

Avaliação multidimensional da pessoa idosa na atenção primária à saúde

Multidimensional assessment of the elderly in primary health care

Jéssica de Almeida Silva^{11*}, Maristela Soares Lopes¹, Suellen Larissa Silva Parrela¹, Gabrielly² Segatto Brito, Priscila Torres de França Ramos², Ramon Moraes Penha², Viviane Pereira Marques dos Santos², Camila Guimarães Polisel²

RESUMO

Na atenção primária à saúde (APS), a identificação correta de idosos frágeis ou em risco de fragilização necessita ser simples e rápida. Este estudo se debruçou em avaliar a vulnerabilidade clínico-funcional a partir do questionário IVCF-20 em idosos usuários da APS de Campo Grande/MS. Tratou-se de um estudo transversal e quantitativo, realizado no período de março a julho de 2021 em duas Unidades Básicas de Saúde da Família. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMS, por meio do parecer nº 4.211.316. Participaram deste estudo 103 idosos com idade média de 69 anos ($\pm 07,44$), a maioria (n=70; 67,93%) do sexo feminino. Os principais domínios alterados no ICVF-20 foram mobilidade (n=75; 72,81%), humor (n=52; 50,48%) e comunicação (n=47; 45,63%). A partir da interpretação final do questionário, 30 (29,12%) idosos foram classificados como robustos, 43 (41,74%) como em risco de fragilização e 30 (29,12%) como idosos frágeis. A maioria idosos avaliados neste estudo apresentava risco de fragilização ou era frágil. O IVCF-20 demonstrou ser de fácil e rápida aplicação, com grande potencial para utilização nas consultas farmacêuticas na APS.

Palavras-chave: Saúde do idoso. Idoso fragilizado. Atenção Integral à Saúde do Idoso. IVFC-20.

ABSTRACT

In primary health care (PHC), the correct identification of frail elderly people or elderly at risk of frailty needs to be simple and fast. This study focused on assessing clinical and functional vulnerability through the application of IVCF-20 questionnaire in elderly PHC users in Campo Grande/MS. This was a cross-sectional and quantitative study, carried out from March to July 2021 in two Basic Family Health Units. The study was approved by the Research Ethics Committee of UFMS, through number: 4.211.316. A total of 103 elderly people with a mean age of 69 years (± 07.44) participated in this study, the majority (n=70; 67.93%) female. The main altered domains in the ICVF-20 were mobility (n=75; 72.81%), mood (n=52; 50.48%) and communication (n=47; 45.63%). From the final interpretation of the questionnaire, 30 (29.12%) elderly people were classified as robust, 43 (41.74%) as at risk of frailty and 30 (29.12%) as frail elderly. The results showed that most elderly people evaluated in this study were at risk of frailty or were fragile. IVCF-20 also proved to be easy and quick to apply, with great potential of use in pharmaceutical care in PHC.

Keywords: Health of the elderly; Fragile elderly; Comprehensive Health Care for the Elderly; IVFC-20

¹ *E-mail: camila.guimaraes@ufms.br

¹ Instituição de afiliação diferente. Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

¹ Instituição de afiliação 1. Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande

INTRODUÇÃO

A constante mudança da pirâmide etária brasileira, ocasionada pela redução da taxa de natalidade e mortalidade e aumento da expectativa de vida, tem acarretado o aumento continuado no número de pessoas idosas. Além disso, a alteração do perfil de doenças, de agudas para crônicas, bem como a redução da funcionalidade e aumento da demanda por medicamentos e serviços de saúde subsidia a necessidade pela oferta de serviços adequados para essa população (ARAÚJO, ANTONIO, 2019).

Os aspectos biopsicossociais relacionados ao envelhecimento humano são responsáveis pela heterogeneidade na funcionalidade de idosos com a mesma idade. A capacidade funcional, por sua vez, relaciona-se com a habilidade do indivíduo em realizar atividades que o proporcione autonomia e independência. Assim, a perda da funcionalidade, ou seja, a vulnerabilidade clínico-funcional expõe o idoso ao maior risco de desenvolvimento de comorbidades, quedas, infecções, hospitalizações, institucionalização e morte (FERREIRA, BATISTA, 2018).

