

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

DENILTON ALBERTO DE SOUSA JÚNIOR

**AVALIAÇÃO CLÍNICO-FUNCIONAL DE IDOSOS LONGEVOS NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE**

PICOS – PIAUÍ

2021

DENILTON ALBERTO DE SOUSA JÚNIOR

**AVALIAÇÃO CLÍNICO-FUNCIONAL DE IDOSOS LONGEVOS NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de Bacharelado em Enfermagem, da Universidade Federal do Piauí, Campus Senador Helvídio Nunes de Barros, como parte dos requisitos necessários para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Larissa Gomes Machado.

FICHA CATALOGRÁFICA

**Universidade Federal do Piauí
Campus Senador Helvídeo Nunes de Barros
Biblioteca Setorial José Albano de Macêdo
Serviço de Processamento Técnico**

S725a Sousa Júnior, Denilton Alberto de.

Avaliação clínico-funcional de idosos longevos na Atenção Primária à Saúde / Denilton Alberto de Sousa Júnior – 2021.

Texto digitado

Indexado no catálogo *online* da biblioteca José Albano de Macêdo - CSHNB

Aberto a pesquisadores, com as restrições da biblioteca

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Universidade Federal do Piauí, Bacharelado em Enfermagem, Picos-PI, 2021.

“Orientadora: Dra. Ana Larissa Gomes Machado”

1. Idoso-Fragilidade. 2. Idoso-80 anos mais. 3. Enfermagem. 4. Atenção Primária à Saúde. I. Machado, Ana Larissa Gomes. II. Título.

CDD 610.73

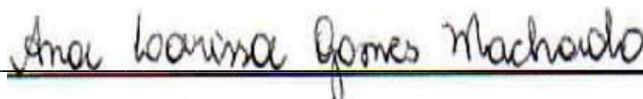
DENILTON ALBERTO DE SOUSA JÚNIOR

**AVALIAÇÃO CLÍNICO-FUNCIONAL DE IDOSOS LONGEVOS NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE**

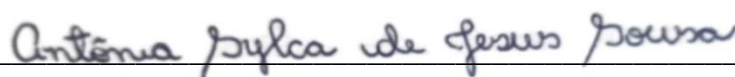
Monografia apresentada ao Curso de Enfermagem do Campus Senador Helvídio Nunes de Barros, da Universidade Federal do Piauí, como parte dos requisitos necessários para obtenção do Grau de Bacharel em Enfermagem.

Data de aprovação: 09 / 06 / 2021

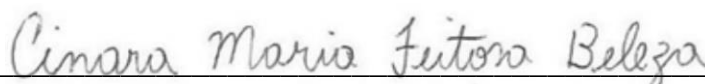
BANCA EXAMINADORA:



Prof^a. Ana Larissa Gomes Machado
Doutora em Enfermagem
Presidente da Banca



Prof^a. Antônia Sylca de Jesus Sousa
Mestre em Enfermagem
2º. Examinador



Prof^a. Cinara Maria Feitosa Beleza
Doutora em Enfermagem
3º. Examinador

Em nome de nosso pai todo poderoso,
nosso Deus IAVÉ, pai da criação e de todas
as coisas boas dessa terra, dedico esse
trabalho realizado com toda dedicação e
amor.

AGRADECIMENTOS

Quero agradecer primeiramente a nosso Deus pai todo poderoso, por ter me dado o dom da sabedoria e inteligência e ter me ajudado em tudo na minha vida até hoje, pois sem ele eu não seria nada nessa vida. Agradecer por todas as conquistas que ele me deu, todas as bênçãos, toda força e coragem pra subir cada degrau e poder alcançar meus objetivos, todos esses sendo de sua vontade. Obrigado meu pai!!!

Aos meus pais, Dona Moncilene e Senhor Denilton, e a minha maninha Lanna Lysa, por me abençoarem em tudo na minha vida, por todos os abraços e sorrisos que sempre existiu nessa longa estrada. Como agradecer tudo que fizeram e fazem por mim até hoje, nem sei como, pois ter uma família tão magnífica, tão linda, tão maravilhosa, tão abençoada, tão... é bem difícil mesmo, por isso quero sempre estar ao lado de vocês e poder algum dia retribuir tudo isso.

Aos meus parentes (avôs e avós, tios e tias, primos e primas) que sempre acreditaram no meu potencial, e me apoiaram sempre que precisava, tanto nas alegrias como nos momentos tristes e difíceis. A união é a base de tudo e ter uma base forte é uma bênção pois é praticamente impossível derrubar um excelente alicerce.

Aos meus amigos e irmãos que a UFPI me presenteou, em especial: Daniel Martírios, David de Sousa, e João Neto dos Versos, pelo companheirismo e por todas as alegrias proporcionadas.

Aos meus professores e mestres que compartilharam seus saberes, me ensinando e me preparando para ser um profissional muito eficiente e qualificado, em especial a minha orientadora Dra. Ana Larissa Gomes Machado pela paciência e dedicação, me auxiliando nesse estudo, passando todo seu conhecimento e suas dicas. Agradeço a todos por acreditarem no meu potencial!!!

A Enf. Me. Antônia Sylca de Jesus Sousa e a Enf. Viviany de Sousa Araújo por terem contribuído bastante com esse trabalho, me ensinando muito com suas dicas e orientações. Muito obrigado!

Ao GPeSC - Saúde do adulto e idoso e Tecnologias Educativas em Saúde, por ajudarem na coleta de dados dessa pesquisa, foi incrível trabalhar com todos vcs e um prazer enorme fazer parte dessa equipe magnífica. A todos da Liga Acadêmica de Hanseníase e Outras Doenças Negligenciadas (LAHDN), da Liga Acadêmica de Anatomia Humana (LACAH) o qual fui membro e diretor de extensão durante quase 3

anos, do Projeto de Extensão Saúde do Trabalhador em nome da prof. Dra. Ana Larissa Gomes Machado, e do Projeto de Extensão Musicoterapia na Longevidade Saudável em nome da prof. Dra. katrine Bezerra Cavalcanti, o qual fui integrante e bolsista durante quase 2 anos.

A todos os profissionais da saúde deste município, por disponibilizar seu tempo para auxiliar na coleta dos dados. E aos idosos que aceitaram participar desta pesquisa e com paciência responder a tantos questionamentos. Muito obrigado! Espero que este estudo traga benefícios a cada um de vocês.

Por fim, agradeço a todas as pessoas que fizeram parte da minha vida em algum momento. Obrigado pelo carinho, pela amizade e pelos abraços que me deram.

A todos vocês muito obrigado de coração!!!

RESUMO

O segmento populacional acima de 80 anos vem aumentando significativamente, mas infelizmente, por ser um grupo de pouco prestígio várias são as falhas na assistência à saúde dos longevos. O envelhecimento é um processo natural da vida conhecido como senescência, onde as alterações dessa ação diminuem com um estilo de vida ativo. Porém, em situações adversas, como no surgimento de doenças, acidentes e estresse emocional, gera-se uma condição de senilidade, que pode comprometer a independência e autonomia do idoso. A fragilidade é um dos eventos que culminam com um estado de maior vulnerabilidade da pessoa idosa e está associada ao maior risco de desfechos clínicos adversos e declínio funcional. Esta pesquisa objetivou avaliar a condição clínico-funcional de idosos longevos na atenção primária à saúde. Trata-se de um estudo descritivo e transversal, de natureza quantitativa, realizado no período de agosto de 2018 a junho de 2019, em unidades da Estratégia Saúde da Família, localizadas no município de Picos-PI. A população foi composta por 4895 idosos cadastrados nas Unidades de Saúde da Família da zona urbana, resultando numa amostra de 356 idosos. Para este estudo, contudo, foram considerados apenas idosos com 80 anos ou mais, correspondendo a uma amostra de 81 longevos. A coleta de dados ocorreu por meio da aplicação de um instrumento contendo as características socioeconômicas dos idosos e do Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional para determinar os estratos clínico-funcionais dos participantes. Quanto à análise, os dados foram tabulados em planilhas do Excel for Windows 2013, com posterior transferência para o Programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), na versão em língua portuguesa. Após análises estatísticas, os resultados foram apresentados em tabelas e gráficos e discutidos de acordo com a literatura pertinente. O estudo obteve aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Piauí, Campus de Picos-PI, com Parecer n. 2.389.117. Após análise e discussão dos dados, foi traçado o perfil dos idosos participantes da pesquisa, sendo mulheres (64,2%), com idade igual ou maior a 85 anos (51,9%), viúvos (55,6%), que se consideravam brancos (44,4%). Quanto à escolaridade, a maioria era composta por analfabetos (44,4%), com renda pessoal mensal maior que um salário mínimo (65,2%), com uma média de R\$998,00. Grande parte dos idosos tem filhos (92,6%), moram com os familiares (71,6%) e não frequentam grupos de convívio social (54,3%). Foi possível observar que alguns marcadores de fragilidade tiveram destaque, a saber: a autopercepção da saúde ruim ou péssima (59,3%), na cognição o esquecimento (50,6%) e a capacidade aeróbica e/ou muscular (46,9%). Foi significativa a associação entre os estratos clínico-funcionais e os marcadores de fragilidade faixa etária ($p=0,028$) e declínio funcional ($p=0,007$). Este estudo reflete uma população idosa em risco de fragilização que necessita de atenção integral por equipe multiprofissional, com foco na promoção do envelhecimento saudável, na prevenção da incapacidade funcional e da fragilidade, na elaboração de intervenções e de terapêutica individual adequada.

Palavras-chave: Fragilidade. Idoso de 80 anos ou mais. Enfermagem. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

The population segment over 80 years old has been increasing significantly, but unfortunately, as it is a group of little prestige, there are several failures in health care for the oldest old. Aging is a natural process of life known as senescence, where changes in this action decrease with an active lifestyle. However, in adverse situations, such as the emergence of diseases, accidents and emotional stress, a condition of senility is generated, which can compromise the independence and autonomy of the elderly. Frailty is one of the events that culminates in a state of greater vulnerability for the elderly and is associated with a greater risk of adverse clinical outcomes and functional decline. This research aimed to evaluate the clinical-functional condition of long-lived elderly in primary health care. This is a descriptive and cross-sectional study, of a quantitative nature, carried out from August 2018 to June 2019, in units of the Family Health Strategy, located in the municipality of Picos-PI. The population consisted of 4895 elderly people registered in Family Health Units in the urban area, resulting in a sample of 356 elderly people. For this study, however, only elderly people aged 80 years or older were considered, corresponding to a sample of 81 long-lived. Data collection took place through the application of an instrument containing the socioeconomic characteristics of the elderly and the Functional Clinical Vulnerability Index to determine the clinical and functional strata of the participants. As for the analysis, the data were tabulated in Excel for Windows 2013 spreadsheets, with subsequent transfer to the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) Program, in the Portuguese version. After statistical analysis, the results were presented in tables and graphs and discussed according to the relevant literature. The study was approved by the Ethics and Research Committee of the Federal University of Piauí, Campus de Picos-PI, with Opinion no. 2,389,117. After analyzing and discussing the data, the profile of the elderly participants in the research was drawn up, being women (64.2%), aged 85 years or older (51.9%), widowed (55.6%), who considered themselves white (44.4%). As for education, the majority were illiterate (44.4%), with a monthly personal income greater than one minimum wage (65.2%), with an average of R \$ 998.00. Most elderly people have children (92.6%), live with family members (71.6%) and do not attend social groups (54.3%). It was possible to observe that some fragility markers were highlighted, namely: poor or very bad self-perception of health (59.3%), forgetfulness (50.6%) in cognition and aerobic and / or muscular capacity (46.9 %). There was a significant association between the clinical-functional strata and the markers of frailty, age group ($p = 0.028$) and functional decline ($p = 0.007$). This study reflects an elderly population at risk of frailty that needs comprehensive care by a multidisciplinary team, with a focus on promoting healthy aging, preventing functional disability and frailty, developing interventions and adequate individual therapy.

