

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
**FELIPE GONÇALVES MARTINS**

ANÁLISE DO ÍNDICE VULNERABILIDADE CLÍNICO-FUNCIONAL EM IDOSOS EM  
UMA EQUIPE DE ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

RIO DE JANEIRO  
2023

Felipe Gonçalves Martins

**Análise do índice vulnerabilidade clínico-funcional em idosos em uma equipe de estratégia de saúde da família**

Dissertação de mestrado apresentada à banca do curso de Mestrado Profissional em Atenção Primária da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro

Orientadora: Dr<sup>a</sup> Lívia Maria Santiago

RIO DE JANEIRO  
2023

Felipe Gonçalves Martins

**Análise do índice vulnerabilidade clínico-funcional em idosos em uma equipe de estratégia de saúde da família**

Dissertação de mestrado apresentada à banca do curso de Mestrado Profissional em Atenção Primária da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro

Aprovada em 25/04/2023

Dr<sup>a</sup> Lívia Maria Santiago (UFRJ – HESFA) – orientadora

Dr<sup>a</sup> Ana Maria Bezerra Bandeira (UFPR – HESFA)

Dr<sup>a</sup> Ana Catarina Alves e Silva (INCA)

RIO DE JANEIRO  
2023

## Sumário

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>8</b>
<b>2. REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>9</b>
2.1 CONCEITOS FUNDAMENTAIS NA SAÚDE DO IDOSO.....	9
2.2 FRAGILIDADE E VULNERABILIDADE NO ENVELHECIMENTO .....	10
2.3 FATORES ASSOCIADOS À VULNERABILIDADE CLÍNICO FUNCIONAL EM IDOSOS .....	12
<b>3. JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>13</b>
<b>4. OBJETIVOS.....</b>	<b>14</b>
4.1 OBJETIVO GERAL .....	14
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	14
<b>5. MATERIAL E MÉTODOS .....</b>	<b>15</b>
5.1 POPULAÇÃO DO ESTUDO.....	15
5.2 CÁLCULO AMOSTRAL.....	15
5.3 FONTE DE DADOS .....	16
5.4 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS .....	18
5.5 ANÁLISE DOS DADOS.....	19
5.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	19
<b>6. RESULTADOS.....</b>	<b>20</b>
<b>6. DISCUSSÃO .....</b>	<b>26</b>
<b>7. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>30</b>

Aos rios que seguem o percurso da vida,  
ora previsíveis, ora inesperados,  
e que me trouxeram a este momento.

## AGRADECIMENTOS

À minha família, base do que me tornei. A todos os encantos que amei.

À ternura dos amigos.

À Prof<sup>a</sup> Dra. Livia Maria Santiago, minha querida orientadora, que, com todo profissionalismo e dedicação, fez com que a experiência do mestrado fosse incrível.

À Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), pelo acolhimento e aprendizado,

Aos meus pacientes, combustível e estímulo diários para a minha prática em saúde.

À Clínica da Família Medalhista Olímpico Ricardo Lucarelli, por me dar a possibilidade de crescer a cada dia.

À Equipe Estácio, em especial, às agentes comunitárias de saúde, base da atenção primária e fundamentais para o desenvolvimento desta pesquisa.

Ao Sistema Único de Saúde (SUS), por ser agente de transformação e equidade,

A todos que marcaram esse caminho comigo, tenham a certeza de que estão presentes em cada uma destas páginas.

## RESUMO

MARTINS, F.G. **Análise do índice vulnerabilidade clínico-funcional em idosos em uma equipe de estratégia de saúde da família.** Rio de Janeiro, 2023. Dissertação (Mestrado profissional em Atenção Primária). Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2023.

**Objetivo:** Avaliar a aplicabilidade do Índice de Vulnerabilidade Clínico-funcional (IVCF-20) no monitoramento em saúde do idoso na atenção primária à saúde (APS), estimar a prevalência da incapacidade e identificar os fatores associados. **Métodos:** Estudo descritivo transversal, com indivíduos de 60 anos ou mais, de uma unidade de APS do Rio de Janeiro. Utilizou-se um instrumento contemplando variáveis sociodemográficas, de saúde e hábitos de vida e o IVCF-20. Foi realizada análise descritiva dos dados, calculadas as razões de prevalência (RP) e efetuada a análise múltipla de Poisson. **Resultados:** A amostra foi composta por 120 indivíduos, com média de idade de 72,9 anos (DP= 0,75), a maioria do sexo feminino. Segundo o IVCF-20, 61 (50,8%) dos indivíduos eram robustos, 41 (34,2%) encontravam-se em potencial declínio funcional e 18 (15,0%) em declínio funcional estabelecido. Na análise bivariada, não realizar atividade física regular (RP 2,60 IC95% 1,21-5,57), não acreditar que tem uma vida saudável (RP 4,39 IC95% 1,92-10,06), não estar satisfeito com o modo em que vive (RP 6,74 IC95% 2,51-18,11) e referência à doença crônica (RP 4,57 IC95% 1,22-17,14) mostraram associação com declínio funcional. No modelo de Poisson, as variáveis idade (RP 1,37 IC95% 1,07-1,75), acreditar que não tem uma vida saudável (RP 1,54 IC95% 1,01-2,33) e a não satisfação com a forma em que vive (RP 1,75 IC95% 1,18-2,60) mantiveram-se associadas. **Conclusão:** O estudo possibilitou traçar um perfil dos idosos acompanhados por uma equipe na APS, contribuindo para discussões de propostas de cuidado ao idoso com enfoques na prevenção do declínio funcional.

**Palavras-chave:** avaliação; funcionalidade; saúde; idoso.

## ABSTRACT

MARTINS, F.G. **Análise do índice vulnerabilidade clínico-funcional em idosos em uma equipe de estratégia de saúde da família.** Rio de Janeiro, 2023. Dissertação (Mestrado profissional em Atenção Primária). Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2023.

**Aim:** To evaluate the applicability of the Clinical-Functional Vulnerability Index (IVCF-20) in monitoring the health of elderly people in primary health care (PHC), estimate the prevalence of disability and identify associated factors. **Methods:** Cross-sectional descriptive study, with individuals aged 60 or over, from a PHC unit in Rio de Janeiro. An instrument was used covering sociodemographic, health and lifestyle variables and the IVCF-20. A descriptive analysis of the data was carried out, prevalence ratios (PR) were calculated and Poisson multiple analysis was performed. **Results:** The sample consisted of 120 individuals, with a mean age of 72.9 years (SD= 0.75), the majority of whom were female. According to IVCF-20, 61 (50.8%) of the individuals were robust, 41 (34.2%) were in potential functional decline and 18 (15.0%) were in established functional decline. In the bivariate analysis, not performing regular physical activity (RP 2.60 CI95% 1.21-5.57), not believing that you have a healthy life (RP 4.39 CI95% 1.92-10.06), not being satisfied with the way they live (RP 6.74 IC95% 2.51-18.11) and reference to chronic illness (RP 4.57 IC95% 1.22-17.14) showed an association with functional decline. In the Poisson model, the variables age (RP 1.37 95% CI 1.07-1.75), believing that one does not have a healthy life (RP 1.54 95% CI 1.01-2.33) and lack of satisfaction with the way they live (RP 1.75 CI95% 1.18-2.60) remained associated. **Conclusion:** The study made it possible to draw a profile of the elderly accompanied by a team at PHC, contributing to discussions on care proposals for the elderly with a focus on preventing functional decline.

**Keywords:** evaluation; functionality; health; elderly.

## 1. INTRODUÇÃO

O estudo dos diferentes movimentos, individuais ou coletivos, motivados pela procura por cuidados em saúde consiste no que é chamado de “Itinerário Terapêutico”. Trata-se de uma trajetória em busca de tratamento em que os sujeitos ou grupos sociais possuem papel ativo na tomada de decisões a partir da experiência da enfermidade (ALVES, 1999). Nesse sentido, o conjunto de possibilidades de percursos de um usuário do sistema de saúde passa a constituir-se como um processo dinâmico, em que os indivíduos ressignificam e avaliam o processo de adoecimento de forma contínua.

Pensar em quais indivíduos compõem o fluxo organizado em saúde de uma determinada rede de assistência implica em pensar em quais demandas estão em maior quantidade dentro do sistema. Na busca da identificação de grupos prioritários, a Pesquisa Nacional de Saúde de 2013 estimou que, em relação à procura por serviços de saúde, a população de indivíduos com idade superior a 60 anos figurava como o grupo de maior demanda. Segundo dados da mesma pesquisa, o grupo de usuários com 60 anos ou mais teve as maiores proporções em relação às demais faixas etárias para os seguintes indicadores: 11,5% deixaram de realizar atividades habituais por motivo de saúde nas duas semanas prévias à pesquisa; 83,5% haviam consultado médico nos últimos 12 meses; 25% procuraram atendimento de saúde nas duas semanas prévias à pesquisa (STOPA, 2017).

Como pano de fundo, tem-se a alteração do perfil de morbidade a partir da diminuição da mortalidade geral e predomínio das comorbidades crônico-degenerativas. Tal fato, associado à modificação da pirâmide etária brasileira, impulsionada pela diminuição das taxas de natalidade e aumento da expectativa de vida, explicita a necessidade de entendimento sobre as formas pelas quais os pacientes idosos transitam pelos serviços de saúde (CARVALHO, 2003).

Ante o exposto, tem-se como imperativo a avaliação da política de atenção à saúde do idoso, fundamental para que a prevenção, a cura e a reabilitação ocorram de forma precoce. Para isso, há de se levar em consideração as diferentes apresentações da pessoa idosa frente ao sistema de saúde, desde o paciente robusto, com funcionalidade preservada, até o paciente em extrema fragilidade, com quadro limitado na prática de atividades da vida diária e incapacidades instauradas.

