

SAÚDE PÚBLICA NO SÉCULO XXI: *Uma Abordagem Multidisciplinar*

VOLUME 4



Organizador
Daniel Luís Viana Cruz

SAÚDE PÚBLICA NO SÉCULO XXI:

Uma Abordagem Multidisciplinar

VOLUME 4



Organizador

Daniel Luís Viana Cruz

Editora Omnis Scientia

**SAÚDE PÚBLICA NO SÉCULO XXI:
UMA ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR**

Volume 4

1ª Edição

TRIUNFO - PE

2023

Editor-Chefe

Me. Daniel Luís Viana Cruz

Organizador

Daniel Luís Viana Cruz

Conselho Editorial

Dr. Cássio Brancaleone

Dr. Marcelo Luiz Bezerra da Silva

Dra. Pauliana Valéria Machado Galvão

Dr. Plínio Pereira Gomes Júnior

Dr. Walter Santos Evangelista Júnior

Dr. Wendel José Teles Pontes

Editores de Área - Ciências da Saúde

Dra. Camyla Rocha de Carvalho Guedine

Dra. Cristieli Sérgio de Menezes Oliveira

Dr. Leandro dos Santos

Dr. Hugo Barbosa do Nascimento

Dr. Marcio Luiz Lima Taga

Dra. Pauliana Valéria Machado Galvão

Assistente Editorial

Thialla Larangeira Amorim

Imagem de Capa

Freepik

Edição de Arte

Vileide Vitória Larangeira Amorim

Revisão

Os autores



**Este trabalho está licenciado com uma Licença Creative Commons – Atribuição-
NãoComercial-SemDerivações 4.0 Internacional.**

**O conteúdo abordado nos artigos, seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de
responsabilidade exclusiva dos autores.**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Lumos Assessoria Editorial
Bibliotecária: Priscila Pena Machado CRB-7/6971

S255 Saúde pública no século XXI : uma abordagem
multidisciplinar : volume 4 [recurso eletrônico] /
organizador Daniel Luís Viana Cruz. — Triunfo : Omnis
Scientia, 2023.
Dados eletrônicos (pdf).

Inclui bibliografia.
ISBN 978-65-5854-950-5
DOI: 10.47094/978-65-5854-950-5

1. Saúde pública. 2 Política de saúde. 3. Promoção da
saúde. 4. Educação em saúde. 5. Pessoal da área da saúde -
Formação. I. Cruz, Daniel Luís Viana. II. Título.

CDD22: 362.10981

Editora Omnis Scientia

Triunfo – Pernambuco – Brasil

Telefone: +55 (87) 99656-3565

editoraomnisscientia.com.br

contato@editoraomnisscientia.com.br



PREFÁCIO

A importância do trabalho multidisciplinar em saúde estende-se além do ambiente hospitalar. Os problemas de saúde são complexos e envolvem a saúde física e mental. Portanto, existe uma recorrente necessidade da execução do atendimento multiprofissional.

Este livro tem como objetivo abordar a educação em saúde, promoção da saúde, população vulneráveis, assistência à saúde no processo saúde-doença. As temáticas envolvem o conhecimento teórico, prático e metodológico utilizando da discussão de conceitos relevantes.

Em nossos livros selecionamos um dos capítulos para premiação como forma de incentivo para os autores, e entre os excelentes trabalhos selecionados para compor este livro, o premiado foi o capítulo 1, intitulado “ANÁLISE DA GESTÃO DA REDE DE ATENÇÃO À URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE”.

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1.....9

ANÁLISE DA GESTÃO DA REDE DE ATENÇÃO À URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Zilmar Geralda de Almeida Silva

Heloisa Helena Barroso

Mirtes Ribeiro

Ana Carolina Lanza Queiroz

DOI: 10.47094/978-65-5854-950-5/9-32

CAPÍTULO 2.....33

AUMENTO DA ANSIEDADE NO PERÍODO PÓS PANDEMIA DA COVID-19

Heloisa Maria Prado

Bruna Cristina Freitas Cardoso

Moneffer Brenda Soares

Vitória Pirett Lemos

DOI: 10.47094/978-65-5854-950-5/33-38

CAPÍTULO 3.....39

IDOSOS EM INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA: OS DESAFIOS ENCONTRADOS PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM

Anderson Deivid Aguiar e Silva

Julia Maria de Jesus Sousa

Layla de Araújo Pires

Lourena Ferreira dos Reis Campos

Kelly Saraiva dos Santos

Ana Maria Moura Cunha

Emily de Figueredo Pedrosa

Vinícius do Carmo Borges Silva

Guilherme Higino de Carvalho Soares

Nicholle Akocayti Sábara Bezerra

Jainne Coelho Sousa

Jéssica de Menezes Nogueira

DOI: 10.47094/978-65-5854-950-5/39-49

CAPÍTULO 4.....50

**PERFIL DOS IDOSOS ATENDIDOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE QUANTO AOS
PRENUNCIADORES DE DECLÍNIO FUNCIONAL**

Cleber Henrique Veloso

Maristela Oliveira Lara

Mariana Roberta Lopes Simões

Heloisa Helena Barroso

DOI: 10.47094/978-65-5854-950-5/50-65

CAPÍTULO 5.....66

**OS SERVIÇOS DE HEMOTERAPIA NO CONTEXTO DA PANDEMIA COVID-19: UMA
REVISÃO NARRATIVA**

Andressa Vieira Souza

Débora Aparecida da Silva Santos

Letícia Silveira Goulart

DOI: 10.47094/978-65-5854-950-5/66-75

CAPÍTULO 6.....76

**IMPORTÂNCIA DA COLPOCITOLOGIA ONCÓTICA PARA O DIAGNÓSTICO DO
CÂNCER DE COLO UTERINO E SUA RELAÇÃO COM A PANDEMIA DE COVID 19**

Lucas Silva Costa

Camila Ferreira Cavalheiro

Fabiana Aparecida Vilaça

DOI: 10.47094/978-65-5854-950-5/76-91

PERFIL DOS IDOSOS ATENDIDOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE QUANTO AOS PRENUNCIADORES DE DECLÍNIO FUNCIONAL

Cleber Henrique Veloso¹;

Maristela Oliveira Lara²;

Mariana Roberta Lopes Simões³;

Heloisa Helena Barroso⁴.