Diante disso, a avaliação multidimensional da pessoa idosa apresenta-se como importante etapa para o planejamento e acompanhamento terapêutico dessa população, auxiliando na identificação do idoso frágil ou em risco de fragilização, o que permite nortear o plano de cuidado a partir das necessidades de cada idoso. Comumente, o termo fragilidade é utilizado para retratar o grau de vulnerabilidade do adulto mais velho a desfechos desfavoráveis como quedas, internação hospitalar, declínio funcional e óbito. Entretanto, há diversas definições de fragilidade na literatura, a partir da dimensão empregada como referência, o que compromete sua padronização e instrumentalização na prática clínica (SILVA *et al.*, 2015).

Entre as ferramentas atualmente disponíveis para a avaliação da vulnerabilidade clínico-funcional do idoso, a Avaliação Geriátrica Ampla (AGA) representa o padrão ouro, pois consegue descrever o estado de funcionalidade global do paciente geriátrico com a maior veracidade possível. Trata-se de uma ferramenta multidimensional que compreende a aplicação de escalas, testes e questionários que classifica de forma ampliada a vulnerabilidade clínico-funcionais de pacientes geriátricos. Entretanto, necessita ser realizada por uma equipe geriátrico-gerontológica especializada, o que dificulta a sua utilização na Atenção Primária à Saúde (APS) em função da alta demanda de atendimentos, do tempo médio das consultas, e da ausência da equipe multiprofissional necessária (PINTO *et al.*, 2016).

Nesse sentido, entre os instrumentos para triagem rápida de vulnerabilidade clínico-funcional em idosos, destaca-se o Índice de Vulnerabilidade Clínico-funcional - 20 (IVCF-20). Trata-se de um questionário com vinte questões que avalia oito domínios da saúde do idoso e que pode ser aplicado por qualquer membro da equipe multiprofissional de saúde (PINTO *et al.*, 2016).

O cuidado farmacêutico no idoso visa o acompanhamento farmacoterapêutico desses pacientes como forma de contribuir com o uso seguro e racional de medicamentos, evitar o uso de medicamentos potencialmente inapropriados para idosos, realizar triagem para a desprescrição de medicamentos e prevenir ou identificar iatrogenias e outros problemas relacionados aos medicamentos tais como problemas de indicação, efetividade, segurança e adesão ao tratamento, além de erros de medicação. O acompanhamento farmacoterapêutico realizado pelo profissional farmacêutico tem o intuito também de trabalhar o processo de saúde-doença de forma integral, a fim de prevenir doenças secundárias, institucionalização, hospitalizações e óbito (ARAÚJO, ANTONIO, 2019).

Atualmente, existe no Brasil um número crescente de estudos relacionados ao cuidado farmacêutico no idoso, tanto no âmbito da APS (FERREIRA, BATISTA, 2018), em instituições de longa permanência para idosos (CARMO, 2014) (PINTO, CASTRO, REIS, 2013), como na atenção hospitalar (SCHNEIDER, MENEZES, SOARES, 2018) (SENA, SANTANA, 2021). Os estudos recentes realizados na APS têm focado na compreensão da farmacoterapia, adesão e problemas relacionados aos medicamentos, bem como no uso racional de medicamentos. Entretanto, há um número inexpressivo de estudos delineados a partir do questionário IVCF-20 (MAIA, 2020) (MORAES, MACHADO MORAES, 2020) (MS, 2014). Assim, a contribuição primária deste estudo para a literatura da área está centrada na possibilidade de, por meio da classificação da pessoa idosa em relação à fragilidade, subsidiar estratégias para a promoção e prevenção da saúde, por meio de intervenções baseadas nas necessidades e características de cada indivíduo, contribuindo com a otimização dos desfechos clínicos, econômicos e com a qualidade de vida dessa população. Diante do exposto, este estudo se debruçou em avaliar a vulnerabilidade clínico-funcional em idosos usuários da APS de Campo Grande/MS.