Keywords: Fragility. Aged 80 and over. Nursing. Primary Health Care.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Divisão dos idosos a partir da amostra coletada nas Unidades de Saúde da Família da zona urbana do município de Picos, Piauí (2018/2019).	22
Tabela 2: Perfil sociodemográfico dos idosos. Picos-PI, 2018/2019.....	29
Tabela 3: Classificação clínico-funcional dos idosos de acordo com o sexo e a faixa etária. Picos-PI, 2018/2019.	30
Tabela 4: Marcadores de fragilidade nos idosos investigados. Picos-PI, 2018/2019.	31
Tabela 5: Associação entre marcadores de fragilidade e os estratos clínico-funcionais. Picos-PI, 2018/2019.	33

LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
APS	Atenção Primária à Saúde
AVD	Atividade de Vida Diária
AVDB	Atividade de Vida Diária Básica
AVDI	Atividade de Vida Diária Instrumental
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CP	Circunferência da Panturrilha
DCNT	Doença Crônica não Transmissível
DP	Desvio Padrão
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GPeSC	Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IIQ	Intervalo Interquartil
IMC	Índice de Massa Corporal
IVCF-20	Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional-20
MEEM	Mini Exame do Estado Mental
PIBIC	Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica
SABE	Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento
SPSS	Programa Statistical Package for the Social Sciences
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
USF	Unidade de Saúde da Família
UFPI	Universidade Federal do Piauí

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 OBJETIVOS	15
2.1 Objetivo geral.....	15
2.2 Objetivos específicos	15
3 REVISÃO DE LITERATURA	16
3.1 Envelhecimento e aspectos de saúde dos idosos longevos	16
3.2 Capacidade funcional e os cuidados de enfermagem ao idoso longo.....	18
4 METODOLOGIA	21
4.1 Tipo de estudo	21
4.2 Local e período do estudo.....	21
4.3 População e amostra	21
4.3.1 Critérios de inclusão	23
4.3.2 Critério de exclusão	23
4.4 Coleta de dados e instrumentos de estudo	23
4.5 Variáveis de estudo.....	25
4.5.1 Variáveis socioeconômicas.....	25
4.5.2 Variáveis cognitivas	25
4.5.3 Marcadores de fragilidade	26
4.6 Análise dos dados.....	27
4.7 Aspectos éticos e legais.....	27
5 RESULTADOS	29
6 DISCUSSÃO	35
7 CONCLUSÃO	40
REFERÊNCIAS	41
ANEXOS	45
ANEXO A - Mini Exame do Estado Mental (MEEM)	46
ANEXO B – Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional-20	47
ANEXO C – Parecer Consubstanciado do CEP	48
APÊNDICES	51
APÊNDICE A – Variáveis Socioeconômicas.....	52
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	53

1 INTRODUÇÃO

Os longevos (pessoas com idade igual ou superior a 80 anos) representam, nos dias atuais, o grupo da população idosa com o maior índice de crescimento no Brasil e no mundo. Esse público traz consigo várias características morfofisiológicas, psicológicas e socioeconômicas diferenciadas dos outros idosos considerados mais jovens (60-79 anos) (RIBEIRO et al., 2015).

Observando o avançar dos anos temos o envelhecimento como um processo de significância universal. Estima-se um valor impressionante de pessoas com idades a partir de 60 anos ou mais até 2100, alcançando três vezes mais, de 841 milhões em 2013 para 2 bilhões em 2050, podendo atingir a marca de 3 bilhões em 2100. Além disso, 66% dessa população idosa vive em países em desenvolvimento e, em 2050, esse percentual será de 79%, alcançando 85% em 2100 (PEREIRA, 2017).

O segmento populacional acima de 80 anos vem aumentando significativamente, e estimativas apontam que em 2050 serão 395 milhões de pessoas no mundo com essa faixa etária, isto é, 28% do total de idosos (GRDEN, 2015). No cenário brasileiro, para o ano de 2030, pode-se alcançar 6 milhões de pessoas octogenárias (IBGE, 2015), com a possibilidade de atingir 13 milhões de idosos mais velhos no ano de 2050 (CAMARANO, 2014).

Um dos fenômenos que colabora para o crescente número de idosos no mundo é o aumento da longevidade, onde a expectativa de vida ao nascer é de 74,84 anos para ambos os sexos e, podendo em 2060 atingir a marca de 81,20 anos. Essa mudança, ligada à diminuição da taxa de fecundidade, implica na variação do índice de envelhecimento brasileiro. Esse índice em 2013 foi de 30,64 e deverá avançar para 206,16 no ano de 2060, representando o perfil de uma população mais envelhecida (SOUSA, 2015).

Infelizmente, pouco se conhece a respeito das condições de saúde dos longevos. Os institutos de estatística nacionais exibem dados da faixa etária idosa em geral, porém se discutem lentamente as informações acerca dos mais velhos. Baseada nas pesquisas e literaturas consultadas por Ribeiro et al., poucos são os estudos e discussões encontrados, para um crescimento tão acelerado desse segmento populacional que avança cada vez mais. Temos ainda a falta de investimento no decorrer das pesquisas entre esses indivíduos (RIBEIRO et al., 2015).

O envelhecimento é observado como um processo natural da vida, onde ocorre diminuição progressiva da reserva funcional do indivíduo, conhecido como senescência, no qual as alterações desinentes podem ser minimizadas por um estilo de vida ativo. Porém, em situações adversas, como no surgimento de doenças, acidentes e estresse emocional, gera-se uma condição patológica, a senilidade. Neste caso, a interação de fatores biológicos, psicológicos e sociais no decorrer da vida cessa em um estado de maior instabilidade e riscos diversos. Unindo todos esses fatores, pode-se observar um comprometimento da autonomia e independência do idoso, associando-se ao surgimento da incapacidade funcional, dependência em atividades da vida diária (AVDs) e, mais recentemente, à fragilidade (PEREIRA, 2017).

Nas últimas décadas, o termo fragilidade está em constância nos estudos acerca do envelhecimento. As diversas definições teóricas e operacionais são contraditórias, não trabalhando exatamente a condição multifatorial (fatores cognitivos, sociais e funcionais) mas somente ao contexto físico, caracterizando a complexidade de uma definição consensual. Para avaliar a preservação da autonomia e independência do idoso citam-se os marcadores de fragilidade, a fim de observar o envelhecimento bem-sucedido. No ponto de vista biológico, a fragilidade é abordada como uma síndrome caracterizada pela diminuição da capacidade de reserva homeostática do organismo ou da capacidade de adaptação às agressões biopsicossociais, que resultam em declínios cumulativos de diversos sistemas fisiológicos, com aumento da vulnerabilidade ao declínio funcional e desfechos clínicos adversos tais como: agravamento de doenças, comorbidades, quedas, institucionalização, hospitalização, incapacidade e morte (GRDEN, 2015).

Por isso a “síndrome da fragilidade” está em discussão, associada ao maior risco de ocorrência dos referidos desfechos. No Brasil o crescente número de idosos, resulta na mudança do perfil das necessidades sanitárias, trazendo com mais frequência as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT's) como, problemas cardiovasculares, transtornos mentais, câncer e estresse na velhice. (LIMA et al., 2018).

As DCNT's podem afetar a vida dos idosos, e estudos apontam que a dependência para o desempenho das AVDs possa aumentar de 5% na faixa etária de 60 anos para até 50% entre os indivíduos com 90 ou mais anos. Entre as DCNT, destacam-se as demências que são comuns em idosos, responsáveis por mais de

12% dos anos vividos com incapacidade envolvendo declínio cognitivo e alterações comportamentais comprometendo as AVDs (PEREIRA, 2017).

Diante de todo conhecimento quanto a intervenções perante as variáveis biológicas associadas à fragilidade, os profissionais da saúde, especialmente enfermeiros, trabalham na elaboração de ações voltadas à prevenção, diagnóstico e tratamento dessa síndrome. Estudos e pesquisas abordam a eficiência das ações multidisciplinares no cuidado a idosos frágeis, porém é essencial entender a importância do cuidado de enfermagem gerontológica, especialmente no rastreio e gestão da fragilidade (SOUSA, 2015).

Por isso é primordial uma reflexão e discussão diante das necessidades desse grupo, assim como propostas de estratégias buscando adequar as políticas sociais e a atenção à saúde dos idosos dependentes e com incapacidades funcionais considerando manter a independência, a atrasar o aparecimento de morbididades, proporcionando uma qualidade de vida de excelência (PEREIRA, 2017).

Diante disso, questiona-se: qual a condição clínico-funcional de idosos longevos acompanhados na atenção primária à saúde? Observando a necessidade de entender e conhecer os fatores associados ao estado de fragilidade clínico-funcional nos idosos longevos, salienta-se a relevância desse estudo no entendimento de que o processo de fragilização é multifatorial e influencia na qualidade de vida desse grupo etário. A elaboração de estudos acerca dessa questão traz um norte para uma melhor assistência de enfermagem prestada aos longevos por meio da rápida identificação dos fatores de risco à fragilização, prevenindo esse processo e/ou retardando várias consequências.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- Avaliar a condição clínico-funcional de idosos longevos na atenção primária à saúde.

2.2 Objetivos específicos

- Identificar os principais marcadores de fragilidade do IVCF-20 nos idosos investigados;
- Descrever os estratos clínico-funcional dos idosos;
- Analisar a associação entre os marcadores de fragilidade (faixa etária, sexo, autopercepção da saúde e declínio funcional) e os estratos clínico-funcionais apresentados.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Neste capítulo, são abordadas temáticas sobre o envelhecimento populacional, os cuidados em saúde voltados aos idosos longevos, avaliação da capacidade funcional a partir dos marcadores de fragilidade, e a assistência de Enfermagem na identificação de idosos frágeis.

3.1 Envelhecimento e aspectos de saúde dos idosos longevos

O avançar da idade originou um novo desafio à gerontologia para o atendimento e cuidado do idoso com faixa etária acima de 80 anos. Esse grupo populacional pode ser designado como idosos muito idosos, idosos mais idosos, idosos mais velhos e idosos longevos, assim como octogenários, nonagenários e centenários, esses últimos são introduzidos à década de vida em que o idoso se encontra. Os indivíduos dessa faixa etária podem apresentar características peculiares, como: presença de doenças crônicas, maior facilidade de isolamento e vulnerabilidade em fatores de ordem social. A partir dessas particularidades individuais muitos podem despertar sentimentos negativos, acompanhada da solidão e depressão (LOURENÇO et al., 2012).