RESUMO: O objetivo deste estudo foi identificar o perfil dos idosos na Atenção Primária à Saúde quanto aos prenunciadores de declínio funcional. Trata-se de um estudo transversal, retrospectivo, descritivo exploratório, de abordagem quantitativa com 60 prontuários de idosos nas áreas de abrangência da Atenção Primária à Saúde (APS) da cidade de Felício dos Santos – Minas Gerais por meio do Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional 20 (IVCF-20) realizado no período de março a agosto de 2019. Para a análise, foi utilizado o software IBM Statistical Package for the Social Sciences Inc (SPSS) na versão 20, para obtenção de frequência absoluta e relativa de cada indicador do IVCF-20. Foi evidenciado que 10 % dos idosos foram classificados em baixo risco, 36,7% em médio risco e 53,3% em alto risco de declínio funcional. Dentre as dimensões do IVCF-20 as que mais tiveram destaque foram: idade avançada (75 anos ou mais), capacidade aeróbica e muscular prejudicada, polipatologia, déficit na realização de AVD e quedas. Verificou-se possível correlação do aumento da idade com o aumento do risco de declínio funcional. Constatou-se maior prevalência de incapacidades funcionais no gênero feminino, e semelhança na classificação de risco entre os gêneros, estando homens e mulheres em sua maioria no grupo de alto risco. Averiguou-se que os idosos residentes na zona urbana têm ligeiramente maior risco de incapacidades funcionais que aqueles residentes em zona rural. Conclusão: a caracterização do perfil de risco de fragilização dos idosos obtida neste estudo possibilita o direcionamento para o atendimento e triagem do idoso na atenção primária e fornece embasamento para propostas de políticas de envelhecimento saudável.

PALAVRAS-CHAVE: Idoso. Fragilidade. Análise de vulnerabilidade. Avaliação geriátrica. Atenção Primária à Saúde.

PROFILE OF ELDERLY PEOPLE SERVED IN PRIMARY HEALTH CARE REGARDING PREDICTORS OF FUNCTIONAL DECLINE

ABSTRACT: The aim of this study was to identify the profile of elderly people in Primary Health Care regarding predictors of functional decline. This is a cross-sectional, retrospective, exploratory descriptive study, with a quantitative approach, with 60 medical records of elderly people in the areas covered by Primary Health Care (PHC) in the city of Felício dos Santos - Minas Gerais, through the Clinical Vulnerability Index - Functional 20 (IVCF-20) carried out from March to August 2019. For the analysis, the IBM Statistical Package for the Social Sciences Inc (SPSS) software in version 20 was used to obtain the absolute and relative frequency of each indicator of the IVCF-20. It was shown that 10% of the elderly were classified at low risk, 36.7% at medium risk and 53.3% at high risk of functional decline. Among the dimensions of the IVCF-20, the ones that stood out the most were: advanced age (75 years or more), impaired aerobic and muscular capacity, polyopathy, deficit in performing ADL and falls. There was a possible correlation between increasing age and the increased risk of functional decline. There was a higher prevalence of functional disabilities in females, and similarity in risk classification between genders, with men and women mostly in the high-risk group. It was found that elderly people living in urban areas have a slightly higher risk of functional disabilities than those living in rural areas. Conclusion: the characterization of the frailty risk profile of the elderly obtained in this study makes it possible to guide the care and screening of the elderly in primary care and provides a basis for proposals for healthy aging policies.

KEY-WORDS: Elderly. Fragility. Vulnerability analysis. Geriatric assessment. Primary Health Care.

INTRODUÇÃO

O aumento da proporção de pessoas com idade igual ou maior que 60 anos na população mundial e brasileira é uma realidade atual e se intensificará nos próximos anos, conforme estimativas. No Brasil, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), estima que, o número de indivíduos que se encontravam na faixa etária acima de 60 anos em 2010, quando foi realizado o último censo demográfico, possa triplicar até 2050, passando de 20 milhões para 64 milhões.¹

Essa transição demográfica pode ser explicada, principalmente, pela redução da taxa de fecundidade e aumento na expectativa de vida da população, sendo, portanto, um avanço para a humanidade, e ao mesmo tempo um dos maiores desafios da saúde pública contemporânea, repercutindo na atuação dos profissionais da área de saúde, especialmente o enfermeiro, tornando-se necessário uma reestruturação dos serviços de saúde para o atendimento das necessidades desse grupo, que por sua vez possui aspectos particulares

que demandam uma atenção diferenciada, devido a maior prevalência de doenças crônicas, e a maior propensão a fragilidade e incapacidades decorrentes do próprio processo de envelhecimento.²

O envelhecimento está estreitamente ligado ao processo de fragilização. Entretanto existe uma heterogeneidade na maneira de envelhecer entre os indivíduos idosos, de forma que, a idade por si só, é um preditor de fragilidade inadequado. Além disso, esporadicamente indivíduos envelhecem sem qualquer doença crônica.³ Sendo assim, não é possível compreender a situação de saúde do idoso apenas sobre o conhecimento de sua idade e o número de doenças crônicas.