METODOLOGIA

Tratou-se de um estudo transversal e quantitativo, cuja coleta de dados foi realizada no período de março de 2021 a dezembro de 2021 por residentes farmacêuticas de um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, nas Unidades de Saúde da Família Aquino Dias Bezerra, Benjamim Asato, Benedito Gonçalves de Oliveira. A população do estudo foi constituída pelos idosos atendidos pelo serviço de farmácia clínica das unidades, que consiste em consultas agendadas ou de demanda espontânea para acompanhamento farmacoterapêutico, orientações e educação em saúde, no período de coleta de dados. Para a inclusão no estudo, os indivíduos deveriam ter idade igual ou superior a 60 anos, ausência de limitações físicas e/ou clínicas que impedisse a adequada coleta dos dados e ter disponível a prescrição medicamentosa e os últimos resultados de exames laboratoriais realizados.

A estratégia de seleção dos participantes envolveu abordagem pessoal pelos pesquisadores aos idosos durante a consulta farmacêutica nas unidades de saúde, considerando os critérios de inclusão estabelecidos. Os indivíduos que demonstraram interesse em participar do estudo foram orientados a ler e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A coleta de dados ocorreu três vezes por semana, por meio de uma entrevista clínica com duração aproximada de 20-30 minutos, em sala privativa.

Um instrumento de coleta de dados adaptado pelos pesquisadores a partir do roteiro de consulta farmacêutica publicado pelo Ministério da Saúde para a Implantação dos Serviços de Clínica Farmacêutica foi utilizado (MORAES, *et al.*, 2016) e contemplou dados relacionados ao perfil do participante, bem como à sua história clínica, social e medicamentosa. A prescrição medicamentosa e o prontuário do participante também foram utilizados como fonte de coleta de dados.

A avaliação multidimensional foi realizada por meio do questionário IVCF-20, desenvolvido no Brasil no ano de 2014 pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e validado para uso na APS. O IVFC-20 é constituído por 20 questões distribuídas em oito seções (domínios da saúde do idoso): idade, autopercepção da saúde, incapacidades funcionais relacionadas as Atividades de vida diária (AVD) e as Atividades instrumentais de vida (AIVD), cognição, humor, mobilidade, comunicação e comorbidades múltiplas. Cada seção possui uma pontuação específica que totalizam um valor máximo de 40 pontos.

Quanto maior o valor obtido, maior é o risco de vulnerabilidade clínico-funcional do idoso (MS, 2014).

O reconhecimento da condição clínico-funcional do idoso é obtida a partir dos seguintes critérios: a) zero a seis pontos – idoso robusto ou de baixo risco de vulnerabilidade, podendo ser acompanhado pela atenção básica de saúde; b) sete a quatorze pontos – idoso em risco de fragilização ou moderado risco de vulnerabilidade clínico funcional, devendo ser encaminhado para a atenção secundária para avaliação multidimensional e prevenção do declínio funcional; c) quinze pontos ou mais – idoso frágil ou de alto risco, apresentando declínio funcional estabelecido e sendo incapaz de gerenciar sua vida, devendo ser encaminhado para avaliação multidimensional e acompanhamento especializado visando uma abordagem preventiva, curativa ou paliativa (MS, 2014).

A classificação da vulnerabilidade clínico-funcional dos idosos primariamente descrita por Moraes e colaboradores (MORAES, *et al.*, 2016) em estratos desta forma categorizado em idoso robusto corresponde aos estratos 1 (encontra-se no grau máximo de vitalidade), estrato 2 (independentes para AVD, portadoras de condições de saúde de baixa complexidade) e o estrato 3 (independentes para AVD, portadoras de condições de saúde de maior complexidade). A classificação de idosos de moderado risco de vulnerabilidade clínico funcional representa os seguintes estratos: estrato 4 (independentes para AVD, portadoras de condições de saúde preditoras de desfechos adversos) e o estrato 5 (apresentam condições de saúde preditoras de desfechos adversos e já manifestam declínio funcional nas AVD, porém independentes para AIVD). A classificação em idoso frágil relaciona-se aos seguintes estratos: estrato 6 (apresentam declínio parcial nas AIVD e são independentes nas AVD), estrato 7 (apresentam declínio total nas AIVD, mas são independentes nas AVD), estrato 8 (apresentam dependência completa para AIVD e AVD), estrato 9 (apresentam dependência completa para AIVD e AVD com comprometimento das funções vegetativas simples como continência) e o estrato 10 (máximo grau de fragilidade, bem como de dependência, necessitando de auxílio até mesmo para alimentar-se).

