5**, o foco são as condições crônicas de saúde estabelecidas, variando de condições crônicas simples (nível 3; IVCF-20: 0 a 6 pontos) e multimorbidade/multicomplexidade (nível 4; IVCF-20 entre 7 e 14 pontos), até condições de saúde altamente complexas (nível 5; IVCF-20 ≥ 15 pontos), que apesar de serem pouco frequentes, chegam a consumir a maior parte dos recursos globais de um sistema de atenção à saúde. O MACC propõe uma relação de equilíbrio entre o autocuidado apoiado e o cuidado profissional, respeitando o nível de complexidade da situação de saúde (linha vermelha na **figura 8**).

A Rede de Atenção à Saúde (RAS) tem o objetivo de reconhecer as demandas dos usuários e prestar o “Cuidado Certo” à população idosa, definido como aquele cuidado ofertado para otimizar a saúde e o bem estar, por meio da prestação da atenção que é necessária, desejada, clinicamente efetiva, acessível, equitativa e responsável no uso dos recursos (Mendes, 2018). Nesta perspectiva, a utilização do

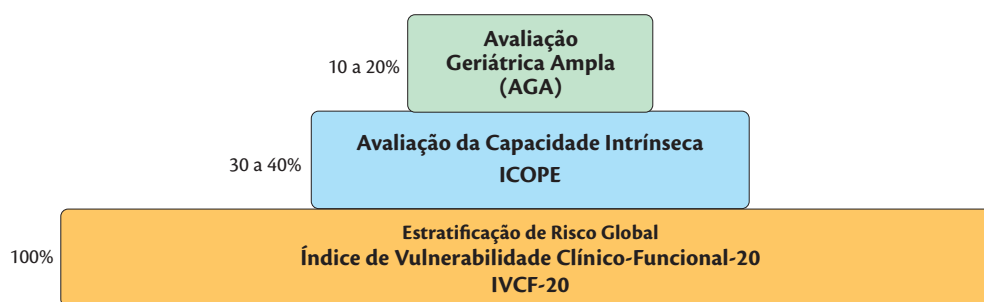
IVCF-20 e do IVSF-10 permite a estratificação de risco da fragilidade clínico-funcional e sociofamiliar, respectivamente. Nos idosos de baixa vulnerabilidade clínico-funcional (IVCF-20 \leq 6 pontos), a APS deverá realizar a avaliação detalhada das dimensões de saúde alteradas no IVCF-20, lembrando-se de que qualquer pontuação deve ser considerada uma condição de saúde, exceto a idade. Nos idosos com moderada vulnerabilidade clínico-funcional (IVCF-20 entre 7 e 14 pontos), a APS deverá avaliar a capacidade intrínseca utilizando os instrumentos diagnósticos propostos no ICOPE, além de realizar avaliação detalhada das dimensões de saúde alteradas no IVCF-20. Idosos com declínio da capacidade intrínseca e/ou outras incapacidades funcionais de difícil manejo devem ser encaminhados para a atenção ambulatorial especializada (AAE) em Saúde da Pessoa Idosa, assim como idosos com alta vulnerabilidade clínico funcional (IVCF-20 $>$ 15 pontos) (Figura 12). Nos idosos considerados frágeis deverá ser aplicada a Avaliação Geriátrica Ampla (AGA).

Figura 12: Integração entre APS (IVCF-20, IVSF-20 e ICOPE) e AAE (AGA)



Essa estratégia de operacionalização tenta conciliar a demanda crescente da necessidade de reconhecimento do “idoso frágil” na APS e a escassez de equipes geriátrico-gerontológicas especializadas (AAE). Assim, os fluxos e contrafluxos entre APS e AAE devem ser organizados conforme a disponibilidade local e devem permitir uma maior integração, vinculação e o funcionamento da APS e AAE em um mesmo microsistema clínico (Mendes, 2018). A Figura 13 mostra a estimativa da população idosa na qual deverá ser realizada a aplicação do IVCF-20, avaliação da capacidade intrínseca (ICOPE) e a avaliação geriátrica ampla (AGA). Assim, a estratificação de risco global com o IVCF-20 está indicada em todo indivíduo com 60 anos ou mais. A avaliação da capacidade intrínseca, com a aplicação dos instrumentos sugeridos no ICOPE, deverá ser realizada em cerca de 30 a 40% dos idosos, que é a estimativa de idosos com IVCF-20 entre 7 e 14 pontos. Por fim, a AGA deverá ser realizada em cerca de 10 a 20% dos idosos, que é a estimativa de indivíduos com IVCF-20 \geq 15 pontos (Maia, 2020).

Figura 13: Integração entre o IVCF-20, ICOPE e AGA



O fluxo da atenção ao idoso na Rede de Atenção Saúde (RAS) estabelecido na Nota Técnica para Organização da Rede de Atenção à Saúde do Foco na Atenção Primária à Saúde e na Atenção Ambulatorial Especializada: Saúde da Pessoa idosa (2019), propõe que o processo de cadastramento familiar seja realizado pelo ACS, possibilitando a identificação dos idosos residentes no território. A abordagem familiar utilizando outras ferramentas, como a estratificação de risco familiar, agrega valor ao processo de conhecimento do território e da população, caracterizando melhor o contexto de vida familiar e comunitário do idoso. A vinculação com a equipe de saúde da família de referência complementa essa fase, dando garantia para o cuidado contínuo de que a pessoa idosa necessita. O idoso residente no território deve ser captado para o acompanhamento pela ESF, obedecendo à sua avaliação clínica e funcional. Todas as oportunidades de contato com idoso devem ser valorizadas para esse fim, principalmente quando há sinalização para uma situação de dependência. Existem várias oportunidades de captação do idoso: visita domiciliar rotineira pelo ACS; visita ou atendimento familiar por outros profissionais do APS; demandas por serviços na Unidade Básica de Saúde (UBS), como consultas, vacinação (rotina ou campanha), dispensação de medicamentos, ou eventos na comunidade, como ações educacionais e de promoção à saúde; demandas de familiares para atendimento do idoso no domicílio (consultas, curativos, vacinação etc.); integração com os equipamentos sociais presentes no território; e realização de mutirões de saúde do idoso. O Mutirão de Saúde da Pessoa Idosa é um evento intersetorial e interdisciplinar, realizado na própria UBS ou em outro equipamento do território, e proposto com múltiplas finalidades: educação e promoção da saúde do idoso, capacitação de profissionais no manejo do idoso e captação do idoso para o acompanhamento, especialmente do idoso de risco. Em todas essas oportunidades de captação do idoso, deve ser aplicado o IVCF-20 para uma primeira avaliação clínico-funcional. Ele pode ser aplicado por qualquer profissional de saúde da APS, incluindo o ACS.

Após a realização do IVCF-20, o idoso deve fazer uma avaliação multiprofissional e interdisciplinar, a qual é fundamental, devido à multidimensionalidade de fatores que determinam sua saúde. A avaliação é realizada por meio de avaliação clínica tradicional, para identificação de fatores de risco tradicionais, doenças crônicas degenerativas e medicamentos em uso, por prescrição ou automedicação; avaliação sociofamiliar, para identificação de deficiências do suporte familiar e/ou social; e detalhamento das AVDs, para avaliação da capacidade de realização das AIVD e ABVD.

O acompanhamento longitudinal da pessoa idosa deve ser realizado de acordo com o estrato de risco clínico-funcional (Figura 15). Os idosos robustos (estratos 1 a 3), que usualmente têm IVCF-20 ≤ 6 pontos, podem ter seu plano de cuidados elaborado e implementado pela APS. Na presença de doenças crônicas degenerativas, o manejo deve seguir as recomendações das diretrizes clínicas específicas, com atenção para as intervenções potencialmente iatrogênicas, como prescrição de medicamentos inapropriados para o idoso. Os idosos em risco de fragilização (estratos 4 e 5), que em geral têm IVCF-20 entre 7 e 14 pontos, devem ter seu plano de cuidados elaborado e implementado pela APS, com exceção para as seguintes situações:

- **Presença de declínio da capacidade intrínseca**, após aplicação dos instrumentos sugeridos no ICOPE. Nesses casos, a definição diagnóstica e terapêutica deve ser compartilhada com a AAE.
- **Suspeita de prescrição inapropriada**: a prescrição inapropriada inclui a presença de medicamentos potencialmente inapropriados (MPI) e a ausência de prescrição de medicamentos com eficácia comprovada (medicamento apropriado omitido – MAO). Idosos com polifarmácia (uso diário de cinco ou mais medicamentos diferentes) apresentam alto risco de uso de MPI (30% a 50%), representando o principal sinal de alerta para declínio funcional, internação hospitalar e óbito. Usualmente, tais idosos têm polipatologia ou internação recente (últimos 6 meses) e apresentam maior risco de serem portadores de condições crônicas de saúde que têm tratamento medicamentoso com efetividade comprovada, porém, sem prescrição. São casos mais complexos que necessitam da equipe especializada para melhor definição da adequabilidade dos fármacos, conforme o estrato clínico-funcional, e orientação sobre as melhores estratégias para desprescrição dos MPI e prescrição para os MAO. Vale lembrar que, no idoso, é mais frequente o “cuidado pobre”, que inclui tanto o sobretratamento, quanto o subtratamento das condições de saúde.

- **Presença de insuficiência sociofamiliar grave:** idosos em risco de fragilização e idosos frágeis são portadores de condições crônicas de saúde e exigem cuidados de longa duração, normalmente prestados pela família. Torna-se, portanto, indispensável que o suporte familiar esteja preparado para oferecer as melhores tecnologias do cuidado, capazes de melhorar as condições de vida do idoso, com um mínimo de sobrecarga possível para o cuidador. A presença de um bom suporte social também é indispensável nestas situações. A presença de IVSF-10 \geq 5 pontos, e, principalmente, naqueles com o IVSF-20 \geq 10 pontos constitui critério para compartilhamento do cuidado com a equipe especializada, que dispõe de ferramentas mais apropriadas para suavizar o fardo do cuidador.

5.1 Organização do cuidado domiciliar pela APS

A APS, como coordenadora do cuidado, é responsável pela gestão clínica da população do território, incluindo a população idosa, devendo, portanto, estar apta para ativar todos os outros pontos da RAS, incluindo o cuidado domiciliar, conforme a necessidade da pessoa idosa. Usualmente emprega-se o termo cuidado domiciliar para toda assistência prestada no domicílio do paciente e inclui a assistência domiciliar, visita domiciliar, internação domiciliar, acompanhamento domiciliar e vigilância domiciliar. A assistência domiciliar é qualquer atendimento domiciliar realizado por profissionais que integram a equipe de saúde, não levando em conta a complexidade ou o objetivo do atendimento. A visita domiciliar prioriza o diagnóstico da realidade do indivíduo e as ações educativas, sendo geralmente programada e utilizada com o intuito de subsidiar intervenções. A **internação domiciliar** envolve a utilização de aparato tecnológico em domicílio, de acordo com as necessidades de cada situação específica. O **acompanhamento domiciliar** é o cuidado no domicílio para pessoas que necessitem de contatos frequentes e programáveis com a equipe, como pessoas portadoras de condições crônicas que geram dependência, idosos frágeis ou egressos de internações hospitalares. A **vigilância domiciliar** faz-se por ações de promoção, prevenção, educação e busca ativa em relação à população adscrita à APS (Mendes 2011).

O Cuidado Domiciliar deve ser considerado o principal equipamento de saúde, para o qual devem convergir todas as ações relacionadas ao cuidado profissional e ao autocuidado apoiado. É o cenário ideal para a avaliação multidimensional e a elaboração do plano de cuidados personalizado, pois é nele que se desenrolam as relações familiares e comunitárias, cujo conhecimento é indispensável para a manutenção ou recuperação da saúde do indivíduo. A visita domiciliar pela APS rompe, portanto, com o modelo centrado na doença, voltando-se para uma abordagem centrada na pessoa, na medida em que permite a observação da dinâmica familiar e ambiental na qual a pessoa idosa está inserida. Todavia, a

gestão das visitas domiciliares, garantindo a universalidade, equidade e longitudinalidade, é desafiadora. Desta forma, a organização das visitas domiciliares deve considerar a condição clínica do idoso, fatores de risco e vulnerabilidades específicas, além de avaliar as condições ambientais e avaliação do cuidador. A Escala de Ribeiro, Fiuza e Pinheiro mostrou-se adequada e pertinente no fortalecimento e estruturação do registro, planejamento, avaliação e monitoramento das visitas domiciliares realizadas no território. O Quadro 12 mostra a escala e os escores para classificação de risco e vulnerabilidade e tempo médio para planejamento das próximas visitas.

Quadro 12: Escala de Ribeiro, Fiuza e Pinheiro

Nome: _____ ND: _____ / _____ / _____ Idade: _____

Escala de risco e vulnerabilidade para atenção domiciliar na APS (Ribeiro, Fiuza e Pinheiro)

Indicador	Situação	Escore de risco e vulnerabilidade:	Pontuação obtida:
Idade	75 a 84 anos	1	
	> 85 anos	2	
Multimorbidade	Nº de comorbidade (> = 5)	2	
	Descompensação clínica	5	
Polifarmácia	Nº de medicamentos (> = 5)	2	
Funcionalidade	AVDs instrumentais	1	
	AVDs Básicas e instrumentais	2	
Mobilidade	Disculdade de marcha	1	
	Risco de queda	2	
	Acamado	3	
Suporte familiar	Disfunção familiar	1	
	Sobrecarga do cuidador	1	
Fragilidade	Síndrome demencial, depressão, Parkinson, neoplasia, sarcopenia, desnutrição, disfagia, incontinência, paralisia cerebral	2 (cada)	
Cuidados Paliativos	PPS 90 A 100	2	
	PPS 60 A 80	5	
	PPS 30 A 50	8	
	PPS < 20	10	
TOTAL	X	X	

Classificação de risco e vulnerabilidade	Escore	Tempo médio para planejamento das próximas visitas
Baixo	Até 5	6 meses a 1 ano
Médio	6 a 10	4 a 6 meses
Alto	11 a 15	2 a 3 meses
Muito alto	Maior que 16	Quinzenal a mensal

Fonte: Pinheiro LV, Ribeiro MTAM, Fiuza TM, Junio RMM. Ferramenta para avaliação da visita domiciliar na atenção primária à saúde: um relato de experiência. Rer Bras Med Fam Comunidade, 14(41):1818, 2019.

6. Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa no e-SUS APS

O e-SUS APS é uma estratégia da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS) para reestruturar as informações da Atenção Primária à Saúde (APS) em nível nacional. Esta ação está alinhada com a proposta mais geral de reestruturação dos Sistemas de Informação em Saúde (SIS) do Ministério da Saúde (MS), entendendo que a qualificação da gestão da informação é fundamental para ampliar a qualidade no atendimento à população. A Estratégia e-SUS APS faz referência ao processo de informatização qualificada do Sistema Único de Saúde (SUS) em busca de um SUS eletrônico (e-SUS) e tem como objetivo concretizar um novo modelo

de gestão de informação, que apoie os municípios e os serviços de saúde na gestão efetiva da APS e na qualificação do cuidado dos usuários. Este modelo utiliza o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) para sua operacionalização. A Estratégia e-SUS preconiza a identificação e individualização do registro, a integração da informação por meio da Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS), a redução do retrabalho na coleta de dados, a informatização as unidades, a qualificação dos dados em saúde, a gestão e a coordenação do cuidado (Brasil, 2021).

A estratégia é composta por dois grandes SIS, um para o armazenamento dos dados e outro para a coleta de dados, sendo respectivamente:

- **SISAB:** sistema de informação nacional vigente para o processamento e a disseminação de dados e informações relacionadas a APS, com a finalidade de construção do conhecimento e tomada de decisão para as três esferas de gestão. Além disso, corrobora para fins de financiamento e de adesão aos programas e estratégias da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).
- **Sistema e-SUS APS**, composto por dois softwares e quatro aplicativos para coleta dos dados:
 - Sistema com Coleta de Dados Simplificada (CDS), sistema de transição/contingência, que apoia o processo de coleta de dados por meio de fichas e um sistema de digitação.
 - Sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), sistema com prontuário eletrônico, que tem como principal objetivo apoiar o processo de informatização das UBS.
 - Aplicativo e-SUS Território (**e-SUS Território**), e-SUS Atividade Coletiva (**e-SUS AC**) e **e-SUS Vacinação** aplicativos móveis e offline que auxiliam os profissionais na coleta de dados no território, na coleta de dados das atividades coletivas, na coleta de dados de vacinas aplicadas realizadas pela equipe fora da unidade básica de saúde, respectivamente.

Atualmente, o registro das informações obtidas no atendimento do usuário é feito no Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), que é composto pelos seguintes itens:

- **Acessar RNDS (Rede Nacional de Dados em Saúde):** permite o acesso aos dados clínicos do cidadão que estão na RNDS por meio do portal Conecte SUS Profissional.
- **Folha de rosto:** permite o acesso rápido a um conjunto de informações importantes do cidadão.
- **SOAP (Subjetivo, Objetivo, Avaliação e Plano):** é o método de registro da nota de evolução, permitindo registrar de forma sintética e estruturada os dados clínicos do cidadão. O método começa com as questões subjetivas, segue para as impressões objetivas sobre o estado geral do cidadão observadas no exame físico e exames complementares. Em seguida, após a coleta dos dados subjetivos e objetivos parte-se para a avaliação, identificando as condições ou problemas de saúde. Por fim, o plano de cuidados prescritos no encontro entre o profissional de saúde e o cidadão.
- **Problema, condições e alergias:** auxilia o profissional de saúde no controle da lista de problemas e/ou condições de saúde do cidadão.
- **Acompanhamento:** permite a visualização de um sumário clínico focado em determinado problema/condição, de maneira estruturada e sem a necessidade de revisar todo o histórico do cidadão. É nesse local que serão reunidas informações clínicas relevantes para o cuidado longitudinal da saúde dos cidadãos em formato de relatórios individuais. Por meio desta funcionalidade os profissionais podem realizar o acompanhamento das condições de saúde, tais como:
 - **Pré-natal**, para acompanhamento das gestantes;
 - **Puericultura**, para acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança até 10 anos;
 - **Idoso**, para o acompanhamento do cidadão com 60 anos ou mais; e
 - **Vacinação**, para o acompanhamento da situação vacinal do cidadão.
- **Antecedentes:** permite o registro das histórias dos problemas e condições pregressas do cidadão e familiares.
- **Histórico:** possibilita visualizar com mais detalhes a história de atendimento do cidadão na unidade de saúde. Ao acessar esta funcionalidade, o sistema exibe uma tela dos atendimentos ao cidadão em ordem cronológica decrescente
- **Finalizar atendimento:** após o preenchimento dos dados de atendimento, incluindo os itens obrigatórios do SOAP, o profissional deverá adicionar informações complementares em relação ao atendimento realizado, como o tipo de atendimento, procedimentos, conduta/ encaminhamentos e desfecho do atendimento.

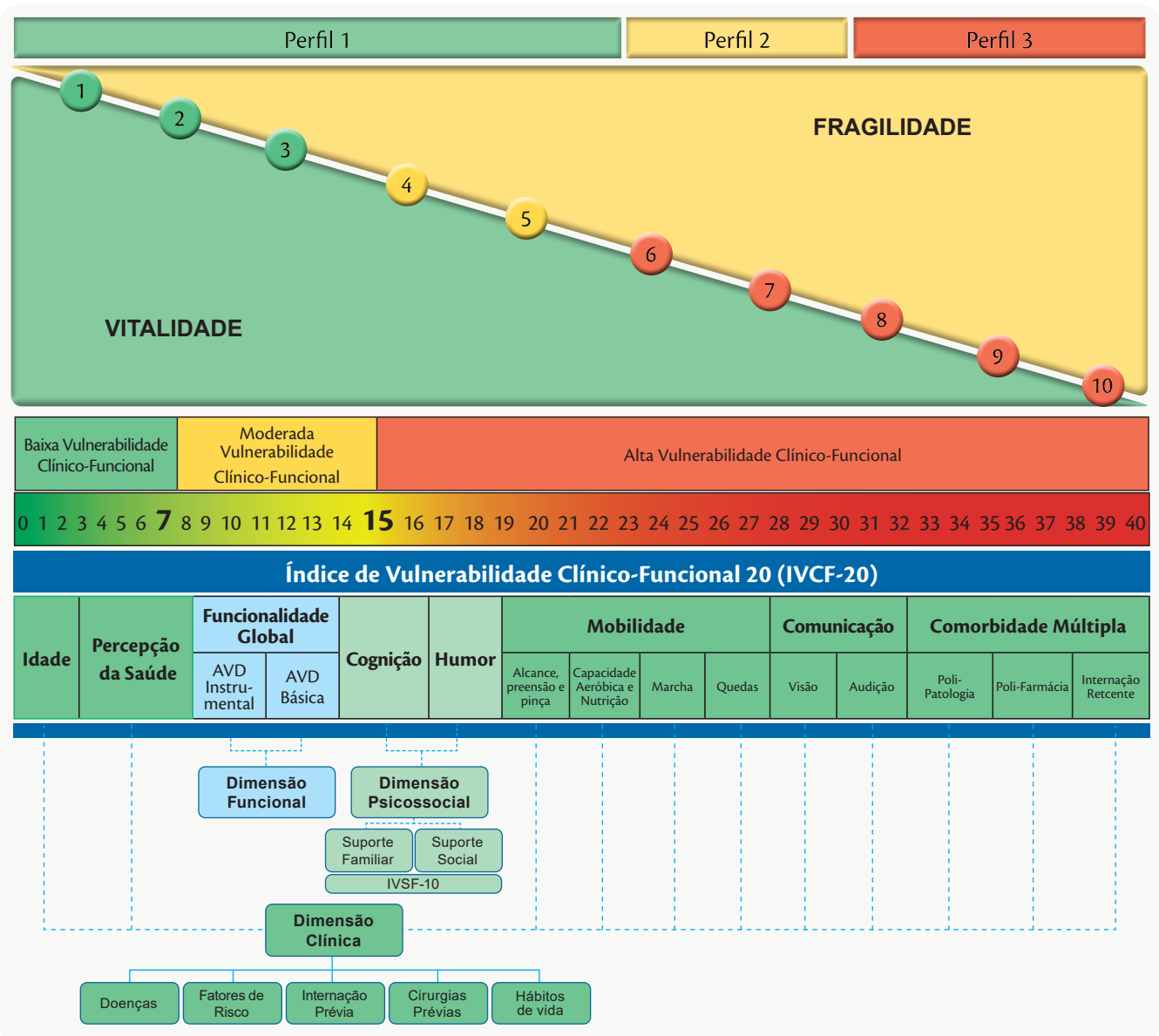
O Ministério da Saúde está trabalhando ativamente na reformulação do PEC, destacando as particularidades da saúde e estimulando a estratificação de risco e a classificação clínico-funcional da pessoa idosa. A inclusão dessas novas ferramentas tem o objetivo de mostrar claramente a heterogeneidade entre os idosos e facilitar a elaboração do plano de cuidados personalizado pela atenção primária à saúde (APS).