Com o aumento na expectativa de vida da população, o quantitativo de idosos com 80 anos ou mais elevou-se em grandes proporções, resultando em um fenômeno de grande repercussão no Brasil, sabendo que a longevidade se reflete em todas as dimensões e setores da sociedade (PEREIRA et al., 2015).

Hodiernamente, essa faixa etária retrata 1,5% da pirâmide etária brasileira. O envelhecimento traz consequências da passagem do tempo, progressivas, irreversíveis, onde estampa o comprometimento dos principais sistemas fisiológicos. Todas as mudanças ocorridas relacionam-se a deteriorações moleculares e celulares, acerca do declínio geral da capacidade intrínseca do indivíduo, manifestando-se de forma simples e única comumente em idades mais avançadas (LIBERALESSO et al., 2017).

Esse envelhecimento da sociedade traz um enorme desafio para os modelos tradicionais de cuidado acerca dos problemas de saúde dos idosos. A evolução da tecnologia, da ciência e da medicina oferecem àqueles que utilizam os atuais dispositivos para a manutenção da saúde a chance de viver bem mais e melhor. As

consequências da ampliação do tempo de vida da população atraem enorme interesse no que diz respeito às políticas sociais, primordialmente na área da saúde. A promoção e a educação em saúde, a prevenção e o retardamento de doenças e fragilidades, a manutenção da independência e da autonomia são ações que precisam ser ampliadas. Vê-se, pois, que não basta simplesmente viver mais, e sim desfrutar os anos adicionais com qualidade, dignidade e bem-estar. Assim, as estratégias de prevenção ao longo de todo o curso da vida se tornam mais importantes para resolver os desafios de hoje e, de forma crescente, os de amanhã (VERAS; CALDAS; CORDEIRO, 2013).

Para determinar essa demanda de cuidados é essencial a avaliação da capacidade funcional do longevo, que tem como definição “a habilidade do indivíduo em desempenhar independentemente as atividades ou tarefas cotidianas, identificadas como essenciais para a manutenção do seu bem-estar”. O idoso, que mantém sua independência e autodeterminação – capacidade de o indivíduo poder exercer sua autonomia – é reconhecido como idoso saudável, embora apresente uma ou mais doenças crônicas. Diante disso, do ponto de vista da saúde pública, a capacidade funcional traz um novo conceito de saúde, adequado para instrumentar e operacionalizar uma política de atenção à saúde do idoso (RIBEIRO et al., 2015).

Por conta da elevação no número de idosos, o uso rotineiro dos serviços de saúde pode causar muito gasto no setor, tornando-se um dos maiores desafios para a saúde pública no Brasil. Diante dessa mudança é imprescindível a implementação de políticas públicas que melhorem a saúde, a segurança e a participação da pessoa idosa, como menciona a política de atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento, a necessidade de buscar a qualidade da atenção aos longevos por meio de ações fundamentadas no modelo da promoção da saúde (MESQUITA; CAVALCANTE; FREITAS, 2016).

Observando as afirmações das políticas de saúde à população idosa, bem como a promoção e a educação em saúde, a prevenção e ao retardamento de doenças e fragilidades, a preservação da independência e da autonomia devem ser expandidas, podendo assim assegurar o bem-estar de toda a população e constituir uma melhor qualidade de vida aos idosos. Porém, somente a implementação de políticas não é suficiente; é preciso que o setor da saúde esteja preparado para atuar nos campos da prevenção e promoção da saúde das pessoas idosas (BRITO et al., 2013).

A priori as unidades de saúde precisam arquitetar-se para atender toda essa população de forma absoluta, com ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, que contribuam para um envelhecimento saudável. Ademais, devem elaborar a criação de grupos de convivência para a terceira idade que acompanhem e contribuam para uma vida saudável valorizando o idoso, podendo contar com profissionais que estejam dispostos a atuar nessa área, visto que se necessita de profissionais qualificados para esse ramo. Esses programas destinados aos longevos devem atender às suas necessidades específicas, em todos os aspectos fisiológicos, psicológicos e sociais, conhecendo o perfil e a realidade social desse público (MESQUITA; CAVALCANTE; FREITAS, 2016).

3.2 Capacidade funcional e os cuidados de enfermagem ao idoso longevo

O cuidado de enfermagem é múltiplo e dinâmico onde as ações são planejadas para atender todas as áreas da saúde, englobando a saúde do idoso, evidenciando as necessidades, promovendo e restaurando o bem-estar físico, psíquico e social e, em um mesmo momento, gerando oportunidades de viver dignamente (CASAGRANDA et al., 2016).

Observando o desenvolvimento de doenças crônicas, consideradas mais propensas na velhice, com base em estatísticas e estudos, estas serão mais comuns e ininterruptas nos idosos de 80 anos ou mais, contribuindo assim para o surgimento de dificuldades nas AVDs com intercessão na sua independência e autonomia. Estes precisam de cuidados mais complexos e de longa duração, com o uso rotineiro de diversos medicamentos, contribuindo então numa crescente busca dos serviços de saúde, com elevados custos, podendo desenvolver a incapacidade funcional. Essa disfunção tem como significado a “presença de dificuldade no desempenho de certos gestos e de certas atividades da vida cotidiana ou mesmo pela impossibilidade de desempenhá-las” (LOURENÇO et al., 2012).

O modelo de atenção à saúde do idoso, voltado à avaliação da capacidade funcional, precisa ser a nova perspectiva de cuidado. Essa capacidade funcional tem como significado a idoneidade para efetuar atividades, admitindo ao idoso capacidade de autocuidado e independência, sendo o indicador de saúde mais completo caracterizando uma qualidade de vida excepcional. Desse modo, entender a avaliação funcional do idoso é um passo gigantesco para que os profissionais da saúde sejam

direcionados aos problemas existentes através de investigações que forneçam todos os quesitos na atuação, para assim realizar um cuidado necessário à reabilitação e à recuperação de todos. Nessa perspectiva, a enfermagem deve mostrar-se atuante ajudando na manutenção da qualidade de vida desse grupo (CASAGRANDA et al., 2016).

Para isso, dentre os vários instrumentos para avaliação da capacidade funcional desse público tem-se um de triagem multidimensional, que é objetivo, simples e de rápida aplicação. O Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional (IVCF-20) foi construído de forma interdisciplinar, com a participação de diversos profissionais da equipe geriátrico-gerontológica especializada na atenção ao idoso. Este instrumento pode ser utilizado como triagem inicial na atenção básica. Entretanto, deve-se ressaltar que o IVCF-20 não substitui a avaliação realizada por equipe geriátrica-gerontológica especializada. O idoso frágil necessita de abordagem especializada, em uma unidade de referência para o idoso, e a avaliação multidimensional completa é imprescindível para um correto projeto terapêutico interdisciplinar (MORAES et al., 2016).

Para a avaliação clínica, a capacidade funcional em idosos longevos é fundamental e atua como um indicador do processo saúde-doença, primordial para o planejamento das intervenções, além da monitoração do estado clínico-funcional desta população. Sendo assim, esta avaliação passa a ser um importante instrumento de orientação e direção dos profissionais que atendem esta clientela em unidades de saúde, atendimento domiciliar, instituições de longa permanência e serviços hospitalares (LOURENÇO et al., 2012).

A enfermagem desenvolve um papel excepcional no cuidado ao idoso, identificando singularidades que decorrem em consonância ao processo do envelhecer. Além de envolver e unir toda a família no cuidado à pessoa mais velha, complementa a atuação de outros profissionais para a finalidade dos problemas de saúde que ocorrem. Considerando o cuidado como uma marca do processo de trabalho de enfermagem, entende-se que as práticas desenvolvidas pelos profissionais da área contemplem todos os aspectos multidimensionais dos idosos, fornecendo aporte para o envelhecimento saudável, fundamentado nos princípios de saúde, participação, independência, autorrealização, dignidade, com oportunidades reais para o exercício integral de uma vida autônoma e ativa (CASAGRANDA et al., 2016).

Todas as dimensões socioeconômicas e demográficas, estado nutricional, capacidade física e cognitiva, assim como a capacidade funcional, precisam de investigação para que os cuidados na reabilitação e recuperação destes sejam realizados com perfeição. A enfermagem inserida na equipe de saúde deverá estar alerta para a avaliação da capacidade funcional no atendimento do idoso longo, fundamentada no conhecimento gerontológico. Por conta principalmente da complexidade em compreender este processo e como buscar alternativas para realização de cuidados com este idoso, podendo contribuir com olhar atento para as reais necessidades e dificuldades no atendimento de cada um (LOURENÇO et al., 2012).

A avaliação da funcionalidade do idoso na atenção primária à saúde tem como finalidade detectar precocemente o comprometimento funcional, pois sua presença com declínio pode sinalizar alterações ainda não percebidas, em que mais a frente vai gerar incapacidade e dependência. Essa avaliação é um parâmetro importante na prática da gerontologia por mostrar informações fidedignas sobre sua saúde e a necessidade de ajuda para a realização das atividades de vida diária. Identificando os idosos com risco para incapacidade funcional precocemente, ajuda a enfermagem gerontológica no planejamento de intervenções a fim de potencializar a autonomia e reduzir a dependência (RIBEIRO et al., 2015).

O profissional de enfermagem diante de sua atuação é essencial para a manutenção da qualidade de vida do idoso, pois trabalha sob vários aspectos e circunstâncias, onde ele se encontra inserido. Ao vivenciar esses diversos âmbitos do idoso, o enfermeiro aprimora toda sua prática para definir as reais necessidades desse grupo, na melhoria das condições, sejam elas físicas, psíquicas, sociais e/ou políticas (CASAGRANDA et al., 2016).

4 METODOLOGIA

Trabalho de Conclusão de Curso desenvolvido como parte de um projeto do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC) da Universidade Federal do Piauí UFPI/Picos, intitulado Frequência da Síndrome da Fragilidade Clínico-Funcional em idosos na atenção básica.

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo com delineamento descritivo e transversal, de natureza quantitativa, com finalidade em pesquisa aplicada na área de Ciências da Saúde. Segundo Gil (2017), as pesquisas descritivas têm como finalidade principal a descrição das características de determinada população ou fenômeno, assim como o estabelecimento de relações entre variáveis. Diversos são os estudos classificados sob este título e uma de suas características mais significativas aparece na utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados. Podem ser elaboradas também mediante contagem da frequência de características do texto.

No delineamento transversal, uma das características é a observação direta de uma quantidade planejada de indivíduos em uma única oportunidade. Esse grupo para estudo costuma ser selecionado aleatoriamente, isto é, por algum método orientado apenas pelo acaso, diante de todos os indivíduos que compõem uma população (GRDEN, 2015).