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul – CEP/UFMS, por meio do parecer nº 4.211.316.

RESULTADOS

Participaram deste estudo 103 idosos com idade média de 69 ($\pm 7,44$) anos. Desses, 70 (67,93%) eram do sexo feminino e 33 (32,03%) do sexo masculino, tinham entre 60 e 95 anos, 51 (49,51%) apresentavam ensino fundamental incompleto, 52 (50,48%) apresentavam pelo menos uma limitação física, 51 (49,51%) não apresentavam nenhuma limitação, 69 (66,99%) eram aposentados e 65 (63,10%) não praticavam atividade física. A Tabela 1 apresenta o perfil dos participantes deste estudo.

Tabela 1. Perfil dos idosos usuários da atenção primária à saúde participantes deste estudo. Brasil, 2021.

Variáveis	n	(%)
Sexo		
Feminino	70	67,93%
Masculino	33	32,03%
Idade média (\pm DP)		
69 ($\pm 7,44$)		
Faixa etária		
60 a 69	55	53,39%
70 a 79	37	35,92%
≥ 80	11	10,67%
Nível de escolaridade		
Analfabeto	11	10,67%
Ensino fundamental incompleto	51	49,51%
Ensino fundamental completo	09	08,73%
Ensino médio incompleto	01	00,97%
Ensino médio completo	12	11,65%
Ensino Superior	04	03,88%
Limitações físicas		
Nenhuma	51	49,51%
Locomoção	29	28,15%
Visão	23	22,33%
Audição	14	13,59%
Fala	02	01,94%

Ocupação		
Aposentado	69	66,99%
Do lar	21	20,38%
Outros	13	12,62%
Consumo de bebida alcoólica		
Diariamente	01	00,97%
Às vezes	12	11,65%
Não bebe	90	87,37%
Tabagismo		
Não	94	91,26%
Sim	09	08,73%
Prática de atividade física		
Não	44	63,76%
Sim, às vezes	19	18,44%
Frequentemente	19	18,44%

Fonte: Os autores (2021).

Dos idosos avaliados, 07 (06,79%), 31 (30,09%), 38 (36,89%) e 27 (26,21%) apresentavam nenhuma, uma, duas ou três ou mais doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), respectivamente. As DCNT mais frequentes foram hipertensão arterial sistêmica (HAS) (n=80; 77,66%), diabetes mellitus (DM) (n=40; 38,83%) e dislipidemias (DLP) (n=18; 17,47%). O número médio de medicamentos em uso por idoso foi igual a 04,53 ($\pm 02,92$).

Tabela 2. Resultados perfil medicamentoso dos idosos usuários da atenção primária à saúde participantes deste estudo. Brasil, 2021.

Item	Perfil medicamentoso	n (%)
Medicamentos mais utilizados		
1	<i>Losartana</i>	48 (46,60%)
	Hidroclorotiazida	38 (36,89%)
	Metformina	32 (31,06%)

Número de medicamentos utilizados		
2	Pacientes que utilizam até 4 medicamentos	56 (54,36%)
	Pacientes que utilizam 5 ou mais medicamentos	47 (45,63%)
Automedicação		
3	Pacientes que realizam automedicação	71 (68,93%)

Fonte: Os autores (2021).

A partir dos resultados do IVCF-20, 96 (93,20%) idosos apresentaram alteração em pelo menos um dos domínios da saúde do idoso avaliados pelo questionário. Além disso, 06 (05,82%), 12 (11,65%) e 78 (75,72%) idosos apresentaram alteração em um, dois ou três ou mais domínios. Os principais domínios do IVCF-20 com alterações nos idosos avaliados foram mobilidade (n=75; 72,81%), humor (n=52; 50,48%) e comunicação (n=47; 45,63%), respectivamente. A tabela 3 apresenta, em detalhes, os resultados individuais de cada domínio avaliado pelo IVCF-20.