Recentemente, foi publicada a Portaria GM/MS no 1.604 (18 de outubro de 2023) que a “Atenção Primária deve ser a porta de entrada preferencial, principal centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde - RAS e local que assume a maior responsabilidade na ordenação do acesso e coordenação do cuidado do usuário de seu território”. Portanto, a padronização das ferramentas de apoio diagnóstico e terapêutico específicos da pessoa idosa é de fundamental importância para estimular a comunicação entre a APS e atenção ambulatorial especializada, atenção terciária e demais pontos da RAS.

Em 2019, o Ministério da Saúde lançou o registro do procedimento Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa, na ficha de procedimentos do E-SUS-AB, com o objetivo de “esclarecer sobre a importância da avaliação para o acompanhamento da condição de saúde desse segmento populacional, bem como alertar sobre a importância do registro para o monitoramento das ações voltadas às pessoas idosas, em especial no nível primário da atenção”. A nota informativa no1/2019-COSAPI/DAPES/SAS/MS considera que uma Avaliação Multidimensional deve contemplar aspectos clínicos, psicossociais e funcionais como as três dimensões que irão compor a integralidade da saúde das pessoas idosas. Definiu-se a **dimensão clínica** como aquela resultante do exame clínico geral do indivíduo, incluindo as doenças atuais e pregressas, fatores de risco, antropometria (peso, estatura, IMC, circunferência da panturrilha etc.), velocidade da marcha, história de quedas, dor crônica, internação ou cirurgias prévias e uso de medicamentos, com ênfase na polifarmácia. Por sua vez, a **dimensão funcional** avalia o desempenho na “realização das atividades necessárias para cuidar de si (como tomar banho, alimentar-se, vestir-se, etc), interagir com sua família, com seu ambiente físico, com as pessoas de sua comunidade e transitar por seu território”, definidos como atividades de vida diária. E, por fim, a **dimensão psicossocial** “ênfata os aspectos relacionados à cognição, à memória, ao humor e aos comportamentos (essenciais para a identificação precoce de demências ou de transtornos de depressão e ansiedade)”, além do suporte social e familiar.

O IVCF-20 é um instrumento de estratificação de risco da pessoa idosa, de rápida aplicação, que apresenta caráter multidimensional e avalia as dimensões de saúde propostas pelo procedimento 03.01.09.003-3. Sua maior vantagem é a fácil aplicação, podendo ser utilizada por todos os profissionais que compõem a atenção primária à saúde (APS), incluindo o agente comunitário de saúde (ACS). Deve ser complementado pela avaliação do suporte social e familiar e outras informações relevantes da saúde da pessoa idosa realizadas rotineiramente pela APS, como pode ser visto na Figura 14 (IVSF-10).

Figura 14: Análise comparativa entre o IVCF-20, Escala Visual de Fragilidade e Perfil de Funcionalidade



Como vimos, o envelhecimento é um processo progressivo e irreversível, caracterizado pela enorme heterogeneidade entre os indivíduos com 60 anos ou mais, que é tanto maior, quanto maior for a idade. Portanto, é fundamental classificarmos os diversos tipos de idosos, seguindo parâmetros biopsicossociais, com o objetivo de definirmos as principais demandas dessa população. Segundo Mendes (2019), as Redes de Atenção à Saúde devem estar preparadas para ofertar “respostas sociais deliberadas às necessidades de saúde da população capazes de manter ou recuperar sua autonomia e independência, com qualidade, resolutividade e custo-eficácia”. Existem diversos modelos de classificação das pessoas idosas, dependendo dos parâmetros avaliados e da sua aplicabilidade na prática clínica.

A *Escala Visual de Fragilidade Clínico Funcional, proposta por Moraes e Lanna (2016)* é expressão visual da *Classificação Clínico Funcional do Idoso*. Apresenta de forma mais clara os vários subtipos de idosos, exibindo extremos opostos de capacidade funcional, que representam o grau máximo e mínimo de vitalidade e fragilidade (Quadro 13).

Quadro 13: Definições de vitalidade e fragilidade

<p>Vitalidade: É a medida da reserva homeostática sistêmica e celular, capaz de garantir a autonomia e independência do indivíduo e está diretamente relacionada ao funcionamento harmonioso dos principais sistemas funcionais, como a cognição, humor e comportamento, mobilidade (alcance, preensão e pinça, capacidade aeróbica e muscular (nutrição), marcha e continência esfincteriana) e comunicação (visão, audição, produção e motricidade orofacial).</p>	<p>Fragilidade: Condição crônica de saúde resultante do declínio da capacidade homeostática sistêmica e celular. Não é uma doença propriamente dita, mas sim, um processo patológico associado ao acúmulo de agressões ao meio interno do organismo, não só relacionadas ao envelhecimento, mas também ao estilo de vida, hábitos e fatores de risco e ambientais. Apresenta caráter dinâmico, multi-dimensional, progressivo, mas potencialmente modificável, caracterizado pela redução significativa das reservas homeostáticas e, conseqüentemente, maior vulnerabilidade a desfechos adversos, como progressão rápida do declínio funcional, quedas, reações adversas a medicamentos (RAM), internação, institucionalização e óbito”.</p>
---	---

Esses extremos estão ligados por uma linha reta, contínua, mas declinante, onde pode ser marcado o ponto em que o idoso se encontra. Foram predefinidos 10 estratos ou categorias clínico-funcionais, que são agrupados em três grandes grupos de idosos: idoso robusto (estratos 1 a 3), em risco de fragilização (estratos 4 e 5) e frágil (estratos 6 a 10) (Figura 13). Por sua vez, a classificação proposta pelo Ministério da Saúde, em 2018, baseia-se na escala de pontuação do Índice de Funcionalidade Brasileiro (IF-Br), amplamente aplicado para fins de aposentadoria da pessoa com deficiência e destinado a identificar os sujeitos elegíveis a aposentadoria. Segundo Pereira e cols (2016), o IF-Br é um instrumento que lista 41 atividades distribuídas entre sete domínios. Cada atividade do instrumento é avaliada por pontuações que consideram a dependência dos sujeitos avaliados em relação a outras pessoas ou a produtos e tecnologias no seu desempenho. As atividades são baseadas na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) e a pontuação é uma adaptação da Medida de Independência Funcional (MIF). O quadro 14 mostra os parâmetros utilizados em ambas as classificações. A Figura 13 compara as classificações da pessoa idosa, segundo o IVCF-20, Escala Visual de Fragilidade e Perfil de Funcionalidade para Fins de Cuidado.

Quadro 14: Comparação entre a Classificação Clínico Funcional do Idoso e o Perfil de Funcionalidade para Fins de Cuidado

Escala Visual-Analógica de Fragilidade Classificação Clínico-Funcional, segundo Moraes e Lanna, 2016		Perfil de Funcionalidade para Fins de Cuidado (Ministério da Saúde, 2018)
IDOSOS ROBUSTOS		<p style="text-align: center;">Perfil 1</p> <p style="text-align: center;"><i>Pessoas idosas independentes e autônomas para realizar as atividades da vida diária</i></p> <p>Incluem-se neste grupo as pessoas idosas que realizam suas atividades de forma independente e autônoma, sem necessidade de ajuda de terceiros e de nenhum tipo de adaptação ou modificação. O cuidado voltado para os indivíduos desse grupo deve contemplar, especialmente, ações de promoção e proteção da saúde e ações de prevenção de agravos e de doenças transmissíveis e não transmissíveis, além de intervenções terapêuticas, quando couber. Com isso, espera-se evitar condições crônicas não estabelecidas, bem como manter sob controle alguma doença já existente e manter a capacidade funcional das pessoas idosas, possibilitando diagnósticos e intervenções precoces que ofereçam melhores prognósticos. Eventualmente, as pessoas identificadas nesse perfil podem necessitar de recursos da atenção especializada. Nesses casos, os profissionais da Atenção Básica devem buscar a complementaridade do cuidado na RAS, utilizando instrumentos adequados de organização dos fluxos (referência e contrarreferência) e garantindo a gestão compartilhada do cuidado.</p>
Estrato 1	São idosos que se encontram no grau máximo de vitalidade. Apresentam independência para todas as AVD avançadas, instrumentais e básicas e ausência de doenças ou fatores de risco, exceto a própria idade.	
Estrato 2	São idosos independentes para todas as AVD, mas que apresentam condições de saúde de baixa complexidade clínica, como a hipertensão arterial controlada e sem lesão de órgão alvo, diabetes mellitus controlado em sem lesão de órgão alvo, e fatores de risco, como tabagismo, dislipidemia, osteopenia, depressão leve, dentre outros.	
Estrato 3	São idosos independentes para todas as AVD, mas que apresentam doenças crônico-degenerativas com base em critérios diagnósticos bem estabelecidas e de maior complexidade clínica, como hipertensão arterial descontrolada ou com lesão de órgão alvo, diabetes mellitus descontrolado ou com lesão de órgão-alvo, depressão, ataque isquêmico transitório, acidente vascular cerebral, doença renal crônica, insuficiência cardíaca, doença pulmonar obstrutiva crônica/asma, osteoartrite, doença arterial coronariana, história de IAM, doença arterial periférica, câncer não cutâneo, osteoporose densitométrica, dor crônica, fibrilação atrial, doença de Parkinson ou anemia.	
IDOSOS EM RISCO DE FRAGILIZAÇÃO		
Estrato 4	São idosos independentes para todas as AAVD, AIVD e ABVD, mas que apresentam uma das três condições abaixo: <ul style="list-style-type: none"> • Redução da capacidade aeróbica/muscular: perda de peso significativa, fadigabilidade, baixo nível de atividade física associada à redução objetiva da força muscular ou CP 31cm. • Comprometimento Cognitivo Leve; • Comorbidade múltipla, definida como duas ou mais doenças crônico-degenerativas bem estabelecidas (Quadro 1) ou cinco ou mais problemas de saúde (doenças, enfermidades, fatores de risco, sintomas inespecíficos, etc); polifarmácia (uso diário de 5 ou medicamentos de classes diferentes) ou internação recente, nos últimos 6 meses. 	
Estrato 5	São idosos independentes para AIVD e ABVD, mas que apresentam uma das três condições: limitações nas atividades relacionadas à integração social, atividades produtivas, recreativas e/ou sociais (AAVD); evidências clínicas de redução significativa no desempenho muscular ($VM \leq 0,8$ m/s ou TUG ≥ 20 s, ou seja, presença de sarcopenia grave ou presença do fenótipo de fragilidade de Fried 2001)	

IDOSOS FRÁGEIS		Perfil 2
Estrato 6	São os idosos que apresentam declínio funcional parcial nas atividades instrumentais de vida diária e são independentes para as AVD básicas.	As pessoas idosas realizam as atividades de forma adaptada, modificada ou com auxílio de terceiros. Ainda, não há necessidade de contato físico. Sendo assim, embora apresentem declínio funcional e dificuldades para a realização de AVD de forma independente, conseguem realizá-las com adaptação ou auxílio/supervisão de terceiros; são consideradas pessoas em risco de tornarem-se totalmente dependentes, dada a condição de saúde apresentada e as intervenções realizadas. Nesse sentido, o cuidado deve ter como foco a manutenção das funções ainda preservadas e a reabilitação dos aspectos comprometidos.
Estrato 7	São os idosos que apresentam declínio funcional em todas as atividades instrumentais de vida diária, mas ainda são independentes para todas as atividades básicas de vida diária.	
Estrato 8	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).	Perfil 3 <i>Pessoas idosas dependentes de terceiros para realizar as atividades da vida diária</i> Pessoas idosas que não realizam as AVD sozinhas e encontram-se totalmente dependentes de terceiros para realizá-las. Elas não participam de nenhuma etapa da atividade e há a presença de terceiros com a necessidade de contato físico para realizá-las, como por exemplo, dar banho, vestir, alimentar, mudar de decúbito, fazer a transferência da cama para a cadeira ou vice-versa, entre outras. Essas pessoas idosas apresentam declínio funcional estabelecido, com necessidade de acompanhamento contínuo para a realização das atividades básicas da vida diária; trata-se de pessoas que têm sua capacidade funcional mais comprometida, que já perderam a capacidade para a realização das atividades mais complexas da vida e apresentam comprometimento também para a realização das atividades mais simples para o próprio cuidado.
Estrato 9	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 fisiológica e não uma atividade.	
Estrato 10	São os idosos que se encontram no grau máximo de fragilidade e, consequentemente, apresentam o máximo de dependência funcional, necessitando de ajuda, inclusive, para alimentar-se sozinho.	

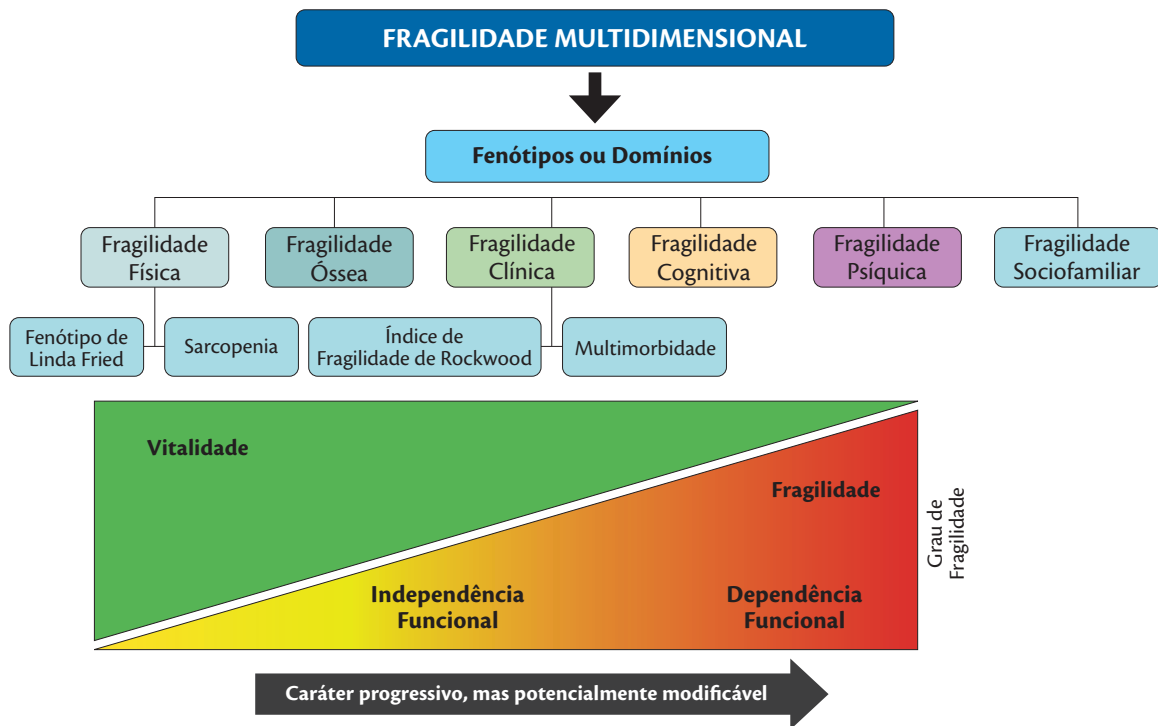
7. Fragilidade e o Desafio da Multimorbidade e Multicomplexidade

O termo Fragilidade (*Frailty*) tem um espectro de definições bastante amplo, dependendo do contexto e de suas aplicações. Todos elas valorizam a presença de condições de saúde capazes de prejudicar a trajetória do envelhecimento saudável. Em 2017, a WHO definiu o Envelhecimento Saudável de forma holística, baseado na trajetória de vida e nas perspectivas funcionais do indivíduo. Neste sentido, Envelhecimento Saudável é o processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional que possibilita o bem-estar na velhice. Em Geriatria, o termo fragilidade é usualmente utilizado para representar um estado inespecífico de risco aumentado de mortalidade e de eventos adversos de saúde, como a dependência, a incapacidade, as quedas e lesões, as doenças agudas, a lenta recuperação de doenças, a hospitalização e a institucionalização de longa permanência (Cesari, 2017; Gordon, 2014; Clegg, 2015; Rodríguez-Mañas, 2013).

Na tentativa de padronização, propomos o conceito de **Fragilidade Multidimensional**, definido como sendo uma “condição crônica de saúde resultante do declínio da capacidade homeostática sistêmica e celular. Não é uma doença propriamente dita, mas sim, um processo patológico associado ao acúmulo de agressões ao meio interno do organismo, não só relacionadas ao envelhecimento, mas também ao estilo de vida, hábitos e fatores de risco e ambientais. Apresenta caráter dinâmico, multidimensional, progressivo, mas potencialmente modificável, caracterizado pela redução significativa das reservas homeostáticas e, conseqüentemente, maior vulnerabilidade a desfechos adversos, como progressão rápida do declínio funcional, quedas, reações adversas a medicamentos (RAM), internação, institucionalização e óbito”.

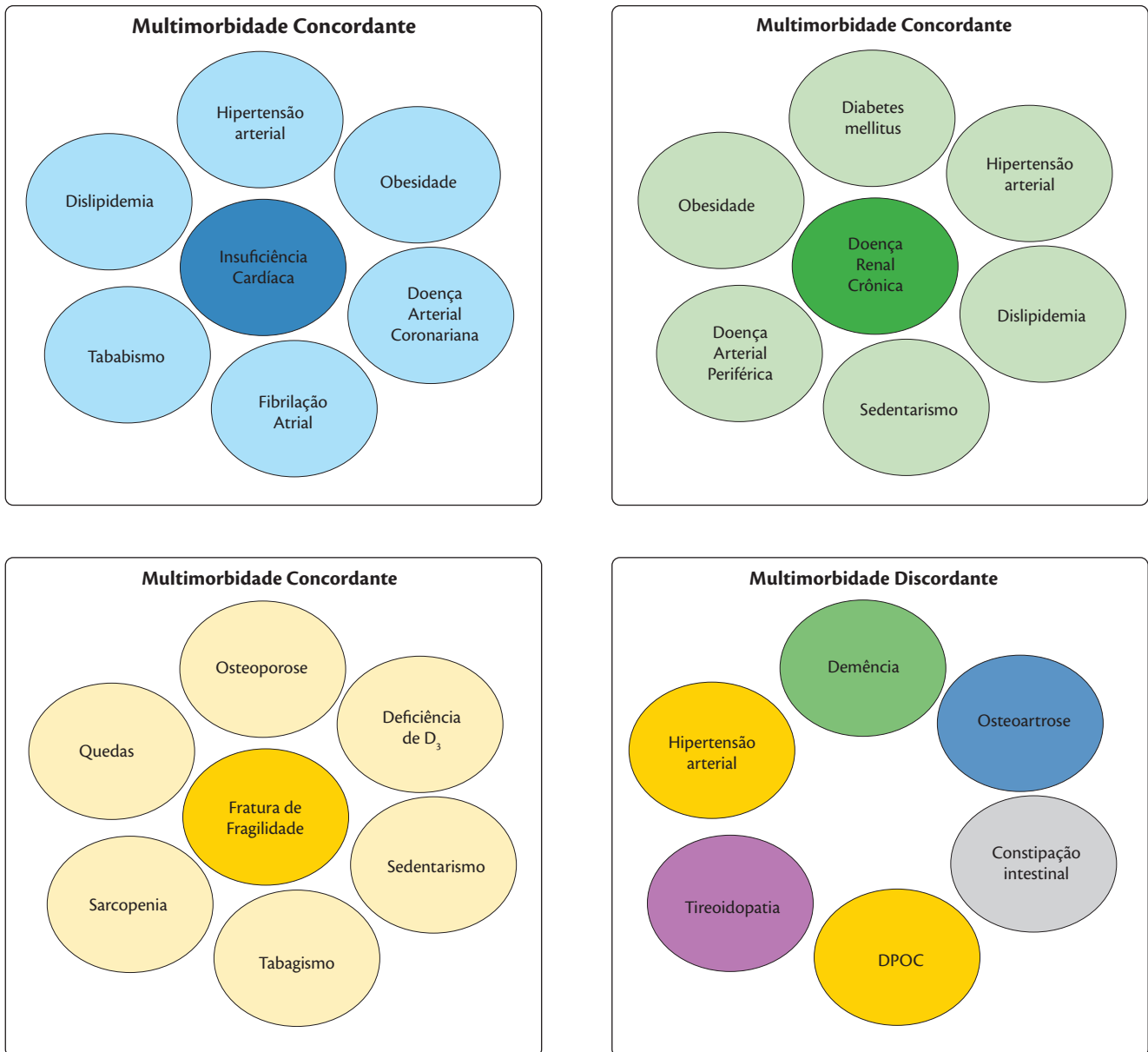
A Fragilidade Multidimensional pode se apresentar com vários fenótipos ou atributos, definidos como apresentações específicas, que podem se manifestar de forma isolada ou associada (Figura 15). O reconhecimento precoce da sua presença é fundamental para a implementação de medidas capazes de evitar sua progressão rápida para a dependência funcional e demais desfechos adversos.