Existem na literatura várias definições para o termo fragilidade, que geralmente é utilizado para definir o grau de vulnerabilidade do idoso a desfechos adversos, como declínio funcional, quedas, internação hospitalar, institucionalização e óbito, o que dificulta sua padronização e utilização.⁴ A fragilidade multidimensional é considerada como a redução da reserva homeostática, ou seja, das reservas funcionais orgânicas, que provocam a diminuição progressiva da competência de adequação às agressões biopsicossociais e, conseqüentemente, aumento da vulnerabilidade e a decadência funcional e suas conseqüências.^{4,5,6}

A maioria dos profissionais de saúde muitas vezes consideram a fragilidade e/ou a perda da autonomia e independência como eventos do envelhecimento normal (“da idade”), e, portanto, não dão a atenção necessária.⁴

A capacidade funcional é definida como o potencial que uma pessoa apresenta para decidir e atuar de forma independente em sua vida, no seu cotidiano, e a incapacidade funcional pela dificuldade na execução de atividades da vida diária ou mesmo pela inviabilidade de executá-las.⁷

Dessa forma, o declínio funcional nos idosos pode ser decorrente de vários fatores que requerem maior atenção e uma abordagem mais profunda, como por exemplo as ocorrências de quedas, que são as principais causas de fraturas, internações por trauma e perda da independência que, além de causarem dor, isolamento social, incapacidades e perda da confiança, geram impacto significativo na qualidade de vida e nos custos relacionados com a saúde.⁶

Assim, frente a esse cenário, a Organização Mundial de Saúde (OMS), preconiza o cuidado integral ao idoso, que provê maior resolutividade de suas necessidades. Para isso, devem ser fortalecidas e estruturadas as políticas que ofereçam melhores condições de vida aos idosos, com foco na promoção da saúde e prevenção de doenças, além do tratamento e reabilitação.⁸

Desta maneira o objetivo deste estudo foi identificar o perfil dos idosos na Atenção Primária à Saúde quanto aos prenunciadores de declínio funcional.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, retrospectivo, descritivo exploratório, de abordagem quantitativa, realizado no período de março a agosto de 2019. Fizeram parte deste estudo todos os prontuários dos idosos que foram atendidos pela equipe de residentes da Residência Multiprofissional em Saúde do Idoso da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM), em todas as áreas de abrangência da Atenção Primária à Saúde (APS) da cidade de Felício dos Santos – Minas Gerais, e que foram realizadas as avaliações por meio do Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional 20 (IVCF-20). Do total de 67 prontuários, foram selecionados 60 que atenderam aos critérios de inclusão.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri sob o número 4.277.738 atendendo aos preceitos éticos para pesquisas envolvendo seres humanos preconizados na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Foram incluídos no estudo os prontuários das pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, que tenham sido submetidas ao instrumento de avaliação IVCF-20 e tenham sido atendidos pela equipe multiprofissional de residentes em saúde do idoso da UFVJM.

A formação da população estudada foi influenciada indiretamente pelos agentes comunitários de saúde do município, uma vez que estes foram quem escolheram os idosos para o atendimento pela equipe de residentes, baseando-se em critérios próprios como maior número de comorbidades, doenças agudas ou crônicas descompensadas, pacientes visivelmente debilitados e etc., e assim determinavam e agendavam o atendimento pela equipe de residentes.

O IVCF-20 é um instrumento desenvolvido e validado no Brasil e pode ser considerado uma metodologia de Avaliação Geriátrica Ampla. Trata-se de um questionário simples de fácil aplicação, constituído por 20 questões que abordam aspectos multidimensionais da condição de saúde do idoso: idade, autopercepção da saúde, atividades da vida diária (três AVD instrumentais e uma AVD básica), cognição, o humor/comportamento, mobilidade (alcance, preensão e pinça; capacidade aeróbica/muscular, marcha e continência esfinteriana), a comunicação (visão e audição), e presença de comorbidades múltiplas (polipatologia, polifarmácia e/ou internação recente). Cada dimensão tem pontuação específica que perfazem um valor máximo de 40 pontos. Quanto mais alto o valor obtido, maior é o risco de vulnerabilidade clínico-funcional do idoso, o que também representa maior chance de perda da autonomia e independência para a realização das atividades de vida cotidiana e de autocuidado.

O idoso que obter a soma total de pontos entre 0 e 6 é classificado em baixo risco de vulnerabilidade clínico-funcional, entre 7 e 14 pontos como idoso em moderado risco de vulnerabilidade clínico-funcional e entre 15 e 40 pontos como idoso em alto risco de vulnerabilidade clínico-funcional.

No período em estudo, a equipe multiprofissional de residentes era composta por seis pessoas: dois enfermeiros, um fisioterapeuta, um cirurgiã-dentista, um nutricionista e um profissional de educação física, que realizavam dentre outras atividades, o atendimento multiprofissional domiciliar e em consultório, momentos em que eram aplicados o instrumento IVCF-20, passando a compor o prontuário do paciente.

Os dados deste estudo foram coletados dos prontuários dos pacientes, e são referentes a idade, gênero (feminino ou masculino) e região onde moram (rural ou urbana). Do instrumento de avaliação IVCF-20, foram coletadas informações que envolvem vários aspectos da condição de saúde do idoso e que podem indicar o risco de declínio funcional.

O software Microsoft Excel versão 2012, foi usado para a coleta e registro dos dados, e para a análise, foi utilizado o software IBM Statistical Package for the Social Sciences Inc (SPSS) na versão 20, o qual também foi empregado para obtenção de frequência absoluta e relativa de cada indicador do IVCF-20 e ainda de idosos em cada grau de risco de vulnerabilidade clínico-funcional (baixo, médio e alto).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Considerando o IVCF-20 como um instrumento de avaliação inicial e triagem do idoso, que determinará ou não a necessidade de encaminhamento para a atenção secundária, a (Tabela 1) nos mostra que 32 idosos deste estudo que apresentaram pontuação acima de 15 pontos e portanto são classificados em alto risco de vulnerabilidade clínico-funcional, necessitariam, na data que foram avaliados, de uma avaliação multidimensional realizada preferencialmente por uma equipe especializada em geriatria/gerontologia ou atenção secundária; 22 idosos obtiveram pontuação entre 7 e 14 pontos e foram classificados em risco moderado de vulnerabilidade, necessitariam do geriatra, mas sem urgência, ou poderiam também serem atendidos por equipe não especialista, mas que tenha treinamento no reconhecimento das especificidades da saúde do idoso; e 6 idosos que tiveram pontuação entre 0 e 6 pontos e foram classificados em baixo risco de vulnerabilidade, poderiam ter acompanhamento clínico rotineiro na Unidade Básica de Saúde pelos profissionais da ESF.

