

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ-UFPI
CAMPUS SENADOR HELVÍDIO NUNES DE BARROS
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

VITÓRIA SILVA DE ARAÚJO

**FREQUÊNCIA DE SÍNDROME DE FRAGILIDADE CLÍNICO-FUNCIONAL EM
IDOSOS NA ATENÇÃO BÁSICA**

PICOS-PIAUÍ

2018

VITÓRIA SILVA DE ARAÚJO

**FREQUÊNCIA DE SÍNDROME DE FRAGILIDADE CLÍNICO-FUNCIONAL EM
IDOSOS NA ATENÇÃO BÁSICA**

Monografia apresentada ao Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí - Campus Senador Helvídio Nunes de Barros, como requisito necessário para a obtenção do grau de bacharel em Enfermagem.

Orientador (a): Prof.^a Dr.^a Ana Larissa Gomes Machado.

PICOS-PIAUI

2018

FICHA CATALOGRÁFICA

Serviço de Processamento Técnico da Universidade Federal do Piauí

Biblioteca José Albano de Macêdo

A659f Araújo, Vitória Silva de.

Frequência de síndrome de fragilidade clínico-funcional em idosos na atenção básica / Vitória Silva de Araújo – 2018.

CD-ROM : il.; 4 ¼ pol. (75 f.)

Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) – Universidade Federal do Piauí, Picos, 2018.

Orientador(A): Prof.^a Dr.^a Ana Larissa Gomes Machado.

1. Idoso Fragilizado. 2. Enfermagem. 3. Atenção Básica.
I. Título.

CDD 60.734

VITÓRIA SILVA DE ARAÚJO

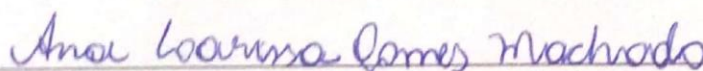
**FREQUÊNCIA DE SÍNDROME DE FRAGILIDADE CLÍNICO-FUNCIONAL EM
IDOSOS NA ATENÇÃO BÁSICA**

Monografia apresentada ao Curso de Enfermagem da
Universidade Federal do Piauí - Campus Senador
Helvídio Nunes de Barros, como requisito necessário
para a obtenção do grau de bacharel em Enfermagem.

Orientador (a): Prof.^a Dr.^a Ana Larissa Gomes
Machado.

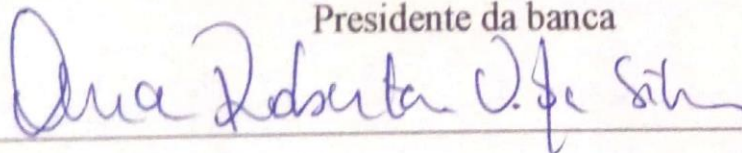
Data da aprovação: 21/06/2018

BANCA EXAMINADORA



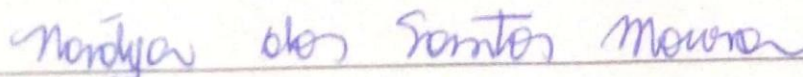
Prof.^a Dr.^a Ana Larissa Gomes Machado

Universidade Federal do Piauí/Campus Senador Helvídeo Nunes de Barros
Presidente da banca



Prof.^a Dr.^a Ana Roberta Vilarouca

Universidade Federal do Piauí/Campus Senador Helvídeo Nunes de Barros
2º Examinador (a)



Prof.^a Me. Nádyia dos Santos Moura

Universidade Federal do Piauí/Campus Senador Helvídeo Nunes de Barros
3º Examinador (a)

DEDICATÓRIA

À Deus, pelo dom da vida, por sua fonte de amor infinita e pelo zelo com que cuidou de mim durante toda essa jornada. A ti Senhor, dedico minha profissão.

Aos meu pais, Ivonete Ferreira da Silva de Araújo e Gelsivan Carlos de Araújo por todo amor, por cada oração e por acreditar que esse sonho seria possível.

AGRADECIMENTOS

À **Deus**, pelo seu eterno amor e fidelidade, pelo dom da vida, por ter me escolhido para ser instrumento de amor nas mãos dele e por permitir que este sonho fosse possível.

À meus pais, **Ivonete Ferreira da Silva de Araújo** e **Gelsivan Carlos de Araújo** por todo amor, incentivo, dedicação, exemplo de fé e perseverança e por sonharem junto comigo cada sonho meu.

À meus irmãos **João Vítor Silva de Araújo** e **Romário Silva de Araújo**, em especial, à minha irmã **Beatriz Silva de Araújo** que acompanhou de perto minha jornada e foi meu alicerce nos momentos mais difíceis, a melhor irmã que Deus poderia ter me dado.

Aos meus tios, **Ilza Maria, Francisco Carlos, Isaías Ferreira e Roberto Carlos** pela confiança, apoio e por acreditarem no meu potencial. Sem vocês esse sonho não seria realidade, portanto, essa vitória é nossa!

Aos meus **avós**, exemplos de amor e coragem, aos quais serei eternamente grata pelo carinho e afeto.

À **UFPI**, aos **docentes** e **funcionários** que me acolheram com amor e oportunizaram a concretização desse sonho.

À minha orientadora **Ana Larissa Gomes Machado**, meu exemplo e fonte de inspiração, profissional e ser humano que guardarei para sempre em minha memória e em meu coração.

Ao **GPeSC**, em especial ao meu grupo de extensão **SAMU e a Comunidade**, a professora **Rosa Dantas**, ao coordenador do SAMU, **Jackson de Moura Martins** e aos meus amigos **Amadeu Neto, Levi Sousa, Joice Rodrigues e Mary Evely**, profissionais dedicados e competentes com os quais vivenciei experiências maravilhosas.

Aos meus professores, em especial, **Iolanda Gonçalves, Gilberto Pereira, Ana Klisse, Ana Roberta, Karielly Alencar, Nádyá Moura, Andressa Oliveira, Elis Marina Danusa Felinto, Jayne Moura e Carla Carvalho**, por cada ensinamento e por terem marcado de forma especial minha vida acadêmica e profissional. Tenho vocês como meus melhores exemplos, não somente como professores, mas como profissionais e seres humanos extraordinários.

Aos meus **companheiros de curso**, em especial, às **Enferlindas**, por todo companheirismo, cumplicidade, carinho e motivação e pela amizade verdadeira que levaremos para além dos muros da Universidade.

Aos meus amigos **Pablo Macêdo** e **Alessandra Alves**, companheiros de estágio e amigos maravilhosos com quem tive a oportunidade de vivenciar experiências incríveis no curricular I.

À minha melhor amiga, **Joice Rodrigues**, minha companheira de curso e de vida com quem compartilhei todos os momentos desta graduação, sem a qual eu não teria chegado onde cheguei.

Ao meu melhor amigo **Luciano Oliveira**, por cada oração, por acreditar que eu venceria e que mesmo estando distante nunca deixou de me apoiar.

À minha amiga, irmã e anjo da guarda, **Jéssica Keylla**, pelas incontáveis vezes que me apoiou, por todo amor e pela lealdade, sem a qual eu não teria passado pelos momentos mais difíceis do curso e da vida.

Ao meu amigo **Vítor Azevedo** por cada sorriso, pelas vezes que ouviu meus desabafos, pela lealdade, companheirismo e pelo apoio nas horas difíceis. Agradeço por ser um dos melhores amigos que Picos me deu e por poder contar com sua alegria diariamente.

Às minhas amigas, **Geanne Miranda**, **Marina Gomes**, **Kimberlly Meneses** e **Adrielly Sabrina**, as melhores companheiras de apartamento e as amigadas mais verdadeiras que construí durante esse período.

Aos meus amigos **Abimael Júnior**, **Amaryl Costa**, **Dênis Rafael**, **Izabela Miranda** e aos demais que alegraram os meus dias e me deram forças para realizar este sonho.

Aos meus amigos, **Sabrina da Silva**, **Adriano Pereira**, **Mayk Santos**, **Gustavo Henrique** e **William Cândido** por serem meus amigos de longa data que acompanharam o começo deste curso e que torceram por mim mesmo estando distantes.

Aos meus professores do ensino médio e fundamental, **Romildo Silva**, **Alexandre Chaves**, **Ivânia Lima**, **Cleudo Silva**, **Paulo Clésson**, **Paulo Sérgio**, **Antônia Sales** e aos demais que acreditaram em mim mesmo antes do ingresso na faculdade.

À todos que direta ou indiretamente contribuíram para realização deste sonho.

“O cavalo prepara-se para o dia da
batalha, mas do Senhor vem a
vitória”.

Provérbios 21:31

RESUMO

A maioria dos idosos vive com autonomia e independência, porém uma parcela significativa deles apresenta comprometimento da capacidade funcional e maior vulnerabilidade a eventos adversos. À perda da preservação funcional e cognitiva dá-se o nome de fragilização, processo que está intimamente relacionado ao envelhecimento. O estudo teve como objetivo analisar a frequência da Síndrome de Fragilidade Clínico-Funcional em idosos acompanhados na atenção básica. Trata-se de um estudo descritivo, transversal e de natureza quantitativa, realizado com 202 idosos cadastrados em duas unidades de saúde da atenção primária no município de Picos-PI. A coleta dos dados aconteceu no período de fevereiro a maio de 2018 no domicílio dos idosos mediante aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), Mini Exame do Estado Mental (MEEM), formulário sociodemográfico e Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional-20 (IVCF-20). O IVCF-20 classifica os idosos em três categorias: idoso robusto, em risco de fragilização e frágil. A análise dos dados ocorreu mediante estatística descritiva com a criação do banco de dados no programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 20.0. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Piauí (UFPI), segundo o número do parecer 2.389.117. A maioria dos participantes possuía entre 60 a 74 anos (58,9%), média de idade de $72,6 \pm 8,77$ anos, sexo feminino (60,4%), casados (52,5%), aposentados (87,1%), cor da pele não branca (75,7%), com até cinco anos de estudo (75,2%) e renda média de $1062,29 \pm 515,60$ reais. Os resultados evidenciaram um percentual elevado de idosos em risco de fragilização (42,1%) ou frágeis (21,3%), correspondendo a 63,4% da amostra, destacando-se também maior frequência de idosos frágeis no sexo feminino (23,0%). Evidenciou-se associação estatística significativa entre os estratos clínico-funcionais e os marcadores de fragilidade: idade ($p < 0,001$), autopercepção de saúde ($p < 0,001$), atividades de vida diárias básicas e instrumentais ($p < 0,001$), cognição ($p < 0,001$), humor ($p < 0,001$), mobilidade ($p < 0,001$), comunicação ($p < 0,001$) e comorbidades ($p < 0,001$). O estudo permitiu identificar a Síndrome da Fragilidade em 21,3% da amostra, fenômeno que chama a atenção para o cenário atual da saúde dos idosos e das políticas voltadas a esse público. Nesse contexto, o enfermeiro desempenha papel fundamental na atenção à saúde dos idosos e é extremamente importante na identificação do idoso frágil, portanto deve aprimorar constantemente seus conhecimentos acerca da vulnerabilidade Clínico-Funcional, melhorando significativamente a assistência à saúde prestada aos idosos.

Palavras-chave: Idoso Fragilizado. Enfermagem. Atenção Básica.