Figura 15: Fenótipos ou atributos da Fragilidade Multidimensional



A dependência funcional, considerado principal desfecho negativo da fragilidade (estratos 6 a 10), pode ser consequência de uma doença específica grave, como a doença de Alzheimer ou doença de Parkinson, ou, mais frequentemente, é resultante do somatório de várias morbidades simultâneas no mesmo indivíduo ou ambos. Como vimos, multimorbidade é a co-ocorrência de várias condições de saúde no mesmo indivíduo (Quadro 1), estando, portanto, estritamente relacionada à fragilidade multidimensional, independentemente do seu fenótipo. Lembrando que a multimorbidade não pode ser considerada um simples somatório de doenças individuais, mas sim, o resultado da interação sinérgica entre elas, com consequências clínicas bem mais complexas do aquela resultante do somatório isolado de cada uma delas. Por sua vez, a multimorbidade pode ser concordante, quando há uma relação fisiopatológica entre elas, ou discordante, quando não há relação aparente entre as diversas condições crônicas apresentadas pelo paciente (Skou, 2023). O idoso frágil pode se apresentar com ambos os tipos de multimorbidade, também de forma associada, daí a maior complexidade no seu manejo clínico.

Figura 16: Tipos de multimorbidade



Por conseguinte, as doenças não devem ser tratadas seguindo-se diretrizes específicas (“guidelines”) de cada doença, muitas vezes envolvendo vários especialistas, cada um focado em uma doença específica. A polifarmácia é outra consequência inevitável dessa abordagem, que pode agravar mais ainda a condição de saúde do paciente, não só em virtude das interações fármaco-fármaco, mas, sobretudo, das interações fármaco-doenças, que, habitualmente, são pouco reconhecidas. Sir William Osler, em 1903, afirmou que “a variabilidade é a lei da vida, e como não existem duas faces iguais, também não existem dois corpos iguais e não existem dois indivíduos que reagem e se comportam da mesma forma sob as condições anormais que conhecemos como doença”.

A Classificação Clínico-Funcional, proposta por Moraes e Lanna, 2016, tenta mostrar essa heterogeneidade entre os idosos, que torna-se maior ainda quando se valoriza as preferências, expectativas, valores, possibilidades e limitações de cada indivíduo (cuidado centrado na pessoa). Portanto, o uso exclusivo de diretrizes clínicas baseadas em doenças é insatisfatório para o manejo de idosos com multimorbidade ou fragilidade multidimensional. As diretrizes clínicas devem ser utilizadas como “ponto de partida” na abordagem desses pacientes, e não como meta terapêutica exclusiva. A elaboração do Plano de Cuidados Personalizado, que valoriza todos as demandas de saúde do idoso e seu contexto sociofamiliar, é a melhor estratégia para a individualização do cuidado.

Desta forma, a definição de fragilidade e de seus atributos possibilita sua operacionalização, do ponto de vista de saúde pública. Por ser um conceito holístico e constituído por aspectos biopsicossociais, os critérios operacionais capazes devem ser amplos e de fácil acesso aos profissionais da APS, permitindo que as RAS possam propor “respostas sociais deliberadas às necessidades de saúde da população idosa, capazes de manter ou recuperar sua autonomia e independência, com qualidade, resolutividade e custo-eficácia” (Mendes, 2011).

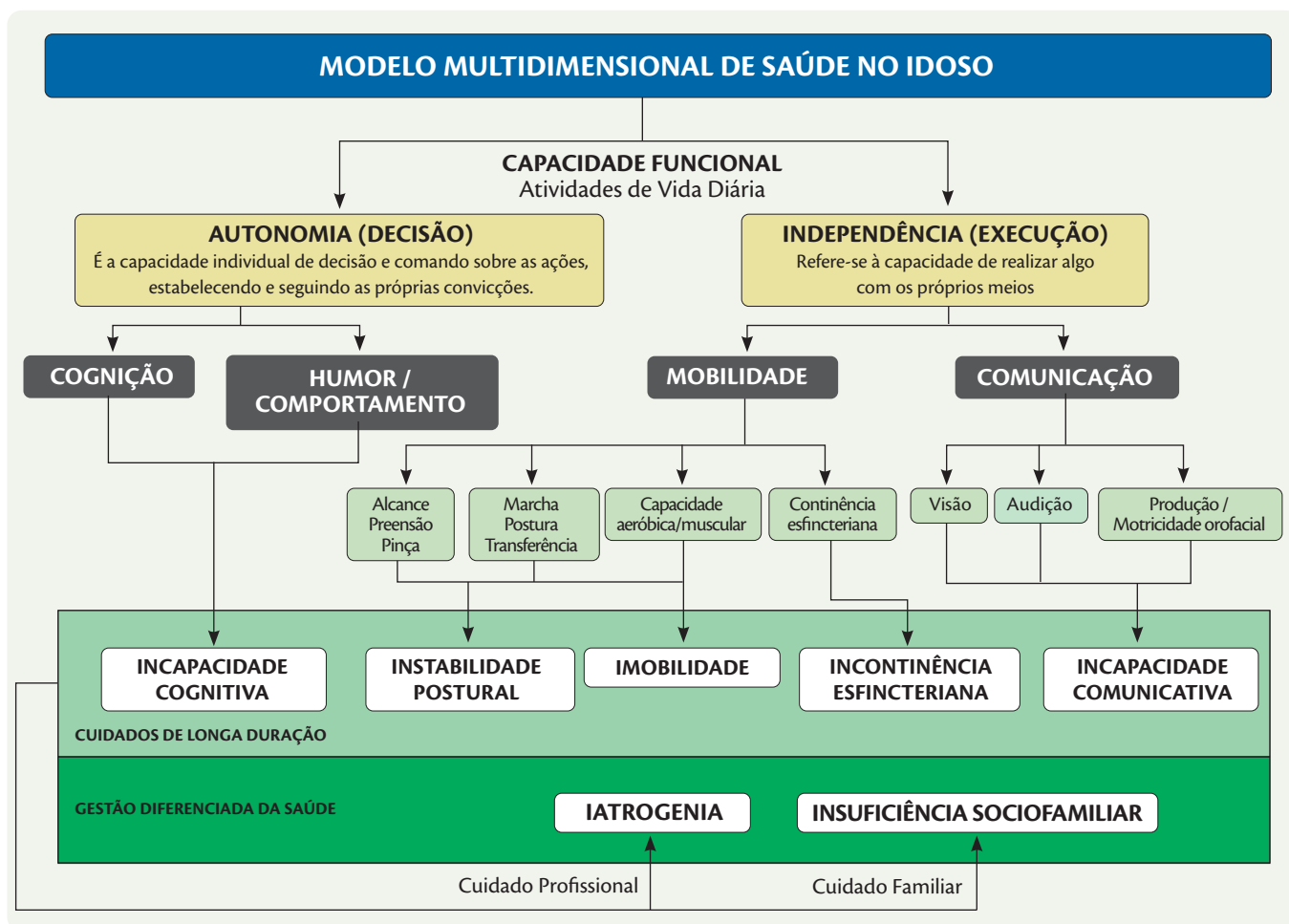
Nessa perspectiva, as condições de saúde associadas a desfechos adversos podem ser agrupadas em dois componentes: clínico-funcional e sociofamiliar. O conceito de saúde do idoso deve, portanto, utilizar informações sobre os aspectos clínico-funcionais e sociofamiliares, resgatando o conceito de saúde, definida como o máximo bem estar biopsicossocial, e não, simplesmente, a ausência de doenças.

Os aspectos biológicos e psicológicos da fragilidade multidimensional estão contemplados no IVCF-20. Como vimos, o IVCF-20 não é simplesmente um questionário com 20 perguntas capaz de reconhecer as demandas de saúde da pessoa idosa, mas sim, uma forma de operacionalização do Modelo Multidimensional de Saúde da Pessoa Idosa (Moraes, 2008). Neste modelo, **saúde** é definida como a capacidade individual de satisfação das necessidades biopsicossociais, independentemente da idade ou da presença de doenças. As necessidades biopsicossociais são aquelas tarefas do cotidiano fundamentais para a gestão da própria vida e do autocuidado, que recebem o nome de **atividades de vida diária (AVD)**. A **capacidade funcional** é a forma de expressar a autonomia e independência do indivíduo nas AVD. Saúde e capacidade funcional são, portanto, conceitos intercambiáveis.

O conceito de autonomia refere-se à capacidade individual de decisão e comando sobre as ações, estabelecendo e seguindo suas próprias convicções. Por sua vez, a independência é a capacidade de realizar algo com os próprios meios. A capacidade de decisão depende diretamente da cognição (atenção, memória, função executiva, linguagem, funções perceptomotoras e cognição social) e do humor e comportamento (humor, vontade e prazer, sensopercepção e juízo de realidade) que traduzem de forma mais sintética as funções mentais. Por sua vez, a capacidade de execução das decisões com os próprios meios depende diretamente da **mobilidade** (capacidade de deslocamento e manipulação do meio) e da **comunicação** (capacidade estabelecer um relacionamento produtivo com o meio, trocar informações, manifestar desejos, ideias e sentimentos). A mobilidade depende quatro subsistemas funcionais: a capacidade aeróbica e muscular (transporte e captação de oxigênio pelos músculos), o alcance/preensão/pinça (membros superiores) e a marcha, postura e transferência. A continência esfinteriana é também considerada um subdomínio da mobilidade, pois a sua ausência (incontinência esfinteriana) é capaz de interferir na mobilidade e restringir a participação social do indivíduo. A comunicação depende de três subsistemas funcionais: visão, audição e produção/motricidade orofacial. Este último é representado pela voz, fala e mastigação/deglutição. Todos os sistemas e subsistemas funcionais do modelo são estritamente interdependentes e não devem ser avaliados de forma fragmentada.

O comprometimento dos sistemas funcionais impede o indivíduo de gerir a sua vida e/ou cuidar de si mesmo, gerando a dependência funcional, também conhecida com incapacidade funcional. As principais incapacidades no idoso são a **incapacidade cognitiva** (demência, depressão, delirium e doença mental), a **instabilidade postural** (quedas), a **imobilidade**, a **incontinência esfinteriana** e a **incapacidade comunicativa** (cegueira e surdez). Tais condições crônicas de saúde estão associadas à necessidade de cuidados de longa duração, que exigem uma gestão diferenciada da saúde, realizada tanto pelos profissionais de saúde, quanto pelos familiares do idoso. O manejo clínico inadequado resulta em maior risco de iatrogenia. A família, frequentemente, não se encontra preparada para prover os cuidados necessários, condição conhecida como insuficiência sociofamiliar. Essas incapacidades são agrupadas com o nome de “Gigantes da Geriatria” ou “Grandes Síndromes Geriátricas” ou “7 Is da Geriatria” (Figura 17). O envelhecimento normal, por si só, não compromete significativamente a capacidade intrínseca e é incapaz de causar dependência funcional, que, na sua maioria, é consequência de uma ou mais doenças agravadas pelas barreiras relacionadas aos fatores ambientais e contextuais. Este modelo multidimensional de saúde do idoso é o ponto de partida para a compreensão do conceito de saúde da pessoa idosa.

Figura 17: Modelo Multidimensional de Saúde do Idoso

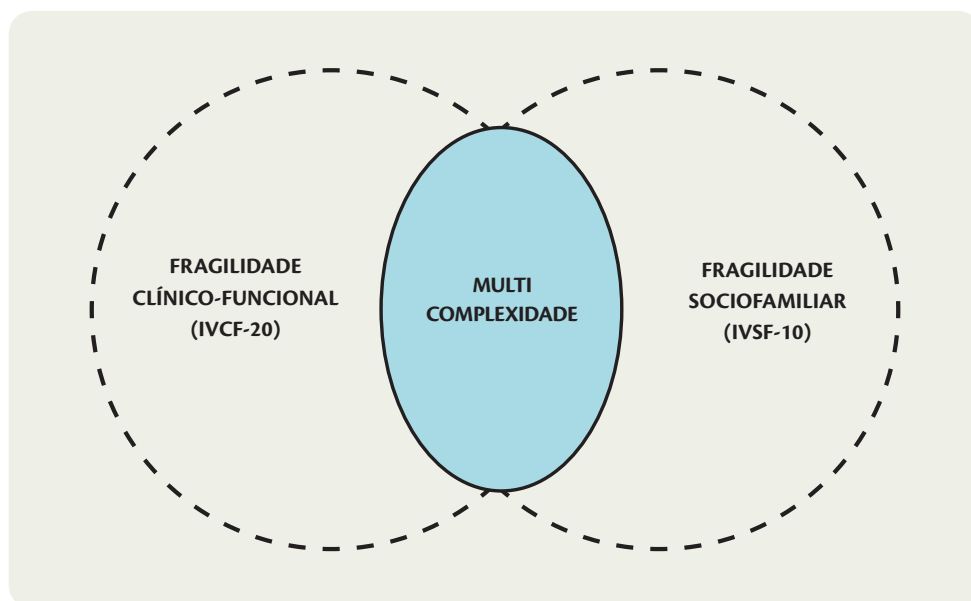


O termo Fragilidade (*Frailty*) tem um espectro de definições bastante amplo, dependendo do contexto e de suas aplicações. Todas elas valorizam a presença de condições de saúde capazes de prejudicar a trajetória do envelhecimento saudável. Em 2017, a WHO definiu o Envelhecimento Saudável de forma holística, baseado na trajetória de vida e nas perspectivas funcionais do indivíduo. Neste sentido, Envelhecimento Saudável é o processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional que possibilita o bem-estar na velhice. Em Geriatria e Gerontologia, o termo fragilidade é utilizado para representar um estado inespecífico de risco aumentado de mortalidade e de eventos adversos de saúde, como a dependência, a incapacidade, as quedas e lesões, as doenças agudas, a lenta recuperação de doenças, a hospitalização e a institucionalização de longa permanência (Cesari, 2017; Gordon, 2014; Clegg, 2015; Rodríguez-Mañas, 2013). A controvérsia encontra-se na operacionalização do conceito, exatamente pelo fato de ser um conceito holístico e constituído por aspectos biopsicossociais, todos eles determinantes da saúde do idoso. Desta forma, os critérios operacionais não podem ser excludentes, mas sim, capazes de abarcar todas as possibilidades, dependendo da finalidade e de sua aplicação na prática clínica. Em termos de Saúde Pública, o conceito de fragilidade deve ser o mais amplo possível, para que as Redes de Atenção à Saúde (RAS) possam propor “respostas sociais deliberadas às necessidades de saúde da população idosa, capazes de manter ou recuperar sua autonomia e independência, com qualidade, resolutividade e custo-eficácia” (Mendes, 2011).

Na tentativa de padronizar o conceito de fragilidade, propomos o conceito de **Fragilidade Multidimensional**, definido como uma condição crônica de saúde associada ao envelhecimento, que apresenta caráter dinâmico e multidimensional, prevenível e potencialmente reversível, caracterizada pela redução acelerada das reservas homeostáticas e maior vulnerabilidade a desfechos adversos, como progressão rápida do declínio funcional, quedas, reações adversas a medicamentos (RAM), internação, institucionalização e óbito. Neste conceito, as condições de saúde associadas a desfechos adversos podem ser agrupadas em dois componentes: clínico-funcional e sociofamiliar. O conceito de saúde do idoso deve, portanto, utilizar informações sobre os aspectos clínico-funcionais e sociofamiliares, resgatando o conceito de saúde, definida como o máximo bem estar biopsicossocial, e não, simplesmente, a ausência de doenças.

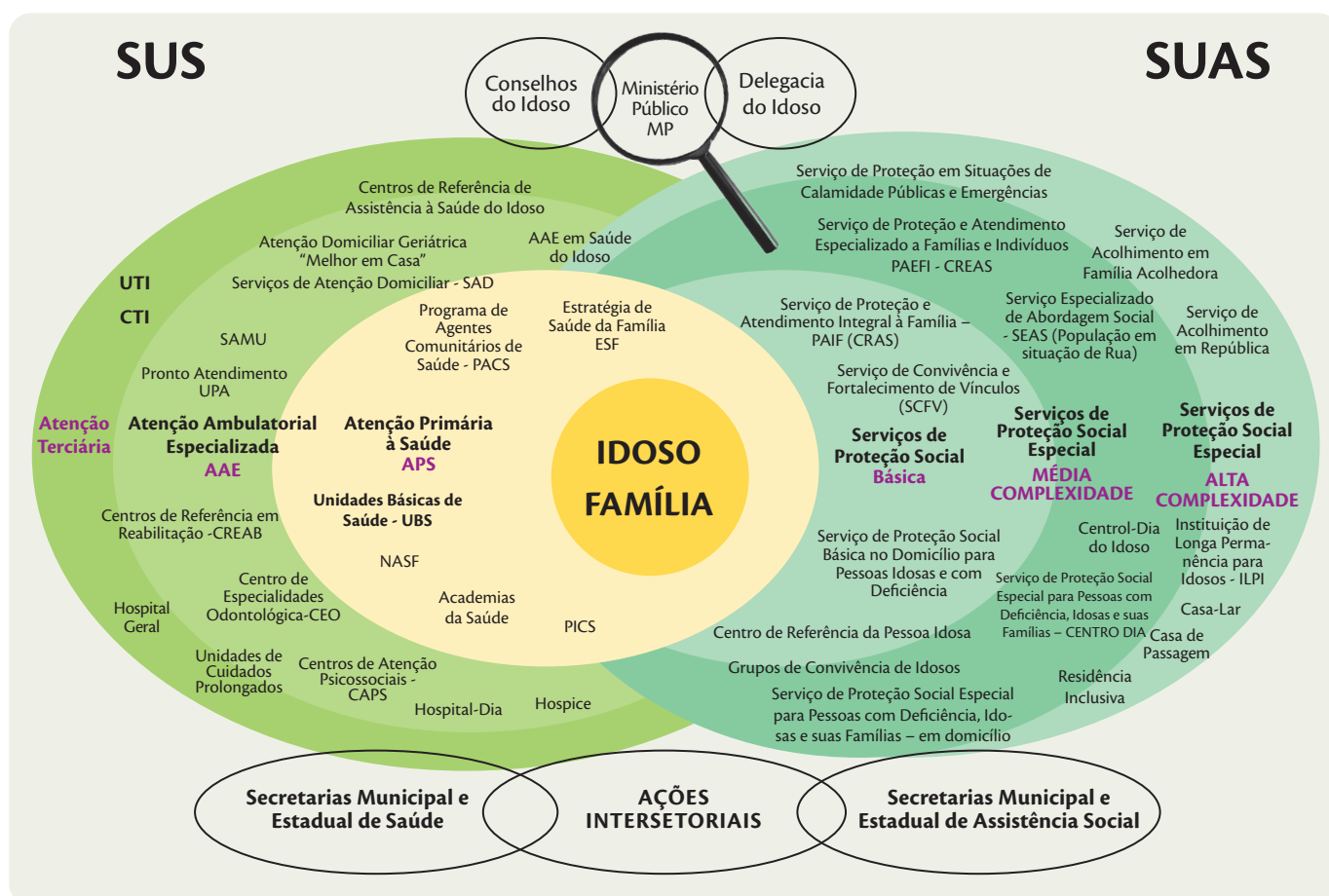
A utilização conjunta do IVCF-20 e do IVSF-10 na avaliação multidimensional da pessoa idosa permite a compreensão da proposta, sendo, portanto, estratégias de operacionalização do conceito de Fragilidade Multidimensional, que pode ser facilmente incorporado na atenção primária à saúde ((Figura 18). O termo multicomplexidade é amplo, mas tenta mostrar a presença simultânea de fragilidade clínico-funcional e sociofamiliar no mesmo indivíduo, atuando de forma sinérgica para incrementar os efeitos negativos da cada um deles. (Tinetti et al, 2017; Heckman GA, Molnar FJ, Lee L. 2013; Moffat et al, 2015).

Figura 18: Fragilidade Multidimensional



As respostas da RAS a essas novas demandas associadas ao envelhecimento também devem ser sinérgicas e concorrentes, atuando de forma integral e integrada. Nesta perspectiva, o Sistema Único de Saúde (SUS) deve estar plenamente integrado ao Sistema Único de Assistência Social (SUAS) (Figura 19).