Tabela 1 – Distribuição da população conforme classificação de risco de vulnerabilidade clínico-funcional

	Frequência	Porcentagem
Baixo	6	10,0%
Moderado	22	36,7%
Alto	32	53,3%
Total	60	100%
Fonte: dados dos prontuários		

A (Tabela 2) nos mostra a soma total do número de vezes em cada umas das 20 questões abordadas pelo questionário IVCF-20 foi respondida positivamente pela população estudada. Uma vez que as perguntas respondidas com não, não pontuam no questionário, representando que o idoso não tem risco significativo naquela questão.

Tabela 2 - Frequências (absolutas e relativas) de indicadores de vulnerabilidade clínico-funcional na população estudada.

Itens do IVCF-20	Frequência	Porcentagem
Idade \geq 75 anos	42	70%
Autopercepção de saúde regular ou ruim	23	38,3%
Itens do IVCF-20	Frequência	Porcentagem
Deixou, por saúde ou condição física: de fazer compras de controlar dinheiro/gastos/pagar contas de realizar pequenos trabalhos domésticos	35	58,3%
	30	50%
	25	41,7%
Deixou de tomar banho sozinho por condição física	13	21,7%
Algum familiar ou amigo mencionou esquecimento	25	41,7%
Piora do esquecimento nos últimos meses	12	20%
Esquecimento impedindo a realização de alguma atividade no cotidiano	12	20%
Desânimo, tristeza ou desesperança no último mês	24	40%
Perda de interesse ou prazer no último mês em atividades antes prazerosas	11	18,3%
Incapacidade de elevar o braço acima do nível do ombro	8	13,3%
Incapacidade de manusear/segurar pequenos objetos	1	1,7%
Perda de peso não intencional (2) ou IMC menor que 22 kg/m ² ou circunferência da panturrilha	39	65%

menor que 31 cm ou tempo no teste de velocidade da marcha (4m) maior que 5 segundos		
Duas ou mais quedas no último ano	31	51,7%
Dificuldade para caminhar impeditiva de realização de atividades no cotidiano	26	43,3%
Perda involuntária de urina ou fezes em algum momento	27	45%
Problemas de visão impeditivos de realização de atividades no cotidiano	20	33,3%
Problemas de audição impeditivos de realização de atividades no cotidiano	4	6,7%
Cinco ou mais doenças crônicas ou uso diário de cinco ou mais medicamentos diferentes ou internação nos últimos seis meses	35	58,3%

Fonte: Dados dos prontuários

As cinco questões do IVFC-20 com maior destaque em ordem decrescente de prevalência foram: idade superior ou igual a 75 anos; a capacidade aeróbica e muscular; polipatologia, polifarmácia e/ou internação recente; AVD instrumental do hábito de fazer compras; e histórico de quedas. Assim, é possível perceber que estas são as principais dimensões da saúde do idoso que estão correlacionadas ao risco de vulnerabilidade clínico-funcional na população estudada.

A idade é identificada neste estudo como a principal dimensão preditora de declínio funcional e é um fator não modificável e irreversível. É possível perceber que a população está em sua maioria com idade superior a 75 anos, o que corrobora com o estudo que retrata a transição demográfica brasileira, que pode ser reflexo das baixas taxas de fecundidade e do aumento da expectativa de vida.⁹ Entretanto, é importante lembrar da influência dos ACS na formação da população do estudo, na qual os idosos atendidos foram escolhidos, dentro outros motivos, por sua aparência geral e possivelmente pela sua idade avançada.

A segunda questão mais pontuada, tem o objetivo de avaliar a capacidade aeróbica e muscular, que reflete a possível presença de sarcopenia, que é uma síndrome clínica, caracterizada pela perda progressiva e generalizada da massa e função muscular, podendo levar a redução da força muscular e desempenho funcional, com risco de desfechos

adversos.³ A possibilidade da presença de sarcopenia na população estudada pode estar relacionada a alguns fatores dos quais é possível se intervir e melhorar, como o sedentarismo e alimentação inadequada.¹⁰

Evidências em apoio da atividade física são discutidas como uma forma primordial de prevenção da fragilidade e sarcopenia, proporcionando a robustez dos idosos.¹¹

A terceira questão do IVCF-20 mais pontuada envolve a polipatologia. Essa questão é dividida em três subquestões, das quais a polifarmácia foi visivelmente a mais presente, sendo evidenciada em 34 idosos, ou 55,74%, o que ainda fica acima do resultado apresentado no estudo Carvalho et al 2012, que verificou a presença de polifarmácia na população idosa do município de São Paulo, identificada em 36% da amostra.

A polifarmácia é definida como o uso de cinco ou mais medicamentos diferentes ao longo do dia, e está relacionada ao aumento de Reações Adversas à Medicamentos (RAM) que intensificam o risco de declínio funcional e óbito nos idosos.¹² Existem medicamentos apropriados (que apresentam evidências de efeito terapêutico e segurança), medicamentos inapropriados (associados a eventos adversos e inefetividade terapêutica) e medicamentos fúteis (aqueles que não têm efetividade terapêutica comprovada a situação na qual eles estão sendo utilizados, todavia podem apresentar efeitos adversos), sendo aconselhável a desprescrição desses dois últimos. Um exemplo, é o aumento da mortalidade nos idosos (1,26 a 3,7 vezes) relacionado ao uso crônico de benzodiazepínicos, provavelmente pelo maior risco de traumas, quedas, acidentes automobilísticos, pneumonias, suicídios, dentre outras causas.¹³

A polifarmácia em 26,8% da amostra de 2392 idosos com idade entre 70 e 84 anos, destacando a tendência destes a ter mais comprometimento cognitivo e fragilidade, concluindo que apesar dos idosos dependerem de vários medicamentos, a polifarmácia deve ser levada em consideração quando se objetiva a saúde do idoso¹⁴.