## 2. REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 CONCEITOS FUNDAMENTAIS NA SAÚDE DO IDOSO

A saúde do idoso deve ser entendida em torno de sua funcionalidade global, isto é, da sua capacidade de gerir a própria vida, cumprir suas funções sociais e cuidar de si. Para tanto, torna-se necessária a avaliação da rotina desse idoso, identificando possíveis limitações em suas tarefas ou atividades da vida diária. Compreendidas em atividades básicas, instrumentais e avançadas, o conjunto de ações permite aos profissionais da saúde conhecer o paciente em um espectro de características, desde seus hábitos de higiene pessoal, gerenciamento das atividades domésticas até a capacidade e motivação de socialização. Para que essa funcionalidade esteja preservada e que o paciente esteja, de fato, em situação de bem-estar, leva-se em consideração dois conceitos fundamentais: autonomia e independência (MORAES, 2019).

A autonomia consiste na capacidade do idoso de esquematizar o seu raciocínio e tomar suas próprias decisões, tendo a cognição e o humor/comportamento como subdomínios. Já a independência consiste na capacidade de executar ações e decisões com os seus próprios meios, tendo como subdomínios a mobilidade e a comunicação. Alterações na autonomia e na independência do idoso podem levar à instauração de incapacidades (síndromes geriátricas), sendo função do profissional de saúde preveni-las e, caso já estejam em curso, manejá-las da melhor forma para o paciente. Para tanto, devem ser avaliadas as possíveis alterações: alcance, preensão e pinça; marcha, postura e transferência; capacidade aeróbica e muscular; continência esfincteriana; visão, audição; produção e motricidade orofacial (MORAES, 2012).

As grandes síndromes geriátricas consistem em situações clínicas de alta prevalência, de etiologia multifatorial, coexistentes em muitos casos, de extrema complexidade terapêutica. São elas: incapacidade cognitiva; instabilidade postural; imobilidade; incontinência esfincteriana; incapacidade comunicativa; insuficiência familiar e iatrogenia. Nesse sentido, vale lembrar que o idoso é mais suscetível ao aparecimento dessas condições já que apresenta um declínio funcional esperado para o envelhecimento

(senescência), associado a possíveis dificuldades de resposta às agressões, culminando em processos patológicos e incapacidades (senilidade).

## 2.2 FRAGILIDADE E VULNERABILIDADE NO ENVELHECIMENTO

A fragilidade se delinea como um espectro clínico que demonstra um declínio funcional senil para o idoso, sendo derivada nos mais variados aspectos (cognitiva, óssea, muscular etc). Desta forma, vale ressaltar os possíveis modelos propostos para a interpretação do conceito.

Proposto por Linda Fried *et al.* (2001), o fenótipo da fragilidade consiste em um modelo que avalia, em conjunto, comorbidades, incapacidades e a fragilidade física do idoso. Segundo a autora, o fenótipo tem como base o entendimento do declínio das reservas homeostáticas (senescência) em associação a um quadro inflamatório crônico, com reflexos na capacidade aeróbica e muscular do indivíduo (sarcopenia). Questionando o modelo do fenótipo da fragilidade, Rockwood (2007) propõe o Índice da fragilidade, instrumento capaz de mensurar a acumulação de déficits e incapacidades pelo idoso, sendo obtido a partir de uma avaliação geriátrica ampla, considerando 40 condições clínico-funcionais e sociais.

A utilização do termo vulnerabilidade na área da saúde teve início nos anos 1980, em estudos sobre a síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA). As características da evolução da epidemia, principalmente o perfil das pessoas atingidas e variáveis socioeconômicas, suscitaram a redefinição das ideias até então vigentes sobre os “grupos de risco” (CARMO e GUIZARDI., 2018).

Embora não haja consenso na literatura em relação à sua definição, a vulnerabilidade pode ser descrita como uma construção teórica, a qual se revela como um instrumento de compreensão de situações de saúde e seus determinantes, abordando aspectos de natureza biológica, socioeconômica e psicossocial. Desse modo, populações vulneráveis têm um aumento de riscos em diferentes contextos e uma redução de recursos socioeconômicos e ambientais levando ao comprometimento do estado de saúde e aumentando a morbidade e mortalidade (PAZ, SANTOS e EIDT, 2006; SALEM *et al.*, 2015).

Nesse contexto, destaca-se que a vulnerabilidade é capaz de induzir a fragilidade nos idosos. Logo, entende-se que todo idoso frágil é também vulnerável, no entanto nem todo idoso vulnerável é frágil (SOUSA *et al.*, 2021).

A detecção dos indivíduos vulneráveis é fundamental para selecionar aqueles que necessitam de uma investigação aprofundada a fim de se obter um panorama mais completo de suas condições de saúde. Considerado um dos instrumentos de triagem mais utilizados em idosos, o VES-13 (Vulnerable Elders Survey-13) é um escore desenvolvido e validado nos Estados Unidos por Saliba *et al.* (2001), com o objetivo de criar um método simples para identificar idosos de vida independente que estejam em risco aumentado de declínio funcional ou mortalidade. É constituído por 13 itens, contemplando idade, autoavaliação de saúde, capacidade física e capacidade funcional do indivíduo. A variação do escore é de 0 a 10 pontos e indivíduos que pontuam 3 ou mais pontos são considerados vulneráveis. Com base nesse ponto de corte, no estudo de sua validação, o instrumento identificou que 32% dos idosos avaliados eram vulneráveis e apresentavam maior risco de morte ou declínio funcional (Risco relativo = 4,2) em dois anos quando comparados aos que obtiveram escore menor que três.

Retomando aspectos importantes dos modelos anteriores e avançando na análise, Moraes (2012) propõe, dentro de um modelo multidimensional, a fragilidade como a redução da capacidade homeostática e de resposta às agressões, fazendo com que o idoso esteja mais vulnerável ao declínio funcional. Dentro de sua análise, Moraes contempla a fragilidade clínico-funcional e a fragilidade sociofamiliar, mescladas rotineiramente na avaliação clínica do idoso. Dada a importância, o autor adiciona ao quadro geral de avaliação o “Humor/comportamento”, derivado da Autonomia do indivíduo, e a “Comunicação”, derivada do conceito de Independência. Soma-se a essa análise, os conceitos de “insuficiência Familiar” e a “incapacidade comunicativa” como grandes síndromes geriátricas, devendo ser avaliadas em conjunto com as demais (incapacidade cognitiva, instabilidade postural, imobilidade, incontinência esfinteriana e iatrogenia).

A partir dessa perspectiva e figurando como um dos instrumentos brasileiros de avaliação dos diferentes perfis de idosos, o Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional (IVCF-20), elaborado por Moraes (2016), consiste em um escore obtido através de perguntas relativas aos marcadores de vulnerabilidade clínico-funcional. Desenvolvido pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais,

o índice propõe, por meio da aplicação de um questionário, que pode ser aplicado tanto pelo profissional de saúde, quanto pelo familiar/cuidador do idoso (versão específica para este uso), a identificação de diferentes perfis de fragilidade, levando em consideração a avaliação dos principais marcadores envolvidos no processo de senilidade.

Como resultado da aplicação do instrumento, tem-se a identificação do idoso dentro do espectro clínico-funcional proposto, que pode ser dividido em 3 grandes grupos: Idoso robusto; Idoso com risco de desenvolver fragilidade; e Idoso frágil. A partir dessa classificação, é possível que os profissionais de saúde elaborem estratégias diferenciadas de oferta de cuidado em saúde, permitindo que ações diversas sejam pensadas a depender da avaliação do idoso.

Assim, partindo-se do reconhecimento do espectro clínico-funcional dos idosos, cria-se uma base sólida para o acompanhamento longitudinal e integral do paciente, um dos pilares da atenção primária em saúde, na medida em que permite a identificação de idosos com vulnerabilidade, que necessitam de uma intervenção em saúde com maior equidade.

### 2.3 FATORES ASSOCIADOS À VULNERABILIDADE CLÍNICO FUNCIONAL EM IDOSOS

Entre os principais fatores associados à fragilidade, encontram-se variáveis socioeconômicas, comportamentais e clínico-terapêuticas que, por vezes, são condições modificáveis e reversíveis da condição que antecede a fragilidade, quando previamente identificados. Desse modo, torna-se relevante a identificação desses fatores, por fornecer informações valiosas para a gestão do cuidado, o que possibilita a definição de estratégias de prevenção, contribuindo com a redução de desfechos desfavoráveis como dependência, hospitalização, institucionalização e mortalidade (FREITAS, 2018).

Nesse contexto, algumas publicações estimaram a prevalência desses fatores usando o IVCF-20 em diferentes populações e contextos. Saldanha *et al.* (2022) realizaram um estudo de coorte em Belo Horizonte com idosos da atenção secundária durante a pandemia de covid-19 que, após a aplicação do IVCF-20, identificou como

principais fatores associados com a fragilidade a piora do esquecimento, a perda de interesse e prazer na realização de atividades e a incontinência esfincteriana.

No município de Cuité, na Paraíba, Alexandrino *et al.* (2019) descreveram, em seu estudo com idosos da APS, que o principal fator associado à vulnerabilidade clínico-funcional era o avançar da idade. No município de Pombal, também na Paraíba, Freitas (2018) identificou os seguintes fatores associados pelo IVCF-20: idade > 85 anos, sedentarismo, doenças osteoarticulares, dislipidemia, déficit cognitivo, alterações de humor, limitação de mobilidade, idosos que apresentavam cuidador. Alves *et al.* (2021) encontraram em sua pesquisa no município de Três Lagos, no Mato Grosso do Sul, o isolamento social, a menor escolaridade, a dificuldade para dormir, o sedentarismo, o sexo feminino, não usar álcool e não participar de grupos sociais como principais fatores associados à fragilidade.