Tabela 3. Resultados individuais de cada domínio avaliado pelo questionário IVCF-20 aplicado aos idosos usuários da atenção primária à saúde participantes deste estudo. Brasil, 2021.

Questão	ITENS DO IVCF-20	n (%) ***
	Idade	
1	60 a 74 anos	79 (76,69%)
	75 a 84 anos	21 (20,38%)
	85 anos ou mais	03 (02,91%)
	Autopercepção da saúde	
2	Regular ou ruim	38 (36,89%)
	Atividades de vida diária	
3 a 5	Incapacidade em pelo menos uma AIVD*	46 (44,66%)

6	Incapacidade para tomar banho sozinho – ABVD**	08 (07,76%)
Cognição		
7	Algum parente ou amigo mencionou esquecimento do paciente	44 (42,71%)
8	Piora do esquecimento nos últimos meses ⁽¹⁾	26 (25,24%)
9	Esquecimento impedindo a prática de atividade no cotidiano	22 (21,35%)
Humor		
10	Desânimo, tristeza ou desesperança nos últimos 30 dias	46 (44,66%)
11	Perda de interesse ou prazer nos últimos 30 dias em atividades antes prazerosas	33 (32,03%)
Mobilidade		
<i>Alcance, preensão e pinça</i>		
12	Incapacidade de levantar os braços acima do nível do ombro	21 (20,38%)
13	Incapacidade de segurar pequenos objetos	18 (17,47%)
<i>Capacidade aeróbica e/ou pulmonar</i>		
14	<ul style="list-style-type: none"> • Emagrecimento não intencional ⁽²⁾ • IMC menor que 22 kg/m² • Circunferência da panturrilha menor que 31 cm • Tempo no teste de velocidade da marcha (4m) maior que 5s 	40 (38,83%)
<i>Marcha</i>		
15	Dificuldade para caminhar impeditiva de realização de atividades no cotidiano ⁽³⁾	37 (35,92%)

16	Duas ou mais quedas no último ano	29 (28,15%)
	<i>Continência esfinteriana</i>	
17	Perda involuntária de urina ou fezes em algum momento	36 (34,95%)
	Comunicação	
	<i>Visão</i>	
18	Dificuldades na visão impeditivas de realização de atividades no cotidiano ⁽⁴⁾	36 (34,95%)
	<i>Audição</i>	
19	Dificuldades na audição impeditivas de realização de atividades no cotidiano ⁽⁵⁾	15 (14,56%)
	Comorbidades Múltiplas	
	<i>Polipatogenia</i>	
20	<ul style="list-style-type: none"> • Cinco ou mais doenças crônicas 	
	<i>Polifarmácia</i>	
	<ul style="list-style-type: none"> • Uso regular de 5 ou mais medicamentos diferentes 	45 (43,68%)
	<i>Internação recente</i>	
	<ul style="list-style-type: none"> • Internação nos últimos 180 dias 	

* Atividades instrumentais da vida diária.

** Atividades básicas da vida diária.

***Proporção calculada em relação ao total de 69 pacientes, equivalente a 100,0% da amostra obtida.

(1) As incapacidades em atividades instrumentais consideradas foram três: deixar de fazer compras devido a condição física; deixar de controlar dinheiro, gastos, pagar contas devido à saúde ou condição física; deixar de realizar pequenos trabalhos domésticos, tais como, lavar louça, arrumar a casa devido a condição física.

(2) É considerado positivo para perda de peso não intencional aquele idoso que perdeu mais de 4,5 kg ou 5% do peso corporal no último ano ou 3 kg no último mês ou 6 kg nos últimos 6 meses.

(3) Tolerado uso de bengala ou de óculos.

(4) Tolerada a utilização de óculos ou lentes de contato.

(5) Tolerado a utilização de aparelhos auditivos.

Finalmente, de acordo com a interpretação final do questionário, 30 idosos (29,12%) foram classificados como robustos (saudáveis), 43 (41,74%) como em risco de fragilização e 30 (29,12%) como idosos frágeis.

Tabela 4. Resultados da interpretação a partir do IVCF-20 dos idosos usuários da atenção primária à saúde participantes deste estudo. Brasil, 2021.