ABSTRACT

The majority of the elderly live with autonomy and independence, but a significant number of them present impairment of functional capacity and greater vulnerability to adverse events. The loss of functional and cognitive preservation is called embrittlement, a process that is closely related to aging. The objective of this study was to analyze the frequency of Clinical-Functional Fragility Syndrome in elderly patients followed up in primary care. This is a descriptive cross-sectional study of 202 elderly people enrolled in two primary health care units in the city of Picos-PI. Data were collected from February to May 2018 at the household of the elderly using the Informed Consent Form (TCLE), Mini Mental State Examination (MMSE), socio-demographic form and Clinical-Functional Vulnerability Index-20 (IVCF-20). The IVCF-20 classifies the elderly in three categories: robust elderly, frail and fragile. Data analysis was performed using descriptive statistics with the creation of the database in the Statistical Package for Social Sciences (SPSS) version 20.0. The research was approved by the Research Ethics Committee (CEP) of the Federal University of Piauí (UFPI), according to the number of opinion 2,389,117. The majority of participants were between 60 and 74 years old (58.9%), mean age was 72.6 ± 8.77 years, female (60.4%), married (52.5%), retired (87, 1%), non-white skin color (75.7%), with up to five years of study (75.2%) and mean income of 1062.29 ± 515.60 reais. The results showed a high percentage of elderly individuals at risk of fragility (42.1%) or fragile (21.3%), corresponding to 63.4% of the sample, with a higher frequency of frail elderly women (23, 0%). There was a significant statistical association between the clinical-functional strata and the markers of frailty: age ($p < 0.001$), self-perception of health ($p < 0.001$), basic and instrumental daily life activities ($p < 0.001$), cognition ($p < 0.001$), humor ($p < 0.001$), mobility ($p < 0.001$), communication ($p < 0.001$), and comorbidities ($p < 0.001$). The study allowed the identification of Fragility Syndrome in 21.3% of the sample, a phenomenon that draws attention to the current scenario of the health of the elderly and the policies aimed at this public. In this context, nurses play a fundamental role in the health care of the elderly and it is extremely important in the identification of the fragile elderly, and therefore must constantly improve their knowledge about the Clinical-Functional vulnerability, significantly improving the health care provided to the elderly.

Keywords: Fragile elderly. Nursing. Basic Attention.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Amostra do estudo. Picos, Piauí, Brasil, 2018.....	24
Quadro 2	Pontos de corte sugeridos para o IVCF-20. Picos, Piauí, Brasil, 2018.....	30

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Caracterização Sociodemográfica dos Idosos. Picos, Piauí, Brasil, 2018.....	33
Tabela 2	Classificação Clínico-Funcional de acordo com o IVCF-20, segundo o sexo. Picos, Piauí, Brasil, 2018.....	34
Tabela 3	Marcadores de fragilidade segundo o estrato clínico funcional. Picos, Piauí, Brasil, 2018.....	34

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Escala visual de fragilidade.....	30
----------	-----------------------------------	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABVD	Atividades Básicas de Vida Diária
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIVD	Atividades Instrumentais de vida Diária
AVD	Atividade de Vida Diária
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CP	Circunferência da Panturrilha
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HR	Hospital Regional
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ILP	Instituição de Longa Permanência
IMC	Índice de Massa Corporal
IRIM	Instituto do Rim
IVCF-20	Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional-20
MEEM	Mini Exame do Estado Mental
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNSI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPI	Universidade Federal do Piauí

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
2	OBJETIVOS	17
2.1	Geral.....	17
2.2	Específicos.....	17
3	REVISÃO DE LITERATURA	18
3.1	Envelhecimento: conceitos e dados epidemiológicos.....	18
3.2	A Síndrome da Fragilidade e as redes de atenção à saúde do idoso.....	19
3.3	Atuação do enfermeiro na identificação de idosos fragilizados.....	21
4	MÉTODO	23
4.1	Tipo de estudo.....	23
4.2	Local e período de estudo.....	23
4.3	População e amostra.....	23
4.4	Variáveis de estudo.....	24
4.4.1	Variáveis Clínico-Funcionais.....	24
4.4.2	Variáveis sociodemográficas.....	25
4.4.3	Variáveis do Mini Exame do Estado Mental.....	26
4.5	Coleta de dados.....	27
4.6	Análise dos dados.....	31
4.7	Aspectos éticos.....	31
4.7.1	Riscos.....	31
4.7.2	Benefícios.....	31
5	RESULTADOS	33
6	DISCUSSÃO	36
7	CONCLUSÃO	41
	REFERÊNCIAS	43
	APÊNDICES	48
	APÊNDICE A – Formulário Sociodemográfico.....	49
	APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	50
	ANEXOS	53
	ANEXO A – Mini Exame do Estado Mental (MEEM).....	54
	ANEXO B – Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional-20 (IVCF-20).....	56

1 INTRODUÇÃO

A maioria dos idosos vive com autonomia e independência, porém uma parcela significativa deles apresenta comprometimento da capacidade funcional e maior vulnerabilidade a eventos adversos. À perda da capacidade funcional e cognitiva dá-se o nome de fragilização, processo que está intimamente relacionado ao envelhecimento.

O interesse pela área surgiu ainda nos primeiros semestres da graduação quando aconteceu o primeiro contato com uma Instituição de Longa Permanência (ILP). Mas adiante, as visitas ao Instituto do Rim (IRIM) e ao Hospital Regional (HR) permitiram uma aproximação com a população idosa, o que possibilitou a identificação de um grande número de idosos institucionalizados, hospitalizados e dependentes. A partir disso, questionou-se as razões para a prevalência dessa realidade e decidiu-se trabalhar uma temática voltada para a Saúde do Idoso, o que culminou na elaboração deste estudo.

O Estatuto do Idoso (2003) define idoso pessoas com 60 anos ou mais. Já a OMS (2002) define o idoso a partir da idade cronológica, portanto, é considerado idoso pessoas com 60 anos ou mais, em países em desenvolvimento, como o Brasil e com 65 anos ou mais em países desenvolvidos. Todavia, destaca-se que o envelhecimento não está diretamente relacionado à idade, mas ao grau de vulnerabilidade da pessoa idosa.

O envelhecimento é uma das maiores conquistas da humanidade, considerando o aumento da expectativa de vida e conseqüentemente, o expressivo aumento da população idosa. O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) estima que, até o ano de 2060, o Brasil contará com uma população idosa constituída por aproximadamente 58 milhões de indivíduos. Ainda segundo o IBGE, atualmente, no Brasil, uma em cada dez pessoas tem 60 anos de idade ou mais. Estima-se que, em 2050, a relação será de uma para cinco em todo o mundo, e de uma para três nos países desenvolvidos (IBGE, 2013).

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSI) (2006) afirma que o principal problema que pode afetar o idoso é a perda de sua capacidade funcional, isto é, a perda das habilidades físicas e mentais necessárias para realização de atividades básicas de vida diária (ABVD) e atividades instrumentais de vida diária (AIVD).

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) (2014) conceitua capacidade funcional como sendo a interação dinâmica entre vários fatores intrínsecos como as condições de saúde do indivíduo e as estruturas e funções do corpo, o ambiente físico no qual o indivíduo está inserido e os fatores sociais que seriam a interação do indivíduo com a sociedade.

A síndrome da fragilidade física pode ser definida como “uma síndrome médica com múltiplas causas e contributos, que se caracteriza por diminuição de força, resistência e reduzida função fisiológica que aumenta a vulnerabilidade do indivíduo e desenvolve maior dependência e/ou morte”. Nessa ênfase física, a fragilidade pode ser avaliada, por meio de cinco componentes físicos: perda de peso não intencional, redução da força de preensão, diminuição das atividades físicas, autorrelato de fadiga e diminuição da velocidade da marcha. Os idosos que apresentarem três ou mais dessas características são considerados frágeis, aqueles que apresentarem uma ou duas são pré-frágeis e aqueles que não apresentarem nenhuma são idosos não-frágeis (LENARDT et al., 2014).

Nesse sentido, o presente estudo se propõe a identificar a Síndrome de Fragilidade Clínico-Funcional em idosos em duas Unidades Básicas de Saúde (UBSs) do município de Picos. O estudo busca identificar os idosos fragilizados e elucidar a seguinte questão: qual a frequência da Síndrome de Fragilidade Clínico-Funcional em idosos acompanhados na AB de saúde? Com base nessa problemática, pretende-se identificar a classificação clínico-funcional dos idosos investigados e verificar a frequência dos marcadores de fragilidade conforme a condição clínico-funcional apresentada por eles.

A Síndrome de Fragilidade Clínico-Funcional em idosos é uma temática que vem ganhando cada vez mais destaque na literatura, pois com o aumento da expectativa de vida, cresceu também a preocupação com a qualidade do processo de envelhecimento. Dada a necessidade de entender e conhecer os fatores associados a esse processo, bem como melhorar a assistência de enfermagem prestada à esse público, enfatiza-se a relevância desse estudo não somente para pesquisadores na área, como também para alunos de graduação, profissionais da saúde e todos que possuem curiosidade de entender como o processo de fragilização se desencadeia.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

- Analisar a frequência da Vulnerabilidade Clínico-Funcional em idosos acompanhados na atenção básica.

2.2 Específicos

- Identificar a classificação clínico-funcional dos idosos investigados;
- Analisar a associação entre os estratos clínico-funcionais e o sexo dos participantes;
- Verificar a frequência dos marcadores de fragilidade conforme a condição Clínico-Funcional apresentada pelos idosos.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Envelhecimento: conceitos e dados epidemiológicos

A Organização Mundial da Saúde conceitua o envelhecimento do indivíduo como “um processo fisiológico que começa na concepção e ocasiona mudanças, características para a espécie, durante todo o ciclo da vida”, além, de considerar idoso aquele com 60 anos ou mais de idade nos países em desenvolvimento e 65 anos ou mais nos desenvolvidos (FHON et al., 2012).

Em muitos países, o processo de envelhecimento tem ocorrido de maneira lenta e gradual, possibilitando adaptações no provimento de serviços sociais, previdenciários e de saúde. No Brasil, entretanto, esse processo vem ocorrendo de forma acelerada, principalmente no início do Século XXI, associando-se a importantes transformações sociais e econômicas, bem como à mudança no perfil epidemiológico e nas demandas dos serviços de saúde (BARBOSA et al., 2017).

Segundo o IBGE (2017) o Brasil conta com uma estimativa populacional de 207 milhões de habitantes. Nos últimos 10 anos o Brasil ganhou 8,5 milhões de cidadãos acima dos 60 anos e tem hoje 26 milhões de pessoas acima dos 60 anos. Em 2007 eles eram 17 milhões e em 2027 essa parcela da população dobrará, chegando aos 37 milhões, de acordo com projeções do órgão. As estimativas mostram que aumentará não apenas o total de pessoas idosas, mas principalmente a participação delas no conjunto da população brasileira, passando de 8% em 2000 para quase 19% no ano de 2030.

O envelhecimento da população brasileira impactou e trouxe mudanças no perfil demográfico e epidemiológico em todo País, produzindo demandas que requerem respostas das políticas sociais envolvendo o Estado e a sociedade, implicando novas formas de cuidado, em especial aos cuidados prolongados e a atenção domiciliar. Associadas a esse quadro, ocorreram mudanças na composição das famílias brasileiras, no papel da mulher no mercado de trabalho, na queda da taxa de fertilidade e na nupcialidade, resultando em novos desafios a serem enfrentados no cuidado à população idosa, dirigidos principalmente às políticas de saúde, da assistência social e da previdência social (BRASIL, 2014).

Os dados demonstram que a transição demográfica brasileira representa uma conquista e uma responsabilidade para os gestores públicos e para a sociedade. É essencial realizar investimentos que fortaleçam a autonomia e promovam a vida saudável dos idosos, assim como garantir uma atenção adequada às suas necessidades. Para isso, é fundamental

direcionar o planejamento das políticas e serviços, afinal, de agora em diante a população idosa aumentará até os anos 2050 (MINAYO, 2012).

3.2 A Síndrome da Fragilidade e as redes de atenção à saúde do idoso

Do ponto de vista da saúde pública, a capacidade funcional surge como o conceito de saúde mais apropriado para instrumentalizar e operacionalizar uma política eficiente de atenção à saúde do idoso. Um instrumento que seja capaz de identificar, com alto grau de confiança, a condição clínico-funcional do indivíduo idoso, dentro da realidade brasileira, é elemento essencial para o estabelecimento de uma rede de atenção à saúde coesa, interdependente e cooperativa (CARMO, 2014).