Em estudo realizado em um centro de convivências para idosos em Teresina, foram apontados diversos fatores de risco para fragilidade baseados no IVCF-20, dentre os quais destacam-se a autopercepção de saúde ruim, a perda de memória, a anedonia, a polifarmácia, o humor deprimido e a incontinência urinária (OLIVEIRA *et al.*, 2020).

Por fim, no município de Montes Claros, em Minas Gerais, Carneiro *et al.* (2020) identificaram os seguintes fatores de risco para vulnerabilidade clínico-funcional: idade igual ou superior a 80 anos, histórico de acidente vascular encefálico, polifarmácia, autopercepção negativa de saúde, queda nos últimos 12 meses, internação nos últimos 12 meses e possuir cuidador.

### **3. JUSTIFICATIVA**

A escolha do recorte para o Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde se justifica pelo fato de que o reconhecimento do espectro de idosos funciona como peça-chave na formulação de políticas públicas, e em especial na atenção primária à saúde, porta de entrada da rede de saúde pública. Compreende-se que esse reconhecimento vai ao encontro da proposta do programa, na medida em que busca otimizar o modo pelo qual o cuidado em saúde é ofertado, alterando a organização do processo de trabalho da equipe de estratégia de saúde da família,

com impacto direto no acolhimento, terapêutica, acompanhamento e na referência.

Dada a variedade de determinantes da vulnerabilidade clínico-funcional identificados na literatura, torna-se relevante a investigação de tais fatores entre os indivíduos idosos residentes nos territórios de atuação da APS do Rio de Janeiro, a partir de um instrumento que seja de fácil aplicação e factível para realidade dos processos de trabalho das equipes de estratégia de saúde da família, a fim de possibilitar a criação de medidas direcionadas a reduzir tal vulnerabilidade nessa população.

## **4. OBJETIVOS**

### **4.1 OBJETIVO GERAL**

Analisar o instrumento Índice de Vulnerabilidade Clínico-funcional (IVCF-20) no monitoramento em saúde do idoso na Atenção Primária de Saúde.

### **4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- a) Estimar a prevalência de vulnerabilidade clínico-funcional de idosos na APS segundo o IVCF-20, na população do território da Equipe Estácio, pertencente à Clínica da Família Ricardo Lucarelli;
- b) Caracterizar a população e identificar fatores associados à vulnerabilidade clínico-funcional no que se refere a variáveis sociodemográficas, de hábitos de vida e outros determinantes em saúde;
- c) Possibilitar a discussão sobre estratégias para qualificação da oferta do cuidado em saúde para idosos em situação de vulnerabilidade clínico-funcional, visando à modificação de quadros já instalados e prevenção da fragilidade.

## 5. MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo observacional, de caráter descritivo e seccional.

### 5.1 POPULAÇÃO DO ESTUDO

A população elegível tratava-se dos indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos, cadastrados na Equipe Estácio, da Clínica da Família Medalhista Olímpico Ricardo Lucarelli Silva, pertencente à área programática 1.0, localizada na zona central da cidade do Rio de Janeiro.

**Critérios de inclusão:** Idosos de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 60 anos, cadastrados na Equipe Estácio, que aceitarem participar do estudo e assinarem o TCLE.

**Critérios de exclusão:** Indivíduos incapazes de responder ao instrumento da pesquisa devido a déficit cognitivo, com impacto na compreensão da linguagem falada e/ou escrita, impossibilidade de se expressar verbalmente e/ou redução da acuidade auditiva ou surdez que impossibilite a comunicação.

### 5.2 CÁLCULO AMOSTRAL

Para fixar a precisão e garantir representatividade da amostra de estudo, admitiu-se que 5% das estimativas poderiam diferir do valor populacional desconhecido da prevalência (P) por no máximo 8%. Tomando como referência a prevalência estimada que maximizaria o tamanho amostral ( $P = 0,50$ ) e um  $N = 642$ , calculou-se uma amostra de 122 idosos cadastrados pela equipe.

A constituição da amostra se deu por conveniência, sendo o idoso convidado a participar da pesquisa, aproveitando-se a oportunidade de sua ida à Clínica da Família (demanda espontânea/cuidado programado), bem como através de visita domiciliar

de Agente Comunitário de Saúde (ACS).

### 5.3 FONTE DE DADOS

Para o estudo, foi elaborado um instrumento específico composto por 2 partes. A primeira parte do instrumento foi constituída por um questionário estruturado, contemplando variáveis sociodemográficas, de saúde e estilo de vida (APÊNDICE A). A segunda parte foi constituída pelas questões do IVCF-20. Os itens abordados em ambas as partes foram organizados da seguinte forma:

- a) **Sociodemográficos:** sexo/gênero (masculino, feminino e outro), idade (em anos completos), escolaridade (dividido nas categorias: não foi à escola, fundamental incompleto, fundamental completo, ensino médio incompleto, ensino médio completo, graduação ou mais), situação conjugal (casado, vive com companheiro, divorciado ou separado, viúvo, solteiro), renda familiar (valor em reais somado de todos os moradores da residência) e se vive sozinho (sim ou não).
- b) **Saúde e estilo e modo de vida:** autoavaliação da saúde (Muito Boa, Boa, Regular, Ruim ou Muito Ruim), referência a doenças crônicas (hipertensão, diabetes, dislipidemia, osteoarticulares, doenças cardíacas, derrame ou isquemia, doenças respiratórias graves e câncer), uso de medicação prescrita regular, tabagismo (atual, pregresso, nunca), consumo de bebida alcoólica (atual, pregresso, nunca), atividade física regular (sim ou não), vida saudável (sim ou não), satisfação com o modo em que vive (sim ou não) e eventos adversos na vida (Sim ou não para: perda de uma pessoa querida; adoecimento grave; adoecimento grave de alguém querido; divórcio ou fim de um relacionamento importante; acidente de trânsito; foi vítima de um crime).
- c) **Vulnerabilidade Clínico-Funcional:** Para esta avaliação, será utilizado o Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional 20 (IVCF-20), desenvolvido pelo

Núcleo de Geriatria e Gerontologia da Faculdade de Medicina da UFMG (NUGG). Consiste em um instrumento para a identificação de idosos em situação de vulnerabilidade clínica, construído em uma lógica de Avaliação Geriátrica Ampla (considerando os múltiplos domínios da saúde), que pode ser aplicado por qualquer profissional de de saúde, havendo também, uma versão que pode ser aplicada pelo próprio idoso ou seus familiares.

Em relação à composição, o IVCF-20 compreende 20 questões, divididas em 10 áreas principais, quais sejam:

- a) idade;
- b) autopercepção da saúde;
- c) avaliação de atividades de vida diária;
- d) avaliação cognitiva;
- e) avaliação do humor;
- f) avaliação da mobilidade/prensa/sarcopenia;
- g) histórico de quedas;
- h) avaliação da continência esfinteriana;
- i) avaliação da acuidade visual/auditiva;
- j) avaliação de comorbidades e uso de medicação.

Cada seção tem uma pontuação específica, perfazendo o valor máximo de 40 pontos, de modo que, quanto mais alto o valor obtido, maior é o risco de vulnerabilidade clínico-funcional do idoso, sendo: idoso robusto (0-6 pontos), idoso com potencial declínio funcional (7-14 pontos) e idoso frágil, com declínio funcional estabelecido (maior ou igual 15 pontos).

No IVCF-20, a variável relativa à Capacidade Aeróbica e/ou Muscular, originalmente, utiliza uma questão cuja resposta dependeria de aferição de algumas medidas, tais como: Você tem alguma das quatro condições abaixo relacionadas? Perda de peso não intencional de 4,5 kg ou 5% do peso corporal no último ano ou 6 kg nos últimos 6 meses ou 3 kg nos últimos meses; Índice de Massa Corporal (IMC) menor que 22 kg/m<sup>2</sup>; Circunferência de panturrilha menor que 31 cm; e Tempo gasto

no teste de velocidade de marcha (4m) maior 5 segundos).

No presente estudo, para melhor operacionalização, optou-se por utilizar somente questões autorreferidas, que não dependessem de aparelhagem ou treinamento específico para aferição. Portanto, foram escolhidas adaptações do grupo Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE), que incluiu idosos brasileiros em seu estudo, (ALVARADO *et al.*, 2008). Embora esse grupo tenha utilizado a perda de peso autorreferida, considerava a perda de peso não intencional de 3kg, nos últimos 3 meses, optou-se, portanto, por utilizar a perda de peso autorreferida de 4,5kg ou mais no último ano, como feito na maioria dos estudos (ESPINOZA e HAZUDA, 2008; SHARDELL *et al*, 2009; NERI *et al*, 2013). Assim, apresenta-se a operacionalização da variável adaptada:

Você tem alguma das condições abaixo relacionadas?

- Perda de peso não intencional autorreferida de 4,5kg ou mais no último ano
- Tem dificuldade para caminhar 100 metros ou para subir um lance de escadas
- Nos últimos 12 meses, não tem se exercitado regularmente ou participado de atividades físicas vigorosas tais como um esporte, dança ou trabalhos domésticos pesados, três ou mais vezes na semana.