4.2 Local e período do estudo

O estudo foi realizado no período de 01 de agosto de 2018 a 31 de julho de 2019, em todas as 26 unidades da Estratégia de Saúde da Família (ESF), localizadas na zona urbana do município de Picos-PI, que segundo o Censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2018) a sua população residente era de 78.002 habitantes e a população estimada para 2019 foi 78.222.

4.3 População e amostra

A população foi composta por 4895 idosos cadastrados nas Unidades de Saúde da Família (USF) da zona urbana do município. A amostra do estudo foi composta por

356 participantes e estratificada, com divisão proporcional entre todas as unidades de saúde da zona urbana do município, considerando idosos a partir dos 60 anos de idade. Para este estudo, contudo, foram considerados apenas os idosos com 80 anos ou mais, correspondendo um valor total de 81 longevos, como descritos na Tabela 1 a seguir:

Tabela 1: Divisão dos idosos a partir da amostra coletada nas Unidades de Saúde da Família da zona urbana do município de Picos, Piauí (2018/2019).

<i>USF</i>	<i>POPULAÇÃO</i>	<i>AMOSTRA</i>	<i>IDOSOS DE 60 A 79 ANOS</i>	<i>IDOSOS COM 80 ANOS OU MAIS</i>
<i>Unidade A</i>	222	16	14	2
<i>Unidade B</i>	80	6	4	2
<i>Unidade C</i>	92	8	5	3
<i>Unidade D</i>	66	4	2	2
<i>Unidade E</i>	223	16	11	5
<i>Unidade F</i>	272	20	19	1
<i>Unidade G</i>	145	11	11	0
<i>Unidade H</i>	187	14	11	3
<i>Unidade I</i>	296	22	15	7
<i>Unidade J</i>	333	25	17	8
<i>Unidade K</i>	178	12	7	5
<i>Unidade L</i>	190	15	14	1
<i>Unidade M</i>	238	18	8	10
<i>Unidade N</i>	240	19	16	3
<i>Unidade O</i>	291	20	17	3
<i>Unidade P</i>	230	16	12	4
<i>Unidade Q</i>	78	5	5	0
<i>Unidade R</i>	269	19	14	5
<i>Unidade S</i>	310	22	17	5
<i>Unidade T</i>	193	14	9	5
<i>Unidade U</i>	55	4	4	0
<i>Unidade V</i>	84	7	6	1
<i>Unidade X</i>	74	6	5	1
<i>Unidade W</i>	143	10	6	4
<i>Unidade Y</i>	187	13	12	1
<i>Unidade Z</i>	219	14	14	0
TOTAL	4895	356	275	81

Fonte: Dados do pesquisador.

4.3.1 Critérios de inclusão

- Ter idade igual ou superior a 80 anos de idade;
- Manter comunicação verbal preservada.

4.3.2 Critério de exclusão

- Apresentar déficits cognitivos que impeçam responder o instrumento de coleta de dados.

4.4 Coleta de dados e instrumentos de estudo

A fim de integrar pesquisa e ensino, a coleta de dados foi desenvolvida como parte das atividades acadêmicas do Curso de Graduação em Enfermagem da UFPI por meio do Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva (GPeSC/UFPI) – linha Saúde do Adulto e Idoso e Tecnologias Educativas em Saúde. Foi realizado um treinamento de toda equipe acerca do objeto de estudo, metodologia científica e instrumentos de coleta de dados.

A coleta de dados ocorreu por meio da aplicação de formulário em encontro agendado na USF, no período de setembro de 2018 a março de 2019. Para obtenção dos dados foram utilizados dois instrumentos, um para coletar as características socioeconômicas (APÊNDICE A) e o Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional-20 (IVCF-20) (ANEXO B), que tem caráter multidimensional e alta confiabilidade onde se propõe a avaliar os principais marcadores de fragilidade do idoso.

O IVCF-20 é um instrumento desenvolvido e validado no Brasil com base em outros instrumentos de triagem rápida, vastamente citados na literatura (CARMO, 2014). Como principais objetivos tem-se a estruturação e direcionamento da consulta geriátrica, o planejamento de demanda programada no Sistema Único de Saúde (SUS) e na Saúde Suplementar, indicação de intervenções interdisciplinares capazes de melhorar a autonomia e independência do idoso e a identificação do idoso frágil. (MORAES; LANNA, 2014).

Este instrumento multidimensional é simples e com rápida aplicação (10 a 15 minutos), constituído por 20 questões, que abrange aspectos multidimensionais da condição de saúde do idoso, onde avalia oito dimensões que precedem o declínio

funcional nos idosos, a saber: idade (1 questão), autopercepção da saúde (1 questão), incapacidades funcionais (4 questões), cognição (3 questões), humor (2 questões), mobilidade (6 questões), comunicação (2 questões) e comorbidades múltiplas (1 questão). Cada seção obtém pontuação fixa, podendo alcançar até 40 pontos. Após a avaliação, os pontos de corte indicam valores: entre 0 e 6 caracteriza-se idosos com baixo risco (robustos), 7 a 14 moderado risco (em risco de fragilização), e ≥ 15 alto risco de vulnerabilidade clínico-funcional (frágeis ou dependentes). Quanto maior for o valor obtido maior o risco de vulnerabilidade clínico-funcional do idoso (MORAES et al., 2016).

A aplicação do IVCF-20 aconteceu em uma sala previamente reservada na USF. Ao iniciar a coleta o pesquisador explicou as etapas da pesquisa e apresentou os benefícios do estudo para a sua saúde e comunidade em geral. Os idosos participantes demoravam cerca de 50 a 60 minutos para concluir todas as etapas da pesquisa. A maioria dos idosos sorteados participaram da coleta até completar o valor correspondente da nossa amostra. Essa atividade foi dividida por equipe e cada grupo ficava responsável por atingir a meta destinada a cada um, para assim podermos concluir nosso estudo.

Para avaliar se o idoso apresenta déficit cognitivo foi aplicado o Mini Exame do Estado Mental (MEEM) (ANEXO A), um instrumento que fornece informações sobre diferentes parâmetros cognitivos, com o objetivo de auxiliar na investigação de possíveis déficits em indivíduos com risco de desenvolver uma síndrome demencial, contendo questões agrupadas em sete categorias, cada uma delas avaliando "funções" cognitivas específicas como a orientação temporal (5 pontos), orientação espacial (5 pontos), registro de três palavras (3 pontos), atenção e cálculo (5 pontos), recordação das três palavras (3 pontos), linguagem (8 pontos) e capacidade construtiva visual (1 ponto). O escore do MEEM pode variar de um mínimo de 0 pontos, onde indica o maior grau de comprometimento cognitivo dos indivíduos, até um total máximo de 30 pontos, correspondendo a melhor capacidade cognitiva (CHAVES, 2008).

Atualmente, o MEEM é o teste de rastreio cognitivo para pessoas adultas e idosas mais utilizado no mundo. Existem versões traduzidas e autorizadas para mais de 35 países, e já foi validado para a população brasileira. Diante de todas as atualizações relevantes para o estudo, a primeira versão do MEEM no Brasil para análise dos dados foi ajustada com base na educação formal com ou sem déficit

cognitivo, com os pontos de corte: para analfabetos, 13 pontos; indivíduos com escolaridade baixa (1 a 4 anos de estudo incompletos) ou média (4 a 8 anos de estudo incompletos), 18 pontos; e aqueles com alto nível de escolarização (8 anos ou mais de estudo), 26 pontos (MELO; BARBOSA, 2015).

4.5 Variáveis de estudo

4.5.1 Variáveis socioeconômicas

Apresentação de todas as variáveis disponíveis no apêndice A para coleta socioeconômica dos idosos longevos selecionados:

- Idade: em anos;
- Sexo: consideram-se feminino e masculino;
- Estado civil: opções solteiro, união estável/casado e viúvo;
- Escolaridade: analfabeto, níveis fundamental, médio ou superior, as três últimas opções também devem considerar as opções completo ou incompleto;
- Renda pessoal: o valor deve ser registrado em reais;
- Filhos: possui ou não, se sim quantos são;
- Convivência em casa: questionar com quem convive atualmente, ex.: esposo, filhos, cuidador, sozinho;
- Convívio social: questionar se frequenta algum grupo, se sim especificar qual, ex.: grupo de idosos promovido pela USF, grupos religiosos, dentre outros.

4.5.2 Variáveis cognitivas

Apresentação de todas as variáveis disponíveis no anexo A para coleta da pesquisa cognitiva dos idosos longevos selecionados:

- Orientação temporal: questionar em que dia estamos e marcar os acertos para ano, semestre, mês, dia e dia da semana;
- Orientação espacial: perguntar onde estamos e marcar os acertos para estado, cidade, bairro, rua e local;

- Memória imediata e lembrança de palavras: dizer três palavras para que o entrevistado repita, seguir o instrumento e depois será questionado quais palavras havia falado no tempo anterior, ex. caneca, tijolo e tapete;
- Atenção e cálculo: será questionado se o entrevistado sabe fazer cálculos, se sim será indagado qual o resultado da subtração de cem por sete, conforme houver acertos seguirá com 4 subtrações do resultado anterior por sete; se não solicite que solete a palavra “mundo” de trás para frente;
- Linguagem: mostrar uma caneta e um relógio e pedir para o entrevistado nomeá-los; repetir a frase “nem aqui, nem ali, nem lá”, entregar um papel e pedir que pegue-o com a mão direita, dobre ao meio e coloque no chão; escrever em um papel a frase “feche os olhos” e pedir que leia e execute a ação; pedir que escreva uma frase completa; copiar o desenho mostrado no instrumento.

4.5.3 Marcadores de fragilidade

Apresentação de todas as variáveis disponíveis no anexo B para coleta dos marcadores de fragilidade dos idosos longevos selecionados:

- Idade: por conto do grupo de estudo longevos serão considerados os intervalos a partir de 80 a 84 anos e igual ou superior a 85 anos;
- Autopercepção da saúde: pedir que compare sua saúde com a de pessoas da mesma idade e caracterizar em 1- excelente, muito boa ou boa ou 2- regular ou ruim;
- Atividades de vida diária: questionar se por conta da condição física deixou de fazer compras; deixou de controlar seu dinheiro, gastos ou pagar as contas de casa; se deixou de realizar pequenos trabalhos domésticos; e se deixou de tomar banho sozinho;
- Cognição: perguntar se algum familiar ou amigo falou que está ficando esquecido; se o esquecimento piorou nos últimos meses; se está impedindo a realização de alguma atividade do cotidiano;
- Humor: questionar se no último mês ficou com desânimo, tristeza ou desesperança; se no último mês perdeu o interesse ou prazer em atividades anteriormente prazerosas;

- Mobilidade: para avaliar a capacidade de alcance, preensão e pinça perguntar se consegue elevar os braços acima do nível do ombro e se consegue manusear ou segurar pequenos objetos; quanto a capacidade aeróbica e/ou muscular perguntar se teve perda de peso não intencional, avaliar se o Índice de Massa Corporal (IMC) menor que 22 Kg/m², se a circunferência da panturrilha é menor que 31 cm e se o tempo gasto no teste de velocidade da marcha (4m) é maior que cinco segundos; sobre a marcha, pergunte se o idoso tem dificuldade de caminhar capaz de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano e se teve duas ou mais quedas no último ano; acerca da continência esfincteriana questione se em algum momento teve perda de urina ou fezes sem querer;
- Comunicação: indague se o idoso tem algum problema de visão ou audição capaz de impedir alguma atividade do cotidiano, sendo permitido o uso de óculos ou lentes de contato e de aparelhos de audição;
- Comorbidades múltiplas: questione se o idoso possui cinco ou mais doenças crônicas, se faz uso regular de cinco ou mais medicamentos diferentes por dia e se teve internação nos últimos seis meses.