A quarta questão mais pontuada do IVCF-20 está relacionada as Atividades da Vida Diária (AVD), que são aquelas tarefas fundamentais para a gestão da própria vida e autocuidado, que dependem da autonomia (capacidade de decisão) e independência (capacidade de executar a decisão). A autonomia depende da cognição (capacidade mental de compreender e resolver problemas do cotidiano) e humor/comportamento (motivação necessária para a realização das atividades e/ou participação social), enquanto a independência depende da mobilidade (capacidade de deslocamento e manipulação do meio) e da comunicação (capacidade de estabelecer um relacionamento produtivo com o meio, trocar informações, manifestar desejos, ideias e sentimentos).³

Com isso, é possível perceber que a deficiência na realização das AVD, pode indicar problemas relacionados a uma gama maior de outros aspectos da saúde do idoso que também são abordados em outras questões do IVCF-20. Portanto, é necessário utilizar-se de todo o instrumento para tentar identificar as causas do declínio na execução das AVD. Sendo assim, esse dado é importante, porque nos mostra a perda da autonomia e

independência de grande parte da população estudada, servindo de alerta para a exploração das outras dimensões do IVCF-20 na busca da identificação e resolução das causas de declínio.

A ocorrência de 2 ou mais quedas no último ano anterior as avaliações, ocupa a quinta posição no ranking de questões mais pontuadas do IVCF-20. A sociedade brasileira dá pouca importância ao evento da queda em idosos, talvez pelo desconhecimento do seu reflexo à saúde dos mesmos. As quedas são causadoras de lesões e distúrbios emocionais que convergem em incapacidades funcionais, levando a dependência, perda da qualidade de vida e à elevação dos custos para o sistema de saúde, decorrente de suas consequências. Assim, as quedas requerem maior atenção por parte dos profissionais de saúde, e devem ser prevenidas.¹

A estimativa é que quedas apresentam uma frequência de 75% em pessoas na faixa etária dos 65 a 74 anos e de 90% nos idosos com idade superior a 75 anos.¹⁵ Cerca de 30% dos indivíduos com idade maior ou igual há 65 anos apresentam relato de queda anualmente, havendo aumento desse percentual para 51% nos indivíduos com mais de 85 anos.¹⁶ No Brasil, aproximadamente 30% dos idosos caem uma vez por ano e o risco de cair aumenta acima dos 80 anos, chegando a 50% o qual 51,7% dos idosos relataram ocorrência quedas, sendo um percentual preocupante frente ao impacto à saúde do idoso, porém justificável dentro das estimativas apresentadas pela literatura. Além disso, a maioria da população pesquisada (70%) tem idade superior à 75 anos, e como é sabido, a ocorrência das quedas aumenta paralelamente com o a elevação da faixa etária.¹

Em um estudo realizado na Croácia, cujo objetivo foi averiguar o reflexo de duas intervenções, uma fundamentada na prevenção de quedas e outra na prevenção da solidão, na fragilidade total e nas dimensões da fragilidade em idosos, realizadas por meio da identificação e eliminação de fatores de risco de quedas nas residências dos participantes e ações educativas com o tema principal “envelhecimento saudável”, evidenciou de forma prospectiva após 1 ano, que as medidas tiveram impacto positivo na fragilidade e na independência dos idosos, mostrando aumento da fragilidade no grupo controle e estagnação do grupo de intervenção.¹⁷

Para correlacionar a idade com o risco de vulnerabilidade, foi obtida a frequência absoluta de idosos por idade e a média de idade dos idosos em cada grau de risco. A (Tabela 3) mostra que quanto maior a idade, maior é o risco de vulnerabilidade clínico-funcional. Sendo que a média de idade dos indivíduos é de 72,3 anos, 76,6 anos e 80,5 anos para aqueles classificados em baixo, médio e alto risco, respectivamente.

Tabela 3 - Média de Idade dos idosos de cada grupo segundo a Classificação quanto ao risco de vulnerabilidade clínico-funcional

Classificação	Média de Idade
Baixo	72,3
Moderado	76,2
Alto	80,9
Fonte: Dados dos prontuários	

O envelhecimento está diretamente associado ao processo de fragilização. Porém, a idade isoladamente, não deve ser considerada como um determinante de fragilidade, porque os idosos envelhecem de maneiras diferentes, devido ao estilo de vida ou a fatores genéticos, por exemplo. Com isso, alguns idosos com idade próxima dos 100 anos podem ser menos frágeis que outros com idade próxima dos 60 anos.⁴

Em outro estudo a clareza na relação entre a idade e declínio funcional não é vista. No estudo, cujo objetivo foi a revisão da literatura sobre os fatores de risco associados ao declínio funcional em idosos hospitalizados, verificou-se que a idade não tem forte relação com o declínio funcional e hospitalização, uma vez que outros elementos, tais como a gravidade da doença apresentada na admissão, a presença de doenças crônicas e o comprometimento funcional prévio, têm maior valor preditivo do que a idade isoladamente. Contudo mostra que os idosos com idade avançada tinham maior nível de doenças graves e dependência funcional antes da hospitalização, quando comparados aos indivíduos com menor idade da amostra.¹⁸

A redução da capacidade de homeostase do idoso quando submetido a stress fisiológico associada a idade cronológica avançada determina a maior susceptibilidade a doenças, aumento da vulnerabilidade e maior probabilidade de morte.¹⁹

Segundo análise realizada pelo Ministério da Saúde em 2010, os óbitos na faixa etária a partir de 60 anos, corresponderam a 60,4% do total de óbitos registrados no Brasil, e as principais causas no ano de 2008, foram às doenças cerebrovasculares (9,2%) e as doenças isquêmicas do coração (8,9%), que na maioria das vezes são consequência de doenças crônicas e/ou uso inadequado de medicamentos.²⁰

No presente estudo, verificou-se que 62,3% dos idosos tinham cinco ou mais doenças crônicas, ou usavam diariamente cinco ou mais medicamentos diferentes ou tiveram internação nos 6 meses anteriores à avaliação.

Para comparar a classificação de risco quanto ao gênero, foi obtida a frequência absoluta e relativa de idosos do sexo masculino e feminino em cada grau de risco.

A (Tabela 4) mostra a distribuição dos idosos quanto aos gêneros masculino e feminino e quanto a classificação de risco de vulnerabilidade clínico-funcional.