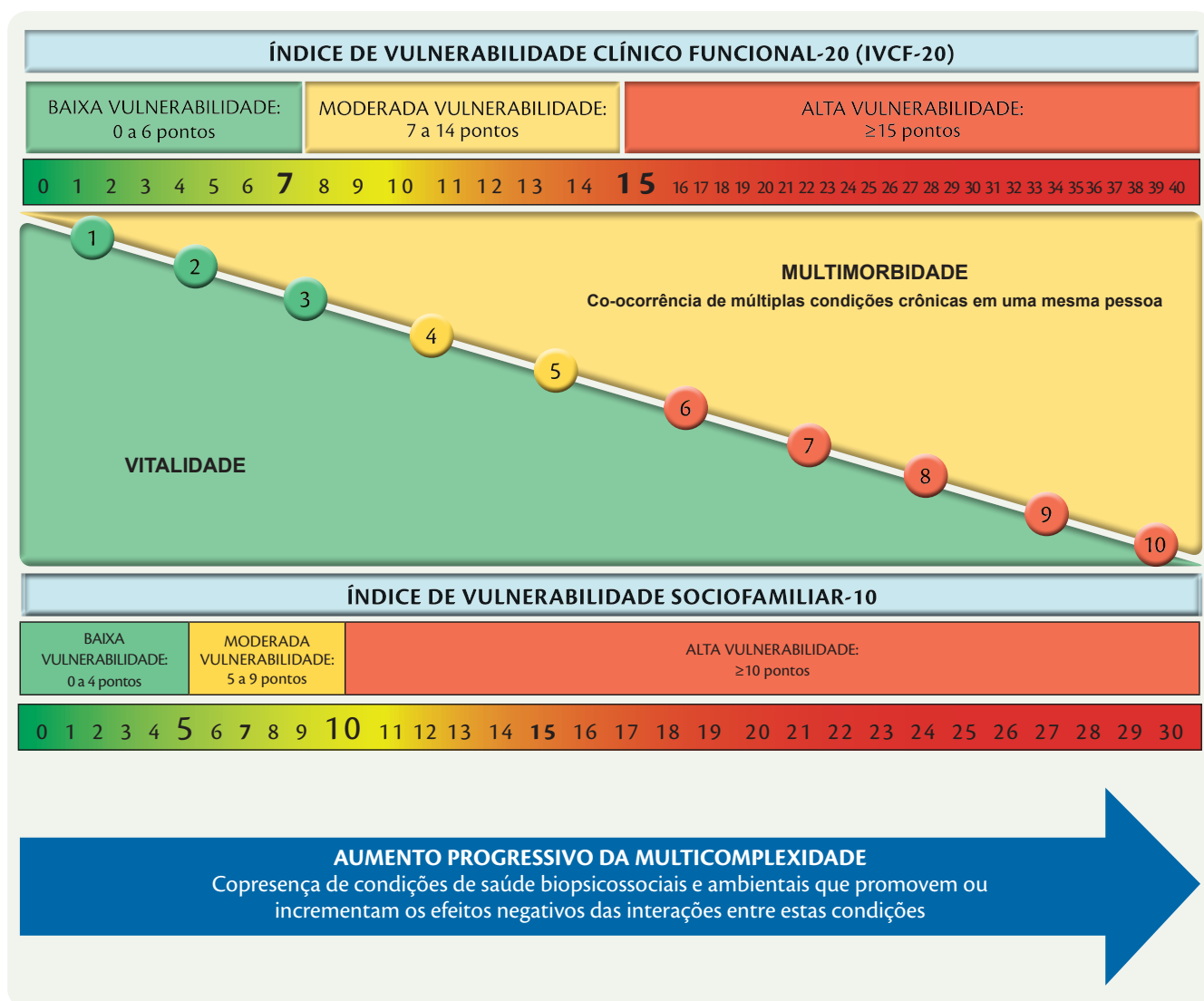
Figura 19: Integração entre o SUS e SUAS



A Classificação Clínico-Funcional proposta por Moraes e Lanna (2016) incorpora estes novos conceitos e tenta mostrar a enorme heterogeneidade entre os idosos e a importância da individualização do cuidado. À partir do estrato 4, a multimorbidade já está presente e vai se acumulando progressivamente, se não forem tomadas medidas preventivas, curativas ou

reabilitadoras, capazes de curar, impedir ou lentificar a história natural das doenças. Nos estratos 6, 7, 8, 9 e 10, a multimorbidade está plenamente estabelecida e apresenta-se de forma cumulativa e com maior gravidade, comprometendo significativamente os sistemas funcionais (cognição, humor/comportamento, mobilidade e comunicação), gerando as incapacidades funcionais ou “Grandes Síndromes Geriátricas” (Figura 20). Idosos frágeis exigem Cuidados de Longa Duração, que devem ser prestados de forma interdisciplinar e em vários pontos da RAS. A integração entre a APS e AAE (Atenção Ambulatorial Especializada em Geriatria e Gerontologia) e outros pontos da rede SUS é indispensável para a gestão diferenciada do cuidado, que deve incluir também a participação da família (Cuidado Familiar). Esta demanda excessiva da família ou cuidador é também desafiadora, particularmente na presença de marcadores da fragilidade sociofamiliar, avaliados pelo IVSF-10 ou por outras escalas de avaliação familiar e social. A multicomplexidade, definida aqui como a associação entre fragilidade clínico-funcional (multimorbidade e as incapacidades funcionais) com a fragilidade sociofamiliar, é relativamente frequente na prática clínica e constitui-se no principal desafio do sistema de saúde.

Figura 20: Relação entre IVCF-20, IVSF-10, Fragilidade, Multimorbidade e Multicomplexidade.



Segundo Mendes (2023), a superação deste problema exige enfoque e pensamento sistêmico:

“As pessoas com multimorbidade tendem a ser mais vulneráveis às condições crônicas e mais suscetíveis a condições agudas, especialmente às doenças infecciosas. Essas interações constroem complexos padrões de uso dos serviços de saúde e incrementam significativamente as referências entre os prestadores de serviços de saúde. Disso costuma resultar aumento de custos e maior fragmentação do cuidado levando a mecanismos de comunicação e coordenação pobres”.

O autor ressalta também a importância do pensamento sistêmico, que “implica na capacidade de ver a floresta e não somente cada árvore e de transitar de relações lineares de causa e efeito para inter-relações entre diversos subsistemas”. E sugere que “a APS é o lugar privilegiado para o cuidado das pessoas com multimorbidade em função de seus atributos de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação, focalização na família, orientação comunitária e competência cultural e de seu enfoque de centramento nas pessoas e famílias”.

8. Casos Clínicos

Obs.: os casos são baseados em personagens reais, mas com denominações fictícias tanto das pessoas quanto dos lugares.

Caso 01

Angélica Ramirys, 64 anos, branca, ensino fundamental incompleto, católica, aposentada como trabalhadora rural. Residente em casa própria, na área rural de Porto da Selva, com o marido, Sr. Júlio Ramirys, 74 anos, aposentado, diagnosticado há dois anos com doença de Alzheimer e ao lado dos três filhos e da mãe. Os filhos são presentes, visitam com frequência e auxiliam no cuidado dos pais. Histórico familiar: pai faleceu aos 57 anos, por complicações da doença de chagas, sua mãe apresenta IVCF-20=14 pontos, quatro irmãos apresentam: HAS, hipotireoidismo, epilepsia e insuficiência venosa. Histórico pessoal: G4A0P4, gestações sem complicações, partos normais, cirurgias de laqueadura tubária e perineoplastia; uma observação em UPA por arritmia após uso de anestesia odontológica. Relata que jamais consumiu bebidas alcoólicas ou fumou. Sono normal. Apresenta as seguintes condições crônicas: astigmatismo (uso de lentes corretivas, com boa resposta); transtorno de ansiedade generalizada; hipotireoidismo primário; HAS estágio 1; taquicardia ventricular; osteoartrose (OA) nos joelhos mas sem limitação funcional, insuficiência venosa crônica, CEAP 2. Apesar das condições crônicas, Angélica acha que sua saúde é muito boa, porque é bem independente, faz tudo sozinha, sua memória é muito boa. Tais informações foram confirmadas pelo filho. Nega perdas auditivas. Não realiza exercícios físicos mais intensos devido às dores nos joelhos. Realiza todas as atividades domésticas: consegue cuidar da casa, do marido e da mãe. Gerencia corretamente seus medicamentos e dos familiares. Responsável pelas compras da casa e pela gestão financeira, ambos realizados em município vizinho. Gosta muito de cuidar da pele, cuidar dos cabelos no salão de beleza. Seus irmãos e sobrinhos sempre se reúnem em sua casa, porque, apesar das dificuldades, Angélica é muito disposta e alegre, raramente se deixa abater. Procura manter uma alimentação saudável, tem grande vontade de perder peso, há vários anos seu peso fica entre 82 a 84kg. Tem boa saúde bucal e realiza avaliação odontológica a cada seis meses. Exames Papanicolau e mamografia em dia. Nega incontinência urinária. Não tem vida sexual ativa, devido a doença do marido. Em uso de seis medicamentos ao dia. Todas as condições crônicas estão compensadas. Peso atual 84kg; altura, 1,64m; IMC= 31,23 kg/m²; circunferência abdominal: 98cm, circunferência da panturrilha: 39cm; PA: 100x80mmHg, SpO₂ 97%, PR: 72bpm. Teste de velocidade de marcha em 4 metros: 3,5 segundos (1,14m/s). Nega dificuldades para caminhar no dia-a-dia, nega quedas no último ano. Nega limitação na movimentação dos membros superiores ou nas mãos. Não apresenta dor crônica.

CASO 1 IVCF-20		Pontuação
1. Qual é a sua idade?		0
2. Em geral, comparando com outras pessoas de sua idade, você diria que sua saúde é:		0
3. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de fazer compras?		0
4. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de controlar seu dinheiro, gasto ou pagar as contas de sua casa?		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?		0
6. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de tomar banho sozinho?		0
7. Algum familiar ou amigo falou que você está ficando esquecido?		0
8. Este esquecimento está piorando nos últimos meses?		0
9. Este esquecimento está impedindo a realização de alguma atividade do cotidiano?		0
10. No último mês, você ficou com desânimo, tristeza ou desesperança?		0
11. No último mês, você perdeu o interesse ou prazer em atividades anteriormente prazerosas?		0
12. Você é incapaz de elevar os braços acima do nível do ombro?		0
13. Você é incapaz de manusear ou segurar pequenos objetos?		0
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	0
	Índice de Massa Corporal (IMC) menor que 22 kg/m ²	0
	Circunferência (perímetro) da panturrilha a < 31 cm	0
	Tempo gasto no teste de velocidade da marcha (4m) > 5 seg	0
15. Você tem dificuldade para caminhar capaz de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano?		0
16. Você teve duas ou mais quedas no último ano?		0
17. Você perde urina ou fezes, sem querer, em algum momento?		0
18. Você tem problemas de visão capazes de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? <i>É permitido o uso de óculos ou lentes de contato.</i>		0
19. Você tem problemas de audição capazes de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? <i>É permitido o uso de aparelhos de audição.</i>		0
20. Você tem alguma das três condições abaixo relacionadas?	Cinco ou mais doenças crônicas.	4 (Não cumulativo)
	Uso regular de cinco ou mais medicamentos diferentes, todo dia.	4 (Não cumulativo)
	Internação recente, nos últimos 6 meses.	0
Score Final		4

Capacidade de autocuidado
Suficiente

Suporte Familiar
Suficiente

CASO 1
ÍNDICE DE VULNERABILIDADE SOCIAL E FAMILIAR 10 (IVSF10)

Responda às perguntas abaixo com a ajuda de familiares ou acompanhantes. Marque a opção mais apropriada para a sua condição social e familiar atuais. Todas as respostas devem ser confirmadas por alguém que conviva com você. Nos idosos incapazes de responder, utilizar as respostas do cuidador.

Dimensão	Categoria	Pergunta	Pontuação
SUPORTE FAMILIAR	Moradia	1. Com quem o Sr(a) mora: Mora em ILPI (6); Mora sozinho (2); Mora com familiares ou amigos, na mesma casa ou lote (0)	0
	Cônjuge ou Companheiro	2. O Sr (a) tem cônjuge ou companheiro? () Sim ⁰ ; () Não ² ; Viuvez recente ⁴	0
	Apoio nas atividades de vida diária	3. O Sr(a) tem familiares/cuidadores para atendê-lo plenamente na realização das tarefas do cotidiano, atualmente ou em caso de necessidade? () Sim ⁰ ; () Não ⁶	0
	Interação familiar e comunitária	4. O Sr(a) está satisfeito com o convívio ou frequência de visitas de familiares e/ou amigos? () Sim ⁰ () Não ²	0
	Sobrecarga familiar	5. O Sr(a) é responsável pelo cuidado de pessoas dependentes e/ou reside com pessoas que possam causar desorganização no convívio familiar? () Sim ² () Não ⁰	2
SUPORTE SOCIAL	Renda	6. O Sr(a) tem acesso à renda própria? () Benefício previdenciário ⁰ () Benefício assistencial ² () Não tem acesso à benefício previdenciário ou assistencial, mas tem acesso à renda de terceiros, em caso de necessidade ⁴ () Ausência completa de acesso à renda ⁵	0
	Escolaridade	7. O Sr(a) é capaz de ler e escrever? () Sim ⁰ () Não ¹	0
	Condições da Moradia	8. O Sr(a) tem moradia própria? () Sim ⁰ () Não ¹	0
		9. Moradia está em boas condições de organização, segurança e higiene? () Sim ⁰ () Não ²	0
Participação social	10. O Sr(a) participa de eventos ou atividades extradomiciliares ou comunitária ou rede social, como trabalho, família, igreja, grupo de convivência, lazer, etc? () Sim ⁰ () Não ¹	0	
Score Final			2
BAIXA VULNERABILIDADE SOCIOFAMILIAR			

CASO 1		
DIAGNÓSTICO GERIÁTRICO-GERONTOLÓGICO E INTERVENÇÕES PROPOSTAS		
IVCF-20: pontuação e dimensões alteradas	4 pontos: polifarmácia e polipatologia	
Classificação Clínico Funcional	Estrato 4 (idoso em risco de fragilização por comorbidade múltipla)	
Cognição	Preservada	
Humor/Comportamento	Preservada	
Mobilidade	Alcance, preensão e pinça	Preservado
	Capacidade aeróbica e muscular	Preservado
	Marcha	Preservado
	Quedas	Preservado
	Continência	Preservado
Comunicação	Visão	Preservado
	Audição	Preservado
	Fala, voz e deglutição	Preservado
Nutrição	Obesidade Grau I	
Saúde Bucal	Preservado	
Sono	Preservado	
Comorbidades e outras demandas identificadas	HAS, primária, sem lesão de órgãos alvo e com tendência à hipotensão arterial; Transtorno de ansiedade generalizada; Hipotireoidismo primário; História de taquicardia ventricular isolada; Osteoartrose bilateral, sem limitação funcional ou dor crônica; Obesidade Grau I; insuficiência venosa crônica (CEAP 2); Astigmatismo (uso de lentes corretivas, com boa resposta); Cuidadora do marido com doença de Alzheimer.	
Vulnerabilidade Sociofamiliar	Baixa (IVSF-10: 2 pontos)	
Perfil de Funcionalidade para Fins de Cuidado	Perfil 2 (uso de lentes corretivas)	
Capacidade para o Autocuidado	Suficiente	
Metas e Proporcionalidade Terapêutica	Redução de peso; atividade física e reabilitação do joelho e monitoramento da função tireoidiana; reavaliar metas pressóricas; rastreamento de câncer de mama, colo do útero e intestino; cálculo do risco cardiovascular.	
Encaminhamentos	NASF: nutrição (obesidade), fisioterapia (OA joelho), educador físico (perda de peso e fortalecimento muscular), psicologia (ansiedade e fardo do cuidador) e farmácia (polifarmácia). Avaliar necessidade do uso de fármaco com ação ansiolítica.	

Caso 02

Otávia Celeste Alvez, 90 anos, parda, viúva, analfabeta, católica, aposentada como trabalhadora rural. Residente em casa própria, no bairro São Joaquim, município de Amarula do Oeste. Mora sozinha, ao lado das casas de uma filha e duas netas. Ela é muito querida pelos seus 05 filhos, 14 netos e 16 bisnetos, que são presentes e auxiliam no cuidado.

Histórico familiar: seu pai faleceu aos 73 anos, por problemas cardiológicos e sua mãe faleceu aos 33 anos, no puerpério. Tem 09 irmãos todos são longevos, as condições crônicas predominantes são: doença de chagas, HAS estágio 1, doença venosa crônica, artrose, sarcopenia. Histórico pessoal: G7A2P7, gestações sem complicações, partos normais, fez cirurgias de: varicectomia bilateral, trabeculectomia e facectomia. Internações hospitalares por erisipela bolhosa, há 40 anos e duas observações em UPA, por erisipela, há 3 anos e duas por síncope, há 2 anos. Relata que jamais consumiu bebidas alcoólicas ou fumou. Apresenta as seguintes condições crônicas: transtorno de ansiedade; HAS estágio 1; estenose aórtica importante, áreas de isquemia cerebral, anemia ferropriva e cornos cutâneos nos artelhos bilaterais (o que dificulta a caminhar). Dona Otávia sempre foi dona de casa, mas ultimamente apresenta dificuldade para fazer compras, mas gerencia corretamente suas finanças. No último ano deixou de cuidar da casa por orientação médica, pelo risco de tonteira, síncope e queda. Tem queixas de falta de ar quando faz caminhadas, limitando sua deambulação. Consegue fazer um café, realizar pequenos trabalhos domésticos com supervisão e lavar suas roupas íntimas. Sua neta, auxilia no banho e na troca das roupas, exceto suas meias compressivas, que ela faz questão de calçá-las. Seus filhos e netos relatam que ela tem apresentado discretos lapsos de memória, mas, esses esquecimentos não a têm impedido de realizar as atividades habituais, como de controlar os seus medicamentos ou finanças. Dona Otávia é sempre muito disposta e animada, ninguém a vê deitada a não ser durante à noite e nem triste. Deita-se muito cedo (“dorme com as galinhas”), às 19h e dorme até às 3h da manhã, quando acorda e quer sair da cama, gerando transtorno com os familiares. Nega perda visual e perda auditiva. Apresenta enurese noturna, o que a tem deixado muito incomodada. Mantém uma boa alimentação, não consome produtos industrializados e a maior parte dos alimentos consumidos são orgânicos, pobre em sal, açúcar e gordura. Tem dificuldades na ingestão de líquidos, exceto leite com café, que é o seu alimento predileto. Mesmo se alimentando em quantidade e qualidade, há seis meses apresentou anemia ferropriva. Foi solicitado colonoscopia e endoscopia, mas, os filhos optaram por não realizar, consideraram que os riscos seriam maiores que os benefícios. Dona Otávia é edentada, utiliza somente a prótese superior. Não realiza avaliação odontológica periódica. Em uso de seis medicamentos diariamente. Acredita que apesar das suas doenças, sua saúde é melhor do que muitas das pessoas da sua idade. Todas as condições crônicas estão compensadas, exceto a anemia ferropriva. Peso atual, 62kg; altura, 1,63m; IMC: 23,34kg/m²; circunferência abdominal, 84cm; circunferência da panturrilha, 37cm; PA: 160x90mmHg; SpO₂ 98%; PR: 72bpm. Teste de velocidade de marcha em 4 metros: 8 segundos (0,5m/s). No último ano teve duas quedas. Nega limitação na movimentação dos membros superiores ou nas mãos.

CASO 2 IVCF-20		Pontuação
1. Qual é a sua idade?		3
2. Em geral, comparando com outras pessoas de sua idade, você diria que sua saúde é:		0
3. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de fazer compras?		4 (não cumulativo)
4. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de controlar seu dinheiro, gasto ou pagar as contas de sua casa?		0 (não cumulativo)
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?		0 (não cumulativo)
6. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de tomar banho sozinho?		6
7. Algum familiar ou amigo falou que você está ficando esquecido?		1
8. Este esquecimento está piorando nos últimos meses?		0
9. Este esquecimento está impedindo a realização de alguma atividade do cotidiano?		0
10. No último mês, você ficou com desânimo, tristeza ou desesperança?		0
11. No último mês, você perdeu o interesse ou prazer em atividades anteriormente prazerosas?		0
12. Você é incapaz de elevar os braços acima do nível do ombro?		0
13. Você é incapaz de manusear ou segurar pequenos objetos?		0
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	0
	Índice de Massa Corporal (IMC) menor que 22 kg/m ²	0
	Circunferência (perímetro) da panturrilha a < 31 cm	0
	Tempo gasto no teste de velocidade da marcha (4m) > 5 seg	2
15. Você tem dificuldade para caminhar capaz de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano?		2
16. Você teve duas ou mais quedas no último ano?		2
17. Você perde urina ou fezes, sem querer, em algum momento?		2
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.		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.		0
20. Você tem alguma das três condições abaixo relacionadas?	Cinco ou mais doenças crônicas.	4 (não cumulativo)
	Uso regular de cinco ou mais medicamentos diferentes, todo dia.	4 (não cumulativo)
	Internação recente, nos últimos 6 meses.	0
Score Final		26

Capacidade de autocuidado
Insuficiente

Suporte Familiar
Suficiente

CASO 2

ÍNDICE DE VULNERABILIDADE SOCIAL E FAMILIAR 10 (IVSF10)

Responda às perguntas abaixo com a ajuda de familiares ou acompanhantes. Marque a opção mais apropriada para a sua condição social e familiar atuais. Todas as respostas devem ser confirmadas por alguém que conviva com você. Nos idosos incapazes de responder, utilizar as respostas do cuidador.