Classificação	Estratos	n (%)
Idosos Robustos	1	08 (07,46%)
	2	12 (11,65%)
	3	06 (05,82%)
Idosos em risco de fragilização	4	21 (20,38%)
	5	21 (20,38%)
Idosos Frágeis	6	25 (24,27%)
	7	02 (01,94%)
	8	03 (02,91%)
	9	03 (02,91%)
	10	02 (01,94%)

DISCUSSÃO

A proporção de idosos na população brasileira tem revelado números cada vez mais expressivos, o que aumenta a demanda por profissionais farmacêuticos com competências essenciais para o acompanhamento farmacoterapêutico da pessoa idosa, o que compreende conhecimentos sobre as particularidades da farmacologia clínica e farmacoterapia aplicadas a essa população, interpretação de exames laboratoriais e aspectos fisiopatológicos, conhecimento das políticas públicas relacionadas a população mais velha e escalas para avaliação geriátrica ampla (MENESES, SÁ, 2010). Assim, o cuidado farmacêutico no paciente idoso tem como objetivo identificar falhas na

farmacoterapia, como não adesão ao tratamento e erros de administração, por exemplo, que estão comumente associados a alterações fisiológicas comuns nos idosos tais como distúrbios cognitivos, baixa acuidade visual e destreza manual reduzida, o que somados à polifarmácia dificultam a adesão do idoso ao tratamento (HELFIN, 2021).

Por outro lado, a redução da funcionalidade global e o aumento da dependência não são consequências inevitáveis da senescência (BARBERATO, SCHERER, 2019). Nesse sentido, a participação ativa do farmacêutico, integrado à equipe multiprofissional de saúde na avaliação e na construção do plano terapêutico de cada paciente geriátrico, tem demonstrado melhorar desfechos clínicos e econômicos, além de contribuir com a qualidade de vida dessa população (QUINALHA, CORRER, 2010) por meio de atividades tais como a identificação de medicamentos potencialmente inapropriados, interações medicamentosas, uso de doses subterapêuticas ou sobredosagem, reações adversas a medicamentos, uso inadequado do medicamento, automedicação e administração incorreta das doses (SIMOES, 2016).

A Feminização da velhice é um fenômeno de grande impacto social que está relacionado a diferença na expectativa de vida entre os sexos, levando em consideração que as mulheres vivem em média 6 a 8 anos a mais que os homens, o que gera uma maior proporção de mulheres do que de homens idosos (LEVORATO et al., 2014). Outro ponto válido a ser citado é a predominância do sexo feminino e a menor demanda do sexo masculino aos serviços de saúde em geral, quando comparado ao feminino. Além de o sexo masculino ser o gênero mais frequentemente associado a acidentes de trânsito, quedas e afogamento, bem como, abuso de álcool e maior uso de tabaco, o que pode estar relacionado ao estigma social de que os cuidados com a saúde sejam sinônimo de fragilidade (BESARRIA et al., 2016), o que se relaciona a importância da busca ativa deste público alvo para promoção e prevenção de agravos a saúde.

A maioria dos adultos idosos avaliados neste estudo apresentavam baixo nível de escolaridade, associado à polifarmácia e plurimorbidade. A partir do disposto na literatura, anos adicionais de escolaridade podem aumentar a adesão ao tratamento e às mudanças de estilo de vida, bem como levar o paciente a processar melhor as informações sobre sua saúde (OLIVEIRA, 2019).

Grande parte dos entrevistados neste estudo relatou ser sedentário. Entretanto, estudos mostram que a prática regular de atividade física pelo idoso apresenta inúmeros benefícios tais como a redução das limitações da mobilidade, redução do risco de queda,

diminuição no desenvolvimento de comorbidades, melhora e manutenção da capacidade cognitiva e do humor e aumento da longevidade (CLARES, FREITAS, BORGES, 2014).