#### 5.4 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

As entrevistas foram realizadas na unidade de saúde ou nos domicílios dos idosos e foram conduzidas por entrevistadores devidamente treinados (profissionais da equipe de estratégia de saúde da família), para padronização de todos os procedimentos. Os indivíduos foram convidados a participar do projeto e, aqueles que aceitaram, assinaram o TCLE.

Para a realização da entrevista, foram utilizados todos os Equipamentos de Proteção Individual (EPI) detalhados em protocolos estabelecidos para a pandemia da COVID19 pelo Ministério da Saúde (MS).

A construção do banco de dados, a digitação dos mesmos e a guarda definitiva dos questionários e do banco de dados do projeto ficaram a cargo do coordenador do projeto.

## 5.5 ANÁLISE DOS DADOS

A análise descritiva da distribuição das variáveis foi realizada por meio de medidas de tendência central e dispersão para variáveis contínuas e distribuições de frequência para variáveis categóricas.

Foram calculadas as razões de prevalência (RP) para avaliar associações entre as categorias de vulnerabilidade clínico-funcional, segundo o IVCF-20, e as variáveis independentes. Para essa análise, a variável vulnerabilidade clínico-funcional foi transformada em variável dicotômica, com as categorias: declínio funcional potencial/estabelecido e robusto. A idade foi categorizada em três faixas etárias (60-69; 70-79 e 80 anos e mais), a renda familiar em três categorias (1 salário, 2 salários e 3 ou mais salários), moradores no domicílio também em três categorias (mora sozinho, duas pessoas e três ou mais pessoas), as doenças crônicas em duas categorias (sim ou não) e o uso de medicações prescritas regulares em quatro categorias (nenhuma, uma, duas e três ou mais).

A análise multivariada foi efetuada por meio de regressão de Poisson, considerando as variáveis que mostraram associação com a variável dependente vulnerabilidade clínico-funcional na análise bivariada, sendo a retirada ou permanência de cada variável definida com base na sua significância estatística ( $p \leq 0,05$ ). Os programas SPSS (Statistical Package Social Science for Windows) versão 20 (SPSS Inc. Chicago, IL) e STATA 10.0 foram utilizados para a realização das análises estatísticas previstas neste projeto de pesquisa.

## 5.6 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa seguiu as normas dispostas na Resolução CNS no 466, de 12/12/2012, que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. O projeto foi submetido aos Comitês de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery - Hospital São Francisco de Assis da UFRJ (EEAN/HESFA/UFRJ) e da Secretaria de Saúde da Prefeitura da cidade do Rio de Janeiro (SMS/Rio), sendo aprovado pelos dois comitês, sob a numeração de CAAE

52209121.5.0000.5238 e 52209121.5.3001.5279, respectivamente.

## 6. RESULTADOS

A amostra final foi constituída por 120 indivíduos, sendo que a média de idade da população de estudo era de 72,9 anos (DP= 0,75), a maioria do sexo feminino (76,7%) e com baixa renda familiar (1 ou 2 salários) (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição da população de estudo segundo características sociodemográficas, Rio de Janeiro/RJ (N= 120)

<b>Variáveis</b>	<b>N<sup>1</sup> (%)</b>
<b>Sexo</b>	
Masculino	28 12,7
Feminino	92 76,7
<b>Faixa etária</b>	
60-69 anos	49 40,8
70-79 anos	42 35,0
80 anos ou mais	29 24,2
<b>Situação conjugal</b>	
Casado/com companheira	33 27,5
Separado/divorciado	18 15,0
Solteiro	33 27,5
Viúvo	36 30,0
<b>Escolaridade</b>	
Graduação ou mais	19 16,0
Ensino médio	32 26,9
Ensino fundamental completo	24 20,2
Ensino fundamental incompleto	37 31,1
Não frequentou escola	7 5,9
<b>Renda mensal familiar<sup>2</sup></b>	
1	43 35,8
2	53 44,2
3 ou mais	23 20,0

<sup>1</sup>Diferenças entre os números absolutos devem-se a valores faltantes; <sup>2</sup>Em número de salários-mínimos.

Quanto aos hábitos de vida, uma reduzida parcela dos indivíduos era tabagista (18,3%) ou tinha hábito de consumir bebidas alcoólicas (20,0%), entretanto, a maioria referiu não realizar atividades físicas regulares no último ano (71,7%). Quase 50.0% da população referiu ter alguma experiência negativa de vida no último ano, com predomínio da “perda de alguém querido”, e 87,5% afirmou ter pelo menos uma doença crônica (Tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição da população de estudo segundo hábitos de vida e outros determinantes em saúde, Rio de Janeiro/RJ (N= 120)

<b>Variáveis</b>	<b>N<sup>1</sup></b>	<b>(%)</b>
<b>Tabagismo</b>		
Nunca fumou	59	49,2
Tabagista progressivo	39	32,5
Tabagista atual	22	18,3
<b>Consumo de álcool</b>		
Nunca teve hábito de beber	44	36,7
Teve hábito de beber	52	43,3
Tem hábito de beber atual	24	20,0
<b>Atividade física regular nos últimos 12 meses</b>		
Sim	46	38,3
Não	74	71,7
<b>Acredita que tem uma vida saudável</b>		
Sim	80	66,7
Não	40	33,3
<b>Satisfeito com o modo em que vive</b>		
Sim	89	74,2
Não	31	25,8
<b>Passou por alguma experiência negativa no último ano</b>		
Não	65	54,1
Adoecimento grave	4	3,3
Adoecimento grave de alguém querido	8	6,7
Perda de alguém querido	43	35,8
<b>Alguma doença crônica informada por profissional de saúde<sup>2</sup></b>		
Não	15	12,5
Sim	105	87,5
<b>Uso de medicação prescrita regular</b>		
Nenhuma	22	18,3
1	20	16,7
2	30	25,0
3 ou mais	44	40,0

<sup>1</sup>Diferenças entre os números absolutos devem-se a valores faltantes; <sup>2</sup>Hipertensão Arterial, diabetes, cardiovascular, respiratória, osteoarticular.

No que se refere à classificação do IVCF-20, 61 (50,8%) dos indivíduos eram considerados robustos, 41 (34,2%) encontravam-se em potencial declínio funcional e 18 (15,0%) em declínio funcional estabelecido. A Tabela 3 apresenta a distribuição da população de estudo segundo variáveis do IVCF-20 e pode-se observar que as variáveis mais prevalentes foram “desânimo, tristeza ou desesperança no último mês” (44,2%) e “perda do interesse ou prazer em fazer atividades que eram prazerosas no último mês” (35,8%).

Tabela 3 – Distribuição da população de estudo segundo variáveis do IVCF-20, Rio de Janeiro/RJ (N=120)

<b>Variáveis</b>	<b>N</b>	<b>(%)</b>
<b>Idade</b>		
60 a 74 anos	68	57
75 a 84 anos	41	34
85 anos ou mais	11	9,2
<b>Comparando com outras pessoas da sua idade, você diria que sua saúde é:</b>		
Excelente	11	9,2
Muito boa	10	8,3
Boa	52	43
Regular	44	37
Ruim	3	2,5
<b>Por causa da sua saúde ou condição física, você deixou de fazer compras?</b>		
Não ou não faz compras por outros motivos que não a saúde	101	84
Sim	19	16
<b>Por causa da sua saúde ou condição física, você deixou de controlar o seu dinheiro, gastos ou pagar contas?</b>		
Não ou não controla o dinheiro por outros motivos que não a saúde	104	87
Sim	16	13
<b>Por causa da sua saúde ou condição física, você deixou de realizar pequenos trabalhos domésticos, como lavar louça, arrumar a casa ou fazer limpeza leve?</b>		
Não ou não faz pequenos trabalhos por outros motivos que não a saúde	106	88
Sim	14	12
<b>Por causa da sua saúde ou condição física, deixou de tomar banho sozinho?</b>		
Não	113	94
Sim	7	5,8
<b>Algum familiar ou amigo falou que você está ficando esquecido?</b>		
Não	89	74
Sim	31	26
<b>Este esquecimento está piorando nos últimos meses?</b>		
Não	101	84
Sim	19	16
<b>Este esquecimento está impedindo a realização de alguma atividade do cotidiano?</b>		
Não	109	91
Sim	11	9,2
<b>No último mês, você ficou com desânimo, tristeza ou desesperança?</b>		

<b>Variáveis</b>	<b>N</b>	<b>(%)</b>
Não	67	56
Sim	53	44
<b>No último mês, você perdeu o interesse ou prazer em fazer atividades que eram prazerosas?</b>		
Não	77	64
Sim	43	36
<b>Você é incapaz de elevar os braços acima dos ombros?</b>		
Não	114	95
Sim	6	5
<b>Você é incapaz de manusear ou segurar pequenos objetos?</b>		
Não	118	98
Sim	2	1,7
<b>Você tem alguma das condições citadas?¹</b>		
Não	86	72
Sim	34	28
<b>Você tem dificuldade para caminhar capaz de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano?</b>		
Não	94	78
Sim	26	22
<b>Você teve 2 ou mais quedas no último ano?</b>		
Não	94	78
Sim	26	22
<b>Você perde urina ou fezes, sem querer, em algum momento?</b>		
Não	97	81
Sim	23	19
<b>Você tem problema de visão capaz de impedir a realização de alguma atividade (permitido o uso de óculos/lentes)?</b>		
Não	94	78
Sim	26	22
<b>Você tem problema de audição capaz de impedir a realização de alguma atividade (é permitido o uso de aparelho auditivo)?</b>		
Não	105	88
Sim	15	13
<b>Você tem alguma das 3 condições? 5 ou mais doenças; Uso regular de 5 ou mais medicações, todos os dias; sofreu internação nos últimos 6 meses.</b>		
Não	102	85
Sim	18	15

¹Perda de peso não intencional autorreferida de 4,5kg ou mais no último ano; Dificuldade para caminhar 100m ou subir um lance de escadas; Nos últimos 12 meses, não tem se exercitado regularmente ou participado de atividades físicas vigorosas (esporte, dança ou trabalhos domésticos pesados, 3x ou mais por semana).