A funcionalidade global é base do conceito de saúde da pessoa idosa, definida como a capacidade de gerir a própria vida e cuidar de si mesmo. O declínio funcional refere-se à perda da autonomia ou da independência, pois restringe a participação social do indivíduo (MORAES, 2012). A identificação da fragilidade/estratificação (idoso independente e autônomo; idoso em risco de fragilização; e idoso frágil) é fundamental para o planejamento das ações em saúde, definição de metas terapêuticas e priorização do cuidado (BRASIL, 2014).

No âmbito da gerontologia, aborda-se o conceito de vulnerabilidade como o estado de indivíduos ou grupos que, por alguma razão, têm sua capacidade de autodeterminação reduzida e podem apresentar dificuldades para proteger os próprios interesses devido a déficits de poder, inteligência, educação, recursos, força ou outros atributos. O envelhecimento implica aumento de riscos para o desenvolvimento de vulnerabilidade de natureza biológica ou individual, socioeconômica e psicossocial, em virtude do declínio biológico típico da senescência, que interage com processos socioculturais, com os efeitos acumulativos de condições deficitárias de educação, renda e saúde ao longo da vida. Essas condições poderão causar significativo impacto ao idoso, favorecendo, especialmente, a vulnerabilidade individual – associada mais fortemente a componentes biofisiológicos (BARBOSA et al. 2017).

Para Moraes e Lana (2016), é a redução da reserva homeostática e/ou da capacidade de adaptação do indivíduo às agressões biopsicossociais e, conseqüentemente, maior vulnerabilidade ao declínio funcional. Para verificar a presença de fragilidade, utiliza-se o IVCF-20, instrumento utilizado no rastreio de idosos frágeis no qual o idoso que obtiver pontuação entre 0 e 6 é considerado robusto, os que pontuarem entre 7 e 14 estão em risco de fragilização e os que pontuarem ≥ 15 , são frágeis.

As mudanças no status da fragilidade devem ser consideradas no planejamento de cuidado aos idosos que são assistidos pelos sistemas públicos de saúde e assistencial. É preciso

que os serviços de atendimento básico se familiarizem com as condições do envelhecimento, otimizem suas ações junto à população usuária, a fim de potencializar abordagens de cuidado integrado (JESUS et al., 2017).

Em 19 de outubro de 2006, foi criada a Portaria nº. 2528, a qual aprova a Política Nacional da Pessoa Idosa. Essa tem por finalidade recuperar, manter, promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. São alvos dessa política todos os brasileiros com 60 anos ou mais de idade. As políticas públicas de saúde, objetivando assegurar atenção a toda população, têm dado visibilidade a um segmento populacional até então pouco notado pela saúde pública - os idosos e as idosas com alto grau de dependência funcional (BRASIL, 2006).

Para Braga et al. (2011), faz-se necessário ampliar o foco de atenção aos idosos, desenvolvendo estratégias de planejamento, implementação e avaliação de programas de promoção à saúde do idoso, garantindo-lhes desta forma melhores condições de vida e saúde, de modo a propiciar um envelhecimento saudável.

Os elementos constitutivos da rede de atenção à saúde, representados pela estrutura operacional, o modelo de atenção e, principalmente, pela população de idosos, devem estar claramente definidos para que a atuação da rede proposta seja capaz de recuperar e/ou manter a independência e autonomia do idoso (BRASIL, 2014).

A demora no reconhecimento da importância dos serviços de atenção à saúde do idoso e a conseqüente lentidão na implementação de políticas públicas eficientes e articuladas não se restringe, convém ressaltar, ao cenário brasileiro. Em outros países, mesmo naqueles que ostentam notáveis avanços na oferta de serviços públicos de saúde, a consolidação de uma visão ampla da necessidade da implantação de serviços de saúde voltados às especificidades do indivíduo idoso, demorou décadas para acontecer (CARMO, 2014).

O crescente processo de envelhecimento da população brasileira e as conseqüentes mudanças no perfil demográfico e epidemiológico produzem demandas que requerem respostas das políticas sociais envolvendo o Estado e a Sociedade, implicando em novas formas de cuidado sistematizado, contínuo e articulado em rede. O trabalho em rede, proposto pelo modelo de atenção, considera a atenção básica como ordenadora do cuidado, visa garantir o cuidado contínuo da pessoa idosa no SUS, favorece o fortalecimento da articulação entre os diferentes pontos de atenção, o vínculo entre as pessoas idosas e os profissionais da atenção básica e os pontos de referência da rede como um todo (BRASIL, 2014).

3.3 Atuação do enfermeiro na identificação de idosos fragilizados

Os idosos frágeis apresentam uma condição de vulnerabilidade a desfechos adversos e, portanto, podem expressar diferentes combinações de qualidade de vida. Pouco se sabe a respeito da qualidade de vida de idosos frágeis brasileiros, sobre os aspectos específicos que são afetados, os déficits, as compensações pessoais e os recursos de que dispõem. Logo, tornam-se necessários estudos que investiguem a qualidade de vida associada à fragilidade. Por meio dos resultados desses estudos será possível dar suporte a uma vida mais independente aos idosos e embasar ações preventivas realizadas pelos profissionais de saúde, com foco nos aspectos relacionados à fragilidade e qualidade de vida (LENARDTH et al., 2014).

No contexto da Estratégia Saúde da Família, de acordo com o Ministério da Saúde e de seus princípios básicos referentes à população idosa, deve-se realizar uma abordagem voltada para as transformações físicas consideradas normais e a identificação precoce de suas alterações patológicas, bem como alertar a comunidade sobre os fatores de risco que as pessoas idosas estão expostas no domicílio e fora dele, e intervir junto com a família e o meio onde estão inseridos (BRASIL, 2007).

A atuação do enfermeiro junto ao idoso deve estar focada na educação para a saúde, no “cuidar” tendo como base o conhecimento do processo de senescência (envelhecer sem doença, processo natural de maturação do organismo) e senilidade (fase final do envelhecimento onde ocorrem limitações físicas e funcionais que podem determinar a ocorrência de doenças) e no retorno da capacidade funcional para a realização das suas atividades, com o objetivo de atender às suas necessidades básicas e alcançar sua independência e felicidade (BRUNNER; SUDDARTH, 2016).

Compreende-se que os estudos na área contribuem para o cuidado com o idoso a ser efetivado pelos enfermeiros, por elucidar evidências sólidas sobre a relação entre vulnerabilidade e problemas de saúde, subsídio empírico que pode favorecer adequações políticas e programas de saúde com vistas à promoção de saúde, prevenção de agravos e cuidado integral com a saúde do idoso (BARBOSA et al., 2017).

Considerando o envelhecimento populacional, é relevante o avanço nas pesquisas em enfermagem, de modo que partam da realidade social, reflitam e construam conhecimento científico para que haja a transformação na sociedade. Essa área da saúde tem como questão central o cuidado, que é singular e complexo e tem despertado o interesse das diversas áreas do conhecimento, porque, de alguma forma, todas as pessoas são cuidadoras, sejam elas profissionais ou não na área da saúde (BRONDANI e BEUTER, 2009).

Sugere-se que a prática de enfermagem seja, portanto, pautada pelo aproveitamento dos espaços de aproximação com o idoso e seu cuidador, a fim de que sejam momentos de reconhecimento do contexto das pessoas idosas e seus cuidadores, de troca de saberes, ações que qualificarão o cuidado (FLORES et al., 2010).

O maior desafio na atenção à pessoa idosa é conseguir contribuir para que, apesar das progressivas limitações que possam ocorrer, elas possam redescobrir possibilidades de viver sua própria vida com a máxima qualidade possível. Essa possibilidade aumenta na medida em que a sociedade considera o contexto familiar e social e consegue reconhecer as potencialidades e o valor das pessoas idosas, quebrando o estigma cultural de ver o idoso como velho e com poucas possibilidades (BRASIL, 2007).

Para Miranda, Mendes e Silva (2016), enfrentar o desafio do envelhecimento é urgente. O país já tem um importante percentual de idosos, que será crescente nos próximos anos, demandando serviços públicos especializados que será reflexo do planejamento e das prioridades atuais das políticas públicas sociais. É, portanto, mister que essas políticas tenham intervenções integradas, que assegurem o cuidado às doenças crônicas, mas que fortaleçam a promoção do envelhecimento saudável.

4 MÉTODO

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo, transversal e de natureza quantitativa. Enquadra-se como um estudo descritivo uma vez que descreve as características de determinada população, associar determinadas variáveis em uma pesquisa e utiliza-se de técnicas padronizadas de coleta de dados, como o questionário (GIL, 2010).

Para Polit e Beck (2011), estudos transversais envolvem coletas de dados em um determinado ponto do tempo, de forma que se torna possível descrever uma situação ou fenômeno ou as relações entre si em um ponto fixo de tempo. Estudos transversais ou de corte transversal são estudos que visualizam a situação de uma população em um determinado momento, como instantâneos da realidade (ROUQUAYROL e ALMEIDA, 2006). Por sua vez, as variáveis quantitativas representam medidas que serão tomadas dos sujeitos da pesquisa (ROUQUAYROL, 2013).

4.2 Local e período de estudo

O município de Picos-PI conta com um total de 36 UBSs, sendo 11 na zona rural e 25 na zona urbana. O estudo foi desenvolvido no período de agosto de 2017 a julho de 2018 em duas ESFs do município de Picos-PI. Como critério de seleção da equipe, optou-se por aquelas com o maior número de idosos cadastrados com a finalidade de obter uma amostra satisfatória. Os dados referentes ao quantitativo de idosos cadastrados em cada ESF foram colhidos junto à Secretaria Municipal de Saúde (SMS) com o auxílio da coordenadora do antigo programa para hipertensos e diabéticos (HIPERDIA).

4.3 População e amostra

A população estudada corresponde a um total de 643 idosos cadastrados na AB nas duas ESFs, sendo 333 cadastrados na Unidade A e 310 cadastrados na Unidade B. Como critérios de inclusão, foram considerados para fins deste estudo indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos, de ambos os sexos, cadastrados na AB, com funções de linguagem, audição e cognição preservadas – estas foram avaliadas através do Mini Exame do Estado Mental (MEEM) (ANEXO A). O critério de exclusão foi: apresentar alguma limitação que o impossibilitasse de responder aos instrumentos aplicados.

Para cálculo da amostra, foi utilizada fórmula para proporções finitas, considerando N a população a ser estudada (N= 643), a variável reduzida (Z=1,96), erro tipo I ($\alpha=5\%$), proporção (p=50%) e erro tolerável (E=5%). A aplicação desses valores na fórmula proporcionou uma amostra de 240 idosos.

$$n = \frac{Z^2 \left(\frac{\alpha}{2}\right) \cdot p(1 - p) \cdot N}{E^2(N - 1) + Z^2 \left(\frac{\alpha}{2}\right) \cdot P(1 - P)}$$

Onde:

n = Tamanho da amostra (240,7)

Z = Variável Reduzida (1,96)

α = Erro tipo I (Proporção) (5%)

N = Tamanho da população (643)

P = Proporção - Inventado, literatura ou teste piloto (50%)

E = Erro tolerável - precisão absoluta (proporção) (5%)

Ao final do estudo, compuseram a amostra 88 cadastrados na unidade A e 116 na unidade B, conforme os critérios de inclusão. Alguns fatores contribuíram para que a amostra fosse reduzida, como a greve dos profissionais de saúde da atenção básica no período da coleta de dados, recusa por parte de alguns idosos, dificuldade de acesso aos endereços dos participantes, assim, a amostra no fim do estudo foi composta por 202 idosos, como se observa no Quadro 1.

Quadro 1. Amostra do estudo. Picos, Piauí, Brasil, 2018.

UBS	POPULAÇÃO	AMOSTRA INICIAL	AMOSTRA FINAL
A	333	124	88
B	310	116	116
Total	643	240	202

FONTE: Dados da pesquisa.