Dimensão	Categoria	Pergunta	Pontuação
SUPORTE FAMILIAR	Moradia	1. Com quem o Sr(a) mora: Mora em ILPI (6); Mora sozinho (2); Mora com familiares ou amigos, na mesma casa ou lote (0)	0
	Cônjuge ou Companheiro	2. O Sr (a) tem cônjuge ou companheiro? () Sim ⁰ ; () Não ² ; Viuvez recente ⁴	2
	Apoio nas atividades de vida diária	3. O Sr(a) tem familiares/cuidadores para atendê-lo plenamente na realização das tarefas do cotidiano, atualmente ou em caso de necessidade? () Sim ⁰ ; () Não ⁶	0
	Interação familiar e comunitária	4. O Sr(a) está satisfeito com o convívio ou frequência de visitas de familiares e/ou amigos? () Sim ⁰ () Não ²	0
	Sobrecarga familiar	5. O Sr(a) é responsável pelo cuidado de pessoas dependentes e/ou reside com pessoas que possam causar desorganização no convívio familiar? () Sim ² () Não ⁰	0
SUPORTE SOCIAL	Renda	6. O Sr(a) tem acesso à renda própria? () Benefício previdenciário ⁰ () Benefício assistencial ² () Não tem acesso à benefício previdenciário ou assistencial, mas tem acesso à renda de terceiros, em caso de necessidade ⁴ () Ausência completa de acesso à renda ⁵	0
	Escolaridade	7. O Sr(a) é capaz de ler e escrever? () Sim ⁰ () Não ¹	0
	Condições da Moradia	8. O Sr(a) tem moradia própria? () Sim ⁰ () Não ¹	0
		9. Moradia está em boas condições de organização, segurança e higiene? () Sim ⁰ () Não ²	0
Participação social	10. O Sr(a) participa de eventos ou atividades extradomiciliares ou comunitária ou rede social, como trabalho, família, igreja, grupo de convivência, lazer, etc? () Sim ⁰ () Não ¹	0	
Score Final			2
BAIXA VULNERABILIDADE SOCIOFAMILIAR			

CASO 2		
DIAGNÓSTICO GERIÁTRICO-GERONTOLÓGICO E INTERVENÇÕES PROPOSTAS		
IVCF-20: pontuação e dimensões alteradas	26 pontos: idade, declínio funcional em AVD instrumentais e básicas, esquecimento, lentificação da marcha, queda, quedas, incontinência e comorbidade múltipla (polifarmácia e polipatologia).	
Classificação Clínico Funcional	Estrato 8	
Cognição	Suspeita de incapacidade cognitiva	
Humor/Comportamento	Preservado	
Mobilidade	Alcance, preensão e pinça	Preservado
	Capacidade aeróbica e muscular	Suspeita de sarcopenia e redução da capacidade aeróbica pela insuficiência cardíaca secundária à estenose aórtica grave
	Marcha	Instabilidade postural
	Quedas	Quedas de repetição
	Continência	Incontinência urinária de urgência, predominantemente noturna
Comunicação	Visão	Preservado
	Audição	Preservado
	Fala, voz e deglutição	Dificuldade na ingestão de líquidos
Nutrição	Preservada	
Saúde Bucal	Edentulismo; uso de prótese superior; atraso na avaliação odontológica	
Sono	Transtorno do avanço de fase	
Comorbidades e outras demandas identificadas	Transtorno de ansiedade; HAS estágio 1; insuficiência cardíaca secundária à estenose aórtica grave; suspeita de síndrome demencial, anemia ferropriva e cornos cutâneos nos artelhos bilaterais	
Vulnerabilidade Sociofamiliar	Baixa (IVSF-10: 2 pontos)	
Perfil de Funcionalidade para Fins de Cuidado	Perfil 3	
Capacidade para o Autocuidado	Insuficiente	
Metas e Proporcionalidade Terapêutica	Avaliação detalhada da função cognitiva e das alterações da mobilidade. Esclarecer as causas das quedas de repetição. Abordagem do transtorno do sono. Discutir com paciente e familiar a proporcionalidade terapêutica e decisões compartilhadas sobre propedêutica da anemia e demais rastreamentos	
Encaminhamentos	NASF: fisioterapia (sarcopenia, instabilidade postural, quedas e IU de urgência); fonoaudiologia (deglutição de líquidos); odontologia. Indicação de acompanhamento pela Atenção Ambulatorial Especializada: geriatria (idoso frágil, com alta vulnerabilidade clínico funcional) e cardiologia (estenose aórtica grave)	

Caso 03

José Obelardo, 85 anos, branco, ensino fundamental incompleto, católico, aposentado como trabalhador rural, viúvo. Mora em casa própria com um dos filhos, 54 anos, divorciado. Nega tabagismo e etilismo. Histórico familiar: pai e mãe faleceram longevos em decorrência de parada cardíaca e complicações de doença de Chagas. Seus seis irmãos são vivos e possuem as seguintes comorbidades: HAS, DM, glaucoma e arritmia cardíaca. Histórico pessoal: arritmia cardíaca, câncer de intestino curado e depressão após o falecimento da esposa, há três anos por câncer de mama. Atualmente não relata tristeza e considera-se bem disposto para as tarefas do cotidiano. Cirurgias: colectomia, chegou a usar bolsa de colostomia e fez a cirurgia para reversão aos 82 anos. Nega internações nos últimos 6 meses. Sua alimentação é pastosa, a os alimentos são batidos no liquidificador, relata digestão lenta. A neta diz que a consistência da alimentação é mais pastosa por insegurança e medo de novamente apresentar hemorragia intestinal. Consome alguns alimentos sem processá-los, como bolo, biscoito, pão de queijo.

A ingestão de proteínas é deficitária. Nega perda de peso, mesmo após a cirurgia, diz que seu peso é o mesmo a vida toda. Intestino funciona a base de laxante prescrito pelo proctologista. Nega incontinência urinária. Nega perda de memória. Controla seu dinheiro muito bem e tem muito orgulho de gerenciar suas aplicações financeiras. Gosta muito de ir à agência bancária. Faz compras sozinho, dirige seu carro e vai para sua fazenda acompanhado pelo filho. Relata uma queda, após embarçar na mangueira, quando aguava o jardim, quando teve fratura de clavícula. Tem perda auditiva e usa aparelho auditivo, com boa resposta. Sua visão é boa com uso dos óculos. Caminha com dificuldades, porque após a queda ficou inseguro. É edentado, utiliza prótese total. Não realiza avaliação odontológica periódica. Dorme bem. Toma 04 medicamentos por dia. Acredita ter uma saúde muito boa comparando com amigos da sua idade. Parou de praticar atividades físicas devido a pandemia. Caminhava cerca de 1h diariamente. Sente falta de fazer exercícios na academia ao ar livre e das atividades do grupo de convivência. Peso atual, 67kg; altura, 1,68m; IMC 23,74kg/m²; circunferência abdominal, 93cm; circunferência da panturrilha: 35cm, PA, 130x90mmHg; SpO₂ 96%; PR: 68bpm. Teste de velocidade de marcha de 4m: 6'0 segundos.

CASO 3 IVCF-20		Pontuação
1. Qual é a sua idade?		3
2. Em geral, comparando com outras pessoas de sua idade, você diria que sua saúde é:		0
3. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de fazer compras?		0
4. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de controlar seu dinheiro, gasto ou pagar as contas de sua casa?		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?		0
6. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de tomar banho sozinho?		0
7. Algum familiar ou amigo falou que você está ficando esquecido?		0
8. Este esquecimento está piorando nos últimos meses?		0
9. Este esquecimento está impedindo a realização de alguma atividade do cotidiano?		0
10. No último mês, você ficou com desânimo, tristeza ou desesperança?		0
11. No último mês, você perdeu o interesse ou prazer em atividades anteriormente prazerosas?		0
12. Você é incapaz de elevar os braços acima do nível do ombro?		0
13. Você é incapaz de manusear ou segurar pequenos objetos?		0
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	0
	Índice de Massa Corporal (IMC) menor que 22 kg/m ²	0
	Circunferência (perímetro) da panturrilha a < 31 cm	0
	Tempo gasto no teste de velocidade da marcha (4m) > 5 seg	2
15. Você tem dificuldade para caminhar capaz de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano?		2
16. Você teve duas ou mais quedas no último ano?		0
17. Você perde urina ou fezes, sem querer, em algum momento?		0
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.		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.		0
20. Você tem alguma das três condições abaixo relacionadas?	Cinco ou mais doenças crônicas.	0
	Uso regular de cinco ou mais medicamentos diferentes, todo dia.	0
	Internação recente, nos últimos 6 meses.	0
Score Final		7

Capacidade de autocuidado

Suficiente

Suporte Familiar

Suficiente

CASO 3

ÍNDICE DE VULNERABILIDADE SOCIAL E FAMILIAR 10 (IVSF10)

Responda às perguntas abaixo com a ajuda de familiares ou acompanhantes. Marque a opção mais apropriada para a sua condição social e familiar atuais. Todas as respostas devem ser confirmadas por alguém que conviva com você. Nos idosos incapazes de responder, utilizar as respostas do cuidador.

Dimensão	Categoria	Pergunta	Pontuação
SUPORTE FAMILIAR	Moradia	1. Com quem o Sr(a) mora: Mora em ILPI (6); Mora sozinho (2); Mora com familiares ou amigos, na mesma casa ou lote (0)	0
	Cônjuge ou Companheiro	2. O Sr (a) tem cônjuge ou companheiro? () Sim ⁰ ; () Não ² ; Viuvez recente ⁴	0
	Apoio nas atividades de vida diária	3. O Sr(a) tem familiares/cuidadores para atendê-lo plenamente na realização das tarefas do cotidiano, atualmente ou em caso de necessidade? () Sim ⁰ ; () Não ⁶	0
	Interação familiar e comunitária	4. O Sr(a) está satisfeito com o convívio ou frequência de visitas de familiares e/ou amigos? () Sim ⁰ () Não ²	0
	Sobrecarga familiar	5. O Sr(a) é responsável pelo cuidado de pessoas dependentes e/ou reside com pessoas que possam causar desorganização no convívio familiar? () Sim ² () Não ⁰	0
SUPORTE SOCIAL	Renda	6. O Sr(a) tem acesso à renda própria? () Benefício previdenciário ⁰ () Benefício assistencial ² () Não tem acesso à benefício previdenciário ou assistencial, mas tem acesso à renda de terceiros, em caso de necessidade ⁴ () Ausência completa de acesso à renda ⁵	0
	Escolaridade	7. O Sr(a) é capaz de ler e escrever? () Sim ⁰ () Não ¹	0
	Condições da Moradia	8. O Sr(a) tem moradia própria? () Sim ⁰ () Não ¹	0
		9. Moradia está em boas condições de organização, segurança e higiene? () Sim ⁰ () Não ²	0
Participação social	10. O Sr(a) participa de eventos ou atividades extradomiciliares ou comunitária ou rede social, como trabalho, família, igreja, grupo de convivência, lazer, etc? () Sim ⁰ () Não ¹	0	
Score Final			0
BAIXA VULNERABILIDADE SOCIOFAMILIAR			

CASO 3		
ICOPE: Avaliação da Capacidade Intrínseca		
	Triagem Recomendada	Resultado
Capacidade Cognitiva	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?	Não apresentou nenhum erro no teste. Ausência de declínio cognitivo.
Capacidade Psicológica	Ao longo das duas últimas semanas, você se sentiu incomodado(a) por: 1. Sentir-se para baixo, deprimido ou sem esperança? 2. Ter pouco interesse ou prazer em fazer as coisas?	Não apresentou resposta positiva. Ausência de sintomas depressivos.
Capacidade Locomotora	2. Teste de levanta-se da cadeira: <i>Levante-se da cadeira cinco vezes sem usar os braços.</i>	Duração de 18 segundos. Não conseguiu realizar o teste em 14 segundos. Presença de mobilidade reduzida.
Vitalidade	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?	Nega perda de peso ou perda de apetite. Ausência de má nutrição.
Capacidade visual	3. Você tem algum problema nos olhos? 4. Tem dificuldade de enxergar de longe, dificuldade de ler, dores oculares ou está atualmente em tratamento médico (por exemplo, para diabetes ou pressão alta)?	Resposta SIM. Presença de deficiência visual , corrigida com uso de lentes.
Capacidade auditiva	4. Ouve sussurros (teste do sussurro) 5. Audiometria de triagem constatou 35 dB ou menos 6. Teste automático (em aplicativo) de dígitos com ruído.	Resposta SIM. Teste do sussurro normal. Ausência de perda auditiva.

CASO 3		
DIAGNÓSTICO GERIÁTRICO-GERONTOLÓGICO E INTERVENÇÕES PROPOSTAS		
IVCF-20: pontuação e dimensões alteradas	7 pontos: idade, lentificação da marcha, instabilidade postural	
Classificação Clínico Funcional	4 (suspeita de sarcopenia)	
Cognição	Preservado	
Humor/Comportamento	Preservado	
Mobilidade	Alcance, preensão e pinça	Preservado
	Capacidade aeróbica e muscular	Lentificação da marcha e suspeita de sarcopenia Teste de levanta-se da cadeira com duração de 18 segundos (ICOPE positivo)
	Marcha	Instabilidade postural: sarcopenia? marcha cautelosa?
	Quedas	Uma queda isolada por fator ambiental com fratura de clavícula
	Continência	Preservada
Comunicação	Visão	Uso de lentes corretivas
	Audição	Uso de prótese auditiva
	Fala, voz e deglutição	Alimentação de consistência pastosa, mas sem disfagia
Nutrição	Baixa ingestão proteica	
Saúde Bucal	Edentulismo, uso de prótese total e ausência de acompanhamento odontológico	
Sono	Preservado	
Comorbidades e outras demandas identificadas	Arritmia cardíaca a esclarecer, sem evidências de cardiopatia; câncer de intestino curado (cirurgia de colectomia e uso temporário de colostomia); constipação intestinal; depressão em remissão total; hipoacusia com boa resposta à prótese auditiva; sedentarismo	
Vulnerabilidade Sociofamiliar	Baixa (IVSF-10: 0)	
Perfil de Funcionalidade para Fins de Cuidado	Perfil 2	
Capacidade para o Autocuidado	Suficiente	
Metas e Proporcionalidade Terapêutica	Foco nas estratégias promocionais/preventivas e abordagem da instabilidade postural, sarcopenia e prevenção de fraturas por fragilidade	
Encaminhamentos	NASF: fisioterapia e educação física (instabilidade postural e sarcopenia); fonoaudiologia (avaliação da deglutição), nutrição (otimização da ingestão de proteínas); solicitar densitometria mineral óssea para rastreamento de osteoporose	

Caso 04

Clementino Marçal, 80 anos, branco, ensino fundamental incompleto, católico, aposentado como trabalhador rural e ainda trabalha como agricultor. Mora em casa própria com a esposa, de 74 anos e o seu cachorro Rex. Seus dois filhos e netos moram próximo e diariamente vão visitá-lo. Histórico familiar: pai e mãe falecidos, em decorrência de picada de cobra e AVE. Seus cinco irmãos faleceram e tinham as seguintes comorbidades: HAS, DM, demência de Alzheimer, doença de Chagas e arritmia cardíaca. Histórico pessoal de litíase renal. Nega cirurgias e internações anteriores. Durante toda a vida só necessitou ir três vezes de observação da UPA, duas por cólica renal e uma por uma síncope. Uma característica definidora do Sr. Clementino é a disciplina, sua alimentação, trabalho, religiosidade, lazer e sono, são realizados sempre nos mesmos dias e horários. Sua alimentação é livre de produtos industrializados, açúcares e gorduras. É a base de proteínas, principalmente ovos. Nega tabagismo e etilismo. Apesar do aspecto emagrecido, nega perda de peso ou do apetite. Funcionamento intestinal é normal. Nega incontinência urinária. Nega perda de memória. Faz compras e controla seu dinheiro, vai ao município vizinho receber a sua aposentadoria de ônibus intermunicipal. Trabalha plantando, colhendo milho, arroz e feijão e fazendo cercas. Para chegar até as áreas rurais em que trabalha, anda de bicicleta cerca de 10 a 15 km por dia. Trabalha cerca de 8h por dia de segunda-feira a sábado. Nega perda auditiva e ou visual. Não faz uso de nenhum medicamento. É edentado, utiliza prótese total. Não realiza avaliação odontológica periódica. Considera que tem uma saúde excelente. Não gosta de ir ao serviço de saúde. Peso atual, 64kg; altura, 1,80m; IMC=19,7kg/m² circunferência abdominal, 80cm; circunferência da panturrilha: 33cm, PA, 120x80mmHg; SpO₂ 99%; PR: 60bpm. Teste de velocidade de marcha de 4m: 3' segundos (1,33m/s).

CASO 4 IVCF-20		Pontuação
1. Qual é a sua idade?		1
2. Em geral, comparando com outras pessoas de sua idade, você diria que sua saúde é:		0
3. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de fazer compras?		0
4. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de controlar seu dinheiro, gasto ou pagar as contas de sua casa?		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?		0
6. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de tomar banho sozinho?		0
7. Algum familiar ou amigo falou que você está ficando esquecido?		0
8. Este esquecimento está piorando nos últimos meses?		0
9. Este esquecimento está impedindo a realização de alguma atividade do cotidiano?		0
10. No último mês, você ficou com desânimo, tristeza ou desesperança?		0
11. No último mês, você perdeu o interesse ou prazer em atividades anteriormente prazerosas?		0
12. Você é incapaz de elevar os braços acima do nível do ombro?		0
13. Você é incapaz de manusear ou segurar pequenos objetos?		0
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	0
	Índice de Massa Corporal (IMC) menor que 22 kg/m ²	2
	Circunferência (perímetro) da panturrilha a < 31 cm	0
	Tempo gasto no teste de velocidade da marcha (4m) > 5 seg	0
15. Você tem dificuldade para caminhar capaz de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano?		0
16. Você teve duas ou mais quedas no último ano?		0
17. Você perde urina ou fezes, sem querer, em algum momento?		0
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.		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.		0
20. Você tem alguma das três condições abaixo relacionadas?	Cinco ou mais doenças crônicas.	0
	Uso regular de cinco ou mais medicamentos diferentes, todo dia.	0
	Internação recente, nos últimos 6 meses.	0
Escore Final		3

Capacidade de autocuidado
Suficiente

Suporte Familiar
Suficiente

CASO 4

ÍNDICE DE VULNERABILIDADE SOCIAL E FAMILIAR 10 (IVSF10)

Responda às perguntas abaixo com a ajuda de familiares ou acompanhantes. Marque a opção mais apropriada para a sua condição social e familiar atuais. Todas as respostas devem ser confirmadas por alguém que conviva com você. Nos idosos incapazes de responder, utilizar as respostas do cuidador.

Dimensão	Categoria	Pergunta	Pontuação
SUPORTE FAMILIAR	Moradia	1. Com quem o Sr(a) mora: Mora em ILPI (6); Mora sozinho (2); Mora com familiares ou amigos, na mesma casa ou lote (0)	0
	Cônjuge ou Companheiro	2. O Sr (a) tem cônjuge ou companheiro? () Sim ⁰ ; () Não ² ; Viuvez recente ⁴	0
	Apoio nas atividades de vida diária	3. O Sr(a) tem familiares/cuidadores para atendê-lo plenamente na realização das tarefas do cotidiano, atualmente ou em caso de necessidade? () Sim ⁰ ; () Não ⁶	0
	Interação familiar e comunitária	4. O Sr(a) está satisfeito com o convívio ou frequência de visitas de familiares e/ou amigos? () Sim ⁰ () Não ²	0
	Sobrecarga familiar	5. O Sr(a) é responsável pelo cuidado de pessoas dependentes e/ou reside com pessoas que possam causar desorganização no convívio familiar? () Sim ² () Não ⁰	0
SUPORTE SOCIAL	Renda	6. O Sr(a) tem acesso à renda própria? () Benefício previdenciário ⁰ () Benefício assistencial ² () Não tem acesso à benefício previdenciário ou assistencial, mas tem acesso à renda de terceiros, em caso de necessidade ⁴ () Ausência completa de acesso à renda ⁵	0
	Escolaridade	7. O Sr(a) é capaz de ler e escrever? () Sim ⁰ () Não ¹	0
	Condições da Moradia	8. O Sr(a) tem moradia própria? () Sim ⁰ () Não ¹	0
		9. Moradia está em boas condições de organização, segurança e higiene? () Sim ⁰ () Não ²	0
Participação social	10. O Sr(a) participa de eventos ou atividades extradomiciliares ou comunitária ou rede social, como trabalho, família, igreja, grupo de convivência, lazer, etc? () Sim ⁰ () Não ¹	0	
Score Final			0
BAIXA VULNERABILIDADE SOCIOFAMILIAR			

CASO 4 DIAGNÓSTICO GERIÁTRICO-GERONTOLÓGICO E INTERVENÇÕES PROPOSTAS		
IVCF-20: pontuação e dimensões alteradas	3 pontos; idade e IMC <22kg/m ²	
Classificação Clínico Funcional	2	
Cognição	Preservada	
Humor/Comportamento	Preservado	
Mobilidade	Alcance, preensão e pinça	Preservado
	Capacidade aeróbica e muscular	IMC baixo, mas com boa capacidade aeróbica
	Marcha	Preservada
	Quedas	Ausentes
	Continência	Preservada
Comunicação	Visão	Preservada
	Audição	Preservada
	Fala, voz e deglutição	Preservada
Nutrição	IMC baixo, provavelmente constitucional	
Saúde Bucal	Edentulismo, sem uso de prótese	
Sono	Preservado	
Comorbidades e outras demandas identificadas	História de cólica renal; história de síncope, mas sem evidências de cardiopatia	
Vulnerabilidade Sociofamiliar	Baixa (IVSF-10: 0)	
Perfil de Funcionalidade para Fins de Cuidado	Perfil 1	
Capacidade para o Autocuidado	Suficiente	
Metas e Proporcionalidade Terapêutica	Foco nas estratégias preventivas e promocionais, incluindo vacinação e rastreamento de osteoporose e câncer de intestino	
Encaminhamentos	Acompanhamento pela APS	

Caso 05

Naldiones Wagner da Silva, 85 anos, negro, ensino fundamental incompleto, católico, aposentado como trabalhador rural. Mudou-se há poucos meses para uma instituição de longa permanência, pois estava com sua saúde muito debilitada. Após perder sua esposa, de 79 anos, ele ficou morando em sua casa própria com o único filho de 44 anos. Mas, como seu filho trabalha o dia todo, ele não conseguiu estabelecer uma rotina cuidado com o pai. As sobrinhas do Sr. Naldiones conseguiram que ele fosse inicialmente para a Vila Vicentina, mas ele não se adaptou, teve depressão e anemia. Retornou para a sua casa e tentaram novamente que ele aceitasse a cuidadora, porém ele mostrou-se resistente. Por fim, decidiram que o melhor seria a ILPI onde está a sua irmã Clotildes. Após a ida a mudança para à instituição ele ficou extremamente triste e abatido e no último mês a equipe notou que ele ainda está mais deprimido. Histórico familiar: pai e mãe falecidos, em decorrência de hemorragia puerperal e IAM. Quatro dos dez irmãos faleceram por IAM e arritmia cardíaca. As seis irmãs têm as seguintes comorbidades: HAS, insuficiência venosa e arterial, artrose, hipotireoidismo, ICC, sarcopenia, estenose aórtica. Histórico pessoal: HAS, ICC, artrose, hipotireoidismo, hipercifose, IVP, CEAP grau 4 e doença arterial periférica. Cirurgias: facectomia bilateral, sendo que a do olho direito infectou e resultou em perda do globo ocular. Históricos de inúmeras internações hospitalares e observações na UPA, por descompensação da ICC e doença arterial periférica, aproximadamente.