A Tabela 4 apresenta a distribuição das variáveis sociodemográficas por classificação do idoso no IVCF-20, não sendo observadas associações de declínio funcional potencial ou estabelecido.

Tabela 4 – Distribuição das variáveis sociodemográficas por classificação do idoso no IVCF-20, Rio de Janeiro/RJ (N= 120)

Variáveis	Robusto n (%)	Declínio funcional potencial ou estabelecido n (%)	Razão de prevalência (IC 95%)
<b>Sexo</b>			
Masculino	16 (57,1)	12 (42,9)	1
Feminino	45 (48,9)	47 (51,1)	1,19 (0,74-1,91)
<b>Faixa etária</b>			
60-69 anos	26 (53,1)	23 (46,9)	1
70-79 anos	26 (61,9)	16 (38,1)	0,70 (0,30-1,60)
80 anos ou mais	9 (31,0)	20 (69,0)	2,5 (0,95-6,60)
<b>Situação conjugal</b>			
Casado/com companheira	16 (48,5)	17 (51,5)	1
Separado/divorciado	7 (38,9)	11 (61,1)	1,48 (0,46-4,75)
Solteiro	22 (66,7)	11 (33,3)	0,47 (1,17-1,27)
Viúvo	16 (44,4)	20 (55,6)	1,17 (0,45-3,03)
<b>Escolaridade</b>			
Graduação ou mais	8 (42,1)	11 (57,9)	1
Ensino médio	14 (43,8)	18 (56,2)	0,93 (0,30-2,94)
Ensino fundamental completo	13 (54,2)	11 (45,8)	0,61 (0,18-2,07)
Ensino fundamental incompleto	23 (62,2)	14 (37,8)	0,44 (0,14-0,36)
Não frequentou escola	3 (42,9)	4 (57,1)	0,97 (1,17-5,59)
<b>Renda mensal familiar<sup>1</sup></b>			
3 ou mais SM	22 (51,2)	21 (48,8)	1
2 SM	26 (49,1)	27 (50,9)	1,38 (0,50-3,83)
1 SM	12 (57,1)	9 (43,9)	1,27 (0,44-3,64)
<b>Quantas pessoas moram no domicílio</b>			
Mora sozinho	20 (48,8)	21 (51,2)	1
2 pessoas	22 (52,4)	20 (47,6)	0,86 (0,36-2,04)
3 ou mais	19 (51,3)	18 (49,7)	0,90 (0,37-2,19)

<sup>1</sup>Em número de salários-mínimos (SM).

Já na Tabela 5, que apresenta a distribuição das variáveis relacionadas aos hábitos de vida e outros determinantes em saúde, a não realização de atividade física regular (RP 2,60 IC95% 1,21-5,57), não acreditar que tem uma vida saudável (RP 4,39 IC95% 1,92-10,06), não satisfação com o modo em que vive (RP 6,74 IC95% 2,51-18,11) e referência à doença crônica (RP 4,57 IC95% 1,22-17,14) mostraram associação com declínio funcional potencial ou estabelecido.

Tabela 5 – Distribuição das variáveis relacionadas aos hábitos de vida e outros determinantes em saúde por classificação do idoso no IVCF-20, Rio de Janeiro/RJ (N= 120)

Variáveis	Robusto n (%)	Declínio funcional potencial ou estabelecido n (%)	Razão de prevalência
<b>Tabagismo</b>			
Nunca fumou	29 (49,2)	30 (50,8)	1
Tabagista progressivo	21 (53,8)	18 (46,2)	0,83 (0,37-1,86)
Tabagista atual	11 (50,0)	11 (50,0)	0,97 (0,36-2,57)
<b>Consumo de álcool</b>			
Nunca teve hábito de beber	20 (45,5)	24 (54,5)	1
Teve hábito de beber	26 (50,0)	26 (50,0)	0,83 (0,37-1,86)
Tem hábito de beber atual	15 (62,5)	9 (37,5)	0,50 (0,18-1,38)
<b>Atividade física regular nos últimos 12 meses</b>			
Sim	30 (65,2)	16 (34,8)	1
Não	31 (41,9)	43 (58,1)	2,60 (1,21-5,57)
<b>Acredita que tem uma vida saudável</b>			
Sim	50 (62,5)	30 (37,5)	1
Não	11 (27,5)	29 (72,5)	4,39 (1,92-10,06)
<b>Satisfeito com o modo em que vive</b>			
Sim	55 (61,8)	34 (38,2)	1
Não	6 (19,4)	25 (80,6)	6,74 (2,51-18,11)
<b>Passou por alguma experiência negativa no último ano<sup>2</sup></b>			
Não	36 (56,4)	29 (44,6)	1
Sim	25 (45,4)	30 (54,6)	1,49 (0,72-3,06)
<b>Alguma doença crônica informada por profissional de saúde</b>			
Não	12 (80,0)	3 (20,0)	1
Sim	49 (46,7)	56 (53,3)	4,57 (1,22-17,14)
<b>Uso de medicação prescrita regular</b>			
Nenhuma	13 (59,1)	9 (40,9)	1
1 ou 2	28 (56,0)	22 (44,0)	1,13 (0,41-3,14)
3 ou mais	20 (41,7)	28 (58,3)	2,02 (0,72-5,64)

<sup>1</sup>Em destaque, encontram-se os resultados estatisticamente significativos ( $p < 0,05$ ).

<sup>2</sup>Adoecimento grave ou Adoecimento grave de alguém querido ou Perda de alguém querido.

No modelo multivariado de Poisson, as variáveis idade (RP 1,37 IC95% 1,07-1,75), acreditar que não tem uma vida saudável (RP 1,54 IC95% 1,01-2,33) e a não satisfação com a forma em que vive (RP 1,75 IC95% 1,18-2,60) mostraram-se associadas com declínio funcional potencial ou estabelecido, avaliado pelo IVCF-20 (Tabela 6).

Tabela 6: Modelo múltiplo de regressão de Poisson por declínio funcional potencial ou estabelecido, avaliado pelo IVCF-20, Rio de Janeiro/RJ (N= 120)

Variáveis	Razões de Prevalência ajustadas <sup>a</sup> (IC 95%)
<b>Idade</b> (contínua)	1,37 (1,07-1,75)
<b>Acredita que tem uma vida saudável</b> (não)	1,54 (1,01-2,33)
<b>Satisfeito com o modo em que vive</b> (não)	1,75 (1,18-2,60)

<sup>a</sup>Ajustado por todas as variáveis do modelo.

## 6. DISCUSSÃO

No presente estudo, que buscou avaliar a aplicabilidade do instrumento do Índice de Vulnerabilidade Clínico-funcional (IVCF-20) no monitoramento em saúde do idoso, bem como estimar a prevalência da incapacidade clínico-funcional e identificar os fatores associados, em uma população idosa de usuários da Atenção Primária à Saúde do município do Rio de Janeiro, observou-se que o processo de aplicação do instrumento nos idosos da pesquisa ocorreu sem intercorrências.

Em um primeiro momento, houve a capacitação dos membros da equipe (agentes comunitários de saúde, enfermeira e médicos) para aplicação do instrumento, com simulação de aplicação entre os profissionais e treinamento de habilidades para o entrevistador. Em reunião após o término da etapa de coleta do estudo, os profissionais relataram que os idosos apresentaram fácil compreensão das perguntas e que o processo de aplicação e escuta possibilitou que os membros da equipe conhecessem os indivíduos de forma mais completa, com destaque para os usuários que tinham resposta positiva para questionamentos relacionados ao domínio referente à alteração do humor, fortalecendo o vínculo já existente. Tal relato sugere que o ICVF-20 possa ser um instrumento adequado no monitoramento da saúde do idoso na APS. É importante destacar que, para o estudo, foi realizada a adaptação do instrumento na questão que envolvia aferição de medidas físicas dos usuários (relativa à capacidade aeróbica e/ou muscular), o que dificultaria a sua aplicação, tanto no ambiente domiciliar, quanto na unidade de saúde, além de limitar a prática do agente comunitário de saúde (ACS).

No estudo, observou-se que aproximadamente 50,0% da população era considerada robusta, enquanto a outra metade encontrava-se em potencial declínio

funcional ou em declínio funcional estabelecido. A prevalência de robustez encontrada corrobora o que já havia sido descrito na literatura por Maia *et al.* (2020), que avaliaram 1750 idosos no norte de Minas Gerais, a partir da aplicação do IVCF-20 na atenção primária à saúde. Os dados obtidos indicaram que 48,7% dos idosos foram considerados robustos pelo instrumento, com pontuação total de até 6 pontos. Em contrapartida, o grupo de Canêdo *et al.* (2018), utilizando-se de marcadores físicos, comportamentais e psicológicos (presença de comorbidades, IMC, deficiência visual/auditiva, funcionalidade para atividade de vida diária, uso de álcool, tabagismo e realização de atividade física), avaliou a prevalência da fragilidade em 845 idosos na zona norte da cidade do Rio de Janeiro, sendo constatado que 25% dos idosos eram considerados robustos, enquanto 75% dos indivíduos seriam frágeis ou com potencial declínio funcional.