4.4 Variáveis de estudo

4.4.1 Variáveis Clínico-Funcionais

Idade: em anos (maiores de 60 anos);

Sexo: consideram-se os sexos, masculino e feminino;

Autopercepção da saúde: consideram-se excelente, muito boa, boa, regular ou ruim;

Atividades de vida diária: Consideram-se as atividades básicas (relacionadas ao auto-cuidado, como tomar banho sozinho, por exemplo) e instrumentais (as tarefas do cotidiano, como controlar o dinheiro e as despesas da casa, fazer compras e pequenos trabalhos domésticos, como lavar a louça, arrumar a casa ou fazer limpeza leve.);

Cognição: utilizando três perguntas relacionadas ao esquecimento;

Humor: (Esta seção avalia o humor e é composto por duas perguntas. Cada resposta positiva vale 2 pontos e sugere a presença de transtorno depressivo);

Mobilidade:

- Alcance, prensão e pinça (foi avaliado pedindo que o paciente eleve os braços acima do nível dos ombros e que segure pequenos objetos);
- Capacidade aeróbica e/ou muscular (avalia a presença de sarcopenia, que pode ocorrer na presença de qualquer uma das quatro condições: 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/m²; velocidade da marcha menor que 0,8m/s ou circunferência da panturrilha (CP) menor que 31 cm. 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 2 pontos.);
- Marcha (foi avaliada de acordo com a capacidade de deambulação e a presença de instabilidade postural e de quedas de repetição);
- Continência esfinteriana (avaliado segundo relato do idoso sobre a perda involuntária de urina ou fezes);

Comunicação:

- Visão (Este item é constituído por duas perguntas, que avaliam problemas de visão e/ou audição capazes de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano);
- Audição (Este item é constituído por duas perguntas, que avaliam problemas de visão e/ou audição capazes de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano);

Comorbidades múltiplas - o idoso foi indagado sobre a presença de alguma das três condições abaixo:

- Polipatologia (cinco ou mais doenças crônicas)
- Polifarmácia (em uso de cinco ou mais medicamentos)
- Internação recente (nos últimos 6 meses).

3.4.2 Variáveis sociodemográficas (APÊNDICE A)

Nível de escolaridade: considera-se ensino fundamental incompleto, ensino fundamental completo, ensino médio completo, ensino médio incompleto, ensino superior incompleto e ensino superior completo.

Anos de estudo: anos de estudo ou que frequentou a escola;

Tipo de escola frequentada: consideraram-se as opções: pública, particular e outras;

Renda Pessoal: valor bruto dos rendimentos familiares mensalmente, em reais;

Estado civil: foram consideradas duas opções: solteiro, casado, união consensual e viúvo;

Ocupação: mencionar qual tipo de trabalho e/ou ofício que realiza;

Raça/ cor da pele: consideraram-se as raças branca, negra, parda e outra (cor auto referida).

4.4.3 Variáveis do Mini Exame do Estado Mental

Orientação: Este item avalia a memória recente, a atenção e a orientação têmporo-espacial;

Memória: Neste item testa-se a atenção e a memória imediata (de curto prazo ou primária), que tem duração de, aproximadamente, 30 segundos e capacidade limitada a 10 itens;

Atenção e cálculo: Neste item se avalia a capacidade de cálculo, a atenção e a memória imediata e operacional (pré-requisito necessário para realização de cálculos matemáticos);

Retenção de dados (evocação): Neste item se avalia memória recente (secundária), que dura de minutos a semanas ou meses;

Linguagem: Avalia-se a fala espontânea, a compreensão oral, a repetição, a nomeação, a leitura e a escrita;

Nomeação: Neste item avalia-se capacidades de nomeação, compreensão e entendimento do paciente (Afasia nominativa - perda da linguagem ou, na verdade, agnosia visual- incapacidade de reconhecer os objetos);

Repetição: Avalia-se a discriminação auditiva, a memória imediata e a atenção;

Comando verbal: Neste item é possível avaliar principalmente a compreensão oral do paciente, devendo-se sempre excluir hipoacusia (surdez). Também se testam a memória imediata a praxia (função que permite a realização de gestos), a coordenação e a motricidade;

Leitura, ordem escrita: Avalia-se a capacidade de leitura do paciente, compreensão, memória;

Cópia do desenho: Neste item avalia-se orientação visuo-espacial, programação motora e a praxia construtiva.

4.5 Coleta de dados

A coleta dos dados aconteceu no período de fevereiro a maio de 2018 e foi realizada com os idosos das duas UBSs, previamente denominadas Unidade A e Unidade B. Os nomes e os endereços dos idosos foram obtidos com o auxílio dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e das enfermeiras responsáveis por cada UBS que facilitaram a comunicação entre o pesquisador e a população estudada.

Para a coleta das informações, utilizou-se o Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional-20 (IVCF-20) (ANEXO B), instrumento que pode ser aplicado por qualquer profissional de saúde. O IVCF-20 não é um instrumento “fim”, que apenas define o grau de vulnerabilidade de um indivíduo idoso, mas, sim, um instrumento “meio”, que indica qual a prioridade no seguimento desse paciente, e que pode possibilitar o acompanhamento clínico necessário em um contexto de rede de atenção à saúde do idoso (CARMO, 2014).

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 auto-percepção 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 esfinteriana), a comunicação (visão e audição) e a presença de comorbidades múltiplas, representada por polipatologia, polifarmácia e/ou internação recente (MORAES et al. 2014).

Cada seção é avaliada através de perguntas, 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) (MORAES et al., 2014).

Segundo a Associação Brasileira de Nutrologia (2015) os parâmetros supracitados devem ser avaliados conforme descrição abaixo:

- **Peso:** O peso expressa a dimensão da massa ou volume corporal, sendo considerado o somatório de células do corpo, tecidos de sustentação, órgãos, músculos e água. A mensuração do peso é feita através de uma balança calibrada, preferencialmente por um avaliador treinado, pela manhã, em jejum e com a bexiga vazia, utilizando o mínimo de roupa com o paciente permanecendo estático em pé ou deitado.

- Estatura: É definida como o tamanho ou altura de um ser humano. Sua medida deve ser feita, preferencialmente, de forma direta através de um estadiômetro. O método para medição da estatura deve obedecer as seguintes etapas: o paciente deve permanecer de pé, ereto, com os braços estendidos ao longo do corpo, a cabeça erguida, olhando para um ponto fixo na altura dos olhos; com os calcanhares, ombros e nádegas em contato com o antropômetro/parede; com os ossos internos dos calcanhares se tocando, bem como a parte interna de ambos os joelhos; os pés unidos mostram um ângulo reto com as pernas.
- IMC: Munidos das medidas de peso e estatura deve-se realizar o cálculo do IMC através da seguinte fórmula: $IMC = \text{peso} / \text{altura}^2$.
- Circunferência da panturrilha: A medida deverá ser realizada na perna esquerda, com uma fita métrica inelástica, na sua parte mais protuberante, com o paciente com a perna dobrada formando um ângulo de 90 graus com o joelho. A circunferência da panturrilha é aquela que fornece a medida mais sensível da massa muscular nos idosos. Esta medida indica alterações na massa magra que ocorrem com a idade e com o decréscimo na atividade física. É particularmente recomendada na avaliação nutricional de pacientes acamados.
- Tempo gasto na velocidade da marcha: Avaliado observando-se a velocidade da marcha do idoso em um espaço de 4 metros. Verifica-se se o tempo da marcha é superior à 5 segundos.

O IVCF-20 classifica os idosos em três categorias: idoso robusto, idoso em risco de fragilização e idoso frágil, conforme Figura 1. Para Moraes e colaboradores:

- Idosos robustos são 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. O foco das intervenções é a manutenção da autonomia e independência do indivíduo, através de medidas de promoção da saúde, prevenção primária, prevenção secundária e manejo clínico adequado das doenças.
- Idoso em risco de fragilização, são idosos capazes de gerenciar sua vida de forma independente e autônoma, todavia encontram-se em um estado dinâmico entre senescência e senilidade, resultando na presença de limitações funcionais (declínio funcional iminente), mas sem dependência funcional. Apresentam uma ou mais

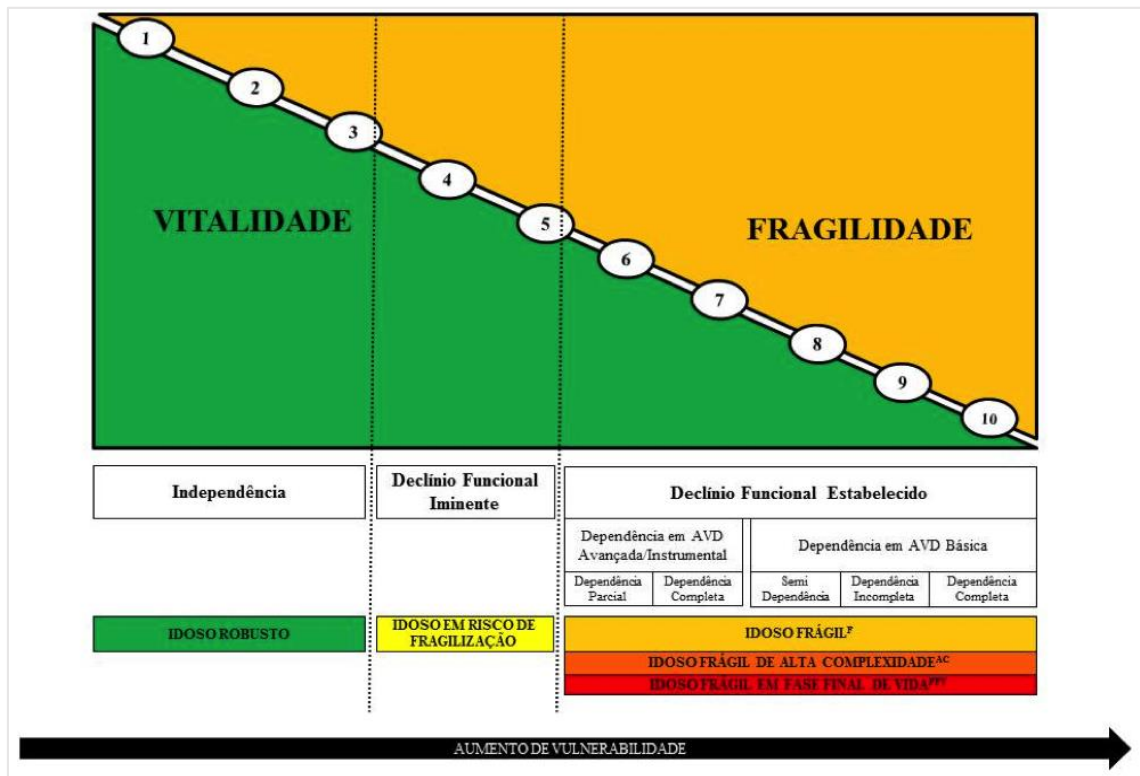
condições crônicas de saúde preditoras de desfechos adversos, como evidências de sarcopenia-síndrome, comprometimento cognitivo leve e/ou presença de comorbidades múltiplas. O foco das intervenções é prevenir o declínio funcional, através da abordagem adequada da polipatologia e polifarmácia, com ênfase nas seguintes intervenções, por ordem de importância: suspensão de drogas inapropriadas, definição de metas terapêuticas individualizadas, priorização dos cuidados, diagnóstico e tratamento das condições de saúde subdiagnosticadas e/ou subtratadas, reabilitação, prevenção secundária e primária.

- Idoso frágil é o idoso com declínio funcional estabelecido e incapaz de gerenciar sua vida, em virtude da presença de incapacidades únicas ou múltiplas. O foco das intervenções é a recuperação da autonomia e independência do indivíduo.

O IVCF-20 possui pontuação máxima de 40 pontos, onde os scores mais elevados significam um maior índice de vulnerabilidade. O Quadro 2 mostra os pontos de corte sugeridos pelo IVCF-20 e a classificação dada aos idosos conforme a pontuação obtida no instrumento.

A aplicação do instrumento aconteceu no domicílio dos idosos onde o pesquisador explicou as etapas da pesquisa e apresentou ao participante os benefícios do estudo para a sua saúde e comunidade em geral. Após a aplicação do instrumento, os formulários foram guardados em pasta tipo colecionador para posterior análise e tabulação dos dados.

Figura 1- Escala visual de fragilidade.