4.6 Análise dos dados

As variáveis quantitativas foram descritas por média e desvio padrão (DP) ou mediana e intervalo interquartil (IIQ) e as variáveis qualitativas por frequências absolutas e relativas. Os dados foram tabulados em planilhas do Excel for Windows 2013, com posterior transferência para o Programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), na versão 20.0 em língua portuguesa. Para a associação das variáveis foi utilizado o teste Qui-quadrado de Pearson. Após análises estatísticas, todos os resultados foram apresentados em tabelas e gráficos e discutidos de acordo com a literatura existente.

4.7 Aspectos éticos e legais

Essa pesquisa foi realizada de acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde em que enfatiza quatro princípios fundamentais da teoria principialista da bioética: beneficência, não maleficência, equidade e justiça. Na

beneficência e não maleficência, a intensidade dos riscos e benefícios na pesquisa devem ser respeitados, ou seja, o benefício deve se sobrepor ao risco, garantindo que danos previsíveis sejam evitados, a fim da pesquisa alcançar eticamente a aprovação. O respeito à autonomia da pessoa humana descreve o fiel cumprimento da aplicação adequada do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B) (MAGALHÃES, 2013).

Abordando a justiça e a equidade, toda pesquisa deve trazer resultados sócio-humanitários positivos que se revertam para a coletividade. Garantir a proteção dos participantes é de extrema importância e, para isso, essas pesquisas devem respeitar a dignidade, segurança e direitos de cada um, além de reconhecer também as responsabilidades dos pesquisadores (MAGALHÃES, 2013).

O estudo obteve aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da UFPI, Campus de Picos-PI, com Parecer n. 2.389.117 (ANEXO C). Todos os participantes da pesquisa foram informados sobre os seus objetivos e, após sua anuência, assinaram o TCLE, o qual lhes garantiu o anonimato e a liberdade de continuar ou não participando do estudo.

O risco da pesquisa para os participantes decorreu de constrangimento por não entenderem ou não saberem responder os questionamentos direcionados, todavia, o pesquisador assegurou que os instrumentos fossem aplicados em sala reservada e que eles puderam questionar a qualquer momento da entrevista para que suas dúvidas fossem esclarecidas.

Quanto aos benefícios, o estudo se propôs a examinar o grau de vulnerabilidade de cada idosos, assumindo o compromisso de classificá-los de acordo com a fragilidade que apresentarem. Assim, proporcionará melhorias no seu atendimento, pois a partir da classificação clínico-funcional será possível definir melhor o plano de cuidados adequado para o idoso, evitando hospitalizações desnecessárias e identificando precocemente o risco de fragilização de cada indivíduo estudado.

5 RESULTADOS

Após a coleta e análise das variáveis do estudo foi possível delinear o perfil sociodemográfico dos idosos participantes (Tabela 2).

Tabela 2: Perfil sociodemográfico dos idosos. Picos-PI, 2018/2019.

VARIÁVEIS	N	%	ESTATÍSTICA Média ± DP Mediana (IIQ)
Faixa etária			85,00 ± 4,798
80 – 84	39	48,1	
≥ 85	42	51,9	
Sexo			
Feminino	52	64,2	
Masculino	29	35,8	
Estado civil			
União Estável/Casado	31	38,3	
Viúvo	45	55,6	
Solteiro	5	6,2	
Cor da pele			
Parda	31	38,3	
Branca	36	44,4	
Negra	10	12,3	
Outra	4	4,9	
Escolaridade			
Analfabeto	36	44,4	
Fundamental incompleto	32	39,5	
Fundamental completo	7	8,6	
Médio incompleto	2	2,5	
Médio completo	2	2,5	
Superior completo	2	2,5	
Superior incompleto	0	0,0	
Renda			998,00 ± 857,082
≥ 1 salário mínimo	53	65,2	
< 1 salário mínimo	28	34,8	
Possui filhos			2 ± 0,264
Sim	75	92,6	
Não	6	7,4	
Com quem mora			
Familiares	58	71,6	

Cônjuge	14	17,3
Sozinho	7	8,6
Familiares + cuidadores	2	2,5
Frequenta grupo de convívio social		
Sim	37	45,7
Não	44	54,3

Fonte: Dados da pesquisa.

Os participantes do estudo eram predominantemente do sexo feminino (64,2%), com idade igual ou maior a 85 anos (51,9%), viúvos (55,6%), consideravam-se brancos (44,4%). Com relação à escolaridade, a maioria era composta por analfabetos (44,4%), e a renda pessoal mensal era maior que um salário mínimo (65,2%), com uma média de R\$998,00. Grande parte dos idosos possuem filhos (92,6%), moram com os familiares (71,6%) e não frequentam grupos de convívio social (54,3%) como grupos de atividades em USF, grupos religiosos, entre outros.

Na Tabela 3 a seguir analisou-se a associação entre os estratos clínicos funcionais e alguns marcadores de fragilidade, dentre eles sexo e idade.

Tabela 3: Classificação clínico-funcional dos idosos de acordo com o sexo e a faixa etária. Picos-PI, 2018/2019.

Marcadores de Fragilidade	Classificação do estrato clínico-funcional n (%)			TOTAL	valor de p*
	Robusto	Risco de fragilização	Frágil		
Faixa Etária					p = 0,028
80 – 84	10 (76,9)	17 (51,5)	12 (34,3)	39 (48,1)	
≥ 85	3 (23,1)	16 (48,5)	23 (65,7)	42 (51,9)	
Sexo					p = 0,454
Feminino	10 (76,9)	19 (57,6)	23 (65,7)	52 (64,2)	
Masculino	3 (23,1)	14 (42,4)	12 (34,3)	29 (35,8)	

Fonte: Dados da pesquisa. *p: teste Quiquadrado

Com base na análise, de acordo com a faixa etária (p=0,028) observa-se que a fragilidade foi mais predominante nos idosos de 85 anos e mais (65,3%), indicando menor número de idosos robustos com o aumento da idade. Em relação ao sexo (p=0,454) o maior número de idosos frágeis se encontra no sexo feminino (65,7%) indicando um grupo de risco para a fragilização.

Dando seguimento á análises, cada marcador de fragilidade foi verificado quanto às frequências absolutas e relativas, como mostra na Tabela 4.

Tabela 4: Marcadores de fragilidade nos idosos investigados. Picos-PI, 2018/2019.

		MARCADORES DE FRAGILIDADE	n	%
IDADE		80 – 84	39	48,1
		≥ 85	42	51,9
AUTOPERCEÇÃO DA SAÚDE		Excelente/Muito Boa/ Boa	33	40,7
		Regular/Ruim	48	59,3
ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA (AVD)	AVD instrumental	Deixou de fazer compras		
		Não	50	61,7
		Sim	31	38,3
		Deixou de controlar seu dinheiro		
		Não	48	59,3
		Sim	33	40,7
	AVD básica	Deixou de realizar pequenos trabalhos domésticos		
		Não	55	67,9
		Sim	26	32,1
		Deixou de tomar banho sozinho		
		Não	74	91,4
		Sim	7	8,6
COGNIÇÃO	Algun familiar falou que você está ficando esquecido			
	Não	40	49,4	
	Sim	41	50,6	
	Este esquecimento está piorando			
	Não	50	61,7	
	Sim	31	38,3	
HUMOR	Esquecimento impede a realização de alguma atividade			
	Não	55	67,9	
	Sim	26	32,1	
	Desânimo, tristeza ou desesperança			
	Não	45	55,6	
	Sim	36	44,4	
MOBILIDADE	Alcance, preensão e pinça	Perdeu o interesse/prazer em atividades anteriormente prazerosas		
		Não	59	72,8
		Sim	22	27,2
		Incapaz de elevar os braços acima do nível do ombro		
	Não	75	92,6	
	Sim	6	7,4	
	Capacidade aeróbica e/ou muscular	Incapaz de manusear/segurar pequenos objetos		
		Não	76	93,8
		Sim	5	6,2
		Perda de peso não intencional		
Não		71	87,7	
Sim		10	12,3	
	IMC < 22 Kg/m²			
	Não	57	70,4	
	Sim	24	29,6	
	CP < 31 cm			

	Não	43	53,1
	Sim	38	46,9
	Teste de velocidade da marcha > 5 seg		
	Não	67	82,7
	Sim	14	17,3
Marcha	Dificuldade para caminhar		
	Não	49	60,5
	Sim	32	39,5
	≥ 2 quedas no último ano		
	Não	64	79,0
	Sim	17	21,0
Continência esfincteriana	Perde urina ou fezes sem querer		
	Não	69	85,2
	Sim	12	14,8
COMUNICAÇÃO	Visão		
	Não	40	49,4
	Sim	41	50,6
	Audição		
	Não	48	59,3
	Sim	33	40,7
COMORBIDADES MÚLTIPLAS	Polipatologia		
	Não	79	97,5
	Sim	2	2,5
	Polifarmácia		
	Não	65	80,2
	Sim	16	19,8
	Internação recente		
	Não	72	88,9
	Sim	9	11,1

Fonte: Dados da pesquisa.

Após análise dos marcadores de fragilidade, notou-se não haver frequências elevadas nos diferentes aspectos avaliados, mas merecem destaque a autopercepção da saúde relatada como ruim ou péssima por 59,3% dos participantes, e um valor expressivo de idosos com dependência para AVD instrumental (40,7%), em comparação à AVD básica (8,6%).

Outro dado que chamou a atenção foi a cognição, pois 50,6% dos idosos relataram sobre algum familiar ou amigo ter falado que estavam ficando esquecidos, 38,3% afirmaram que este esquecimento estava piorando nos últimos meses e 32,1% confirmaram que este esquecimento estava impedindo a realização de alguma atividade do cotidiano.

Na observação e análise do humor, 44,4% dos idosos abordaram ter desânimo, tristeza ou desesperança nos últimos meses e 27,2% perderam o interesse em atividades anteriormente prazerosas.

No que tange à mobilidade, em todos os itens avaliados houve predominância de respostas referentes à boa mobilidade, no entanto deve-se considerar que acerca da capacidade aeróbica e/ou muscular dos idosos, a circunferência da panturrilha

menor que 31cm esteve presente em 46,9% dos participantes, demonstrando a presença de sarcopenia entre eles. No que concerne às comorbidades múltiplas, a polifarmácia foi o item mais presente na amostra estudada (19,8%).