O presente estudo identificou uma grande proporção de idosos que apresentavam alterações na mobilidade. Estudos demonstram que a redução da mobilidade nos idosos é fisiológica e está associada a perda de massa muscular, redução da densidade óssea, ao aumento da rigidez articular e dor ao se mover (CARMO, MENDES, BRITO, 2008). As alterações de marcha aumentam o risco de quedas, por isso a amplitude dos movimentos deve ser avaliada, bem como deve-se orientar a família quanto adequações na organização do domicílio com vistas a evitar quedas e fraturas.

As atividades de vida diária (AVD) estão relacionadas ao autocuidado do indivíduo, as limitações relacionadas a estas atividades levam o idoso a demandar por auxílio na realização de atividades corriqueiras como: se vestir, banhar-se ou alimentar-se, da mesma maneira as atividades instrumentais de vida diária (AIVD) estão relacionadas a atividades que permitem a integração do indivíduo a sociedade como ir as compras ou gerenciar seu próprio dinheiro, a perda da capacidade de realizar estas atividades restringe a privacidade e a independência do indivíduo e requer uma rede de apoio estruturada (GARCIA *et al.*, 2006). Quando se identifica algum grau de dificuldade na realização das AVD ou AIVD, a equipe de saúde junto a família deve buscar estratégias de reabilitação, com intuito promover um envelhecimento ativo do paciente em questão.

O processo de envelhecimento está relacionado a limitações no desempenho do papel social do indivíduo, e conjuntamente a diversas alterações fisiológicas como declínio do sistema imunológico, redução da cognição, redução da produção dos hormônios sexuais (menopausa e andropausa) o que impacta na vida sexual do indivíduo, alterações no sistema circulatório e endócrino, levando a doenças crônicas, bem como, alterações de humor, os inúmeros fatores supracitados tornam-se uma sobrecarga nesta nova fase da vida, o que se somatiza a alterações químicas cerebrais, acarretando alta incidência de depressão geriátrica, o que corrobora aos 30,48% (n=52) idosos que apresentavam alteração de humor identificados nesta pesquisa, sendo por tanto um tema que deve ser abordado clinicamente com proposito de promover maior qualidade de vida a estes pacientes (MAIA *et al.*, 2020).

Inúmeros idosos participantes deste estudo apresentaram alterações no domínio da saúde do idoso denominado comorbidades múltiplas. Nesse sentido 46,68% (n=45) dos idosos entrevistados relataram cinco ou mais doenças crônicas, estavam em

polifarmácia ou passaram por internação recente (nos últimos 180 dias). Outros estudos relacionados ao tema identificaram resultados similares respectivos ao domínio de comorbidades múltiplas (PINTO, CASTRO, REIS, 2013), (MAIA et al., 2020). Tais resultados reforçam o papel do farmacêutico clínico, integrado à equipe multiprofissional, no acompanhamento farmacêutico desses pacientes, de forma a identificar iatromedicamentos, auxiliando no seu manejo, assim como na gestão das comorbidades, evitando novos problemas de saúde e otimizando desfechos clínicos e econômicos.

Um expressivo número de idosos participantes deste estudo foi classificado como frágil ou apresentava risco de fragilização. Este resultado está de acordo com o de outro estudo recente, conduzido na APS do Estado de Minas Gerais por Maia e colaboradores (MAIA et al., 2020), onde a maioria dos idosos foi classificada como em risco de fragilização (31,2%) ou frágil (20,1%). Mais especificamente, 29,12% dos idosos avaliados neste estudo eram frágeis, ou seja, apresentavam declínio funcional estabelecido. Para essa população, recomenda-se o encaminhamento para avaliação multidimensional e acompanhamento especializado com equipe geriátrica-gerontológica visando uma abordagem preventiva, curativa ou paliativa.

Os idosos em risco de fragilização identificados neste estudo (41,74% n=43), recomenda-se encaminhamento para a atenção secundária a fim de que seja realizada a avaliação multidimensional e implantadas estratégias de prevenção do declínio funcional. Assim, a triagem para fragilidade não representa somente um instrumento “fim”, que apenas define o grau de vulnerabilidade de um indivíduo idoso, mas sim um instrumento “meio”, que evidencia qual a prioridade no seguimento desse paciente, possibilitando o encaminhamento e acompanhamento clínico necessário em um contexto de diferentes redes de atenção à saúde do idoso (MS, 2014).