FONTE: Atributos do IVCF-20, MORAES et al. (2014).

Quadro 2- Pontos de corte sugeridos para o IVCF-20. Picos, Piauí, Brasil, 2018.

Pontos de Corte Sugeridos	Níveis de sensibilidade e especificidade associadas às classificações	Classificação quanto ao grau de vulnerabilidade Clínico-Funcional	Prioridade para realização da AMI
0 a 6 pontos	_____	Idoso com baixo risco de vulnerabilidade clínico-funcional	BAIXA
7 a 14 pontos	Sensibilidade: 90.48% Especificidade: 70.97%	Idoso com moderado risco de vulnerabilidade clínico-funcional	MÉDIA
≥ 15 pontos	Sensibilidade: 52.01% Especificidade: 97.58%	Idoso com alto risco de vulnerabilidade clínico-funcional	ALTA

FONTE: Atributos do IVCF-20, MORAES et al. (2014).

4.6 Análise dos dados

A análise dos dados ocorreu mediante estatística descritiva com a criação do banco de dados no programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 20.0 e aplicação do teste do qui-quadrado de Pearson e razão de verossimilhança. Os dados estão apresentados na forma de tabelas e gráficos e discutidos conforme literatura específica.

4.7 Aspectos éticos

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Piauí (UFPI), segundo o número do parecer 2.389.117 e pautada nos preceitos da ética e da dignidade humana, resguardadas pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Os participantes do estudo foram esclarecidos quanto aos objetivos, finalidades e benefícios da pesquisa e foram convidados a participar mediante leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B), deixando claro que poderiam retirar-se do estudo a qualquer momento sem prejuízo algum e com garantia de sigilo total das informações prestadas.

4.7.1 Riscos

Os participantes estavam suscetíveis ao risco de constrangimento por não entenderem ou não saberem responder os questionamentos direcionados, todavia, a pesquisa assegurou que os instrumentos seriam aplicados em local reservado e que eles poderiam questionar a qualquer momento da entrevista para que suas dúvidas sejam esclarecidas.

4.7.2 Benefícios

O estudo permitiu analisar o grau de vulnerabilidade dos idosos, bem como classificá-los de acordo com a fragilidade que apresentaram. Deste modo, o estudo promoverá melhorias no atendimento do idoso, pois a partir da classificação clínico-funcional será possível definir melhor quais as portas de entrada no SUS devem ser procuradas evitando deslocamentos desnecessários e minimizando o fluxo de idosos nos serviços hospitalares.

As informações obtidas foram resguardadas com garantia de sigilo ético do pesquisador, podendo o participante abandonar o estudo em qualquer momento da pesquisa. O participante teve total liberdade de perguntar, caso apresentasse dúvidas, e ao final do estudo recebeu sua classificação e as devidas orientações de acordo com o grau de vulnerabilidade que

apresentou. Destaca-se ainda que o participante não precisava saber ler ou escrever para responder os questionamentos, uma vez que o pesquisador foi responsável por marcar no instrumento as respostas que foram informadas.

Ressalta-se a relevância desse estudo para enriquecimento da literatura científica, conhecimento da comunidade acerca dos indicadores de vulnerabilidade, melhora no cuidado e atendimento aos idosos, bem como avanços na prestação de uma assistência de enfermagem resolutiva e qualificada. Todos os resultados obtidos serão apresentados às respectivas ESFs e ficarão disponíveis para acesso de todos que apresentarem interesse pelo tema.

5 RESULTADOS

As características sociodemográficas dos idosos investigados são apresentadas na Tabela 1. A maioria dos participantes possuía entre 60 a 74 anos (58,9%), média de idade de $72,6 \pm 8,77$ anos, sexo feminino (60,4%), casados (52,5%), aposentados (87,1%), cor da pele não branca (75,7%), com até cinco anos de estudo (75,2%) e renda média de $1062,29 \pm 515,60$ reais.

Tabela 1 – Caracterização Sociodemográfica dos Idosos. Picos, Piauí, Brasil, 2018. N=202.

Variáveis	N	%	Média ± DP (Máx-Mín)
Idade (em anos)			
60-74	119	58,9	$72,67 \pm 8,77$ (94-60)
75-84	57	28,2	
≥85	26	12,9	
Renda (em SM)			
≤ 5	190	97,9	$1062,29 \pm 515,60$
>5	4	2,1	(5250,00-700,00)
Sexo			
Feminino	122	60,4	
Masculino	80	39,6	
Estado Civil			
Casado	106	52,5	
Viúvo	59	29,2	
Solteiro	34	16,8	
União consensual	3	1,5	
Cor da Pele			
Não branca	153	75,7	
Branca	49	24,3	
Anos de Estudo			
0-5	152	75,2	$3,48 \pm 4,17$ (24-0)
6-10	41	20,3	
11-15	4	2,0	
16-20	4	2,0	
21-24	1	5	
Ocupação			
Aposentado	176	87,1	
Outros	26	12,9	

DP – Desvio Padrão; SM: salário mínimo; Máx – Valor máximo; Mín – Valor mínimo.

Na Tabela 2 mostram-se os resultados da aplicação do IVCF-20, obtendo um percentual elevado de idosos em risco de fragilização (42,1%) ou frágeis (21,3%), correspondendo a 63,4% da amostra. Dentre os participantes com estrato clínico-funcional frágil, 23% eram do sexo feminino e, em ambos os sexos houve predominância do estrato clínico-funcional em risco de fragilização.

Tabela 2- Classificação Clínico-Funcional de acordo com o IVCF-20, segundo o sexo. Picos, Piauí, Brasil, 2018. N=202.

Estrato clínico-funcional	Sexo				Total	
	Feminino		Masculino		n	%
	n	%	n	%		
Robusto	43	35,2	31	38,7	74	36,6
Em risco de fragilização	51	41,8	34	42,5	85	42,1
Frágil	28	23,0	15	18,8	43	21,3
Total	122	100	80	100	202	100,0

DP – Desvio Padrão; Máx – Valor máximo; Mín – Valor mínimo

A Tabela 3 mostra a associação entre os estratos clínico-funcionais propostos pelo IVCF-20 e os marcadores de fragilidade. Evidenciou-se associação estatística significativa entre as variáveis ($p < 0,001$), com destaque para a presença de fragilidade entre os idosos com 75 a 84 anos (41,8%), percepção da saúde regular ou ruim (81,4%), dependência para AIVD (76,7%), com déficit cognitivo (72,1%), alterações no humor (90,7%) e comorbidades (54,3%).

No tocante aos marcadores relacionados à mobilidade, o idoso poderia apresentar mais de um e se destacaram entre os que apresentaram fragilidade a incapacidade para elevar os braços (66,7%), a incontinência (86,6%) e a medida da panturrilha inferior a 31cm (83,3%). Em relação à comunicação, foi maior a presença de fragilidade entre os idosos com problemas de audição (70,8%).

É possível observar também entre os idosos em risco de fragilização em destaque a idade entre 60 e 74 anos (52,9%), percepção de saúde regular ou ruim (84,7%) e alterações na cognição (50,6%), no humor (61,2%) e problemas de visão (53,5%).

Tabela 3- Marcadores de fragilidade segundo o estrato clínico funcional. Picos, Piauí, Brasil, 2018. N=202.

Marcadores de fragilidade	Estrato clínico-funcional						p-valor
	Robusto		Risco de fragilização		Frágil		
	n	%	n	%	n	%	
Idade							
60-74 anos	64	86,5	45	52,9	10	23,3	$p < 0,001^*$
75-84 anos	9	12,2	30	35,3	18	41,8	
≥85 anos	1	1,3	10	11,8	15	34,9	

Percepção de saúde							p<0,001*
Excelente, muito boa, boa	35	47,3	13	15,3	8	18,6	
Regular, ruim	39	52,7	72	84,7	35	81,4	p<0,001*
AIVD							
Independente	71	95,9	67	78,8	10	23,3	
Dependente	3	4,1	18	21,2	33	76,7	p<0,001**
AVD							
Independente	74	100	84	98,8	36	83,7	
Dependente	0	0	1	1,2	7	16,3	
Cognição							
0 ponto	51	68,9	42	49,4	12	27,9	p<0,001*
1,2 ou 4 pontos	23	31,1	43	50,6	31	72,1	
Humor							
0 ponto	51	68,9	33	38,8	4	9,3	p<0,001*
2 ou 4 pontos	23	31,1	52	61,2	39	90,7	
Mobilidade							
Incapaz de elevar os braços	0	0	4	33,3	8	66,7	p<0,001**
Incapaz de manusear objetos	0	0	2	50,0	2	50,0	
Presença de sarcopenia							
Perda de peso não intencional	8	17,8	18	40,0	19	42,2	
IMC<22kg/m ²	0	0	4	80,0	1	20,0	
Panturrilha<31cm	0	0	1	16,7	5	83,3	
Marcha 4m<5seg	2	50,0	1	25,0	1	25,0	
Dificuldades para caminhar	6	7,6	37	46,8	36	45,6	
Quedas	8	14,0	22	38,6	27	47,4	
Incontinência	1	6,7	1	6,7	13	86,6	
Comunicação							
Problemas de visão	20	20,2	53	53,5	26	26,3	p<0,001*
Problemas de audição	2	8,3	5	20,8	17	70,8	
Comorbidades	0	0	21	45,7	25	54,3	p<0,001*

AIVD: atividades instrumentais de vida diária; AVD: atividades de vida diária; IMC: índice de massa corporal; *Teste do qui-quadrado de Pearson; **Razão de Verossimilhança.

FONTE: Dados da pesquisa.

6 DISCUSSÃO

O perfil sociodemográfico dos idosos desse estudo assemelha-se aos achados da pesquisa realizada por Marin e Cecílio (2009), na qual constatou-se, que 61,8% eram mulheres, 68,1% eram analfabetos ou tinham o primeiro grau incompleto, 36,9% viviam sem o companheiro, 72,4% eram considerados pobres ou muito pobres e 161 (53,5%) viviam apenas da aposentadoria.

No estudo realizado por Barbosa et al. (2017) com 368 idosos, 253 (68,8%) eram do sexo feminino. A idade variou entre 60 e 103 anos, com média de 71,4 anos e predomínio de idosos na faixa etária entre 60 a 69 anos (45,9%). No que diz respeito ao estado civil, 147 (39,9%) eram casados, com escolaridade entre quatro e oito anos de estudo (32,6%). Semelhante aos dados deste estudo, a maioria dos idosos investigados eram mulheres, analfabetos ou com ensino fundamental incompleto. Os dados divergem do presente estudo quanto ao estado civil, uma vez que no estudo de Barbosa et al. (2017), a maioria eram viúvos. A média das idades também apresentou uma pequena diferença, provavelmente devido à variação das idades e ao tamanho das amostras.

No estudo de Jesus et al. (2017), realizado com 247 idosos cadastrados em um serviço de atendimento primário, houve predominância do sexo feminino, com média de idade de 68,5 anos, baixa escolaridade e aposentados, dados semelhantes a pesquisas com idosos da comunidade no contexto nacional. Nota-se que a média de idade encontrada no estudo realizado por Jesus et al. (2017) diverge da encontrada neste estudo, em que a média foi mais elevada.

Os dados sociodemográficos obtidos indicaram prevalência do sexo feminino, fato que corrobora com o conceito de feminização da velhice. De fato, as mulheres são as que possuem maior expectativa de vida, menores taxas de mortalidade por causas externas, menor exposição a riscos ocupacionais, consomem menos tabaco e álcool, em comparação aos homens e procuram por serviços de saúde e social (STORTI et al., 2013).

Observa-se ainda, que o predomínio do sexo feminino, retratado nos estudos epidemiológicos sobre o processo de envelhecimento, também ocorre nesta pesquisa. A maioria dos participantes dos estudos são mulheres, uma vez que, na velhice, atribui-se ao sexo feminino, quando comparado ao sexo masculino, maior vulnerabilidade no estado de saúde em relação a risco de quedas, presença de múltiplas doenças, uso de múltiplos medicamentos, obesidade, pobreza e dependências diversas (CAMARGOS; PERPÉTUO; MACHADO, 2005).