Nos últimos seis meses foram cerca de quatro internações. Tem um apetite excelente, uma das suas queixas em morar na ILPI é de não o deixarem comer o quanto e o que deseja. Não gosta de alimentos industrializados, açúcares, sal e gorduras. Gosta muito de leite e carne bovina. É edentado, não usa prótese e só foi ao dentista para extrair os fragmentos dentários. Nega tabagismo e etilismo. Apesar do aspecto emagrecido, nega perda de peso. Funcionamento intestinal é normal. Nega incontinência urinária. Nega perda de memória. Não faz compras ou desempenha atividade de cuidados pessoais, como banho, vestir roupas, devido à hipercifose que dificultou o equilíbrio e a marcha, associada à dispneia aos esforços habituais menores. Perdeu o controle do seu dinheiro, devido à baixa acuidade visual do único olho. Nega perda auditiva. Faz uso diário de 14 medicamentos. Considera que tem uma saúde muito frágil e sonha em melhorar e voltar a fazer o que fazia. Peso atual, 59kg; altura, 1,82m; IMC=17,8 kg/m²; circunferência abdominal, 78cm; circunferência da panturrilha: 30cm, PA de 140x100mmHg, sem hipotensão ortostática; SpO₂ 95%; PR: 66bpm. Teste de velocidade de marcha de 4m, não foi realizado devido à dificuldade de mobilidade. Consegue levantar os braços para cima do nível dos ombros e consegue manusear e segurar pequenos objetos. Durante os últimos seis meses teve três quedas.

CASO 5 IVCF-20		Pontuação
1. Qual é a sua idade?		3
2. Em geral, comparando com outras pessoas de sua idade, você diria que sua saúde é:		1
3. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de fazer compras?		4 (não cumulativo)
4. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de controlar seu dinheiro, gasto ou pagar as contas de sua casa?		4 (não cumulativo)
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?		4 (não cumulativo)
6. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de tomar banho sozinho?		6
7. Algum familiar ou amigo falou que você está ficando esquecido?		0
8. Este esquecimento está piorando nos últimos meses?		0
9. Este esquecimento está impedindo a realização de alguma atividade do cotidiano?		0
10. No último mês, você ficou com desânimo, tristeza ou desesperança?		2
11. No último mês, você perdeu o interesse ou prazer em atividades anteriormente prazerosas?		2
12. Você é incapaz de elevar os braços acima do nível do ombro?		0
13. Você é incapaz de manusear ou segurar pequenos objetos?		0
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	0
	Índice de Massa Corporal (IMC) menor que 22 kg/m ²	2 (não cumulativo)
	Circunferência (perímetro) da panturrilha a < 31 cm	2 (não cumulativo)
	Tempo gasto no teste de velocidade da marcha (4m) > 5 seg	2 (não cumulativo)
15. Você tem dificuldade para caminhar capaz de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano?		2
16. Você teve duas ou mais quedas no último ano?		2
17. Você perde urina ou fezes, sem querer, em algum momento?		0
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
19. Você tem problemas de audição capazes de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? É permitido o uso de aparelhos de audição.		0
20. Você tem alguma das três condições abaixo relacionadas?	Cinco ou mais doenças crônicas.	4 (não cumulativo)
	Uso regular de cinco ou mais medicamentos diferentes, todo dia.	4 (não cumulativo)
	Internação recente, nos últimos 6 meses.	4 (não cumulativo)
Score Final		30

Capacidade de autocuidado

Insuficiente

Suporte Familiar

Insuficiente

CASO 5

ÍNDICE DE VULNERABILIDADE SOCIAL E FAMILIAR 10 (IVSF10)

Responda às perguntas abaixo com a ajuda de familiares ou acompanhantes. Marque a opção mais apropriada para a sua condição social e familiar atuais. Todas as respostas devem ser confirmadas por alguém que conviva com você. Nos idosos incapazes de responder, utilizar as respostas do cuidador.

Dimensão	Categoria	Pergunta	Pontuação
SUPORTE FAMILIAR	Moradia	1. Com quem o Sr(a) mora: Mora em ILPI (6); Mora sozinho (2); Mora com familiares ou amigos, na mesma casa ou lote (0)	6
	Cônjuge ou Companheiro	2. O Sr (a) tem cônjuge ou companheiro? () Sim ⁰ ; () Não ² ; Viuvez recente ⁴	2
	Apoio nas atividades de vida diária	3. O Sr(a) tem familiares/cuidadores para atendê-lo plenamente na realização das tarefas do cotidiano, atualmente ou em caso de necessidade? () Sim ⁰ ; () Não ⁶	6
	Interação familiar e comunitária	4. O Sr(a) está satisfeito com o convívio ou frequência de visitas de familiares e/ou amigos? () Sim ⁰ () Não ²	2
	Sobrecarga familiar	5. O Sr(a) é responsável pelo cuidado de pessoas dependentes e/ou reside com pessoas que possam causar desorganização no convívio familiar? () Sim ² () Não ⁰	0
SUPORTE SOCIAL	Renda	6. O Sr(a) tem acesso à renda própria? () Benefício previdenciário ⁰ () Benefício assistencial ² () Não tem acesso à benefício previdenciário ou assistencial, mas tem acesso à renda de terceiros, em caso de necessidade ⁴ () Ausência completa de acesso à renda ⁵	0
	Escolaridade	7. O Sr(a) é capaz de ler e escrever? () Sim ⁰ () Não ¹	0
	Condições da Moradia	8. O Sr(a) tem moradia própria? () Sim ⁰ () Não ¹	0
		9. Moradia está em boas condições de organização, segurança e higiene? () Sim ⁰ () Não ²	0
Participação social	10. O Sr(a) participa de eventos ou atividades extradomiciliares ou comunitária ou rede social, como trabalho, família, igreja, grupo de convivência, lazer, etc? () Sim ⁰ () Não ¹	0	
Score Final			18
BAIXA VULNERABILIDADE SOCIOFAMILIAR			

CASO 5 DIAGNÓSTICO GERIÁTRICO-GERONTOLÓGICO E INTERVENÇÕES PROPOSTAS		
IVCF-20: pontuação e dimensões alteradas	30 pontos: idade, percepção da saúde, AVD instrumental e básica, humor (tristeza e anedonia), mobilidade (capacidade aeróbica, instabilidade postural, quedas), visão, comorbidade múltipla (polipatologia, polifarmácia e internação recente)	
Classificação Clínico Funcional	8	
Cognição	Preservada	
Humor/Comportamento	Transtorno do humor	
Mobilidade	Alcance, preensão e pinça	Preservado
	Capacidade aeróbica e muscular	Suspeita de subnutrição e sarcopenia
	Marcha	Instabilidade postural limitante
	Quedas	3 quedas no último ano
	Continência	Preservada
Comunicação	Visão	Baixa acuidade no olho direito: facectomia e perda do globo ocular direito
	Audição	Preservada
	Fala, voz e deglutição	Preservada
Nutrição	Subnutrição (IMC 17,8 kg/m ² e CP 30cm)	
Saúde Bucal	Edentulismo e ausência de acompanhamento odontológico	
Sono	Preservado	
Comorbidades e outras demandas identificadas	HAS, primária, com lesão de órgãos alvo: insuficiência cardíaca com controle inadequado e múltiplas internações por descompensação. Doença arterial periférica com claudicação intermitente. Osteoartrose de joelho esquerdo, com dor e limitação funcional. Hipercifose torácica. Hipotireoidismo. Insuficiência venosa profusa (CEAP 4). Polifarmácia (14 medicamentos por dia). Insuficiência familiar	
Vulnerabilidade Sociofamiliar	Alta (IVSF-10: 18 pontos)	
Perfil de Funcionalidade para Fins de Cuidado	Perfil 3	
Capacidade para o Autocuidado	Insuficiente	
Metas e Proporcionalidade Terapêutica	FABordagem do transtorno do humor e da dor crônica. Otimização do tratamento farmacológico da insuficiência cardíaca para redução das internações hospitalares. Otimização do tratamento da depressão	
Encaminhamentos	NASF: fisioterapia (reabilitação cardíaca, instabilidade postural, hipercifose torácica, osteoartrose joelhos, claudicação intermitente); farmácia (polifarmácia exagerada e alto risco de prescrição inapropriada); psicologia (transtorno do humor) e nutrição (suspeita de subnutrição). Avaliação pela equipe de saúde bucal. Encaminhamento para atenção ambulatorial especializada em Geriatria e Cardiologia	

Caso 06

Celiomauro Camargos, 60 anos, pardo, ensino médio completo, católico, aposentado, possui condição socioeconômica favorável. É casado, esposa tem 59 anos, residem em casa própria, no bairro, Capão do Seriema, município de Campina Dourada. Moram próximos da única filha, 36 anos, casada. Os familiares moram na mesma cidade e possuem bom relacionamento. Seus oito irmãos são muito prestativos e estão sempre atentos as necessidades para apoiar no que for preciso. Comorbidades dos pais e irmãos: o pai faleceu aos 42 anos de IAM e a mãe aos 84 anos de complicações da HAS e DM; outras comorbidades: obesidade, câncer de pulmão, HAS, DM, hipercolesterolemia, três irmãos tiveram IAM antes dos 50 anos e uma irmã com 55 anos. Histórico pessoal: HAS, há 20 anos, DM, há 17 anos, Infarto Agudo do Miocárdio com Supra do Segmento ST (IAMCSST), 50% de obstrução da artéria descendente anterior (ADA) e 80% de obstrução da artéria circunflexa (ACx), há 14 anos. Cirurgias: angioplastia coronariana com implantação de stents e Ponte de Safena. Cerca de duas observações na UPA/ano e duas internações hospitalares há seis meses por agudização da HAS e DM. Etilista crônico, ingere diariamente cerca de 5 latas de cerveja e três doses de destilados. É tabagista, fuma cerca de 80 cigarros/semana. Apresenta as seguintes condições: HAS, DM, neuropatia diabética; retinopatia, nefropatia, hipercolesterolemia; sobrepeso; apresentando dispneia e dor no peito aos esforços. Ativo, caminha e pedala, cerca de 300 minutos/semana. Apesar de ser aposentado, toma conta das suas propriedades rurais e gerenciamento dos aluguéis dos seus imóveis. Nega perda da memória. Nega perda visual e perda auditiva. Relata impotência sexual. Nega incontinência urinária. Alimentação é rica em carboidratos, alimentos industrializados e gorduras. Higiene bucal adequada e não tem hábito de fazer avaliação odontológica. Em uso de 08 medicamentos por dia, que inclui análogo de insulina. Não utiliza as medicações adequadamente todos os dias, as vezes por esquecimento ou porque após ingerir bebidas alcoólicas, adormece (SIC). E para a monitorização da glicemia, utiliza o sensor de

monitorização contínua da glicose. Peso atual 84kg; altura, 1,79m; ; IMC 26,22 kg/m²; circunferência abdominal: 103cm, circunferência da panturrilha: 38cm, PA: 150x100mmHg (sem hipotensão ortostática), SpO₂ 94%, PR: 75bpm, TAX: 36°C. Teste de velocidade de marcha: 3'2" segundos. Apesar das suas comorbidades acredita ter uma boa saúde que permite viver bem a vida com muita alegria. Nega dificuldades para elevar os braços acima do ombro ou manipular pequenos objetos.

CASO 6 IVCF-20		Pontuação
1. Qual é a sua idade?		0
2. Em geral, comparando com outras pessoas de sua idade, você diria que sua saúde é:		0
3. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de fazer compras?		0
4. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de controlar seu dinheiro, gasto ou pagar as contas de sua casa?		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?		0
6. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de tomar banho sozinho?		0
7. Algum familiar ou amigo falou que você está ficando esquecido?		0
8. Este esquecimento está piorando nos últimos meses?		0
9. Este esquecimento está impedindo a realização de alguma atividade do cotidiano?		0
10. No último mês, você ficou com desânimo, tristeza ou desesperança?		0
11. No último mês, você perdeu o interesse ou prazer em atividades anteriormente prazerosas?		0
12. Você é incapaz de elevar os braços acima do nível do ombro?		0
13. Você é incapaz de manusear ou segurar pequenos objetos?		0
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	0
	Índice de Massa Corporal (IMC) menor que 22 kg/m ²	0
	Circunferência (perímetro) da panturrilha a < 31 cm	0
	Tempo gasto no teste de velocidade da marcha (4m) > 5 seg	0
15. Você tem dificuldade para caminhar capaz de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano?		0
16. Você teve duas ou mais quedas no último ano?		0
17. Você perde urina ou fezes, sem querer, em algum momento?		0
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.		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.		0
20. Você tem alguma das três condições abaixo relacionadas?	Cinco ou mais doenças crônicas.	4 (não cumulativo)
	Uso regular de cinco ou mais medicamentos diferentes, todo dia.	4 (não cumulativo)
	Internação recente, nos últimos 6 meses.	4 (não cumulativo)
Escore Final		4

Capacidade de autocuidado

Insuficiente

Suporte Familiar

Suficiente

CASO 6

ÍNDICE DE VULNERABILIDADE SOCIAL E FAMILIAR 10 (IVSF10)

Responda às perguntas abaixo com a ajuda de familiares ou acompanhantes. Marque a opção mais apropriada para a sua condição social e familiar atuais. Todas as respostas devem ser confirmadas por alguém que conviva com você. Nos idosos incapazes de responder, utilizar as respostas do cuidador.

Dimensão	Categoria	Pergunta	Pontuação
SUPORTE FAMILIAR	Moradia	1. Com quem o Sr(a) mora: Mora em ILPI (6); Mora sozinho (2); Mora com familiares ou amigos, na mesma casa ou lote (0)	0
	Cônjuge ou Companheiro	2. O Sr (a) tem cônjuge ou companheiro? () Sim ⁰ ; () Não ² ; Viuvez recente ⁴	0
	Apoio nas atividades de vida diária	3. O Sr(a) tem familiares/cuidadores para atendê-lo plenamente na realização das tarefas do cotidiano, atualmente ou em caso de necessidade? () Sim ⁰ ; () Não ⁶	0
	Interação familiar e comunitária	4. O Sr(a) está satisfeito com o convívio ou frequência de visitas de familiares e/ou amigos? () Sim ⁰ () Não ²	0
	Sobrecarga familiar	5. O Sr(a) é responsável pelo cuidado de pessoas dependentes e/ou reside com pessoas que possam causar desorganização no convívio familiar? () Sim ² () Não ⁰	0
SUPORTE SOCIAL	Renda	6. O Sr(a) tem acesso à renda própria? () Benefício previdenciário ⁰ () Benefício assistencial ² () Não tem acesso à benefício previdenciário ou assistencial, mas tem acesso à renda de terceiros, em caso de necessidade ⁴ () Ausência completa de acesso à renda ⁵	0
	Escolaridade	7. O Sr(a) é capaz de ler e escrever? () Sim ⁰ () Não ¹	0
	Condições da Moradia	8. O Sr(a) tem moradia própria? () Sim ⁰ () Não ¹	0
		9. Moradia está em boas condições de organização, segurança e higiene? () Sim ⁰ () Não ²	0
Participação social	10. O Sr(a) participa de eventos ou atividades extradomiciliares ou comunitária ou rede social, como trabalho, família, igreja, grupo de convivência, lazer, etc? () Sim ⁰ () Não ¹	0	
Score Final			0
BAIXA VULNERABILIDADE SOCIOFAMILIAR			

CASO 6 DIAGNÓSTICO GERIÁTRICO-GERONTOLÓGICO E INTERVENÇÕES PROPOSTAS		
IVCF-20: pontuação e dimensões alteradas		4 pontos: polifarmácia, polipatologia e internação recente
Classificação Clínico Funcional		4
Cognição		Preservada
Humor/Comportamento		Preservada
Mobilidade	Alcance, preensão e pinça	Preservada
	Capacidade aeróbica e muscular	Preservada
	Marcha	Preservada
	Quedas	Preservada
	Continência	Preservada
Comunicação	Visão	Preservada
	Audição	Preservada
	Fala, voz e deglutição	Preservada
Nutrição		Sobrepeso e dieta inadequada
Saúde Bucal		Preservada, mas sem acompanhamento odontológico regular
Sono		Preservado
Comorbidades e outras demandas identificadas		HAS, 1ª, não controlada e com lesão de órgãos alvo: doença arterial coronariana, multiarterial, com IAMCSST + angioplastia com stent + cirurgia de revascularização miocárdica há 14 anos. Mantém angina aos esforços habituais e dispneia. Diabetes mellitus tipo 2, com controle inadequado e evidências de microangiopatia (retinopatia, neuropatia e nefropatia). Disfunção erétil. Alcoolismo. Tabagismo ativo. Sobrepeso. Dislipidemia e provável síndrome metabólica. Polifarmácia (8 medicamentos por dia).
Vulnerabilidade Sociofamiliar		Baixa (IVSF-10: 0)
Perfil de Funcionalidade para Fins de Cuidado		Perfil 1
Capacidade para o Autocuidado		Insuficiente
Metas e Proporcionalidade Terapêutica		Meta glicêmica e pressórica mais rigorosas, controle da sintomatologia cardiovascular, intervenções para disfunção erétil (cuidado com uso da sildenafil e similares), abordagem comportamental para o tabagismo, alcoolismo e sobrepeso. Cuidados com a polifarmácia.
Encaminhamentos		NASF: nutrição (dieta, sobrepeso), educador físico, Encaminhamento para atenção ambulatorial especializada em endocrinologia e cardiologia. Avaliação da disfunção erétil e cuidados com interação medicamentosa entre nitrato e sildenafil.

Caso 07

Relevando Sousa, 61 anos, negro, ensino fundamental completo, mecânico. É divorciado, mora em casa própria com a sua mãe, de 92 anos. Não mantém bom relacionamento com os irmãos, nem com os seis filhos e nem com as 05 ex-esposas. Seu pai faleceu de acidente de trabalho. As comorbidades prevalentes dos irmãos: obesidade, HAS, DM2, hipercolesterolemia e arritmia cardíaca. Histórico pessoal: ansiedade, HAS estágio 3, DM2, DRC estágio 4, hipercolesterolemia, neuropatia, doença arterial periférica, úlcera ativa na perna direita, retinopatia, catarata bilateral. Cirurgias anteriores: amputação de dois artelhos. Nos últimos seis meses, esteve internado por quatro vezes. Nega perda de peso ou do apetite. E necessitou de cerca de oito observações da UPA. A higiene bucal é deficitária e a última avaliação odontológica realizada há um ano evidenciou doença periodontal. Alimentação é a base de produtos industrializados, guloseimas, gorduras e proteínas de origem animal. Na maioria dos dias não faz todas as refeições. Nega perda de peso ou do apetite.

Funcionamento intestinal é normal. Nega incontinência urinária. Etilista, tabagista e drogadito. Sedentário, diz que nunca praticou atividade física, devido a exaustiva jornada de trabalho. Trabalha em uma oficina mecânica, cerca de 12h por dia de segunda-feira a sábado. Relata perda auditiva induzida por ruído (PAIR) e perda visual em decorrência da catarata e retinopatia. Nega perda de memória. Relato estado de tristeza agravada há 2 meses quando o médico cogitou já encaminhá-lo para a hemodiálise. Há seis meses está percebendo perda do interesse pela vida. Ficou sem trabalhar por vários dias. E que chegou a comprar um revólver para "tirar a própria vida" e que só desistiu porque mora com a mãe e a ajuda a cuidar da casa, faz as compras do mês, vai ao banco receber para ela. Relato de vários despertares noturnos e despertar precoce, não conseguindo retomar o sono. Utiliza nove medicamentos diariamente. Considera que sua saúde é regular. Peso atual, 73kg; altura, 1,65m; IMC: 26,81 kg/m²; circunferência abdominal, 108cm;

circunferência da panturrilha: 36cm, PA, 160x110mmHg, deitado, e 140x90 em ortostatismo; glicemia capilar: 282mg/dL (pós-prandial), SpO2 95%; PR: 58bpm. Teste de velocidade de marcha de 4m: 4'segundos (1m/s). Relata ter tido quatro quedas nos últimos três meses por desequilíbrio ao se levantar debaixo de um caminhão que estava consertando. Nega dificuldades para elevar os braços acima do ombro ou manipular pequenos objetos.