Analisou-se também a associação entre os estratos clínicos funcionais e alguns marcadores de fragilidade que apresentaram maior frequência na tabela anterior e relevância para a fragilização dos idosos, dentre eles autopercepção da saúde, declínio funcional e capacidade aeróbica e/ou muscular com preocupação maior na Circunferência da Panturrilha (CP) (Tabela 5).

Tabela 5: Associação entre marcadores de fragilidade e os estratos clínico-funcionais. Picos-PI, 2018/2019.

Marcadores de Fragilidade		Classificação do estrato clínico-funcional n (%)			TOTAL	valor de p*
		Robusto	Risco de fragilização	Frágil		
Autopercepção da Saúde						p = 0,092
Excelente, muito boa ou boa		8 (61,5)	15 (45,5)	10 (28,6)	33 (40,7)	
Regular ou ruim		5 (38,5)	18 (54,5)	25 (71,4)	48 (59,3)	
Declínio Funcional						
AVDB**	Não	13 (100)	33 (100)	28 (80,0)	74 (91,4)	p = 0,007
	Sim	-	-	7 (20,0)	7 (8,6)	
AVDI***	Não	11 (84,6)	19 (57,6)	3 (8,6)	33 (40,7)	p < 0,001
	Sim	2 (15,4)	14 (42,4)	32 (91,4)	48 (59,3)	
Capacidade aeróbica e/ou muscular						
CP < 31 cm	Não	7 (53,8)	18 (54,5)	18 (51,4)	43 (53,1)	p = 0,966
	Sim	6 (46,2)	15 (45,5)	17 (48,6)	38 (46,9)	

Fonte: Dados da pesquisa. *p: teste Quiquadrado

AVDB: Atividade de Vida Diária Básica *AVDI: Atividade de Vida Diária Instrumental

De acordo com os dados apresentados, na autopercepção da saúde ($p=0,092$) os idosos com estrato clínico-funcional de fragilidade apresentavam autopercepção da saúde regular ou ruim (71,4%). Considerando o declínio funcional apresentado, observou-se que os idosos com dependência para as AVD instrumentais ($p<0,001$) apresentaram mais fragilidade (91,4%) que os idosos com dependência para AVD básicas ($p=0,007$) (20%).

Analisando os dados da capacidade aeróbica e/ou muscular ($p=0,966$), os idosos com estrato clínico funcional de fragilidade (48,6%) apresentaram um valor superior aos outros dois estratos, demonstrando um risco maior na presença de sarcopenia entre eles.

6 DISCUSSÃO

A maioria dos idosos dessa pesquisa é do sexo feminino, corroborando com um estudo transversal realizado no Acre por Bezerra e Sampaio (2020) em que 62,2% dos 290 idosos integrantes da pesquisa realizada em APS eram mulheres. Contudo no estudo transversal e descritivo de Azevedo Filho et al (2019) 51,3% dos 119 idosos participantes eram do sexo masculino.

Dados avaliados do Brasil mostram que o contingente feminino acima de 60 anos passou de 2,2%, em 1940, para 4,7% em 2000; e 6% em 2010 e, em 2050 as mulheres continuarão sendo maioria, com valor aproximado de 7 milhões de mulheres a mais do que homens. A proporção de mulheres idosas com idade mais avançada também é superior à dos homens, ou seja, o mundo dos idosos com mais de 80 anos é o mundo das mulheres (WHO, 2015).

Embora ser mulher e idosa faça enfrentar uma série de alterações fisiológicas e bioquímicas, num processo marcado pelo declínio progressivo das múltiplas funções do corpo, envelhecer e ser do sexo feminino não significa um envelhecimento patológico. Além disso, nota-se um enfrentamento mais otimista desses dilemas nessa população, com maior procura pelos serviços preventivos e de saúde, menores hábitos de vida prejudiciais, desempenho de diferentes papéis sociais em suas vidas, além do fator hormonal (estrogênio – progesterona), expressos na maior expectativa de vida em mulheres (MAXIMIANO-BARRETO, 2019).

Em relação a faixa etária, o estudo de Antunes Filho et al (2019) apresentou um valor de 45,2% para idosos com idade igual ou maior a 85 anos, e média de idade de 84,4 anos em pesquisa realizada em ambiente hospitalar com 124 idosos em Juiz de Fora-MG, resultado similar a presente pesquisa.

Quanto ao estado civil, a maior parte dos idosos eram viúvos, assim como no estudo de Teixeira et al (2019) em que 61,4%, de uma amostra de 70 idosos institucionalizados, eram viúvos.

Acerca da cor de pele autorreferida, nesse estudo foram consideradas as opções parda, branca, negra e outra com predomínio de respostas da cor branca (44,4%). No entanto na pesquisa de Leite et al (2019) realizada de domicílios, foram

utilizadas as mesmas opções, mas com maior número de respostas na cor parda (53,3%).

No que se refere à escolaridade, sabe-se que no contexto desses idosos não havia acesso à educação para todos na juventude, tendo como prioridade o trabalho agropecuário de subsistência (LIBERALESSO, 2017). Corroborando com esse fato, os participantes deste estudo são em maioria analfabetos, porém em outro estudo de coorte prospectivo realizado na cidade de Porto Alegre-RS por Rosa, Cappellari e Urbanetto (2019) mostrou-se que 33,7% dos idosos tinham o ensino fundamental incompleto, enquanto que 25,6% se declararam analfabetos.

Em estudo atual realizado em Minas Gerais com 656 idosos comunitários da zona urbana, 69,3% relataram renda pessoal mensal maior que um salário mínimo, correspondendo com este estudo em que os participantes apresentavam essa renda (CARNEIRO et al., 2019).

No estudo de Oliveira et al (2018), realizado no Espírito Santo com 52 idosos universitários, pôde-se observar que 88,4% possuíam filhos, de acordo com essa pesquisa em que grande parte dos idosos possuíam filhos.

Investigando dentro do perfil sociodemográfico o arranjo familiar, o estudo de Cunha (2019) realizado com 115 idosos hospitalizados, considerou a maioria morar com familiares (44,35%) indo de acordo com essa pesquisa.

Do mesmo modo, verificou-se nesse estudo que os idosos participantes não frequentam grupos de convívio social, como grupos religiosos, grupos de atividades das unidades de atenção primária, corroborando com estudo publicado na área em que em que 86,09% não praticam atividade social (CUNHA, 2019).

Relacionando a faixa etária e fragilidade, observou-se associação estatística significativa ($p=0,028$), com predominância de fragilidade nos idosos de 85 anos ou mais (65,7%), indicando menor número de idosos robustos com o aumento da idade. Um trabalho com dados semelhantes foi citado no estudo de Grden et al (2017) em que os longevos com 85 anos ou mais classificados como frágeis e pré-frágeis estavam em alta e apresentavam valores correspondentes. A fragilidade está sendo descrita como uma síndrome biológica, que durante o envelhecimento ocorre uma diminuição da capacidade homeostática do organismo, acarretando em perda na capacidade de resistência aos estressores ambientais, causando declínio em diversos sistemas fisiológicos, possibilitando assim um aumento da vulnerabilidade a diversas doenças (SOUZA et al., 2017).

Acerca da associação entre o sexo e a fragilidade não houve associação estatística significativa ($p=0,454$), corroborando com dados do estudo de Ribeiro (2018), em que entre os idosos frágeis, 73,7% eram do sexo feminino, no entanto, não existiram diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis fragilidade e sexo ($p=0,940$).

De acordo com os valores da autopercepção da saúde apresentou-se um pouco mais da metade na condição relatada como regular ou ruim (59,3%) podendo ser expressa como uma preocupação no grupo populacional dessa região. No estudo de Krug et al (2018) também houve uma aproximação nos valores, em que 58,6% dos longevos relataram uma autopercepção negativa em comparação a positiva. O impacto que as condições de saúde e o declínio funcional proporcionam aos idosos pode desencadear sentimentos negativos, acarretando numa qualidade de vida má ou péssima, sendo confirmada por sua autopercepção de saúde (ANDRADE, 2018).

Um estudo longitudinal que utilizou a base de dados do Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento (SABE), com uma amostra de 1.399 idosos, mostrou que entre os idosos frágeis, 54,7% apresentavam multimorbidade e comprometimento nas ABVD (DUARTE et al, 2019). Já nessa pesquisa notou-se maior presença de longevos com dependência para AVD instrumental, quando comparada à AVD básica. É preciso compreender que a presença de fragilidade não significa, necessariamente, que o idoso será dependente em relação às AVD's. Pesquisadores afirmam que, quando o idoso se torna dependente e frágil, as atividades mais complexas (AVDI) são as primeiras a serem afetadas, logo após e em menor proporção, as mais simples e rotineiras (AVDB) (SANTOS-ORLANDI et al., 2017).

Um dado que chamou a atenção na cognição foi o esquecimento, pois mais da metade dos idosos relataram que algum familiar falou que eles estavam ficando esquecidos (50,6%) e alguns declararam que esse esquecimento está impedindo a realização de alguma atividade (38,3%). A cognição envolve habilidades que permitem ao sujeito compreender e resolver os problemas do cotidiano; o humor/comportamento é o estímulo que impulsiona a realização de atividades e/ou participação social, incluindo os comportamentos afetados por outras funções mentais, como percepção sensorial, pensamento e consciência. (MORAES et al., 2016).

Duarte et al (2019) afirmam que a fragilidade, apesar de não ser uma condição inerente somente à senescência, pode se desenvolver como resultado de alterações

fisiológicas, independentemente da presença de doença ou incapacidade, como sarcopenia e anorexia relacionadas ao envelhecimento. Nesse estudo, acerca da capacidade aeróbica/muscular dos idosos, a circunferência da panturrilha menor que 31 cm esteve presente quase metade dos participantes (46,9%), demonstrando a presença de sarcopenia entre eles.

O estudo de Carneiro et al (2019) evidenciam uma associação significativa da piora da fragilidade em longevos que residem na comunidade com a autopercepção negativa do estado de saúde. Os dados são diferentes da presente pesquisa, onde não houve associação estatística significativa entre a autopercepção da saúde com a fragilidade ($p=0,092$).

Neste estudo observou-se que na investigação da associação entre o declínio funcional com a fragilidade os idosos com dependência para as AVD instrumentais ($p<0,001$) apresentaram mais fragilidade que os idosos com dependência para AVD básicas.

A sarcopenia é uma interação complexa de distúrbios da inervação, diminuição hormonal, aumento dos mediadores inflamatórios e alterações da ingestão protéico-calórica, ocorrentes durante o envelhecimento. Ela é uma das variáveis utilizadas para definição da síndrome de fragilidade, que é altamente prevalente em idosos, conferindo maior risco para quedas, fraturas, incapacidade, dependência, hospitalização recorrente e mortalidade. Quando associada à fragilidade, essa enfermidade gera, portanto, grandes custos econômicos e sociais (BORREGO et al., 2012).