Em relação à classificação Clínico-Funcional dos idosos participantes deste estudo, evidenciou-se um percentual elevado de idosos em risco de fragilização ou frágeis,

correspondendo a mais da metade da amostra. De forma semelhante, no estudo desenvolvido por Lenardt et al. (2014, p. 399) dos 203 idosos participantes, 39 (19,2%) foram classificados como frágeis e 115 (56,7%) em risco de fragilização, totalizando 75,9 % da amostra.

No estudo de Tribess e Oliveira (2011), realizou-se uma revisão da literatura em que 18 estudos analisados indicaram uma ampla variação de prevalência de fragilidade, com uma variação geral de 6,9 a 21,0 % para o estado frágil e 33 a 55 % para o estado pré-frágil. Quando separado por sexo, evidenciou-se para os homens uma fragilidade de 4 a 19,2 % e 33 a 55,6 % de estado pré-frágil, já para as mulheres, 6,8 a 22 % de idosas frágeis e 23,3 a 54,1 % de idosas pré-frágeis, evidenciando que as mulheres, achado semelhante ao presente estudo, são mais vulneráveis que os homens.

Augusti, Falsarella e Coimbra (2017) também evidenciaram em seu estudo, o predomínio do sexo feminino (60%). Na pesquisa foram caracterizados como frágeis 21,5% dos pacientes investigados e 71,5% dos idosos foram classificados como pré-frágeis, totalizando mais da metade da amostra, observando-se uma alta prevalência de idosos frágeis e pré-frágeis, achado esse que aponta para a necessidade de avaliação periódica do idoso por uma equipe multidisciplinar.

Ao associar os estratos clínico-funcionais propostos pelo IVCF-20 com os marcadores de fragilidade, encontrou-se associação estatística significativa entre eles. Observou-se que o maior percentual de idosos frágeis estava entre a faixa etária de 75 a 84 anos. O marcador idade apresenta forte associação com a vulnerabilidade funcional, no entanto, não pode ser visto de forma isolada para estabelecer a classificação clínico-funcional do idoso.

Percebe-se que a maioria desses idosos avaliaram sua saúde como regular ou ruim e que apresentam dependência para as AVDs básicas e instrumentais, resultados semelhantes aos achados de Barbosa et al. (2017). No marcador cognição, a maioria relatou presença de esquecimento, piora no esquecimento nos últimos meses e informou que o esquecimento impedia a realização de determinadas atividades do cotidiano. Yassuda (2010) analisou a relação entre variáveis cognitivas e fragilidade e concluiu que o declínio cognitivo também é um dos desfechos adversos associados à fragilidade, e que a intervenção deve ser planejada visando à vulnerabilidade física e cognitiva do idoso frágil.

Quando questionados sobre o humor, disseram sentir tristeza, desânimo, desesperança e que perderam o prazer em realizar atividades que realizavam anteriormente. Fin, Portella e Scortegagna (2017) afirmam que o processo de envelhecer pode ser expresso por duas vertentes, uma negativa e outra positiva. As pessoas que consideram a velhice como uma fase da vida negativa, o fazem por relacioná-la com a degeneração física e mental, bem como

inatividade, incapacidade, egoísmo e fealdade, fatores esses provocadores de tristeza, solidão, depressão e mau humor. No entanto, às pessoas que associam a velhice a uma etapa positiva de vida, estimam a autonomia física e mental, independência, participação e integração à beleza da experiência vivida.

Quanto à mobilidade, evidenciou-se um percentual significativo de idosos incapazes de elevar os braços, com diminuição da circunferência da panturrilha e com incontinência urinária. Lenardt et al. (2014) afirmam que a diminuição da atividade física, força de prensão manual, velocidade da marcha e energia estão relacionados diretamente com a diminuição da qualidade de vida.

Já no tocante à comunicação, os idosos frágeis apresentaram mais problemas auditivos que visuais, diferentemente dos idosos pré-frágeis. Verificou-se, no estudo de Barbosa et al. (2017), assim como neste estudo, que houve relação estatisticamente significativa entre ser idoso vulnerável e apresentar dificuldade auditiva. O último marcador avaliado foi a presença de comorbidades, que também evidenciou um número elevado de idosos com polipatologia, polifarmácia e submetidos à internações recentes. Lenardt et al. (2014) afirmam que o ciclo da fragilidade, os problemas físicos como a sarcopenia, as múltiplas doenças, o uso excessivo de medicamentos e as desregulações neuroendócrinas possuem relação direta com a fragilidade e, conseqüentemente, interferem na qualidade de vida destes indivíduos.

Ainda no estudo realizado por Barbosa et al. (2017), evidenciou-se a prevalência de 52,2% de vulnerabilidade individual entre os idosos, além de uma associação com problemas de saúde, autopercepção negativa de saúde, dificuldade na mobilidade e no desempenho de atividades da vida diária, assim como os achados nesse estudo. Verificou-se ainda que a percepção da saúde como ruim ou regular é mais prevalente entre os idosos vulneráveis conforme mostra os resultados da pesquisa. Destaca-se que, os idosos com faixa etária predominante entre 70 a 79 anos demonstraram maior vulnerabilidade diferentemente deste estudo em que a faixa etária para fragilidade foi mais elevada.

Figueiredo (2014) avaliou por meio da Escala de Fragilidade de Edmonton 100 idosos, de ambos os sexos, com idade entre 60 a 98 anos. A coleta de dados, também realizada no domicílio dos idosos, identificou um percentual de 64% idosos do sexo feminino, com uma média de idade de 71,09 anos dos quais 58% não apresentaram fragilidade, 23% foram considerados vulneráveis, 15% com fragilidade leve e 4% com fragilidade moderada. Evidenciou-se maior número de idosos sem fragilidade, contrapondo-se aos resultados da presente pesquisa em que a maioria dos idosos era frágil e em risco de fragilização, e também aos achados das literaturas discutidas.

Observa-se que nos estudos supracitados, há prevalência do sexo feminino em todos eles, assim como no presente estudo. No que diz respeito à classificação Clínico-funcional, houve discordância apenas no estudo realizado por Figueiredo (2014) em que a prevalência de idosos robustos foi maior. Esse resultado pode estar associado ao tamanho menor da amostra em comparação à amostra dos outros estudos citados.

Ao confrontar os dados do referente estudo com os resultados da literatura, nota-se a predominância do gênero feminino nas pesquisas, idosos frágeis e em risco de fragilização, aposentados, com baixa escolaridade, autopercepção negativa da saúde, déficit na realização das AVDs, deficiências na mobilidade, comunicação e cognição. Assim, enfatiza-se a importância de se investigar a fragilidade nos idosos, bem como adotar medidas que atendam à demanda da população idosa para melhorar a qualidade de vida desse público.

É necessário chamar atenção para os achados dessa pesquisa, uma vez que se faz necessário propor medidas para a realização de uma abordagem resolutiva na Atenção Básica. Nota-se o predomínio das mulheres nas pesquisas, o que levanta a discussão acerca da presença do público masculino na busca por atendimento de saúde. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? Por que as mulheres são consideradas mais vulneráveis que os homens? Qual o papel do enfermeiro nesse cenário? Nesse contexto, buscando responder a esses questionamentos, buscou-se alguns estudos que ajudam a responder essas perguntas.

Oliveira et al. (2012) afirmam que o desafio lançado para a atenção básica é estudar o desenvolvimento de trabalhos voltados para os homens em uma perspectiva de gênero. Somente desta forma será possível aumentar a visibilidade das necessidades específicas da população masculina, compreendida em um contexto sociocultural, a partir de ações mais efetivas para o cuidado de saúde. Destaca-se que o conceito vigente de masculinidade, a ideia de um ser que não necessita de cuidados e a ideia de que o cuidado é algo inerente às mulheres faz com que a demanda do público masculino seja menor nos serviços de saúde.

A predominância feminina entre os idosos é tipicamente urbana, as mulheres idosas têm maior probabilidade de ficar em situação socioeconômica desvantajosa e morando sozinhas (cerca de 15%). As mulheres predominam em instituições de longa permanência, sendo 58% as residentes; passam por maior debilidade física antes da morte e são mais dependentes de cuidado, embora exerçam o papel de cuidadoras (CAMARANO, 2002).

Segundo o Ministério da Saúde (2014), é importante sinalizar que o envelhecimento não é sinônimo de incapacidades e dependência, mas de maior vulnerabilidade, requerendo cuidados que considerem as especificidades da população que envelhece. O processo de

envelhecimento é natural, irreversível e individual, marcado pela heterogeneidade entre os idosos, em função de suas características sociais, pessoais, econômicas e culturais que foram estruturando ao longo da vida. Nessa perspectiva, a OMS considera como determinantes do envelhecimento ativo a situação econômica e social, as condições de saúde, o comportamento em saúde, o ambiente físico e a provisão de serviços de saúde.

Quando se confrontam com dados as condições de saúde dos idosos, como foi possível pela avaliação multidimensional, realizada no estudo de Marin e Cecílio (2009), torna-se evidente a necessidade de preparo dos profissionais, visando ao desenvolvimento de ações voltadas para as peculiaridades e complexidade das necessidades apresentadas por eles.

O Ministério da Saúde (2014) corrobora a ideia de que a pessoa idosa apresenta profundas particularidades biopsicossociais que a diferenciam da população adulta, uma vez que mesmo dentro da faixa etária há heterogeneidade no processo de envelhecimento. Existem pessoas idosas capazes de gerenciar sua vida de forma independente e autônoma, mesmo apresentando alguma situação crônica de saúde, mas que não se associa, necessariamente, a maior vulnerabilidade. Enquanto este grupo representa em torno de 70% das pessoas idosas, cerca de 30% são consideradas frágeis ou em risco de fragilidade, apresentando maior vulnerabilidade caracterizada por dependência funcional, incapacidades ou condições de saúde preditoras de desfechos adversos, necessitando de acesso e cuidado qualificado no SUS.

Lima e Bueno (2009), acreditam que o enfermeiro tem papel fundamental no cuidado ao idoso frágil, uma vez que representa na atenção básica o elo entre os idosos e os serviços de saúde. Portanto, deve estar preparado para atender e orientar os idosos considerando as diferenças de gênero, idade e principalmente o grau de vulnerabilidade apresentado por eles. Deve ainda, propor medidas para incentivar a adesão do público masculino aos serviços de saúde e considerar a importância de um cuidador para os idosos com maior vulnerabilidade.

Assim, o enfermeiro deve articular a equipe de saúde da família e promover capacitações para garantir o cuidado necessário a esse público e o fortalecimento da saúde do idoso, além de instruir a família do idoso e ressaltar sua importância do apoio familiar para evitar o isolamento e a depressão e principalmente, contribuir para que o idoso envelheça com autonomia, independência e de forma saudável.

7 CONCLUSÃO

O estudo permitiu identificar um número significativo de idosos frágeis e em risco de fragilização, fenômeno que chama a atenção para o cenário atual da saúde dos idosos e das políticas voltadas a esse público. Embora seja crescente o número de estudos relacionados à temática discutida, nota-se que ainda há dificuldades na compreensão da vulnerabilidade e insuficiência de conhecimentos acerca dos estratos Clínico-Funcionais.

O IVCF-20 mostrou-se bastante adequado no reconhecimento dos idosos vulneráveis por permitir a identificação dos marcadores de fragilidade e assim, avaliar a associação estatística entre eles, sinalizando os idosos que necessitam de uma atenção maior no âmbito da atenção básica. Sua simplicidade e facilidade de aplicação são outras vantagens que caracterizam esse instrumento como um forte aliado na triagem de pacientes que requerem um cuidado maior e um atendimento mais especializado.

Com base nos marcadores de fragilidade, evidenciou-se que a percepção da velhice para uma parcela significativa dos idosos participantes da pesquisa, é um período caracterizado por doenças, inutilidade, dependência e isso reafirma a necessidade de intervenções para minimizar os efeitos negativos dessa fase da vida e proporcionar aos idosos uma velhice saudável gozando da tranquilidade e dos prazeres que a terceira idade tem a oferecer.