Cabe ressaltar que a variação da prevalência de robustez ou declínio funcional é esperada entre os estudos, tendo em vista os diferentes instrumentos utilizados para triagem e detecção precoce de fragilidade e vulnerabilidade dos idosos. A dificuldade para padronização de um instrumento, dada as diferentes perspectivas de cada um, traz um desafio para estimar a prevalência de idosos com declínio funcional estabelecido ou potencial. Além disso, o território de escolha para a pesquisa é de fundamental importância, dados os diversos determinantes sociais em saúde existentes a depender do local de escolha, fatores que influenciam no processo de saúde-doença, com impacto direto na interpretação e análise do envelhecimento. Na presente pesquisa, a idade foi considerada uma variável associada ao risco de desenvolvimento de declínio funcional, quando considerada como variável contínua, ou seja, quanto maior a idade, maior o risco. Dados similares foram encontrados por Carvalho *et al.* (2022), em uma pesquisa realizada a partir da aplicação do IVCF-20, com 356 idosos na atenção primária à saúde de um município no interior do Piauí, correlacionando o aumento progressivo da idade como fator de risco para declínio funcional.

Em relação ao sexo dos idosos entrevistados neste estudo, observou-se que mais de 75% eram do sexo feminino e mais de 50% das mulheres (n= 47) encontravam-se em declínio funcional potencial ou estabelecido. Já entre os homens, aproximadamente 43% (n=12) estavam nessa situação. Aponta-se para uma diferença de risco para a vulnerabilidade clínico-funcional entre os sexos, embora não tenha sido observada diferença estatisticamente significativa no presente estudo. O

contraste entre os sexos identificado chama a atenção para a necessidade de organização e vigilância em saúde das mulheres idosas da equipe de estratégia de saúde da família estudada, com vistas a elaborar protocolos e fluxos de cuidados para esse grupo. Além disso, o planejamento de políticas públicas em saúde para as mulheres, grupo predominante no acesso ao setor saúde e com particularidades no cuidado integral, é de fundamental importância para o acompanhamento do processo de senescência-senilidade.

Neste estudo, um dos domínios avaliados diz respeito à autopercepção da saúde no contexto de vida do idoso, sendo aplicadas as seguintes perguntas para os participantes do estudo: “O(a) Sr(a) acredita que tem uma vida saudável?” e “O(a) Sr(a) está satisfeito com o modo em que vive?”. A autopercepção da saúde, ou seja, a forma pela qual o idoso entende a própria saúde, em seus aspectos subjetivos e objetivos, pode ser compreendida como um indicador capaz de prever o risco de morbidade, incapacidade e mortalidade (MELO *et al.*, 2014).

Os resultados das análises das citadas questões apresentaram associação estatisticamente significativa nas análises bivariadas, que se mantiveram no modelo multivariado. Desse modo, conclui-se que os idosos que apresentavam uma visão negativa sobre a própria saúde, em seu contexto de vida, possuíam um risco maior de desenvolver declínio funcional.

Ribeiro *et al.* (2018), na pesquisa sobre autopercepção de saúde e vulnerabilidade-clínico funcional de 311 idosos acompanhados em um serviço de atenção geriátrico-gerontológica, sediado em Belo Horizonte, constataram que a autoavaliação negativa da saúde teve relação estatisticamente significativa com a hospitalização recente. Os autores ainda encontraram uma correlação estatisticamente significativa da autopercepção da saúde negativa com variáveis relacionadas ao humor, sendo esse entendido desde tristeza isolada, até o transtorno depressivo. No presente estudo, apesar de 53 (44,2%) idosos terem respondido “sim” à pergunta “No último mês, você ficou com desânimo, tristeza ou desesperança?”, não houve associação estatisticamente significativa entre esta questão e o declínio funcional.

No projeto de Carvalho *et al.* (2012), desenvolvido por meio da análise dos dados da pesquisa de atenção domiciliar de Minas Gerais, com 963 idosos, foi demonstrado que a prática de atividade física era um fator que contribuía para a autopercepção positiva da saúde do idoso. A conclusão no estudo mineiro corrobora

o resultado da presente investigação que, na análise bivariada, identificou a ausência de prática de atividade física pelo idoso como fator de risco de desenvolver declínio funcional, associação que não se manteve na análise multivariada.

Vale ressaltar a importância do incentivo e existência de espaços para prática esportiva, tanto por parte da equipe de saúde, quanto no espaço de gestão, por meio da formulação de políticas de promoção de saúde. Na clínica estudada, em específico, a equipe possui um profissional de educação física que realiza atividades diversas com usuários interessados (em sua maioria, idosos do território), seja ao ar livre, seja nas dependências da clínica. Entretanto, a clínica-cenário do estudo não possui a "Academia Carioca", projeto e dispositivo da Secretaria de Saúde do Rio de Janeiro que visa potencializar o cuidado em saúde dos usuários. Em suma, de todos os itens que constam na carteira de serviços do município, a "Academia Carioca" é o único não ofertado pela unidade. Os resultados desta pesquisa ressaltam a necessidade do olhar para a promoção de saúde na unidade, a partir da instalação de aparelhos e infraestrutura adequada à prática esportiva da população.

Uma questão relevante identificada na amostra do presente estudo é que, embora quase 90% tenha referido o diagnóstico de, pelo menos, uma doença crônica, mais de 60% dos indivíduos autoavaliaram sua saúde como boa, muito boa ou excelente. Esses resultados demonstram como a visão de saúde no envelhecimento não se restringe à ausência de doenças. Tal perspectiva é reafirmada no estudo de Canêdo *et al.* (2018), com 87,9% (743) dos participantes do estudo relatando a presença de pelo menos uma comorbidade e mais de 50% dos participantes do estudo relatando ter uma autopercepção em saúde como boa ou muito boa.

Também observou-se, nesta pesquisa, que, apesar dos resultados não se confirmarem estatisticamente na análise bivariada, quase metade dos idosos referiram alguma experiência negativa no último ano. Desse grupo, quase 80% sinalizaram ter perdido alguém querido. Os dados demonstram um componente importante do envelhecimento, ressaltado por Cocentino e Viana (2011), que diz respeito à abordagem do luto, ultrapassando os aspectos físicos, imersos na compreensão cultural do significado da perda e do estágio do ciclo da vida.

A avaliação da robustez e de potenciais declínios funcionais existentes no idoso é uma tarefa dinâmica e complexa, e que requer o monitoramento contínuo pelas equipes de saúde. Por meio da aplicação do instrumento utilizado (variáveis sociodemográficas, de estilo e vida + IVCF-20), pôde-se ter um panorama geral dos

idosos acompanhados pela equipe do estudo, contribuindo para que sejam pensadas estratégias de cuidado voltadas aos grupos identificados.

Das estratégias possíveis de serem aplicadas, destaca-se o aumento da frequência de visitas domiciliares para idosos com declínio funcional estabelecido, tanto pelos profissionais técnicos (médico, enfermeiro e técnico de enfermagem), quanto pelo agente comunitário de saúde, bem como a inserção desses usuários em serviços de reabilitação. Como possibilidade de cuidado para o grupo de idosos com declínio funcional em potencial, ressalta-se a importância do acompanhamento ambulatorial mais próximo da equipe e com a inclusão em atividades de promoção de saúde. Aos idosos robustos, o estímulo à manutenção de hábitos saudáveis, com foco na prevenção de agravos e promoção de saúde. Pretende-se que tais medidas possam contribuir para a prevenção do declínio funcional e dos desfechos adversos de saúde (incapacidade funcional, queda, hospitalização recorrente, morte precoce).

## **7. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O presente estudo utilizou um instrumento de fácil aplicação, tanto por profissional técnico (médico, enfermeiro e técnico de enfermagem), quanto pelo agente comunitário de saúde, para avaliação multidimensional do idoso, com vistas à identificação de possíveis declínios funcionais e incapacidades. Ressalta-se que, para a realização deste projeto, foi realizada adaptação do questionário para a pergunta referente às medidas físicas. Optou-se por essa organização para que não houvesse dependência de aparelhos ou treinamento específico para aferição de medidas.

A prevalência de robustez e de declínio funcional encontradas nesta pesquisa foram similares a outros estudos desenvolvidos com foco na atenção primária, bem como as associações, com significância estatística, em relação à autopercepção em saúde. Partindo da concepção ampliada de saúde no envelhecimento, que vai além da ausência de adoecimento crônico identificado, as associações encontradas foram corroboradas na literatura, em relação à idade, autopercepção em saúde e prática de atividade física.

## REFERÊNCIAS

ALEXANDRINO, A. et al. Evaluation of the clinical-functional vulnerability index in older adults. **Rev bras geriatr gerontol**, n. 22, 2019. Disponível em <https://doi.org/10.1590/1981-22562019022.190222>. Acesso em 03/04/2023.

ALVARADO, B.E. *et al.* Life course social and health conditions linked to frailty in Latin American older men and women. **J Gerontol A Biol Sci Med Sci**. n.63(12). p.1399- 1406, 2008.

ALVES, P.C.; SOUZA, I.M. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. **Experiência de doença e narrativa**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. p. 125-38, 1999.

ALVES, A.M. et al. Which older people in the community have the highest clinical-functional vulnerability?. **Geriatr Gerontol Aging**. vol 15, 2021.

CANÊDO, A.C.; LOPES, C.S; LOURENÇO, R.A. Prevalence of and factors associated with successful aging in Brazilian older adults: frailty in Brazilian older people Study (FIBRA RJ). **Geriatr Gerontol Int**. n. 18(8). p. 1280-5, 2018. Disponível em <https://doi.org/10.1111/ggi.13334>. Acesso em 03/04/2023.