Com relação à capacidade aeróbica e/ou muscular, não houve associação estatística significativa associada com a fragilidade ($p=0,966$). O estudo de Reis et al (2020) pôde apresentar na sua discussão a importância da medida da CP para o diagnóstico de fragilidade, onde 65% dos idosos avaliados apresentaram indicações de sarcopenia a partir do valor da CP, sendo a principal dimensão a contribuir com esse levantamento. Nessa pesquisa todos os idosos classificados com possíveis indícios sarcopênicos apresentaram circunferência de panturrilha abaixo do ponto de corte para o sexo.

A fragilidade não tem uma definição consensual, mas é válida a associação com fatores de risco para o entendimento da prevenção desta síndrome. Nesse estudo foi possível associar significativamente esta síndrome com diversos fatores, como faixa etária elevada e declínio funcional com dependência para AVDI e AVDB.

Observando a análise das condições de fragilidade dos idosos investigados nessa pesquisa, é de enorme importância o cuidado ao idoso longevo na APS, desde a avaliação inicial na própria USF até a assistência especializada, podendo assim ajudar esse grupo na manutenção da sua independência e autonomia. Os resultados apresentados e discutidos desse estudo são de suma importância para avaliar o atendimento de cada idoso longevo acompanhado pela Atenção Primária, podendo observar os déficits de cada assistência e as especializações necessárias para uma melhor atuação profissional.

O instrumento IVCF-20 usado como base para a coleta e avaliação dos longevos nos principais marcadores de fragilidade se mostrou bastante eficiente e útil para o rastreio da fragilidade, pois além de apresentar uma rápida aplicação e ser de fácil utilização, mostrou-se como um excelente instrumento para identificação inicial do idoso de risco, capaz de reconhecer aquele que precisa de um encaminhamento com avaliação especializada, realizada por equipe geriátrico-gerontológica.

Este estudo apresentou uma população idosa em risco de fragilização que necessita de atenção integral por equipe multiprofissional, com foco na promoção do envelhecimento saudável, na prevenção da incapacidade funcional e da fragilidade, na elaboração de intervenções e de terapêutica individual adequada, visto que esta condição pode estar presente logo no começo da velhice.

7 CONCLUSÃO

Diante dos dados desta pesquisa pôde-se observar que os idosos participantes apresentaram-se, em maioria, em risco de fragilização. Destacando-se os marcadores de fragilidade: autopercepção da saúde regular ou ruim, na cognição o esquecimento e a circunferência da panturrilha menor que 31 centímetros.

Na associação entre os estratos clínico-funcionais e alguns marcadores de fragilidade houve significância com a faixa etária e com o declínio funcional, no entanto não foi observada associação com o sexo, a autopercepção da saúde e a circunferência da panturrilha menor que 31 centímetros. A fragilidade predominou nos idosos de 85 anos ou mais que consideravam sua saúde regular ou ruim e com maior declínio funcional nas atividades de vida diária instrumentais.

As dificuldades da pesquisa referiram-se ao acesso aos locais de coleta, recusa de alguns idosos em participar da pesquisa e a difícil comunicação com alguns profissionais de saúde responsáveis pelas unidades de saúde. Por outro lado, os resultados devem contribuir para o aumento das evidências científicas relacionadas ao tema fragilidade, e para incentivo aos profissionais de saúde de todos os níveis de atenção, em especial a primária, acerca da detecção precoce da fragilidade por meio da realização da avaliação do estrato clínico-funcional dos idosos.

Diante do exposto nessa pesquisa, infere-se que a população idosa necessita de uma atenção integral e especializada para promoção de um envelhecimento digno e saudável. Visto que parte dessa população já se encontra em estado de pré-fragilidade, é primordial que seja feita a busca ativa destes idosos para avaliação e determinação de um correto projeto terapêutico. Mediante esse resultado, o profissional enfermeiro, dentro da equipe multiprofissional de saúde, pode realizar planejamento de suas atividades a fim de oferecer um melhor cuidado a esse público, com ações voltadas a detecção precoce da fragilidade, ao autocuidado e a preservação da autonomia.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, L. A.; et al. Relação da autopercepção de saúde, capacidade funcional e condições de saúde de idosos longevos residentes em domicílio em Jequié-BA. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, v. 23, n. 1, 2018.

ANTUNES FILHO, J.; et al. Fatores preditivos de morte após cirurgia para tratamento de fratura proximal do fêmur. **Revista Brasileira de Ortopedia**, v. 54, n. 4, p. 402-407, 2019.

AZEVEDO FILHO, E. R.; et al. Percepção dos idosos quanto aos benefícios da prática da atividade física: um estudo nos Pontos de Encontro Comunitário do Distrito Federal. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, v. 41, n. 2, p. 142-149, 2019.

BEZERRA, P. C. L.; SAMPAIO, C. A. Prevalência de violência e fatores associados em idosos de unidades de saúde em uma capital da Amazônia ocidental. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 12, n. 8, p. e3434, 2020.

BORREGO, C. C. H.; et al. Causas da má nutrição, sarcopenia e fragilidade em idosos. **Revista da Associação Brasileira de Nutrição-RASBRAN**, v. 4, n. 1, p. 54-58, 2012.

BRITO, M. C. C.; et al. Envelhecimento populacional e os desafios para a saúde pública: análise da produção científica. **Revista Kairós: Gerontologia**, v. 16, n. 2, p. 161-178, 2013.

CAMARANO, A. A. O. **Novo regime demográfico: uma nova relação entre população e desenvolvimento?**. Rio de Janeiro: Editora Ipea, 2014.

CARMO, J. A. **Proposta de um índice de vulnerabilidade clínico-funcional para a atenção básica: um estudo comparativo com a avaliação multidimensional do idoso**. 2014. 111f. Dissertação (Mestrado em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2014.

CARNEIRO, J. A.; et al. Cuidados em saúde estão associados à piora da fragilidade em idosos comunitários. **Revista de Saúde Pública**, v. 53, p. 32, 2019.

CASAGRANDA, L. P.; et al. Assistência de enfermagem na qualidade de vida do idoso: revisão integrativa. **Saúde. com**, v. 11, n. 4, 2016.

CHAVES, M. L. F. **Testes de avaliação cognitiva: Mini-exame do estado mental**. Neurologia cognitiva e do envelhecimento da ABN. 2008. Disponível em: http://www.gruponitro.com.br/atendimento-a-profissionais/%23/pdfs/artigos/novos_artigos/escala_men.pdf. Acesso em: 26/09/2019.

CUNHA, R. **Avaliação do estado mental de idosos hospitalizados**. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Medicina. Pós-Graduação em Enfermagem. 2019.

DUARTE, Y. A. O.; et al. Fragilidade em idosos no município de São Paulo: prevalência e fatores associados. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 21, p. e180021, 2019.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 6. ed. São Paulo: Atlas. 2017.

GRDEN, C. R. B. **Síndrome da fragilidade física e as características sociodemográficas de idosos longevos**. Tese de Doutorado. Universidade Federal de Paraná. Setor de Ciências da Saúde. 2015.

GRDEN, C. R. B.; et al. Associação da síndrome da fragilidade física às características sociodemográficas de idosos longevos da comunidade. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 25, 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Estimativas da população residente com data de referência 1o de julho de 2019**. Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pi/picos/panorama>. Acesso em: 30/03/2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Mudança Demográfica no Brasil no Início do Século XXI Subsídios para as projeções da população**. Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv93322.pdf>. Acesso em: 24/08/2019.

KRUG, R. R.; et al. Fatores sociodemográficos, comportamentais e de saúde associados à autopercepção de saúde positiva de idosos longevos residentes em Florianópolis, Santa Catarina. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 21, p. e180004, 2018.

LEITE, B. C.; et al. Multimorbidade por doenças crônicas não transmissíveis em idosos: estudo de base populacional. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**, v. 22, n. 6, p. e190253, 2019.

LIBERALESSO, T. E. M.; et al. Prevalência de fragilidade em uma população de longevos na região Sul do Brasil. **Saúde em Debate**, v. 41, p. 553-562, 2017.

LIMA, F. F. O.; et al. Perfil Sociodemográfico e nível de dependência funcional de idosos com risco de quedas. **Id on Line Revista multidisciplinar e de Psicologia**, v. 12, n. 39, p. 164-178, 2018.

LOURENÇO, T. M.; et al. Capacidade funcional no idoso longevo: uma revisão integrativa. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 33, n. 2, p. 176-185, 2012.

MAGALHÃES, P. A. **Organização e funcionamento dos Comitês de Ética em Pesquisa do Município de Belo Horizonte, Minas Gerais**. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem, v. 88, 2013.

MAXIMIANO-BARRETO, M. A.; et al. A feminização da velhice: uma abordagem biopsicossocial do fenômeno. **Interfaces Científicas-Humanas e Sociais**, v. 8, n. 2, p. 239-252, 2019.

MELO, D. M.; BARBOSA, A. J. G. O uso do Mini-Exame do Estado Mental em pesquisas com idosos no Brasil: uma revisão sistemática. **Ciência & saúde coletiva**, v. 20, p. 3865-3876, 2015.

MESQUITA, J. S.; CAVALCANTE, M. L. R.; FREITAS, C. A. S. L. Promoção da saúde e integralidade na atenção ao idoso: uma realidade brasileira?. **Revista Kairós: Gerontologia**, v. 19, n. 1, p. 227-238, 2016.

MORAES, E. N.; et al. Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional-20 (IVCF-20): reconhecimento rápido do idoso frágil. **Rev Saúde Pública**, n. 50, v. 81, 2016.

MORAES, E. N.; LANNA, F.M. **Avaliação multidimensional do idoso**. 4. ed. Belo Horizonte: Editora Folium. 2014. (Coleção Guia de Bolso em Geriatria e Gerontologia,1). 200p.

OLIVEIRA, L. M.; et al. A esperança de vida dos idosos: avaliação pelo perfil e a Escala de Herth. **Rev Fund Care Online**. v. 10, n. 1, p. 167-172, 2018.

PEREIRA, L. F.; et al. Retrato do perfil de saúde-doença de idosos longevos usuários da atenção básica de saúde. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 23, n. 5, p. 649-655, 2015.

PEREIRA, L. S. M. **Cuidado ao idoso frágil na Atenção Primária à Saúde: Programa mais Vida**. Tese de Doutorado. Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem. 2017.

REIS, S.; et al. Associação da capacidade funcional com o nível de fragilidade e o risco de desenvolvimento de sarcopenia em idosos. **Caderno Científico FAGOC de Graduação e Pós-Graduação**, v. 4, n. 1, 2020.

RIBEIRO, A. **Síndrome de fragilidade em idosos longevos: análise da composição corporal por ultrassom**. Tese de Doutorado. Universidade Católica do Rio Grande do Sul. 2018.

RIBEIRO, D. K. M. N.; et al. Fatores contributivos para a independência funcional de idosos longevos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 49, n. 1, p. 89-96, 2015.

ROSA, Vitor Pena Prazido; CAPPELLARI, F. C. B. D.; URBANETTO, J. S. Análise dos fatores de risco para queda em idosos institucionalizados. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 22, n. 1, p. 1-13, 2019.

SANTOS-ORLANDI, A. A.; et al. Idosos que cuidam de idosos: um estudo sobre a Síndrome da Fragilidade. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 70, n. 4, p. 822-829, 2017.