Tabela 4 – Distribuição quanto ao gênero e risco de vulnerabilidade

Classificação	Gênero			
	Masculino		Feminino	
	Contagem	Porcentagem	Contagem	Porcentagem
Baixo	2	10,5%	4	9,8%
Moderado	5		17	41,5%
Alto	12	63,2%	20	48,8%

Fonte: Dados dos prontuários

O percentual de homens e mulheres classificados em baixo risco de vulnerabilidade clínico-funcional foi relativamente próximo, correspondendo a 10,5% e 9,8% respectivamente. Entretanto nas classificações de risco moderado e alto houve diferença significativa entre os gêneros, em que 41,5% das mulheres e 26,3% dos homens tiveram risco moderado, e 63,2% dos homens e 48,8% das mulheres tiveram alto risco de vulnerabilidade clínico-funcional.

Portanto, foi possível perceber que a maioria dos homens deste estudo estão no grupo de idosos com maior risco de declínio funcional. Já as mulheres estão em sua maioria nos grupos de moderado e alto risco de declínio funcional, ficando este último grupo ligeiramente maior.

Um estudo, cujo objetivo foi descrever a prevalência de incapacidade funcional por gênero entre idosos brasileiros, fez uma revisão bibliográfica na qual a soma das amostras de todos os estudos foi de 44714 idosos, evidenciando que a proporção de mulheres com incapacidade funcional é 1,51 vezes maior que a de homens.²¹ Essa diferença também foi confirmada em outro estudo, evidenciando que a maioria dos fatores de risco para a fragilidade são mais percebidos nas mulheres, destacando a importância da adoção de estratégias para a prevenção da fragilidade que levem em consideração a diferença entre os gêneros, priorizando as mulheres.²²

Levando em consideração o contexto da formação da população deste estudo, em que os idosos foram escolhidos pelos agentes comunitários de saúde, é importante destacar que um número 2,16 vezes maior de mulheres foi atendido no período estudado em relação aos homens, permitindo assim presumir que no município a prevalência de mulheres com declínio funcional é maior que a dos homens, fundamentando-se na premissa de que os agentes comunitários de saúde escolheram uma quantidade maior mulheres porque estas tinham aparentemente pior estado de saúde e maior necessidade de atendimento pela equipe em especialização em gerontologia, corroborando assim com resultados de outro estudo.²¹

Essa diferença entre os gêneros pode ser explicada pela tendência das mulheres a mencionarem maiores dificuldades funcionais que os homens, e ainda pela maior expectativa de vida das mulheres que associadas às limitações funcionais poderá levar a dependência de cuidados.²³

Neste estudo a comparação do risco de vulnerabilidade clínico-funcional entre homens e mulheres foi dificultada pela diferença quantitativa entre os dois grupos e também pela influência não intencional dos ACS, sendo possível considerar, portanto, que tanto no grupo das mulheres quanto dos homens a maioria foi classificada em alto risco de vulnerabilidade clínico funcional, sendo que no grupo dos homens o percentual foi 14,4% maior que no das mulheres.

Para analisar a distribuição geográfica de risco, foi obtida a frequência absoluta de idosos classificados em cada grau de risco de acordo com a região onde moram (zona rural e urbana). A (Tabela 5) mostra a distribuição dos idosos quanto a região onde moram (rural ou urbana) e quanto a classificação de risco de vulnerabilidade clínico-funcional.

Tabela 5 – Distribuição quanto a região onde mora e o risco de vulnerabilidade

Baixo		Risco de Vulnerabilidade Clínico-funcional			Total
		Moderado	Alto		
Região onde mora	Zona Urbana	2 (6%)	12 (36%)	19 (58%)	33
	Zona Rural	4 (15%)	10 (37%)	13 (48%)	27
Total		6 (10%)	22 (37%)	32 (53%)	60

Fonte: Dados dos prontuários

Os dados apontam semelhança entre os idosos que residem nas zonas urbana e rural em relação ao risco de vulnerabilidade clínico-funcional, visto que, o número de idosos em cada grupo cresce paralelamente com aumento do grau de vulnerabilidade, estando a sua maioria na classificação de alto risco. Entretanto o número de idosos classificados em alto risco de declínio funcional residentes em área urbana é 1,21 vezes maior que o da zona rural, em contrapartida aos classificados em baixo risco, cujo número é 2 vezes maior naqueles residentes em área rural. Em comparação aos idosos classificados em moderado risco, observa-se percentual bem próximo, estando 1% maior na zona rural.

Esses resultados corroboram com o outro estudo, cujo objetivo foi analisar a qualidade de vida entre idosos da área urbana e rural do município de Concordia-SC, e dentre os pontos avaliados incluiu-se a capacidade funcional para realização de atividades de vida diária (AVD), mostrando-se 1,12 vezes (11%) maior naqueles residentes em área rural. Além disso, o estudo conclui que apesar de alguns escores serem melhores na área urbana, possivelmente justificado pelos melhores níveis econômicos que facilitam a

acessibilidade aos meios de comunicação, saúde, lazer e etc., observou-se que em relação aos aspectos sociais e de saúde, os idosos residentes em área rural tiveram resultados mais satisfatórios.²⁴

Diferenças nas características dos idosos que residem em áreas urbanas e rurais em termos socioeconômicos e de estilo de vida podem influenciar na prevalência de fragilidade.²⁵ Idosos residentes na zona rural podem ter um estilo de vida mais saudável, com maior incorporação do comportamento ativo em atividades do cotidiano como práticas agrícolas, jardinagem, caminhadas e pesca. Importante ressaltar que os idosos residentes em zona rural têm algumas particularidades culturais, sociais e étnicas que refletem na sua saúde. Apesar de possuírem hábitos de vida mais saudáveis, têm maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde por consequência da distância até os mesmos e também da dificuldade de locomoção.²⁶

Os resultados devem ser interpretados com cautela devido às limitações do estudo quanto à amostra diante da seleção dos prontuários influenciada indiretamente pelos agentes comunitários de saúde do município, uma vez que estes foram quem escolheram os idosos para o atendimento pela equipe de residentes.