CARMO, M.E.; GUIZARDI, F.L. O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. **Cad Saúde Pública**, n. 34(3), 2018. Disponível em <https://doi.org/10.1590/0102-311X00101417>. Acesso em 03/04/2023.

CARNEIRO, J.A. et al. Frailty in community-dwelling older people: comparing screening instruments. **Rev Saude Publica**, vol 54, 2020. Disponível em <https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/179940>. Acesso em 03/04/2023.

CARVALHO, J.A.; GARCIA, R.A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro. v. 19, p. 725-733, 2003.

CARVALHO, L.J.A.R. et al. Fragilidade clínico-funcional e sarcopenia em idosos na atenção primária à saúde. **Cogitare Enferm**. v. 27, 2022. Disponível em <https://doi.org/10.5380/ce.v27i0>.

CHAIMOWICZ, F. *et al.* **Saúde do idoso**. Nescon. Belo Horizonte, 2013. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3836.pdf>. Acesso em 03/04/2023.

COCENTINO, J.M.B.; VIANA, T.C. A velhice e a morte: reflexões sobre o processo de luto. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**. vol. 14(3), p. 591-600. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em <https://www.scielo.br/j/rbagg/a/N4RRqjPh4xxPLxz6Nf8rFSv/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 03/04/2023.

ESPINOZA, S.E.; HAZUDA, H.P. Frailty in older Mexican-American and European-American adults: is there an ethnic disparity? **J Am Geriatr Soc.** vol. 56(9), p. 1744-1749, 2008.

FREITAS, F. F.Q. **Fatores Associados à Fragilidade Em Idosos No Contexto Da Atenção Primária.** Tese. Universidade Federal de Minas Gerais, 2018. Disponível em <http://hdl.handle.net/1843/ENFC-B6HQ4C>. Acesso em 03/04/2023.

FRIED, L.P. *et al*; Cardiovascular Health Study Collaborative Research Group. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. **J Gerontol A Biol Sci Med Sci.** vol. 56(3), p. 146-56, 2001.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística: **CENSO 2010.** Disponível em: <https://www.ibge.gov.br>.

MAIA, L.C. *et al*. Robust older adults in primary care: factors associated with successful aging. **Rev Saúde Pública.** vol. 54, 2020. Disponível em <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001735>. Acesso em 03/04/2023.

MAIA, L.C. *et al*. Fragilidade em idosos assistidos por equipes da atenção primária. **Ciênc saúde coletiva**, vol 25, p. 5041-50, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320202512.04962019>. Acesso em 03/04/2023.

MELO, D.M. *et al*. Autoavaliação de saúde, envolvimento social e fragilidade em idosos ambulatoriais. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia.**v. 17, n. 3 p. 471-484, 2014. Disponível em <https://doi.org/10.1590/1809-9823.2014.13172>. Acesso em 03/04/2023.

MORAES, E.N. Atenção à saúde do idoso: aspectos conceituais. **Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS).** Brasília, 2012.

MORAES, E.N. *et al*. Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional-20 (IVCF-20): reconhecimento rápido do idoso frágil. **Revista de Saúde Pública**, v.50 p. 50-81. 2016 Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/HMMB75NZ93YFBzyysMWYgWG/?format=pdf&lang=pt> 20. Acesso em 03/04/2023.

MORAES, E.N. *et al*. Nota técnica para organização da rede de atenção à saúde com foco na atenção primária à saúde e na atenção ambulatorial especializada: Saúde da pessoa idosa. **Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein.** Ministério da Saúde. São Paulo, 2019.

NERI, A.L. *et al*. Metodologia e perfil sociodemográfico, cognitivo e de fragilidade de idosos comunitários de sete cidades brasileiras: Estudo FIBRA. **Cad Saúde Pública.** vol 29(4), p. 778-792, 2013.

OLIVEIRA, C.E. *et al*. Vulnerabilidade clínico-funcional de idosos em um centro de convivência. **Acta paul. Enferm,** vol 33. 2020. Disponível em <https://acta-ape.org/en/article/clinical-and-functional-vulnerability-of-elderly-people-from-a-day-center/>. Acesso em 03/04/2023.

PAZ, A.A.; SANTOS, B.R.L.; EIDT, O.R. Vulnerabilidade e envelhecimento no contexto da saúde. **Acta paul enferm**, vol 19, p. 338-42, 2006. Disponível em <https://doi.org/10.1590/S0103-21002006000300014>. Acesso em 03/04/2023.

RIBEIRO, E.G. *et al.* Self-perceived health and clinical-functional vulnerability of the elderly in Belo Horizonte/Minas Gerais. **Rev Bras Enferm**, vol 71, p. 860-7, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0135>. Acesso em 03/04/2023.

ROCKWOOD, K. MITNITSKI, A.M. A. A comparison of two approaches to measuring frailty in elderly people. **J Gerontol A Biol Sci Med Sci**. vol 62(7), p. 738-43, 2007

SALDANHA, M.F. *et al.* Incidência de fragilidade e fatores associados à piora funcional na pessoa idosa longeva durante pandemia da covid-19: Estudo de Coorte. **Rev bras geriatr gerontol**, n. 25, 2022. Disponível em <https://doi.org/10.1590/1981-22562022025.220077.pt>. Acesso em 03/04/2023.

SALEM, B.E. *et al.* Development of a frailty framework among vulnerable populations. **ANS Adv Nurs Sci**. vol 37, p. 70-81, 2014.

SALIBA, A, D. *et al.* The Vulnerable Elders Survey: a tool for identifying vulnerable older people in the community. **Journal of the American Geriatrics Society**, vol. 49, p. 1691-9, 2001.

SHARDELL, M. *et al.* Association of low vitamin D levels with the frailty syndrome in men and women. **J Gerontol A Biol Sci Med Sci**, vol 64(1), p. 69-75, 2009.

SOUSA, C.R. *et al.* Factors associated with vulnerability and fragility in the elderly: a cross-sectional study. **Revista Brasileira De Enfermagem**, vol 75, 2022. Disponível em <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0399>. Acesso em 03/04/2023.

STOPA, S.R. *et al.* Acesso e uso de serviços de saúde pela população brasileira, Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Rev Saude Publica**. vol 51, 2017.



### 3. INFORMAÇÕES DE SAÚDE, ESTILO E MODO DE VIDA

12. Como você avalia sua saúde? ( 0 ) Muito Boa ( 1 ) Boa ( 2 ) Regular ( 3 ) Ruim ( 4 ) Muito Ruim

13. Algum profissional de saúde já lhe disse que o senhor tem:

Pressão alta ( 1 ) sim ( 0 ) não

Diabetes ( 1 ) sim ( 0 ) não

Dislipidemia (colesterol ou triglicérides elevado) ( 1 ) sim ( 0 ) não

Artrite, reumatismo ou artrose ( 1 ) sim ( 0 ) não

Doença cardíaca, como angina ou infarto ( 1 ) sim ( 0 ) não

Derrame ou isquemia cerebral ( 1 ) sim ( 0 ) não

Asma, bronquite ou enfisema ( 1 ) sim ( 0 ) não

Câncer (exceto de pele) ( 1 ) sim ( 0 ) não

14. Atualmente, o senhor está tomando algum remédio de forma regular (diário, semanal)?

( 1 ) sim ( 0 ) não Qual (quais)? \_\_\_\_\_

15. O senhor tem ou teve o hábito de fumar?

( 0 ) Nunca fumou ( 1 ) fuma atualmente ( 2 ) já fumou, mas não fuma mais

16. O senhor tem o hábito de beber bebidas alcoólicas regularmente?

( 0 ) Nunca teve o hábito de beber ( 1 ) bebe atualmente ( 2 ) já teve o hábito de beber, mas não bebe mais

17. Nos últimos 12 meses, o senhor tem feito atividades físicas regularmente? ( 1 ) não ( 0 ) sim

18. De uma maneira geral, o senhor acredita que tem uma vida saudável? ( 1 ) não ( 0 ) sim

19. De maneira geral, o senhor está satisfeito com o modo em que vive? ( 1 ) não ( 0 ) sim

20. O senhor passou pela experiência de algum destes eventos no ano passado?

( a ) Perda de uma pessoa querida ( b ) adoecimento grave ( c ) adoecimento grave de alguém querido

( d ) divórcio ou fim de um relacionamento importante ( e ) acidente de trânsito; foi vítima de um crime

### 4. ÍNDICE DE VULNERABILIDADE CLÍNICO-FUNCIONAL: IVCF-20

21. Idade	( 0 ) 60 – 74 anos ( 1 ) 75 – 84 anos ( 2 ) 85 anos ou mais
22. Em geral, comparando com outras pessoas da sua idade, você diria que sua saúde é:	( 0 ) Excelente ( 1 ) Muito boa ( 2 ) Boa ( 3 ) Regular ( 4 ) Ruim
23. Por causa da sua saúde ou condição física, você deixou de fazer compras?	( 1 ) Sim ( 0 ) Não ou não faz compras por outros motivos que não a saúde.
24. Por causa da sua saúde ou condição física, você deixou de controlar seu dinheiro, gastos ou pagar contas de sua casa?	( 1 ) Sim ( 0 ) Não ou não controla o dinheiro por outros motivos que não a saúde.