O ato de envelhecer, muitas vezes encarado como um fardo, contribui significativamente para o declínio clínico-funcional, partindo do pressuposto que a saúde do corpo está em sintonia com a mente. Para minimizar essa percepção negativa, a enfermagem deve contribuir com ações efetivas que visem à adesão da comunidade idosa aos serviços de saúde e à participação efetiva destes nas atividades desenvolvidas.

O incentivo à participação de grupos religiosos, rodas de conversa, atividades lúdicas e recreativas, grupos de atividade física, atuação em serviços que envolvam a comunidade e várias outras podem fortalecer o vínculo entre os idosos e a Estratégia de Saúde da Família, conferindo a eles autonomia, independência e sensação de utilidade, reduzindo assim, os danos causados pela velhice e fortalecendo o cuidado ao idoso frágil.

Destaca-se que a dependência funcional está intrinsecamente relacionada ao grau de vulnerabilidade do indivíduo, no entanto, quando essa vulnerabilidade é identificada precocemente, há a possibilidade de minimizar as perdas funcionais evitando a perda total da autonomia e direcionar o idoso para um atendimento especializado voltado à diminuir as limitações apresentadas por ele.

Outro aspecto a ser destacado, é que o estudo chama a atenção para uma realidade que corrobora com os dados a nível nacional, mostrando que não é uma realidade apenas de um município, mas que faz parte um cenário muito maior. A fragilidade é uma condição que requer um cuidado mais avançado e que deve redirecionar ações com vistas à familiarização com o processo de envelhecimento, prestação de uma assistência resolutiva e qualificada e principalmente, priorizar um envelhecimento ativo para minimizar os indicadores evidenciados nas literaturas atuais.

Quanto à limitação do estudo, destaca-se se o fato de ter sido realizado apenas em duas Unidades Básicas de Saúde e com uma amostra reduzida o que impede a associação com outras variáveis, como por exemplo, institucionalização e hospitalização. Ressalta-se a importância de se realizar estudos como esse que abrangem o público idoso em outros serviços, como hospitais, Instituições de Longa Permanência (ILPs), instituições privadas, serviços de urgência e emergência e outras com vistas a apresentar as relações a despeito da temática, bem como, promover novos estudos que contribuam para a produção de conhecimento científico acerca do assunto, promovendo melhorias na assistência e no cuidado à saúde do idoso.

Enfatiza-se ainda o importante papel do enfermeiro tanto na construção e elaboração de bases nacionais, quanto no cuidado prestado ao público idoso para promoção de um envelhecimento ativo. O enfermeiro desempenha papel fundamental na atenção à saúde dos idosos e é extremamente importante na identificação do idoso frágil, portanto deve aprimorar constantemente seus conhecimentos acerca da vulnerabilidade Clínico-Funcional e dos marcadores de fragilidade que acometem os idosos, melhorando significativamente a assistência à saúde prestada aos idosos.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NUTROLOGIA. Curso Nacional de Nutrologia. **Antropometria**. 2015.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Resolução CNS nº466, de 12 de dezembro de 2012** (dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos). Brasília, 2012.

_____. **Lei n. 10.74/031, de 1º de outubro de 2003**. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Disponível em: <<https://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislaçao/98301/estatuto-do-idoso-lei-10741-03>>. Acesso em: 04 de set. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS: proposta de modelo de atenção integral**. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006**. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. 2006. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html>. Acesso em: 04 de set. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção especializada e temática. Coordenação saúde da pessoa idosa. **Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS: proposta de modelo de atenção integral**. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. 2007. 192 p.: il.

AUGUSTI, A.C.V.; FALSARELLA, G.R.; COIMBRA, A.M.V. Análise da síndrome da fragilidade em idosos na atenção primária - Estudo transversal. **Rev. Bras Med Fam Comunidade**. v.12, n.39, p. 1-9, 2017.

BARBOSA, K.T.F. et al. Envelhecimento e vulnerabilidade individual: um panorama dos idosos vinculados à estratégia saúde da família. **Texto Contexto Enferm**. v.26, n.2, p.1-10, 2017.

BRAGA, M.C.P. et al. Qualidade de vida medida pelo whogol-bref: estudo com idosos residentes em Juiz de Fora/MG. *Rev. APS.* v.14, n.1, p.93-100, 2011.

BRONDANI, C.M.; BEUTER, M.A. vivência do cuidado no contexto da internação domiciliar. *Rev Gaúcha Enferm.* v.30, n.2, p.206-213, 2009.

BRUNNER, L.S.; SUDDARTH, D.S. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica.** 13. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.

CAMARANO, A. A. **Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica.** Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Brasília: IPEA, 2002 (Texto para Discussão. n. 858).

CAMARGOS, M.C.S.; PERPÉTUO, I.H.O.; MACHADO, C.J. Expectativa de vida com incapacidade funcional em idosos em São Paulo, Brasil. *Rev Panam Salud Publica.* v.17, n.6, p.379-386, 2005.

CARMO, J. A. **Proposta de um índice de vulnerabilidade clínico-funcional para a atenção básica: um estudo comparativo com a avaliação multidimensional do idoso.** Dissertação de mestrado do Programa de Pós Graduação em Promoção de Saúde e Prevenção de Violência da UFMG. Orientador: Prof. Edgar Nunes de Moraes. Belo Horizonte, 2014.

FHON, J.R.S. et al. Síndrome de fragilidade relacionada à incapacidade funcional no idoso. *Acta Paul Enferm.* v.25, n.4, p.589-594, 2012.

FIGUEIREDO, C.Q. **Avaliação de fragilidade de idosos usuários de uma Estratégia Saúde da Família (ESF) em Ananindeua-Para.** 2014. Disponível em:

<<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/sus-36096>>. Acesso em: 02 de jun. 2018.

FIN, T.H.; PORTELLA, M.R.; SCORTEGAGNA, S.A. Velhice e beleza corporal das idosas: conversa entre mulheres. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* v. 20, n.1, p. 77-87, 2017.

FLORES, G.C. et al. Cuidado intergeracional com o idoso: autonomia do idoso e presença do cuidador. **Rev Gaúcha Enferm.** v. 31, n.3, p.467-474, 2010.

GIL, A.C.; **Como elaborar projetos de pesquisa.** 5 ed. São Paulo: Atlas, 2010.

IBGE. **Número de idosos cresce 18% em 5 anos e ultrapassa 30 milhões em 2017.**

Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/20980-numero-de-idosos-cresce-18-em-5-anos-e-ultrapassa-30-milhoes-em-2017.html>>. Acesso em: 02 de jun. 2018.

IVCF-20. **Índice de vulnerabilidade clínico-funcional.** Disponível em: <<http://www.ivcf-20.com.br/>>. Acesso em: 04 set. 2017.

JESUS, I.T.M. et al. Fragilidade de idosos em vulnerabilidade social. **Acta Paul. Enferm.** v.30, n.6, p. 614-620, 2017.

LENARDT, M.H. et al. Qualidade de vida de idoso fragilizado da atenção primária. **Acta Paul. Enferm.** v.27, n.5, p. 399-404, 2014.

LIMA, L.C.V.; BUENO, C.M.L.B. Envelhecimento e gênero: a vulnerabilidade de idosas no Brasil. **Revista Saúde e Pesquisa.** v.2, n.2, p. 273-280, 2009.

MARIN, M.J.S.; CECÍLIO, L.C.O. Necessidades de saúde de idosos de uma Unidade de Saúde da Família. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** v.12, n.1, p.63-76, 2009.

MINAYO, M.C.S. O envelhecimento da população brasileira e os desafios para o setor saúde. **Cad. Saúde Pública.** v.28, n. 2, p. 208-9, 2012.

MIRANDA, G.M.D.; MENDES, A.C.G.; SILVA, A.L.A. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. **Rev. bras. geriatr. gerontol.** v.19, n.3, p. 507-519, 2016 .

MORAES, E.N. **Atenção à saúde do idoso: aspectos conceituais.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 102 p. Disponível em: <<http://apsredes.org/pdf/Saude-do-Idoso-WEB1.pdf>>. Acesso em: 02 de jun. 2018.

MORAES, E.N.; LANNA, F.M. **Avaliação multidimensional do idoso**. 4. ed. Belo Horizonte: Editora Folium, 2014.200p. il (Coleção Guia de Bolso em Geriatria e Gerontologia, 1).

MORAES, E.N.; LANNA, F.M.; AZEVEDO, R.S.; CARMO, J.A.; ROMERO, D.E.; MACHADO, C.G. **Atributos do Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional-20 (Ivcf-20) e sua aplicação na rede de atenção à saúde do idoso**. 2014.

MORAES, E.N.; AZEVEDO, R.S. **Fundamentos do cuidado ao idoso frágil**. Belo Horizonte (BR): Folium,2016.412p.:il.

MORLEY, J. et al. Frailty Consensus: a call to action. **Journal of the American Medical Directors Association**, v.14, p.392-97, 2013.

OLIVEIRA, C.C. et al. A procura do homem ao serviço de saúde da atenção básica. Disponível em: <http://www.abeneventos.com.br/anais_senpe/17senpe/pdf/1763po.pdf>. Acesso em: 02 de jun. 2018.

Organização Mundial da Saúde Como usar a CIF: Um manual prático para o uso da **Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)**. Versão preliminar para discussão. Outubro de 2013. Genebra: OMS

POLIT, D. F.; BECK, C.T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**.7ª ed. Porto Alegre: Artmed. p. 669, 2011.
ROUQUAYROL, M. Z.; SILVA, M. G. C. **Epidemiologia & saúde**. 7. ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2013.

ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e saúde**. 6 ed, Guanabara Koogan , Rio de Janeiro 2006.

STORTI, L.B. et al. Fragilidade de idosos internados na clínica médica da unidade de emergência de um hospital geral terciário. *Texto Contexto Enferm.* v.22, n.2, p. 452-459, 2013.

TRIBESS, S; OLIVEIRA R.J. Síndrome da fragilidade biológica em idosos: revisão sistemática. **Rev. Saúde Pública.** v.13, n. 5, p. 853-864, 2011.

YASSUDA, M.S. Fragilidade e cognição: dados do estudo FIBRA em Ermelino Matarazzo. Tese de Livre docência. Universidade de São Paulo, São Paulo (SP).

APÊNDICES

APÊNDICE A - Formulário Sociodemográfico

1. Nível de escolaridade:

Ensino fundamental incompleto ()

Ensino fundamental completo ()

Ensino Médio incompleto ()

Ensino Médio completo ()

Ensino superior incompleto ()

Ensino superior completo ()

2. Anos de estudo: anos de estudo ou que frequentou a escola.

3. Tipo de escola frequentada:

Pública ()

Particular ()

Outras ()

4. Renda Pessoal (somatório mensal dos rendimentos da família):

5. Estado civil:

Solteiro ()

Casado ()

União Consensual ()

Viúvo ()

6. Ocupação: mencionar qual tipo de trabalho e/ou ofício que realiza.

7. Raça/ cor da pele:

Branca ()

Negra ()

Parda ()

Outra ()

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ

Curso Bacharelado em Enfermagem

Campus Senador Helvídio Nunes De Barros

Rua Cícero Duarte, 905 - Bairro Junco- 64.600-000- Picos - PI

Fone (89) 3422-1021 – Fax (89) 3422-1024

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do projeto: Frequência de Síndrome de Fragilidade Clínico-Funcional em idosos na Atenção Básica

Pesquisador (a) responsável: Dra. Ana Larissa Gomes Machado – Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí – UFPI

Instituição/Departamento: Universidade Federal do Piauí – UFPI, Campus Senador Helvídio Nunes de Barros – CSHNB, Departamento de Enfermagem

Telefone para contato (inclusive a cobrar): (85) 9 9925-8736 ou (88) 9 9451-1843

Prezado Senhor/a:

Você está sendo convidado (a) a responder às perguntas deste formulário de forma totalmente **voluntária**. Antes de concordar em participar desta pesquisa e responder este questionário, é muito importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento. Os pesquisadores deverão responder todas as suas dúvidas antes que você se decida a participar. Você tem o direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade e sem perder os benefícios aos quais tenha direito.