CASO 7 IVCF-20		Pontuação
1. Qual é a sua idade?		0
2. Em geral, comparando com outras pessoas de sua idade, você diria que sua saúde é:		1
3. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de fazer compras?		0
4. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de controlar seu dinheiro, gasto ou pagar as contas de sua casa?		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?		0
6. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de tomar banho sozinho?		0
7. Algum familiar ou amigo falou que você está ficando esquecido?		0
8. Este esquecimento está piorando nos últimos meses?		0
9. Este esquecimento está impedindo a realização de alguma atividade do cotidiano?		0
10. No último mês, você ficou com desânimo, tristeza ou desesperança?		2
11. No último mês, você perdeu o interesse ou prazer em atividades anteriormente prazerosas?		2
12. Você é incapaz de elevar os braços acima do nível do ombro?		0
13. Você é incapaz de manusear ou segurar pequenos objetos?		0
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	0
	Índice de Massa Corporal (IMC) menor que 22 kg/m ²	0
	Circunferência (perímetro) da panturrilha a < 31 cm	0
	Tempo gasto no teste de velocidade da marcha (4m) > 5 seg	0
15. Você tem dificuldade para caminhar capaz de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano?		
16. Você teve duas ou mais quedas no último ano?		2
17. Você perde urina ou fezes, sem querer, em algum momento?		0
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
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
20. Você tem alguma das três condições abaixo relacionadas?	Cinco ou mais doenças crônicas.	4 (não cumulativo)
	Uso regular de cinco ou mais medicamentos diferentes, todo dia.	4 (não cumulativo)
	Internação recente, nos últimos 6 meses.	4 (não cumulativo)
Score Final		15

Capacidade de autocuidado
Insuficiente

Suporte Familiar
Insuficiente

CASO 7

ÍNDICE DE VULNERABILIDADE SOCIAL E FAMILIAR 10 (IVSF10)

Responda às perguntas abaixo com a ajuda de familiares ou acompanhantes. Marque a opção mais apropriada para a sua condição social e familiar atuais. Todas as respostas devem ser confirmadas por alguém que conviva com você. Nos idosos incapazes de responder, utilizar as respostas do cuidador.

Dimensão	Categoria	Pergunta	Pontuação
SUPORTE FAMILIAR	Moradia	1. Com quem o Sr(a) mora: Mora em ILPI (6); Mora sozinho (2); Mora com familiares ou amigos, na mesma casa ou lote (0)	0
	Cônjuge ou Companheiro	2. O Sr (a) tem cônjuge ou companheiro? () Sim ⁰ ; () Não ² ; Viuvez recente ⁴	2
	Apoio nas atividades de vida diária	3. O Sr(a) tem familiares/cuidadores para atendê-lo plenamente na realização das tarefas do cotidiano, atualmente ou em caso de necessidade? () Sim ⁰ ; () Não ⁶	6
	Interação familiar e comunitária	4. O Sr(a) está satisfeito com o convívio ou frequência de visitas de familiares e/ou amigos? () Sim ⁰ () Não ²	0
	Sobrecarga familiar	5. O Sr(a) é responsável pelo cuidado de pessoas dependentes e/ou reside com pessoas que possam causar desorganização no convívio familiar? () Sim ² () Não ⁰	2
SUPORTE SOCIAL	Renda	6. O Sr(a) tem acesso à renda própria? () Benefício previdenciário ⁰ () Benefício assistencial ² () Não tem acesso à benefício previdenciário ou assistencial, mas tem acesso à renda de terceiros, em caso de necessidade ⁴ () Ausência completa de acesso à renda ⁵	0
	Escolaridade	7. O Sr(a) é capaz de ler e escrever? () Sim ⁰ () Não ¹	0
	Condições da Moradia	8. O Sr(a) tem moradia própria? () Sim ⁰ () Não ¹	0
		9. Moradia está em boas condições de organização, segurança e higiene? () Sim ⁰ () Não ²	0
Participação social	10. O Sr(a) participa de eventos ou atividades extradomiciliares ou comunitária ou rede social, como trabalho, família, igreja, grupo de convivência, lazer, etc? () Sim ⁰ () Não ¹	0	
Score Final			10
BAIXA VULNERABILIDADE SOCIOFAMILIAR			

CASO 7		
DIAGNÓSTICO GERIÁTRICO-GERONTOLÓGICO E INTERVENÇÕES PROPOSTAS		
IVCF-20: pontuação e dimensões alteradas	15 pontos: percepção da saúde, humor (tristeza e anedonia), quedas de repetição, comunicação (visão e audição) e comorbidade múltipla (polipatologia, polifarmácia e internação recente).	
Classificação Clínico Funcional	5 (comorbidades múltiplas e provável declínio em AVD avançadas).	
Cognição	Preservada	
Humor/Comportamento	Tristeza e anedonia.	
Mobilidade	Alcance, preensão e pinça	Preservado
	Capacidade aeróbica e muscular	Preservado
	Marcha	Preservada, apesar da DAP e amputação de artelhos.
	Quedas	Quedas de repetição, provavelmente por hipotensão ortostática.
	Continência	Preservada
Comunicação	Visão	Baixa acuidade visual
	Audição	Baixa acuidade auditiva
	Fala, voz e deglutição	Preservada
Nutrição	Alimentação inadequada, com alto risco de hipoglicemia.	
Saúde Bucal	Higiene bucal deficitária; doença periodontal.	
Sono	Insônia de manutenção e terminal, provavelmente secundária ao transtorno do humor.	
Comorbidades e outras demandas identificadas	Transtorno de humor (depressão grave com alto risco de suicídio) e ansiedade. HAS, 1ª, não controlada, com lesão de órgãos alvo: doença arterial periférica (DAP) com amputação de dois artelhos; hipotensão ortostática e quedas de repetição; DRC 4, provavelmente por nefropatia hipertensiva + diabética; diabetes mellitus tipo 2, não controlado, com macroangiopatia e microangiopatia (neuropatia, nefropatia e retinopatia); úlcera de membro inferior, multifatorial (DAC + neuropatia periférica); dislipidemia; hipoacuidade visual (catarata bilateral e retinopatia diabética). Hipoacusia bilateral (PAIR). Etilismo, tabagismo e droga-adição. Sedentarismo. Polifarmácia (9 medicamentos por dia). Cuidador da mãe dependente. Insuficiência familiar.	
Vulnerabilidade Sociofamiliar	Alta (IVSF-10: 10 pontos)	
Perfil de Funcionalidade para Fins de Cuidado	Perfil 2	
Capacidade para o Autocuidado	Insuficiente	
Metas e Proporcionalidade Terapêutica	A prioridade é o tratamento adequado da depressão, com uso de antidepressivo e psicoterapia. Paralelamente, é essencial o controle da HAS, diabetes mellitus e DRC. Discutir os tipos, vantagens e desvantagens da terapia renal substitutiva (hemodiálise, diálise peritoneal e transplante renal) e compartilhar a decisão.	
Encaminhamentos	NASF: nutrição (dieta inadequada, controle de diabetes e doença renal crônica); psicologia (ansiedade e fardo do cuidador), fisioterapia (quedas de repetição) e farmacêutico (polifarmácia e baixa adesão). Encaminhamento para atenção ambulatorial especializada em geriatria (IVCF-20 ≥ 15 pontos), com gestão compartilhada com nefrologia (DRC 4), endocrinologia, oftalmologia, otorrinolaringologia e cirurgia cardiovascular (DAC, com amputação de artelhos e úlcera). Encaminhar para enfermagem especializada em feridas.	

Caso 08

Teodolido de Castro, 76 anos, pardo, ensino fundamental incompleto, aposentado e trabalha como vigilante. É viúvo, tem uma namorada de 57 anos. Mora em casa alugada com sua filha e netos. Mantém bom relacionamento com os outros quatro filhos e netos. Seu pai faleceu de AVE e sua mãe por câncer de colo uterino. As comorbidades prevalentes dos irmãos são HAS, DM2, hipercolesterolemia, doença de Parkinson. Histórico pessoal: HAS estágio 2, DM2, ICC, arritmia, DRC estágio 3B, hipercolesterolemia, neuropatia, doença arterial periférica, retinopatia. Cirurgias anteriores: amputação das falanges distais do quarto e quintos artelhos direitos, mas nega limitação para deambulação. Nos últimos seis meses, esteve internado por duas vezes e necessitou de cerca de três observações da UPA.

É edentado e a higiene bucal é deficitária. A última avaliação odontológica realizada há um mês para colocação de próteses. Alimentação é a base de doces, gorduras e proteínas de origem animal. Relata que sempre teve o peso normal e que após o uso de insulina ganhou cerca de 10kg. Funcionamento intestinal é normal. Nega incontinência urinária. Nega perda de memória. Nega estados de tristeza ou perda da vontade de fazer o que habitualmente faz. Realiza as compras da sua casa e controla seu dinheiro. Sedentário, relata não gostar de exercícios físicos. Trabalha como vigilante noturno, no regime de plantão 12/36h. Nega perda auditiva. E relata perda visual em decorrência da catarata e retinopatia. Utiliza nove medicamentos diariamente. Considera que tem uma saúde excelente. Peso atual, 82kg; altura, 1,80m; IMC 25kg/m²; circunferência abdominal, 102cm; circunferência da panturrilha: 35cm, PA, 150x100mmHg (sem hipotensão ortostática); glicemia capilar: 152mg/dL (pós-prandial), SpO₂ 97%; PR: 78bpm. Teste de velocidade de marcha de 4m: 3'segundos. Consegue levantar os braços para cima do nível dos ombros e consegue manusear e segurar pequenos objetos. Relata ter tido duas quedas nos últimos três meses em decorrência de hipoglicemia.

CASO 8 IVCF-20		Pontuação
1. Qual é a sua idade?		1
2. Em geral, comparando com outras pessoas de sua idade, você diria que sua saúde é:		0
3. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de fazer compras?		0
4. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de controlar seu dinheiro, gasto ou pagar as contas de sua casa?		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?		0
6. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de tomar banho sozinho?		0
7. Algum familiar ou amigo falou que você está ficando esquecido?		0
8. Este esquecimento está piorando nos últimos meses?		0
9. Este esquecimento está impedindo a realização de alguma atividade do cotidiano?		0
10. No último mês, você ficou com desânimo, tristeza ou desesperança?		0
11. No último mês, você perdeu o interesse ou prazer em atividades anteriormente prazerosas?		0
12. Você é incapaz de elevar os braços acima do nível do ombro?		0
13. Você é incapaz de manusear ou segurar pequenos objetos?		0
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	0
	Índice de Massa Corporal (IMC) menor que 22 kg/m ²	0
	Circunferência (perímetro) da panturrilha a < 31 cm	0
	Tempo gasto no teste de velocidade da marcha (4m) > 5 seg	0
15. Você tem dificuldade para caminhar capaz de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano?		0
16. Você teve duas ou mais quedas no último ano?		2
17. Você perde urina ou fezes, sem querer, em algum momento?		0
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
19. Você tem problemas de audição capazes de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? É permitido o uso de aparelhos de audição.		0
20. Você tem alguma das três condições abaixo relacionadas?	Cinco ou mais doenças crônicas.	4 (não cumulativo)
	Uso regular de cinco ou mais medicamentos diferentes, todo dia.	4 (não cumulativo)
	Internação recente, nos últimos 6 meses.	4 (não cumulativo)
Score Final		9

Capacidade de autocuidado
Insuficiente

Suporte Familiar
Suficiente

CASO 8

ÍNDICE DE VULNERABILIDADE SOCIAL E FAMILIAR 10 (IVSF10)

Responda às perguntas abaixo com a ajuda de familiares ou acompanhantes. Marque a opção mais apropriada para a sua condição social e familiar atuais. Todas as respostas devem ser confirmadas por alguém que conviva com você. Nos idosos incapazes de responder, utilizar as respostas do cuidador.

Dimensão	Categoria	Pergunta	Pontuação
SUPORTE FAMILIAR	Moradia	1. Com quem o Sr(a) mora: Mora em ILPI (6); Mora sozinho (2); Mora com familiares ou amigos, na mesma casa ou lote (0)	0
	Cônjuge ou Companheiro	2. O Sr (a) tem cônjuge ou companheiro? () Sim ⁰ ; () Não ² ; Viuvez recente ⁴	0
	Apoio nas atividades de vida diária	3. O Sr(a) tem familiares/cuidadores para atendê-lo plenamente na realização das tarefas do cotidiano, atualmente ou em caso de necessidade? () Sim ⁰ ; () Não ⁶	0
	Interação familiar e comunitária	4. O Sr(a) está satisfeito com o convívio ou frequência de visitas de familiares e/ou amigos? () Sim ⁰ () Não ²	0
	Sobrecarga familiar	5. O Sr(a) é responsável pelo cuidado de pessoas dependentes e/ou reside com pessoas que possam causar desorganização no convívio familiar? () Sim ² () Não ⁰	0
SUPORTE SOCIAL	Renda	6. O Sr(a) tem acesso à renda própria? () Benefício previdenciário ⁰ () Benefício assistencial ² () Não tem acesso à benefício previdenciário ou assistencial, mas tem acesso à renda de terceiros, em caso de necessidade ⁴ () Ausência completa de acesso à renda ⁵	0
	Escolaridade	7. O Sr(a) é capaz de ler e escrever? () Sim ⁰ () Não ¹	0
	Condições da Moradia	8. O Sr(a) tem moradia própria? () Sim ⁰ () Não ¹	1
		9. Moradia está em boas condições de organização, segurança e higiene? () Sim ⁰ () Não ²	0
Participação social	10. O Sr(a) participa de eventos ou atividades extradomiciliares ou comunitária ou rede social, como trabalho, família, igreja, grupo de convivência, lazer, etc? () Sim ⁰ () Não ¹	0	
Score Final			1
BAIXA VULNERABILIDADE SOCIOFAMILIAR			

CASO 8 ICOPE: Avaliação da Capacidade Intrínseca		
	Triagem Recomendada	Resultado
Capacidade Cognitiva	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 (<i>em casa, na clínica, etc.</i>)? 3. Você se lembra das três palavras?	Não apresentou nenhum erro no teste. Ausência de declínio cognitivo.
Capacidade Psicológica	Ao longo das duas últimas semanas, você se sentiu incomodado(a) por: 1. Sentir-se para baixo, deprimido ou sem esperança? 2. Ter pouco interesse ou prazer em fazer as coisas?	Não apresentou resposta positiva. Ausência de sintomas depressivos.
Capacidade Locomotora	3. Teste de levanta-se da cadeira: <i>Levante-se da cadeira cinco vezes sem usar os braços.</i>	Duração de 12 segundos. Ausência de mobilidade reduzida.
Vitalidade	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?	Nega perda de peso ou perda de apetite. Ausência de má nutrição.
Capacidade visual	5. Você tem algum problema nos olhos? 6. Tem dificuldade de enxergar de longe, dificuldade de ler, doenças oculares ou está atualmente em tratamento médico (por exemplo, para diabetes ou pressão alta)?	Resposta SIM. Presença de deficiência visual , secundária à catarata e retinopatia diabética.
Capacidade auditiva	1. Ouve sussurros (teste do sussurro) 2. Audiometria de triagem constatou 35 dB ou menos 3. Teste automático (em aplicativo) de dígitos com ruído.	Resposta SIM. Teste do sussurro normal. Ausência de perda auditiva.

CASO 8 DIAGNÓSTICO GERIÁTRICO-GERONTOLÓGICO E INTERVENÇÕES PROPOSTAS		
IVCF-20: pontuação e dimensões alteradas	9 pontos: idade, quedas de repetição, visão, polipatologia, polifarmácia e internação recente.	
Classificação Clínico Funcional	4	
Cognição	Preservada	
Humor/Comportamento	Preservado	
Mobilidade	Alcance, preensão e pinça	Preservado
	Capacidade aeróbica e muscular	Preservado
	Marcha	Preservada
	Quedas	Quedas de repetição, provavelmente por hipoglicemia
	Continência	Preservada
Comunicação	Visão	Hipoacuidade visual por catarata e retinopatia diabética
	Audição	Preservada
	Fala, voz e deglutição	Preservada
Nutrição	Alimentação inadequada.	
Saúde Bucal	Edentulismo e saúde bucal precária	
Sono	Preservado	
Comorbidades e outras demandas identificadas	HAS, 1ª, não controlada, com lesão de órgãos alvo: insuficiência cardíaca, DRC 3B e doença arterial periférica, com amputação das falanges distais do 4º e 5º artelhos direitos. Diabetes mellitus tipo 2, com macroangiopatia (DAC) e microangiopatia (retinopatia e nefropatia). Arritmia a esclarecer. Sedentarismo. Polifarmácia (9 medicamentos por dia).	
Vulnerabilidade Sociofamiliar	Baixa (IVSF-10: 1 ponto)	
Perfil de Funcionalidade para Fins de Cuidado	Perfil 1	
Capacidade para o Autocuidado	Insuficiente	
Metas e Proporcionalidade Terapêutica	Manejo das condições crônicas de saúde e estratégias preventivas e promocionais, incluindo rastreamento para osteoporose (homens \geq 70 anos, quedas, diabetes mellitus e DRC).	
Encaminhamentos	NASF: Nutrição (dieta inadequada para diabetes, HAS e DRC); educador físico (sedentarismo); farmacêutico (polifarmácia). Encaminhamento para AAE em endocrinologia, cardiologia, nefrologia e oftalmologia.	

Caso 09

Aritotelina Ricardina de Oliveira, 94 anos, parda, ensino fundamental completo, aposentada como professora. É viúva há 20 anos. Mora com sua filha, genro e dois netos. Mantém bom relacionamento com os outros 10 filhos, netos, bisnetos e tataranetos. Seus pais faleceram longevos, por IAM e AVE. As comorbidades prevalentes dos irmãos: obesidade, HAS e hipercolesterolemia e alcoolismo. Histórico pessoal: HAS estágio 3, ICC, arritmia cardíaca. Nega cirurgias anteriores. G17A0P17, gestações sem intercorrências e partos domiciliares. Nega interações hospitalares e ou observações em UPA. É edentada, utiliza prótese e a higiene bucal é adequada. A filha não sabe informar quando foi a última avaliação odontológica. Relata que a mãe com dificuldades de se alimentar devido a inflamação na gengiva e que observou que parece que tem um fragmento de dente. O paladar está diminuído. As vezes só se alimenta duas vezes por dia.

Geralmente tolera melhor alimentos líquidos. Relata que a mãe sempre foi obesa e que a partir dos 80 anos começou a perder muito peso. Mas que quando completou noventa anos estabilizou o peso. Constipação intestinal de longa data, ficando sete dias sem evacuar. Tem incontinência urinária e fecal. Como a mãe já não consegue ficar em pé, a filha quem faz toda higiene pessoal da mãe. Nos últimos seis meses têm apresentado lapsos de memória cada vez mais frequentes, raramente acerta algum nome, repete uma mesma história várias vezes consecutivas. E no último mês já não consegue fazer a leitura diária do seu jornal predileto, como fez durante toda vida, tampouco controlar seu dinheiro ou fazer compras. A filha não percebeu tristeza ou desesperança, nem perda da satisfação quando recebe visitas. Mesmo usando aparelho auditivo está ouvindo cada vez menos, segundo a filha tem audição seletiva e quando não quer ouvir o que está sendo dito retira o aparelho do ouvido. Em relação a visão, ela enxerga muito bem com o uso de óculos. Utiliza sete medicamentos por dia. Sobre sua saúde, Dona Aristotelina avalia que tem uma excelente saúde, mas a filha não concorda com a opinião da mãe. Peso atual, 74kg; altura, 1,60m; IMC: 29 kg/m²; circunferência abdominal, 95cm; circunferência da panturrilha: 35cm, PA, 160x100 mmHg deitada e 132/60 mmHg, quando fica de pé; SpO₂ 92%; PR: 53bpm. Teste de velocidade de marcha de 4m: não realizado. Consegue levantar os braços para cima do nível dos ombros e consegue manusear e segurar pequenos objetos. Relata ter tido duas quedas da cama no último ano e uma queda no terreiro.

CASO 9 IVCF-20		Pontuação
1. Qual é a sua idade?		3
2. Em geral, comparando com outras pessoas de sua idade, você diria que sua saúde é:		1
3. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de fazer compras?		4 (não cumulativo)
4. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de controlar seu dinheiro, gasto ou pagar as contas de sua casa?		4 (não cumulativo)
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?		4 (não cumulativo)
6. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de tomar banho sozinho?		6
7. Algum familiar ou amigo falou que você está ficando esquecido?		1
8. Este esquecimento está piorando nos últimos meses?		1
9. Este esquecimento está impedindo a realização de alguma atividade do cotidiano?		2
10. No último mês, você ficou com desânimo, tristeza ou desesperança?		0
11. No último mês, você perdeu o interesse ou prazer em atividades anteriormente prazerosas?		0
12. Você é incapaz de elevar os braços acima do nível do ombro?		0
13. Você é incapaz de manusear ou segurar pequenos objetos?		0
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	0
	Índice de Massa Corporal (IMC) menor que 22 kg/m ²	0
	Circunferência (perímetro) da panturrilha a < 31 cm	0
	Tempo gasto no teste de velocidade da marcha (4m) > 5 seg	2
15. Você tem dificuldade para caminhar capaz de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano?		2
16. Você teve duas ou mais quedas no último ano?		2
17. Você perde urina ou fezes, sem querer, em algum momento?		2
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.		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
20. Você tem alguma das três condições abaixo relacionadas?	Cinco ou mais doenças crônicas.	4 (não cumulativo)
	Uso regular de cinco ou mais medicamentos diferentes, todo dia.	4 (não cumulativo)
	Internação recente, nos últimos 6 meses.	0
Pontuação final		32

Capacidade de autocuidado

Insuficiente

Suporte Familiar

Suficiente

CASO 9

ÍNDICE DE VULNERABILIDADE SOCIAL E FAMILIAR 10 (IVSF10)

Responda às perguntas abaixo com a ajuda de familiares ou acompanhantes. Marque a opção mais apropriada para a sua condição social e familiar atuais. Todas as respostas devem ser confirmadas por alguém que conviva com você. Nos idosos incapazes de responder, utilizar as respostas do cuidador.