<b>25. Por causa da sua saúde ou condição física, você deixou de realizar pequenos trabalhos domésticos, como lavar louça, arrumar a casa ou fazer limpeza leve?</b>	( 1 ) Sim ( 0 ) Não ou não faz pequenos trabalhos domésticos por outros motivos que não a saúde.
<b>26. Por causa da sua saúde ou condição física, você deixou de tomar banho sozinho(a)?</b>	( 1 ) Sim ( 0 ) Não
<b>27. Algum familiar ou amigo falou que você está ficando esquecido(a)?</b>	( 1 ) Sim ( 0 ) Não
<b>28. Este esquecimento está piorando nos últimos meses?</b>	( 1 ) Sim ( 0 ) Não
<b>29. Este esquecimento está impedindo a realização alguma atividade do cotidiano?</b>	( 1 ) Sim ( 0 ) Não
<b>30. No último mês, você ficou com desânimo, tristeza ou desesperança?</b>	( 1 ) Sim ( 0 ) Não
<b>31. No último mês, você perdeu o interesse ou prazer em atividades anteriormente prazerosas?</b>	( 1 ) Sim ( 0 ) Não
<b>32. Você é incapaz de elevar os braços acima dos ombros?</b>	( 1 ) Sim ( 0 ) Não
<b>33. Você é incapaz de manusear ou segurar pequenos objetos?</b>	( 1 ) Sim ( 0 ) Não
<b>34. Você tem alguma das condições abaixo relacionadas:</b> ( a ) Perda de peso não intencional auto-referida de 4,5kg ou mais no último ano ( b ) Tem dificuldade para caminhar 100 metros ou para subir um lance de escadas ( c ) Nos últimos 12 meses, não tem se exercitado regularmente ou participado de atividades físicas vigorosas tais como um esporte, dança ou trabalhos domésticos pesados, três ou mais vezes na semana.	( 1 ) Sim ( 0 ) Não
<b>35. Você tem dificuldade para caminhar capaz de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano?</b>	( 1 ) Sim ( 0 ) Não
<b>36. Você teve duas ou mais quedas no último ano?</b>	( 1 ) Sim ( 0 ) Não
<b>37. Você perde urina ou fezes, sem querer, em algum momento?</b>	( 1 ) Sim ( 0 ) Não
<b>38. 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)</b>	( 1 ) Sim ( 0 ) Não
<b>39. Você tem problemas de audição capazes de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? (é permitido o uso de aparelho de audição)</b>	( 1 ) Sim ( 0 ) Não
<b>40. Você tem alguma das três condições abaixo relacionadas:</b> ( a ) Cinco ou mais doenças crônicas ( b ) Uso regular de cinco ou mais medicações diferentes, todo dia ( c ) Internação recente, nos últimos 6 meses.	( 1 ) Sim ( 0 ) Não

**41. Escore IVCF-20: \_\_** pontos

**42. Classificação IVCF-20:**

- ( 0 ) 0-6 pontos, idoso robusto
- ( 1 ) 7-14 pontos, idoso potencialmente frágil
- ( 2 )  $\geq$  15 pontos, idoso frágil

## ANEXOS

### ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO Resolução nº 466/2012 – Conselho Nacional de Saúde

Você está sendo convidado(a) para participar como **voluntário(a)** da pesquisa intitulada: **“Análise do Índice de Vulnerabilidade Clínico-funcional em idosos em uma equipe de estratégia de saúde da família na zona central da cidade do Rio de Janeiro”**, que tem como objetivo avaliar a aplicabilidade do instrumento do Índice de Vulnerabilidade Clínico-funcional (IVCF-20) no monitoramento em saúde do idoso na Atenção Primária de Saúde, bem como estimar a prevalência de vulnerabilidade clínico-funcional de idosos, além de caracterizar a população e identificar fatores associados à vulnerabilidade no que se refere a variáveis sociodemográficas, de estilo de vida e saúde. A coleta de dados da pesquisa terá duração máxima de 10 meses, com término previsto para agosto de 2022.

Sua participação **não é obrigatória** e consistirá na **realização de uma única entrevista** em que será aplicado instrumento composto de 2 partes: a primeira parte do instrumento é constituída por um questionário estruturado, com perguntas relativas a questões sociodemográficas, de saúde e estilo de vida; a segunda parte é formada por 20 questões do Índice de vulnerabilidade clínico-funcional (IVCF-20), para avaliação multidimensional da pessoa idosa, com previsão de duração total de 15 a 20 minutos.

Assinando este consentimento, o(a) senhor(a) não desiste de nenhum de seus direitos. Além disso, o(a) senhor(a) não libera os investigadores de suas responsabilidades legais e profissionais no caso de alguma situação que lhe prejudique. A sua participação é inteiramente **voluntária**. Uma vez aceitando participar desta pesquisa, o(a) Sr(a) deverá se sentir livre para abandonar o estudo a qualquer momento do curso deste, sem que isto afete o seu cuidado ou relacionamento futuro com esta instituição. O investigador deste estudo também poderá retirá-lo do estudo a qualquer momento, se ele julgar que seja necessário para o seu bem estar.

**Você não terá custos ou quaisquer compensações financeiras.** É seu direito ser ressarcido de qualquer despesa relacionada com a sua participação na pesquisa, bem como de buscar indenização em caso de algum dano comprovadamente oriundo da pesquisa.

Os riscos potenciais desta pesquisa estão atrelados ao fato de que alguma condição de saúde possa comprometer sua capacidade de fornecer um consentimento válido, assim **serão tomados todos os cuidados necessários** para que compreenda os objetivos da investigação, bem como as possíveis implicações de sua participação; no caso de sentir-se desconfortável em partilhar informações pessoais, a equipe de pesquisa procurará assegurar que o desenvolvimento do estudo seja o menos intrusivo possível; e, também, para que o cansaço não dificulte a conclusão da entrevista, o instrumento de pesquisa é curto e as questões são auto-referidas, solicitando respostas simples, com tempo médio de resposta completa de 15 a 20 minutos. O responsável pela realização do estudo se compromete a zelar pela integridade e o bem-estar dos participantes da pesquisa, sendo que os entrevistadores serão orientados a interromper a entrevista sempre que solicitado pelo idoso, retomando a mesma em outra ocasião, caso seja autorizado. O projeto será norteado pelo princípio geral de dispensar, em todos os momentos, a atenção e o cuidado devidos aos participantes. Para a realização da entrevista, **serão utilizados todos os Equipamentos de Proteção Individual (EPI) detalhados em protocolos estabelecidos para a pandemia da COVID19 pelo Ministério da Saúde (MS).**

É reconhecido que os participantes podem não se beneficiar diretamente dos resultados, entretanto, benefícios relacionados à sua participação nesta pesquisa consistem em permitir que a equipe de saúde conheça melhor as diferentes vulnerabilidade clínico-funcionais da pessoa idosa, possibilitando que estratégias sejam pensadas e discutidas para melhorar a oferta do cuidado em saúde dos pacientes.

Os dados coletados serão utilizados **apenas nesta pesquisa**, por meio da utilização de códigos. Ressaltamos que, em **nenhum momento será divulgado o seu nome** em qualquer fase do estudo.

Os dados da pesquisa serão mantidos em arquivo físico e digital sob minha guarda e responsabilidade, por um período de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa como consta na resolução nº 466/2012.

Caso surja alguma dúvida quanto à ética do estudo, o(a) Sr.(a) deverá se reportar ao Comitê de Ética

em Pesquisas envolvendo seres humanos – subordinado ao Conselho Nacional de Ética em Pesquisa, órgão do Ministério da Saúde, através de solicitação ao representante de pesquisa, que estará sob contato permanente, ou contactando o Comitê de Ética em Pesquisa desta instituição, no telefone (21) 2215-1485.

**É assegurado o completo sigilo de sua identidade quanto a sua participação neste estudo**, incluindo a eventualidade da apresentação dos resultados deste estudo em congressos e periódicos científicos.

Diante do exposto nos parágrafos anteriores eu, firmado abaixo, residente à

\_\_\_\_\_ concordo em participar do estudo intitulado “Análise do Índice de Vulnerabilidade Clínico-funcional em idosos em uma equipe de estratégia de saúde da família na zona central da cidade do Rio de Janeiro”.

Eu fui completamente orientado pelo pesquisador Felipe Gonçalves Martins, que está realizando o estudo, de acordo com sua natureza, propósito e duração. Eu pude questioná-lo sobre todos os aspectos do estudo. Além disso, ele me entregou uma via da folha de informações para os participantes, a qual li, compreendi e me deu plena liberdade para decidir acerca da minha espontânea participação nesta pesquisa.

Depois de tal consideração, concordo em cooperar com este estudo e informar a equipe de pesquisa responsável por mim sobre qualquer anormalidade observada.

Estou ciente que sou livre para **sair do estudo a qualquer momento, se assim desejar.**

**Minha identidade jamais será publicada.** Os dados colhidos poderão ser examinados por pessoas envolvidas no estudo com autorização delegada do investigador.

Estou recebendo uma via assinada deste Termo.

Investigador: Nome: Felipe Gonçalves Martins  
 Data: \_\_\_\_\_  
 Assinatura: \_\_\_\_\_  
 Contato: [felipemartins.md@gmail.com](mailto:felipemartins.md@gmail.com) / (41) 992244646

Participante: Nome: \_\_\_\_\_  
 Data: \_\_\_\_\_  
 Assinatura: \_\_\_\_\_

Contato do CEP-SMS: [cepsms@rio.rj.gov.br](mailto:cepsms@rio.rj.gov.br) / (21) 2215-1485

Endereço: Rua: Evaristo da Veiga, 16 - 4º andar - Sala 401 - Centro - RJ, 20031-040

Contato do CEP-EEAN/UFRJ: [cepeeanhesfa@gmail.com](mailto:cepeeanhesfa@gmail.com) / (21) 3938-0962 Endereço: R. Afonso Cavalcanti, 275 - Cidade Nova, Rio de Janeiro - RJ, 21211-110