- Justifica-se essa pesquisa pela necessidade de entender e conhecer os fatores associados ao processo de fragilização, bem como melhorar a assistência de enfermagem prestada à saúde do idoso.
- Objetivo do estudo: Analisar a frequência da Síndrome da Fragilidade Clínico-Funcional em idosos acompanhados na atenção básica.

- Procedimentos: Sua participação consistirá em responder às questões do formulário sociodemográfico, Mini Exame do Estado Mental (MEEM) e Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional (IVCF-20).
- Benefícios: Esta pesquisa trará como benefício a produção de conhecimentos sobre o tema abordado, os quais contribuirão com a melhoria da assistência prestada aos idosos pois a partir da classificação clínico-funcional será possível definir melhor as portas de entrada no Sistema Único de Saúde evitando deslocamentos desnecessários e minimizando o fluxo de idosos nos serviços hospitalares.
- Riscos: Os participantes estarão sujeitos ao risco de constrangimento por não entenderem ou não saberem responder os questionamentos direcionados, todavia, a pesquisa assegura que os instrumentos serão aplicados em sala reservada e que eles poderão perguntar a qualquer momento da entrevista para que suas dúvidas sejam esclarecidas.
- O(a) senhor(a) não pagará e nem será remunerado(a) por sua participação. Garantimos, no entanto, que todas as despesas decorrentes da pesquisa serão devolvidas, quando devidas e decorrentes especificamente de sua participação no estudo.
- Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas.
- Sigilo: Se você concordar em participar do estudo, seu nome e identidade serão mantidos em sigilo. A menos que requerido por lei ou por sua solicitação, somente o pesquisador, a equipe do estudo, o Comitê de Ética independente e inspetores de agências regulamentadoras do governo (quando necessário) terão acesso aos dados para verificar as informações do estudo.
- Você terá o direito de retirar o consentimento a qualquer tempo.

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, _____

_____,
 RG/CPF _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo: **Frequência de Síndrome de Fragilidade Clínico-Funcional em idosos na Atenção Básica**, como sujeito. Fui suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo. Eu discuti com o(a) pesquisador(a)

responsável sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu acompanhamento/ assistência/tratamento neste Serviço. O termo será assinado em duas vias e uma ficará de posse do participante da pesquisa.

Local e data _____

Nome e Assinatura do sujeito ou responsável: _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar

Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome: _____

RG: _____ Assinatura: _____

Nome: _____

RG: _____ Assinatura: _____

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste sujeito de pesquisa ou representante legal para a participação neste estudo.

Picos, ____ de _____ de 2018.

Ana Carolina Gomes Machado

Assinatura do pesquisador responsável

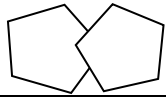
Observações complementares

Se o (a) senhor (a) tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato: Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI – Campus Senador Helvidio Nunes de Barros. Rua Cícero Duarte, 905. Bairro: Junco. – CEP: 64.607-670 – Picos – PI. Tel.: (89) 3422-3007 – email: ceppicos@gmail.com

ANEXOS

ANEXO A - Mini Exame do Estado Mental (MEEM)

1. Orientação temporal (0 - 5 pontos)	Em que dia estamos?	Ano	1
		Semestre	1
		Mês	1
		Dia	1
		Dia da semana	1
2. Orientação espacial (0 - 5 pontos)	Onde estamos?	Estado	1
		Cidade	1
		Bairro	1
		Rua	1
		Local	1
3. Repita as palavras (0 - 3 pontos)	Peça ao idoso para repetir as palavras depois de dizê-las. Repita todos os objetos até que o entrevistado o aprenda (máximo 5 repetições)	Caneca	1
		Tijolo	1
		Tapete	1
4. Cálculo	O(a) Sr(a) faz cálculos?	Sim (vá para 4a)	1
		Não (vá para 4b)	1
4a. Cálculo (0 - 5 pontos)	Se de R\$100,00 fossem tirados R\$ 7,00 quanto restaria? E se tirarmos mais R\$ 7,00? (total 5 subtrações)	93	1
		86	1
		79	1
		72	1
		65	1
4b.	Soletre a palavra MUNDO de trás para frente	O	1
		D	1
		N	1
		U	1
		M	1
5. Memorização	Repita as palavras que disse há pouco	Caneca	1
		Tijolo	1
		Tapete	1
6. Linguagem (0-3 pontos)	Mostre um relógio e uma caneta e peça ao idoso para nomeá-los	Relógio	1
		Caneta	1
7. Linguagem (1 ponto)	Repita a frase:	NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ	1
8. Linguagem (0-2 pontos)	Siga uma ordem de três estágios:	Pegue o papel com a mão direita;	1
		Dobre-o ao meio;	1
		Ponha-o no chão	1
9. Linguagem (1 ponto)	Escreva em um papel: "feche os olhos". Peça ao idoso para que leia a ordem e a execute	FECHE OS OLHOS	1

10. Linguagem (1 ponto)	Peça ao idoso para escrever uma frase completa.		1
11. Linguagem (1 ponto)	Copie o desenho:		1

O MEEM é constituído de duas partes, uma que abrange orientação, memória e atenção, com pontuação máxima de 21 pontos e, outra que aborda habilidades específicas como nomear e compreender, com pontuação máxima de 9 pontos, totalizando um escore de 30 pontos (FOLSTEIN et al. 1975). Os valores mais altos do escore indicam maior desempenho cognitivo. Aborda questões referentes à memória recente e registro da memória imediata, orientação temporal e espacial, atenção e cálculo e linguagem - afasia, apraxia e habilidade construcional.

FOLSTEIN M.F.; FOLSTEIN S.E.; MCHUGH P.R. Mini-Mental State: a practical method for grading the cognitive state of patients for clinician. J Psychiatr Res 1975;12:189-198.

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

ÍNDICE DE VULNERABILIDADE CLÍNICO-FUNCIONAL-20		
<i>www.ivcf-20.com.br</i>		
<i>Responda às perguntas abaixo com a ajuda de familiares ou acompanhantes. Marque a opção mais apropriada para a sua condição de saúde atual. Todas as respostas devem ser confirmadas por alguém que conviva com você. Nos idosos incapazes de responder, utilizar as respostas do cuidador.</i>		Pontuação
IDADE	1. Qual é a sua idade?	<input type="checkbox"/> 60 a 74 anos ⁰ <input type="checkbox"/> 75 a 84 anos ¹ <input type="checkbox"/> ≥ 85 anos ³
AUTO-PERCEPÇÃO DA SAÚDE	2. Em geral, comparando com outras pessoas de sua idade, você diria que sua saúde é:	<input type="checkbox"/> Excelente, muito boa ou boa ⁰ <input type="checkbox"/> Regular ou ruim ¹
ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA	AVD Instrumental <small>Respostas positiva valem 4 pontos cada. Todavia, a pontuação máxima do item é de 4 pontos, mesmo que o idoso tenha respondido sim para todas as questões 3, 4 e 5.</small>	3. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de fazer compras? <input type="checkbox"/> Sim ⁴ <input type="checkbox"/> 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, gastos ou pagar as contas de sua casa? <input type="checkbox"/> Sim ⁴ <input type="checkbox"/> Não ou não controla o dinheiro por outros motivos que não a saúde
		5. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de realizar pequenos trabalhos domésticos, como lavar louça, arrumar a casa ou fazer limpeza leve? <input type="checkbox"/> Sim ⁴ <input type="checkbox"/> Não ou não faz mais pequenos trabalhos domésticos por outros motivos que não a saúde
AVD Básica	6. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de tomar banho sozinho?	<input type="checkbox"/> Sim ⁶ <input type="checkbox"/> Não
COGNIÇÃO	7. Algum familiar ou amigo falou que você está ficando esquecido?	<input type="checkbox"/> Sim ¹ <input type="checkbox"/> Não
	8. Este esquecimento está piorando nos últimos meses?	<input type="checkbox"/> Sim ¹ <input type="checkbox"/> Não
	9. Este esquecimento está impedindo a realização de alguma atividade do cotidiano?	<input type="checkbox"/> Sim ² <input type="checkbox"/> Não
HUMOR	10. No último mês, você ficou com desânimo, tristeza ou desesperança?	<input type="checkbox"/> Sim ² <input type="checkbox"/> Não
	11. No último mês, você perdeu o interesse ou prazer em atividades anteriormente prazerosas?	<input type="checkbox"/> Sim ² <input type="checkbox"/> Não
MOBILIDADE	Alcance, preensão e pinça	12. Você é incapaz de elevar os braços acima do nível do ombro? <input type="checkbox"/> Sim ¹ <input type="checkbox"/> Não
		13. Você é incapaz de manusear ou segurar pequenos objetos? <input type="checkbox"/> Sim ¹ <input type="checkbox"/> Não
	Capacidade aeróbica e /ou muscular	14. Você tem alguma das quatro condições abaixo relacionadas? <ul style="list-style-type: none"> • Perda de peso não intencional de 4,5 kg ou 5% do peso corporal no último ano <u>ou</u> 6 kg nos últimos 6 meses <u>ou</u> 3 kg no último mês () ; • Índice de Massa Corporal (IMC) menor que 22 kg/m² () ; • Circunferência da panturrilha a < 31 cm () ; • Tempo gasto no teste de velocidade da marcha (4m) > 5 segundos () . <input type="checkbox"/> Sim ² <input type="checkbox"/> Não
	Marcha	15. Você tem dificuldade para caminhar capaz de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? <input type="checkbox"/> Sim ² <input type="checkbox"/> Não
	16. Você teve duas ou mais quedas no último ano? <input type="checkbox"/> Sim ² <input type="checkbox"/> Não	
	Continência esfincteriana	17. Você perde urina ou fezes, sem querer, em algum momento? <input type="checkbox"/> Sim ² <input type="checkbox"/> Não
COMUNICAÇÃO	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. <input type="checkbox"/> Sim ² <input type="checkbox"/> Não
	Audição	19. Você tem problemas de audição capazes de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? É permitido o uso de aparelhos de audição. <input type="checkbox"/> Sim ² <input type="checkbox"/> Não
COMORBIDADES MÚLTIPLAS	Polipatologia	20. Você tem alguma das três condições abaixo relacionadas? <ul style="list-style-type: none"> • Cinco ou mais doenças crônicas () ; • Uso regular de cinco ou mais medicamentos diferentes, todo dia () ; • Internação recente, nos últimos 6 meses () . <input type="checkbox"/> Sim ⁴ <input type="checkbox"/> Não
	Polifarmácia	
	Internação recente (<6 meses)	
PONTUAÇÃO FINAL (40 pontos)		



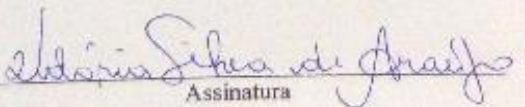
**TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA PUBLICAÇÃO DIGITAL NA BIBLIOTECA
"JOSÉ ALBANO DE MACEDO"**

Identificação do Tipo de Documento

- () Tese
() Dissertação
(X) Monografia
() Artigo

Eu, **VITÓRIA SILVA DE ARAÚJO**, autorizo com base na Lei Federal nº 9.610 de 19 de Fevereiro de 1998 e na Lei nº 10.973 de 02 de dezembro de 2004, a biblioteca da Universidade Federal do Piauí a divulgar, gratuitamente, sem ressarcimento de direitos autorais, o texto integral da publicação **FREQUÊNCIA DE SÍNDROME DE FRAGILIDADE CLÍNICO-FUNCIONAL EM IDOSOS NA ATENÇÃO BÁSICA**, de minha autoria, em formato PDF, para fins de leitura e/ou impressão, pela internet a título de divulgação da produção científica gerada pela Universidade.

Picos-PI 16 de julho de 2018.


Assinatura

Assinatura