SOUSA, J. A. V. **Síndrome da fragilidade física e fatores clínicos associados em idosos longevos usuários da atenção básica de saúde.** Tese de Doutorado. Universidade Federal de Paraná. Setor de Ciências da Saúde. 2015.

SOUZA, D. S.; et al. Análise da relação do suporte social e da síndrome de fragilidade em idosos. **Psicologia, saúde e doenças**, v. 18, n. 2, p. 420-433, 2017.

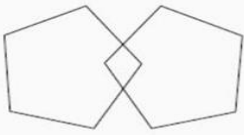
TEIXEIRA, C. R.; et al. Bem-estar subjetivo de longevos institucionalizados e não institucionalizados por meio do Pfister. **Avaliação Psicológica: Interamerican Journal of Psychological Assessment**, v. 18, n. 1, p. 86-95, 2019.

VERAS, R. P.; CALDAS, C. P.; CORDEIRO, H. A. Modelos de atenção à saúde do idoso: repensando o sentido da prevenção. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 23, p. 1189-1213, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World report on ageing and health.** World Health Organization, 2015.

ANEXOS

ANEXO A - Mini Exame do Estado Mental (MEEM)

1. Orientação temporal(0 - 5 pontos)	Em que dia estamos?	Ano Semestre Mês Dia Dia da semana	1 1 1 1 1
2. Orientação espacial(0 - 5 pontos)	Onde estamos?	Estado Cidade Bairro Rua Local	1 1 1 1 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 Tijolo Tapete	1 1 1
4. Cálculo	O(a) Sr(a) faz cálculos?	Sim (vá para 4a) Não (vá para 4b)	1 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 86 79 72 65	1 1 1 1 1
4b.	Solete a palavra MUNDO de trás para frente	O D N U M	1 1 1 1 1
5. Memorização	Repita as palavras que disse há pouco	Caneca Tijolo Tapete	1 1 1
6. Linguagem (0-3 pontos)	Mostre um relógio e uma caneta e peça ao idoso para nomeá-los	Relógio Caneta	1 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 Dobre-o ao meio Ponha-o no chão	1 1 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

Escores: Analfabetos – 13 pontos; Escolaridade baixa (1 a 4 anos de estudo incompletos) ou média (4 a 8 anos de estudo incompletos) – 18 pontos; Escolaridade alta (8 anos ou mais de estudo) – 26 pontos (BERTOLUCII et al., 1994).

ANEXO B – Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional-20

IVCF-20 (versão do profissional de saúde)

ÍNDICE DE VULNERABILIDADE CLÍNICO-FUNCIONAL-20		<i>www.ivcf-20.com.br</i>	Pontuação
<p>Responda as 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.</p>			
IDADE	1. Qual é a sua idade?	<input type="checkbox"/> 60 a 74 anos ^a <input type="checkbox"/> 75 a 84 anos ^b <input type="checkbox"/> ≥ 85 anos ^c	
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 ^d <input type="checkbox"/> Regular ou ruim ^e	
ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA	AVD Instrumental	3. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de fazer compras? <i>() Sim^f () Não ou não faz compras por outros motivos que não a saúde</i>	Máximo 6 pts
		4. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de controlar seu dinheiro, gastos ou pagar as contas de sua casa? <i>() Sim^f () Não ou não controla o dinheiro por outros motivos que não a saúde</i>	
		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? <i>() Sim^f () Não ou não faz mais pequenos trabalhos domésticos por outros motivos que não a saúde</i>	
	AVD Básica	6. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de tomar banho sozinho? <i>() Sim^f () Não</i>	
COGNIÇÃO	7. Algum familiar ou amigo falou que você está ficando esquecido? <i>() Sim^f () Não</i>		
	8. Este esquecimento está piorando nos últimos meses? <i>() Sim^f () Não</i>		
	9. Este esquecimento está impedindo a realização de alguma atividade do cotidiano? <i>() Sim^f () Não</i>		
HUMOR	10. No último mês, você ficou com desânimo, tristeza ou desesperança? <i>() Sim^f () Não</i>		
	11. No último mês, você perdeu o interesse ou prazer em atividades anteriormente prazerosas? <i>() Sim^f () Não</i>		
MOBILIDADE	Alcance, preensão e pinça	12. Você é incapaz de elevar os braços acima do nível do ombro? <i>() Sim^f () Não</i>	Máximo 2 pts
		13. Você é incapaz de manusear ou segurar pequenos objetos? <i>() Sim^f () Não</i>	
	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 ou 6 kg nos últimos 6 meses ou 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 () . <i>() Sim^f () Não</i>	
	Marcha	15. Você tem dificuldade para caminhar capaz de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? <i>() Sim^f () Não</i>	
	16. Você teve duas ou mais quedas no último ano? <i>() Sim^f () Não</i>		
	Continência esfincteriana	17. Você perde urina ou fezes, sem querer, em algum momento? <i>() Sim^f () Não</i>	
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. <i>() Sim^f () Não</i>	
	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. <i>() Sim^f () Não</i>	
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 () . <i>() Sim^f () Não</i>	Máximo 4 pts
	Polifarmácia		
	Internação recente (<6 meses)		
PONTUAÇÃO FINAL (40 pontos)			

ANEXO C – Parecer Consubstanciado do CEP

UFPI - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PIAUÍ - CAMPUS
SENADOR HELVÍDIO NUNES



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: FREQUÊNCIA DE SÍNDROME DE FRAGILIDADE CLÍNICO-FUNCIONAL EM IDOSOS NA ATENÇÃO BÁSICA

Pesquisador: Ana Larissa Gomes Machado

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 79420417.8.0000.8057

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ CAMPUS SENADOR HELVÍDIO NUNES

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.389.117

Apresentação do Projeto:

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

Pesquisadora: ANA LARISSA GOMES MACHADO.

Instituição: Universidade Federal do Piauí - UFPI

Trata-se de um estudo descritivo, transversal e de natureza quantitativa. Enquadra-se como um estudo descritivo uma vez que pretende descrever 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).

Como critérios de inclusão, serão 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 serão avaliadas através do Mini Exame do Estado Mental (MEEM) (ANEXO A). O critério de exclusão será apresentar alguma limitação que o impossibilite de responder aos instrumentos aplicados.

A população a ser estudada corresponde a um total de 643 idosos cadastrados na estratégia saúde da família, sendo 333 cadastrados na Unidade A e 310 cadastrados na Unidade B. O município de Picos-PI conta um total de 38 Unidades Básicas de Saúde, sendo 11 da zona rural e 25 da zona

Endereço: CICERO DUARTE 905

Bairro: JUNCO

CEP: 64.607-670

UF: PI

Município: PICOS

Telefone: (89)3422-3003

E-mail: cep-picos@ufpi.edu.br

**UFPI - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PIAUÍ - CAMPUS
SENADOR HELVÍDIO NUNES**



Continuação do Parecer: 2.389.117

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos foram apresentados de forma satisfatória.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências o que torna o projeto apto para aprovação.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1019734.pdf	27/10/2017 16:26:08		Aceito
Folha de Rosto	FOLHAROSTO.pdf	27/10/2017 16:25:29	Ana Larissa Gomes Machado	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.docx	27/10/2017 16:25:03	Ana Larissa Gomes Machado	Aceito
Outros	AUTORIZA.pdf	28/10/2017 17:54:27	Ana Larissa Gomes Machado	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.docx	28/10/2017 17:53:36	Ana Larissa Gomes Machado	Aceito
Outros	LATTES.pdf	24/10/2017 17:30:37	Ana Larissa Gomes Machado	Aceito
Outros	SOCIODEMO.docx	24/10/2017 17:28:25	Ana Larissa Gomes Machado	Aceito
Outros	MEEM.docx	24/10/2017 17:28:00	Ana Larissa Gomes Machado	Aceito
Outros	IVCF.pdf	24/10/2017 17:25:30	Ana Larissa Gomes Machado	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	24/10/2017 17:23:46	Ana Larissa Gomes Machado	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECLARACAO.pdf	24/10/2017 17:22:36	Ana Larissa Gomes Machado	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TCF.pdf	24/10/2017 17:21:08	Ana Larissa Gomes Machado	Aceito
Declaração de Pesquisadores	ENCAMINHAMENTO.pdf	24/10/2017 17:20:07	Ana Larissa Gomes Machado	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	TCLE.docx	24/10/2017 17:19:08	Ana Larissa Gomes Machado	Aceito

Endereço: CICERO DUARTE 905

Bairro: JUNCO

CEP: 64.607-670

UF: PI

Município: PICOS

Telefone: (89)3422-3003

E-mail: cep-picos@ufpi.edu.br

UFPI - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PIAUÍ - CAMPUS
SENADOR HELVÍDIO NUNES



Continuação do Parecer: 2.389.117

Ausência	TCLE.docx	24/10/2017 17:19:08	Ana Larissa Gomes Machado	Aceito
----------	-----------	------------------------	------------------------------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PICOS, 21 de Novembro de 2017

Assinado por:
LUIZA HELENA DE OLIVEIRA LIMA
(Coordenador)

Endereço: CICERO DUARTE 905

Bairro: JUNCO

CEP: 64.607-670

UF: PI

Município: PICOS

Telefone: (89)3422-3003

E-mail: cep-picos@ufpi.edu.br

APÊNDICES

APÊNDICE A – Variáveis Socioeconômicas

Nº _____ UBS: _____

Idade: _____ anos

Sexo: () 1-Feminino () 2- Masculino

Estado Civil: () 1- Solteiro () 2- União estável ou casado () 3- Viúvo

Cor da pele: () 1- Branca () 2- Parda () 3- Negra () 4- Outro

Escolaridade: () 1-Nunca estudou

Fundamental () 2-incompleto () 3-completo

Médio () 4-incompleto () 5-completo

Superior () 6- incompleto () 7-completo

Renda pessoal: _____ (valor em reais)

Possui filhos? () 1- Não () 2- Sim, quantos _____

Com quem convive atualmente? _____

Frequenta algum grupo de convívio social? () 1-Não () 2-Sim

Quais? _____

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Página 1 de 2



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 o plano de cuidados adequado para o idoso evitando hospitalizações desnecessárias e identificando precocemente o risco de fragilidade de cada idoso avaliado.
- Riscos: você poderá sofrer o risco de constrangimento por não entender ou não saber responder os questionamentos direcionados, todavia, a pesquisa assegura que os instrumentos serão aplicados em sala reservada e que você pode 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 neste 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.

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 Cicero Duarte, 905. Bairro: Junco. – CEP: 64.607-670 – Picos – PI. Tel.: (89) 3422-3003 – email: cep-picos@ufpi.edu.br/web: <http://www.ufpi.br/orientacoes-picos>.



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

Identificação do Tipo de Documento

- () Tese
() Dissertação
(x) Monografia
() Artigo

Eu, Denilton Alberto de Sousa Júnior, 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 Avaliação clínico-funcional de idosos longevos na atenção primária à saúde 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 20 de outubro de 2021.

Denilton Alberto de Sousa Júnior

Assinatura

Assinatura