Assim, possivelmente pela busca de novas fontes de renda e maior facilidade de acesso aos serviços de saúde, tem-se observado uma crescente transição de idosos da área rural para a urbana, os quais necessitam de atenção integral com vistas à prevenção e manutenção de suas funcionalidades, visto que, é possível que esses idosos tenham maior dificuldade de acesso a escolas e assistência à saúde em âmbito rural.²⁷

Descobrir onde os idosos em risco de fragilização residem é de grande importância para definir medidas preventivas e intervencionistas que retardem e atenuem o declínio funcional, evitando assim os desfechos adversos, proporcionando uma vida mais ativa aos idosos e para melhorar a qualidade de vida nos diversos contextos.²⁷ O processo de fragilização pode ser reversível quando detectado precocemente, mas pode chegar a um ponto sem retorno após o surgimento da deficiência/dependência.²⁸

REFERÊNCIAS

1. Tiensooli SD, dos Santos ML, Moreira AD, Corrêa AR, Gomes FSL. Características dos idosos atendidos em um pronto-socorro em decorrência de queda. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2019; v. 40. doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180285.
2. Ribeiro EG, Matozinhos FP, Guimarães, GL, do Couto AM, Azevedo RS, Mendoza IYQ. Autopercepção de saúde e vulnerabilidade clínico-funcional de idosos de Belo Horizonte/ Minas Gerais. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2018; v. 71, supl. 2, p. 860-867. doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0135.
3. Moraes EM, Moraes FL. Avaliação multidimensional do idoso. 5. Ed. Belo Horizonte:

Folium, 2016. 248 p.

4. Moraes EM, Carmo JA, Moraes FL, Azevedo RS, Machado CJ, Montilla DER. Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional-20 (IVCF-20): reconhecimento rápido do idoso frágil. São Paulo: Revista Saúde Pública. 2016; v. 50, 81. doi.org/10.1590/s1518-8787.2016050006963.

5. Birkelbach O, Mörgelil R, Spies C, Olbert M, Weiss B, Brauner M, et al. Routine frailty assessment predicts postoperative complications in elderly patients across surgical disciplines – a retrospective observational study. BMC Anesthesiology. 2019; V. 19, n. 1, p. 204. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12871-019-0880-x>.

6. Cardoso LCP, Saintrain MVL, Anjos RES, Pinheiro SS, Carvalho Filho MAM, Rodrigues G. et al. The importance of measuring functional independence for rehabilitation therapy in older trauma patients. International Journal of Advanced Engineering Research and Science. 2019; V. 6, p. 229-238.

7. Pilger C, Menon UM, Mathias TAF. Capacidade funcional de idosos atendidos em unidades básicas de saúde do SUS. Revista Brasileira de Enfermagem. 2013; v. 66, n. 6, p. 907-913. doi.org/10.1590/S0034-71672013000600015.

8. Organização Mundial da Saúde. Resumo. Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde. WHO. Geneva, 2015. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf?sequence=6>.

9. Vasconcelos AMN, Gomes MMF. Transição demográfica: a experiência brasileira. Epidemiologia e Serviços de Saúde. 2012; v. 21, n. 4, p. 539-548. doi.org/10.5123/S1679-49742012000400003.

10. Alexandre TS, Duarte YA de O, Santos JLF. Prevalência e fatores associados à sarcopenia, dinapenia e sarcodinapenia em idosos residentes no Município de São Paulo: Estudo SABE. Revista Brasileira de Epidemiologia. 2018 ;21 (Suppl 02) . doi.org/10.1590/1980-549720180009.supl.2

11. Marzetti E, Calvani R, Tosato M, Cesari M, Di Bari M, Cherubini A, et al. Physical activity and exercise as countermeasures to physical frailty and sarcopenia. Aging Clin Exp Res. 2017; v. 29, p. 35–42. doi.org/10.1007/s40520-016-0705-4.

12. Secoli SR. Polifarmácia: interações e reações adversas no uso de medicamentos por idosos. Revista Brasileira de Enfermagem. 2010; v. 63, n. 1, p. 136-140. doi.org/10.1590/S0034-71672010000100023.

13. Moraes EN. A arte da (des) prescrição no idoso: a dualidade terapêutica. Belo Horizonte: Folium, 2018.

14. Moon JH, Huh JS, Won CW, Kim WJ. Is Polypharmacy Associated with Cognitive Frailty in the Elderly? Results from the Korean Frailty and Aging Cohort Study. The journal of

nutrition, health & aging. 2019; v. 23, p. 958–965. doi.org/10.1007/s12603-019-1274-y.

15. Guerra HS, Souza RA, Bernardes DCF, Santana JA, Barreira LM. Prevalência de quedas em idosos na comunidade. *Revista Saúde e Pesquisa*. 2016; V. 9, n. 3, p. 547-555. doi.org/10.17765/2176-9206.2016v9n3p547-555.

16. Ferretti F, Lunardi D, Bruschi L. Causas e consequências de quedas de idosos em domicílio. *Fisioterapia em Movimento*. 2013; v. 26, n. 4, p. 753-762. doi.org/10.1590/S0103-51502013000400005.

17. Ožić S, Vasiljev V, Ivković V, Bilajac L, Rukavina T. Interventions aimed at loneliness and fall prevention reduce frailty in elderly urban population. *Medicine*. 2020; v. 99, n. 8. doi.org/10.1097/MD.00000000000019145.

18. Cunha FCM, Cintra MTG, Cunha LCM, Couto EAB, Giacomini KC. Fatores que predisõem ao declínio funcional em idosos hospitalizados. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. 2009; v. 12, n. 3, p. 475-487. doi.org/10.1590/1809-9823.2009.00013.

19. Paz AA, Santos BRL, Eidt OR. Vulnerabilidade e envelhecimento no contexto da saúde. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2006; v. 19, n. 3, p. 338-342. doi.org/10.1590/S0103-21002006000300014.

20. Brasil. Ministério da Saúde. *Saúde Brasil 2009: Uma Análise da Situação de Saúde e da Agenda Nacional e Internacional de Prioridades em Saúde*. Brasília, DF. 2010.