Dimensão	Categoria	Pergunta	Pontuação
SUPORTE FAMILIAR	Moradia	1. Com quem o Sr(a) mora: Mora em ILPI (6); Mora sozinho (2); Mora com familiares ou amigos, na mesma casa ou lote (0)	0
	Cônjuge ou Companheiro	2. O Sr (a) tem cônjuge ou companheiro? () Sim ⁰ ; () Não ² ; Viuvez recente ⁴	2
	Apoio nas atividades de vida diária	3. O Sr(a) tem familiares/cuidadores para atendê-lo plenamente na realização das tarefas do cotidiano, atualmente ou em caso de necessidade? () Sim ⁰ ; () Não ⁶	0
	Interação familiar e comunitária	4. O Sr(a) está satisfeito com o convívio ou frequência de visitas de familiares e/ou amigos? () Sim ⁰ () Não ²	0
	Sobrecarga familiar	5. O Sr(a) é responsável pelo cuidado de pessoas dependentes e/ou reside com pessoas que possam causar desorganização no convívio familiar? () Sim ² () Não ⁰	0
SUPORTE SOCIAL	Renda	6. O Sr(a) tem acesso à renda própria? () Benefício previdenciário ⁰ () Benefício assistencial ² () Não tem acesso à benefício previdenciário ou assistencial, mas tem acesso à renda de terceiros, em caso de necessidade ⁴ () Ausência completa de acesso à renda ⁵	0
	Escolaridade	7. O Sr(a) é capaz de ler e escrever? () Sim ⁰ () Não ¹	0
	Condições da Moradia	8. O Sr(a) tem moradia própria? () Sim ⁰ () Não ¹	0
		9. Moradia está em boas condições de organização, segurança e higiene? () Sim ⁰ () Não ²	0
Participação social	10. O Sr(a) participa de eventos ou atividades extradomiciliares ou comunitária ou rede social, como trabalho, família, igreja, grupo de convivência, lazer, etc? () Sim ⁰ () Não ¹	1	
Score Final			3
BAIXA VULNERABILIDADE SOCIOFAMILIAR			

CASO 9		
DIAGNÓSTICO GERIÁTRICO-GERONTOLÓGICO E INTERVENÇÕES PROPOSTAS		
IVCF-20: pontuação e dimensões alteradas	32 pontos: idade, percepção da saúde, AVD instrumentais e básicas, cognição, lentificação da marcha, instabilidade postural, quedas de repetição, incontinência, audição e comorbidade múltipla (polipatologia e polifarmácia).	
Classificação Clínico Funcional	9	
Cognição	Suspeita de incapacidade cognitiva, de origem demencial	
Humor/Comportamento	Preservado	
Mobilidade	Alcance, preensão e pinça	Preservado
	Capacidade aeróbica e muscular	Suspeita de sarcopenia
	Marcha	Instabilidade postural
	Quedas	Quedas de repetição, multifatorial, incluindo hipotensão postural
	Continência	Incontinência urinária e fecal
Comunicação	Visão	Preservada
	Audição	Hipoacusia bilateral e uso de prótese auditiva
	Fala, voz e deglutição	Preservada
Nutrição	Baixa ingesta alimentar	
Saúde Bucal	Edentulismo e suspeita de fragmento dentário com repercussão na mastigação	
Sono	Preservado	
Comorbidades e outras demandas identificadas	HAS, 1ª, com suspeita de insuficiência cardíaca e arritmia cardíaca, associada à hipotensão ortostática e bradicardia. Constipação intestinal crônica, com risco de fecaloma. Polifarmácia (7 medicamentos por dia).	
Vulnerabilidade Sociofamiliar	Baixa (IVSF-10: 3 pontos)	
Perfil de Funcionalidade para Fins de Cuidado	Perfil 3	
Capacidade para o Autocuidado	Insuficiente	
Metas e Proporcionalidade Terapêutica	O foco é o ajuste medicamentoso, com prescrição de medicamentos apropriados omitidos e desprescrição de medicamentos inapropriados. Esclarecimento da incapacidade cognitiva e abordagem adequada, incluindo orientação aos familiares.	
Encaminhamentos	NASF: fisioterapia (instabilidade postural, quedas e incontinência), terapia ocupacional (revisão das AVD e das funções cognitivas), fonoaudiologia (hipoacusia e uso de prótese auditiva), nutrição e farmácia (polifarmácia). Encaminhamento para AAE em geriatria (IVCF-20 \geq 15 pontos) e múltiplas incapacidades. Avaliação pela equipe de saúde bucal.	

Caso 10

Geraldino Nelson de Jesus, 96 anos, negro, analfabeto, aposentado. Viúvo há 6 meses. Mora sozinho em sua pequena propriedade rural, que fica a cerca de 20 km da área urbana. Mantém bom relacionamento os filhos, netos, bisnetos e tataranetos. Não sabe informar a causa morte do pai que morreu longevo e a mãe faleceu no parto do decimo quinto filho. As comorbidades prevalentes dos irmãos: HAS e doença de Chagas. Histórico pessoal: HAS estágio 2, sem lesão de órgãos alvo. Nega cirurgias anteriores, acidentes e internações. Tabagista, fuma cigarro de palha e estilista, bebe cerca de três doses de água ardente todos os dias.

Nega internações recentes. Nega perda de peso ou do apetite. A higiene bucal é deficitária e relata que vai ao dentista colocar a prótese. Alimentação é a base de produtos produzido por ele e os filhos na própria propriedade. A dieta é rica em produtos do milho, gorduras e proteínas de origem animal. Ele mesmo prepara sua comida e organiza a cozinha. Nega perda de peso ou do apetite. Funcionamento intestinal é normal. Nega incontinência urinária. Ele mesmo cuida da sua higiene pessoal sem dificuldades. Vai até a cidade de bicicleta todos os dias, tira leite e cuida da horta. Nega perda de memória. Nega estados de tristeza ou perda da vontade de fazer o que habitualmente faz. Faz compras e controla seu dinheiro. Ouve e enxerga bem. Utiliza dois medicamentos por dia. Considera que tem uma saúde excelente. Peso atual, 68kg; altura, 1,78m; IMC 21kg/m²; circunferência abdominal, 90cm; circunferência da panturrilha: 34cm, PA, 130x90mmHg, sem hipotensão ortostática; SpO₂ 98%; PR: 60bpm. Teste de velocidade de marcha de 4 segundos (1m/s). Consegue levantar os braços para cima do nível dos ombros e consegue manusear e segurar pequenos objetos. Relata uma queda de bicicleta porque uma vaca atravessou na sua frente.

CASO 10 IVCF-20		Pontuação
1. Qual é a sua idade?		3
2. Em geral, comparando com outras pessoas de sua idade, você diria que sua saúde é:		0
3. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de fazer compras?		0
4. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de controlar seu dinheiro, gasto ou pagar as contas de sua casa?		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?		0
6. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de tomar banho sozinho?		0
7. Algum familiar ou amigo falou que você está ficando esquecido?		0
8. Este esquecimento está piorando nos últimos meses?		0
9. Este esquecimento está impedindo a realização de alguma atividade do cotidiano?		0
10. No último mês, você ficou com desânimo, tristeza ou desesperança?		0
11. No último mês, você perdeu o interesse ou prazer em atividades anteriormente prazerosas?		0
12. Você é incapaz de elevar os braços acima do nível do ombro?		0
13. Você é incapaz de manusear ou segurar pequenos objetos?		0
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	0
	Índice de Massa Corporal (IMC) menor que 22 kg/m ²	2
	Circunferência (perímetro) da panturrilha a < 31 cm	0
	Tempo gasto no teste de velocidade da marcha (4m) > 5 seg	0
15. Você tem dificuldade para caminhar capaz de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano?		0
16. Você teve duas ou mais quedas no último ano?		0
17. Você perde urina ou fezes, sem querer, em algum momento?		0
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.		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.		0
20. Você tem alguma das três condições abaixo relacionadas?	Cinco ou mais doenças crônicas.	0
	Uso regular de cinco ou mais medicamentos diferentes, todo dia.	0
	Internação recente, nos últimos 6 meses.	0
Pontuação Final		5

Capacidade de autocuidado
Suficiente

Suporte Familiar
Suficiente

CASO 10
ÍNDICE DE VULNERABILIDADE SOCIAL E FAMILIAR 10 (IVSF10)

Responda às perguntas abaixo com a ajuda de familiares ou acompanhantes. Marque a opção mais apropriada para a sua condição social e familiar atuais. Todas as respostas devem ser confirmadas por alguém que conviva com você. Nos idosos incapazes de responder, utilizar as respostas do cuidador.

Dimensão	Categoria	Pergunta	Pontuação
SUPORTE FAMILIAR	Moradia	1. Com quem o Sr(a) mora: Mora em ILPI (6); Mora sozinho (2); Mora com familiares ou amigos, na mesma casa ou lote (0)	2
	Cônjuge ou Companheiro	2. O Sr (a) tem cônjuge ou companheiro? () Sim ⁰ ; () Não ² ; Viuvez recente ⁴	4
	Apoio nas atividades de vida diária	3. O Sr(a) tem familiares/cuidadores para atendê-lo plenamente na realização das tarefas do cotidiano, atualmente ou em caso de necessidade? () Sim ⁰ ; () Não ⁶	0
	Interação familiar e comunitária	4. O Sr(a) está satisfeito com o convívio ou frequência de visitas de familiares e/ou amigos? () Sim ⁰ () Não ²	0
	Sobrecarga familiar	5. O Sr(a) é responsável pelo cuidado de pessoas dependentes e/ou reside com pessoas que possam causar desorganização no convívio familiar? () Sim ² () Não ⁰	0
SUPORTE SOCIAL	Renda	6. O Sr(a) tem acesso à renda própria? () Benefício previdenciário ⁰ () Benefício assistencial ² () Não tem acesso à benefício previdenciário ou assistencial, mas tem acesso à renda de terceiros, em caso de necessidade ⁴ () Ausência completa de acesso à renda ⁵	0
	Escolaridade	7. O Sr(a) é capaz de ler e escrever? () Sim ⁰ () Não ¹	0
	Condições da Moradia	8. O Sr(a) tem moradia própria? () Sim ⁰ () Não ¹	0
		9. Moradia está em boas condições de organização, segurança e higiene? () Sim ⁰ () Não ²	0
Participação social	10. O Sr(a) participa de eventos ou atividades extradomiciliares ou comunitária ou rede social, como trabalho, família, igreja, grupo de convivência, lazer, etc? () Sim ⁰ () Não ¹	1	
Score Final			7
MODERADA VULNERABILIDADE SOCIOFAMILIAR			

CASO 10
DIAGNÓSTICO GERIÁTRICO-GERONTOLÓGICO E INTERVENÇÕES PROPOSTAS

IVCF-20: pontuação e dimensões alteradas	5 pontos: idade e capacidade aeróbica (IMC < 22kg/m ²)	
Classificação Clínico Funcional	2	
Cognição	Preservada	
Humor/Comportamento	Preservada	
Mobilidade	Alcance, preensão e pinça	Preservada
	Capacidade aeróbica e muscular	IMC ≤ 22 kg/m ²
	Marcha	Preservada
	Quedas	Episódio isolado de queda, secundária a fator extrínseco
	Continência	Preservada
Comunicação	Visão	Preservada
	Audição	Preservada
	Fala, voz e deglutição	Preservada
Nutrição	IMC baixo	
Saúde Bucal	Deficitária	
Sono	Preservado	
Comorbidades e outras demandas identificadas	HAS, 1ª, sem evidências de lesão de órgãos alvo. Viuvez recente e mora sozinho. IMC baixo, mas sem evidências de sarcopenia. Tabagismo e etilismo (3 doses de cachaça/dia)	
Vulnerabilidade Sociofamiliar	Moderada (IVSF-10: 7 pontos)	
Perfil de Funcionalidade para Fins de Cuidado	Perfil 1	
Capacidade para o Autocuidado	Suficiente	
Metas e Proporcionalidade Terapêutica	Foco nas estratégias preventivas e promocionais e ficar atento ao etilismo e risco de quedas, particularmente pelo fato de morar sozinho. Ficar atento à fragilidade sociofamiliar, em virtude da viuvez recente.	
Encaminhamentos	O manejo clínico pode continuar sendo feito pela APS. NASF: nutrição (baixo IMC).	

Referências bibliográficas

- Barnett K, Mercer SW, Norbury M et al. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *Lancet*, v.380:37-43, 2012.
- Barra RP, Moraes EN, Lemos MMV, Bonati PCR, Castro JFM, Jardim AA. Fragilidade e especialização de pessoas idosas do município de Uberlândia. *Rev Saude Publica*, v.57:Suppl3:8s, 2023.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Orientações técnicas para a implementação de Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa no Sistema Único de Saúde – SUS [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2018. 91 p. : il.
- Brasil. Ministério da Saúde. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. Nota Técnica para Organização da Rede de Atenção à Saúde do Foco na Atenção Primária à Saúde e na Atenção Ambulatorial Especializada: Saúde da Pessoa idosa. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein: Ministério da Saúde; 2019. 56 p.:il.
- Brasil. Ministério da Saúde. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. Nota Técnica para Organização da Rede de Atenção à Saúde com Foco na Atenção Primária à Saúde e na Atenção Ambulatorial Especializada - Saúde da Pessoa com Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica. /Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein: Ministério da Saúde, 2020. 88 p.: il.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. e-SUS Atenção Primária à Saúde: Manual do Sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão PEC – Versão 4.2 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Secretaria Executiva. – Brasília: Ministério da Saúde, 2021.
- Brasil. Lei nº 14.510, de 27 de dezembro de 2022. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para autorizar e disciplinar a prática da tele saúde em todo o território nacional, e a Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015; e revoga a Lei nº 13.989, de 15 de abril de 2020. Brasília, DF: Presidência da República, 2022. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2022/lei/L14510.htm. Acesso em: 27 set. 2023.
- Brasil. Ministério da Saúde/Gabinete da Ministra. Portaria 1604 de 18 de Outubro de 2023. Institui a Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde (PNAES), no âmbito do Sistema Único de Saúde. <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/legislacao/portaria-gm-ms-no-1-604-de-18-de-outubro-de-2023/view>
- Briggs R, McDonough A, Ellis G, Bennett K, O'Neill D, Robinson D. Comprehensive Geriatric Assessment for community-dwelling, high-risk, frail, older people. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2022, Issue 5. Art. No.: CD012705.
- Carmo JA. Proposta de um índice de vulnerabilidade clínico- funcional para a atenção básica: um estudo comparativo com a Avaliação Multidimensional do Idoso [Dissertação Mestrado]. Belo Horizonte: Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais; 2014. Disponível em: https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/BUBD-A4YHWT/1/disserta__o_completa___juliana_alves_do_carmo.pdf
- Cesari M, Calvani R, Marzetti E. Frailty in Older Persons. *Clin Geriatr Med*, v.33, p.293-303, 2017.
- Clegg A, Rogers L, Young J. Diagnostic test accuracy of simple instruments for identifying frailty in community-dwelling older people: a systematic review. *Age Ageing*, v.44, p.148-152, 2015.
- Choi JY, Rajaguru V, Shin J, Kim K. Comprehensive geriatric assessment and multidisciplinary team interventions for hospitalized older adults: A scoping review. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 104, 2023. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2022.104831>
- Faller LW, Pereira DN, Souza S, Nampo FK, Orlandi FS, Matumoto S. Instruments for the detection of frailty syndrome in older adults: A systematic review. *PlosOne*. 2019;14(4):e0216166.
- Garrard JW, Cox NJ, Dodds RM et al. Comprehensive geriatric assessment in primary care: a systematic review. *Aging Clinical and Experimental Research* (2020) 32:197–205 <https://doi.org/10.1007/s40520-019-01183-w>
- Gobbens RJ et al. Toward a conceptual definition of frail Community dwelling older people. *Nurs Outlook*, v.58, p. 76-86, 2010.
- Gordon AL, Masud T, Gladman JRF. Now that we have a definition for physical frailty, what shape should frailty medicine take? *Age and Ageing* 2014; 32:8.
- Heckman GA, Molnar FJ, Lee L. Geriatric Medicine Leadership of Health Care Transformation: To Be or Not To Be? *Canadian Geriatrics Journal*, v.16 (4): 192-195, 2013.
- Italiano NBC, Nascimento V, Simão JO et al. Aplicabilidade dos Instrumentos - Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional-20 (IVCF-20) e o Vulnerable Elders Survey (VES-13). *Rev Med Minas Gerais* 2023; 33: e-33206.

- Jani BD, Hanlon P, Nicholi B et al. Relationship between multimorbidity, demographic factors and mortality: findings from the UK Biobank cohort. *BMC Medicine*, v.17:74, 2019.
- Maia LC, Moraes EN, Costa SM, Caldeira AP. Fragilidade em idosos assistidos por equipes da atenção primária. *Ciência e Saúde Coletiva*, 25 (12):5041-5050, 2020.
- Maia F.O.M., Duarte Y.S.O., Secoli S.R., Santos J.L.F., Lebrão M.L. et al. Adaptação transcultural do Vulnerable Elders Survey-13 (VES-13): contribuição para a identificação de idosos vulneráveis. *Rev Esc Enferm USP*, v.46(Esp), p.116-22, 2012.
- Marcolino, M. S. et al. A telessaúde como ferramenta de apoio à Atenção Primária em Saúde: a experiência da Rede de Teleassistência de Minas Gerais. *Revista Médica de Minas Gerais*, Belo Horizonte, v. 27, p. e-1855, 2017. Disponível em: <https://rmmg.org/artigo/detalhes/2211>. Acesso em: 27 set. 2023.
- Mendes EV. *Desafios do SUS*. Brasília, DF: CONASS; 2019.
- Mendes EV. O Grande Desafio da Multimorbidade na Atenção às Condições Crônicas. Dezembro, 2023. Acessado em www.conass.org.
- Moffat, K., Mercer, S.W. Challenges of managing people with multimorbidity in today's healthcare systems. *BMC Fam Pract* 16, 129 (2015). <https://doi.org/10.1186/s12875-015-0344-4>
- Moraes EN, Carmo JA, Lanna FM, Azevedo RS, Machado CJ, Romero DEM. Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional-20 (IVCF-20): reconhecimento rápido do idoso frágil. *Rev Saúde Pública*. 2016;50(81).
- Moraes EN, Carmo JA, Machado CJ, Lanna FM. Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional 20: proposta de classificação e hierarquização entre idosos identificados como frágeis. *Rev Fac Ciênc Méd Sorocaba*. 2020;22(1):31-5.
- Moraes EN, Reis AM, Lanna FM. *Manual de Terapêutica Segura no Idoso*. Belo Horizonte: Ed. Folium; 2019.
- Moraes EN. *A arte da (des)prescrição no idoso: a dualidade terapêutica*. Belo Horizonte: Ed Folium, 2018.
- Moraes EN, Lanna FM, Santos RR, Bicalho MAC, Machado CJ, Romero D. A New Proposal for the Clinical-Functional Categorization of the Elderly: Visual Scale of Frailty (VS-Frailty). *J Aging Res Clin Practice*, v.5 (1), p.24-30, 2016.
- Moraes E.N., Lanna F.M. *Guia de Bolso de Avaliação Multidimensional do Idoso*, Ed. Folium, Belo Horizonte, 1a edição, 2008.
- Moraes EN. *Atenção à Saúde do Idoso: Aspectos Conceituais*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.
- 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.: 2020. Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- Pereira EL, Barbosa L. Índice de Funcionalidade Brasileiro: percepções de profissionais e pessoas com deficiência no contexto da LC 142/2013. *Ciênc. Saúde Colet*, 21 (10):3017-3016, 2016.
- Pinheiro JV, Ribeiro MTAM, Fiuza TM, Junior RMM. Ferramenta para avaliação da visita domiciliar na atenção primária à saúde: um relato de experiência. *Rev Bras Med Fam Comunidade*, 14(41):1818, 2019.
- Reis GAC, Martins JP, Real APB, Lanna FM, Machado CJ, Moraes EN. Avaliação do Suporte Social e Familiar em Idosos com Alto Grau de Dependência Funcional e Transtorno Mental Grave. Tema livre apresentado no XI Congresso de Geriatria e Gerontologia de Minas Gerais, 25 a 27 de agosto de 2022, Belo Horizonte, Minas Gerais.
- Rodríguez-Mañas L et al. Searching for an Operational Definition of Frailty: A Delphi Method Consensus Statement. The Frailty Operative Definition-Consensus Conference Project. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2013; 68: 62-67.
- Saldanha, M.F. et al. Incidence of frailty and factors associated with functional deterioration in oldest old during the covid-19 pandemic: A cohort study. *Rev Bras Geriatr Gerontol*, 25(6):e220077, 2022.
- Saliba, D, et al. The vulnerable elders survey: a tool for identifying vulnerable older people in the community. *J. Am. Geriatr. Soc.*, New York, v. 49, p.1691-1699, 2001.
- Savassi LCM, Lage JL, Coelho FLG. Sistematização de um instrumento de estratificação de risco familiar: Escala de risco familiar de Coelho-Savassi. *J Manag Prim Health Care*, 3(2):178-185, 2012.
- Silva, A. B. *Telessaúde no Brasil: conceitos e aplicações*. Rio de Janeiro: Editora DOC, 2014.
- Skou SR, Mair FS, Fortin M, Guthrie B, Nunes BP, Miranda JJ, Boyd C, Pati S, Mtenga S, Smith SM. et al. Multimorbidity. *Nat Rev Dis Primers*, v.8(1):48, 2022. doi:10.1038/s41572-022-00376-4.
- TERWEE CB, BOT SDM, BOER MR et al. Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. *Journal of Clinical Epidemiology* 2007; 60:34-42.
- Tinetti M, Molnar F, Huang A. The geriatrics 5M's. A new way of communicating what we do. *J Am Geriatr Soc* 2017;65(9):2115.
- Veronesi N, Custodero C, Demurtas J et al. Comprehensive geriatric assessment in older people: an umbrella review of health outcomes. *Age and Ageing*, 51:1-9, 2022. <https://doi.org/10.1093/ageing/afac104>