21. Campos ACV, Almeida MHM, Campos GV, Bogutchi TF. Prevalência de incapacidade funcional por gênero em idosos brasileiros: uma revisão sistemática com metanálise. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro. 2016; v. 19, n. 3, p. 545-559. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232016000300545&lng=en&nrm=iso.

22. Alexandre TDS, Corona LP, Brito TRP, Santos JLF, Duarte YAO, Lebrão ML. Gender Differences in the Incidence and Determinants of Components of the Frailty Phenotype Among Older Adults: Findings From the SABE Study. *J Aging Health*. 2018;30(2):190-212. doi: 10.1177/0898264316671228.

23. Machado VB, Barros AP de M. Revisão sistemática sobre os benefícios adquiridos na promoção do envelhecimento saudável. *Rev. G&S*. 2012;3(2):413-24. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/113>

24. Beltrame V, Cader SA, Cordazzo F, Dantas EHM. Qualidade de vida de idosos da área urbana e rural do município de Concórdia, SC. *Rev. bras. geriatr. gerontol*. 2012; 15(2): 223-232. doi.org/10.1590/S1809-98232012000200005.

25. Hamidin FAM, Adznam SN, Ibrahim Z, Chan YM, Aziz NHA. Prevalence of frailty syndrome and its associated factors among community dwelling elderly in East Coast of Peninsular

Malaysia. SAGE Open Medicine. 2018; v. 6. doi.org/10.1177/2050312118775581.

26. Llano PMP, Lange C, Nunes DP, Pastore CA, Pinto AH, Casagrande LP. Fragilidade em idosos da zona rural: proposta de algoritmo de cuidados. Acta Paulista de Enfermagem. 2017; v. 30, n. 5, p. 520-530. doi.org/10.1590/1982-0194201700075.

27. Freitas FFQ, Beleza CMF, Furtado IQCG, Fernandes ARK, Soares SM. Temporal analysis of the functional status of older people in the state of Paraíba, Brazil. Revista Brasileira de Enfermagem. 2018; v. 71, supl. 2, p. 905-911. doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0130.

28. Preto LSR, Conceição MCD, Amaral SIS, Figueiredo TM, Preto PMB. Fragilidade e fatores de risco associados em pessoas idosas independentes residentes em meio rural. Revista de Enfermagem Referência. 2018; v. serIV, n. 16, p. 73-84. doi.org/10.12707/RIV17078.

Índice Interativo

A

Análise de vulnerabilidade 50
Ansiedade 33, 34, 35, 37, 38, 71
Ansiedade na pandemia 33
Atenção primária à saúde 9
Avaliação geriátrica 50

B

Bancos de sangue 66, 68, 71, 73
Bem-estar dos idosos 40, 42
Biossegurança 66, 68, 72

C

Câncer 76, 78, 79, 80, 86, 87, 88, 89, 90
Câncer de colo uterino 76
Colpocitologia oncótica 77, 78, 83
Condições de trabalho 27, 33, 35
Covid 19 8, 33, 34, 35, 76, 77

D

Distanciamento social 68, 74, 76, 82
Doação sanguínea 66, 72
Doações voluntárias 66

E

Emergência 9, 11, 12, 14, 15, 18, 19, 20, 21, 23, 24, 25, 28, 29, 71
Enfermagem 31, 32, 39, 40, 42, 44, 45, 47, 48, 49, 62, 63, 64, 65
Envelhecimento 40, 41, 49, 50, 52, 58, 59, 64
Envelhecimento saudável 50, 58, 64
Equipamentos de proteção individual (epis) 66, 68
Equipe de enfermagem 40, 42, 45, 46
Estoques sanguíneos 66
Exame colpo citológico 76
Exame preventivo 76, 86, 88

F

Fragilidade 50, 65
Fragilização dos idosos 50

G

Gestão em saúde 10
Grupo terapêutico 33

I

Idoso 41, 47, 50, 53
Idosos institucionalizados 40, 42, 44, 45, 47, 48
Impacto da pandemia 66

Incapacidades funcionais 50, 58
Incidência de patologias 40, 45
Infecções 76, 79, 86
Instituições de longa permanência para idosos (ilpis) 40, 42
Instituto nacional de câncer 76
Integridade física e psicológica 40

M

Ministério da saúde 11, 20, 23, 25, 26, 28, 30, 31, 41, 47, 59, 64, 66, 72, 73, 84, 85, 90
Modificação celular e molecular 76
Mutações 76, 78, 79

N

Neoplasias 76, 90

O

Organização mundial da saúde 36, 63, 66, 70, 72, 74, 81
Organização pan-americana da saúde 49, 66, 71, 72, 74

P

Pandemia 33, 35, 36, 37, 38, 66, 68, 70, 71, 72, 73, 74, 76, 78, 82, 83, 88, 89, 90
Profissionais de saúde 23, 24, 25, 28, 33, 35, 52, 58
Programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (pmaq) 9, 26
Psicologia social 33, 36

R

Regras de biossegurança 66

S

Saúde das mulheres 76
Saúde dos profissionais 9
Saúde mental 31, 34, 35, 37
Saúde pública 76
Serviços de hemoterapia 66, 68, 69, 70, 71, 73
Serviços de saúde 10, 12, 22, 23, 25, 42, 51, 62, 66, 78
Serviços hemoterápicos 66, 70, 74
Situações emergenciais 9, 28

U

Unidades de saúde 9, 14, 19, 26
Urgência 9, 11, 12, 14, 15, 18, 19, 20, 21, 23, 24, 25, 28, 29, 54

V

Valorização profissional 40
Vírus 35, 36, 37, 71, 76, 78, 79, 80, 81, 83, 85, 89



editoraomnisscientia@gmail.com 

<https://editoraomnisscientia.com.br/> 

[@editora_omnis_scientia](https://www.instagram.com/editora_omnis_scientia) 

<https://www.facebook.com/omnis.scientia.9> 

+55 (87) 9656-3565 



editoraomnisscientia@gmail.com 

<https://editoraomnisscientia.com.br/> 

[@editora_omnis_scientia](https://www.instagram.com/editora_omnis_scientia) 

<https://www.facebook.com/omnis.scientia.9> 

+55 (87) 9656-3565 