O presente trabalho identificou resultados expressivos de maior fragilidade do paciente adulto mais velho relacionado a classificação em estratos. A classificação por estratos leva em consideração a funcionalidade, bem como a presença de fatores de risco, patologias e comorbidades múltiplas, o que valoriza a heterogeneidade comumente presente em pacientes geriátricos com a mesma idade (LEBRÃO, 2007).

O cuidado integral ao paciente geriátrico demanda a participação ativa da equipe multiprofissional, visando um atendimento ampliado de qualidade. O profissional farmacêutico junto a equipe, seguramente deve realizar uma avaliação integral do paciente, com vistas a identificar necessidades individuais, bem como o perfil de

funcionalidade e compartilhar os casos com outros profissionais da equipe, promovendo um cuidado interdisciplinar (CRF-SP, 2020).

Segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD, 2020), individualização é o ponto chave, a identificação de critérios de fragilidade, torna-se um fator condicionante para aplicação da aceitação de metas terapêuticas menos rigorosas e mais flexíveis. Diante do exposto, podemos citar a importância da identificação prévia do comprometimento funcional do idoso no sentido de nortear intervenções, recuperar a autonomia, prevenir iatrogenias e o aparecimento de novas comorbidades (FERREIRA, BATISTA, 2018). No mesmo sentido, podemos citar as recomendações de metas terapêuticas diferenciadas para idosos a partir da classificação da fragilidade pela Associação Americana de Diabetes (ADA, 2021), o que reforça a necessidade da triagem da funcionalidade para um acompanhamento farmacoterapêutico individualizado e integral.

No que tange as limitações do estudo, podemos citar a realização das coletas em apenas quatro unidades com períodos fixos devido as inúmeras atribuições do profissional farmacêutico que não clínicas, como administrativas e dispensação de medicamentos, o que reduz o tempo disponível ao agendamento. Outro ponto importante é a redução no número de agendamentos devido ao cenário pandêmico.

Finalizando, de acordo com Moraes (MORAES, MACHADO MORAES, 2020), O IVCF-20 pode ser utilizado por todos os profissionais do Brasil, bem como de nível médio previamente treinados, em todos os níveis de atenção, e norteia medidas preventivas até que se seja possível a avaliação geriátrico-gerontológica especializada. Além disso, recomenda-se encaminhamento a atenção secundária idosos frágeis ou em risco de fragilização para que seja realizada a avaliação multidimensional e utilizadas estratégias de prevenção do declínio funcional.

CONCLUSÃO

A partir da análise dos resultados, observou-se que um número expressivo dos idosos avaliados estava em risco de fragilização ou era frágil. Os principais domínios da saúde do idoso com alterações foram mobilidade, atividades de vida diária e humor, respectivamente, o que ressalta a importância da avaliação multidimensional do idoso na identificação precoce de alterações que necessitam de intervenção da equipe multiprofissional. O IVCF-20 demonstrou, ainda, ser de fácil e rápida aplicação, com grande potencial para utilização nas consultas farmacêuticas na APS. Vale ressaltar que

o instrumento contribui a inserção do profissional farmacêutico na equipe multiprofissional, contribuindo com um cuidado farmacêutico estruturado e baseado em evidências.

REFERÊNCIAS

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Older Adults: Standards of Medical Care in Diabetes. 2021; 168-179 (44)1

ARAÚJO, C. E. P.; TESCAROLLO, L. L.; ANTÔNIO, M. A. **Farmácia Clínica e Atenção farmacêutica**. Ponta Grossa, PR. Atena Editora, 2019.

BARBERATO, L. C.; SCHERER, M. D. A.; RAYANE, M. C. L. O farmacêutico na atenção primária no Brasil: uma inserção em construção. **RCSC**. 2019. 24 (10).

BESARRIA, V. S. C.; BESARRIA, C. N.; IBIAPINA, G. R.; ARAÚJO, D. K. L.; NÓBREGA, A. C.; IBIAPIA, W. V. Análise da relação entre escolaridade e a saúde da população brasileira. **RE** [Internet].2016 {citado 2021 set. 08};10 (37) Disponível em: <https://www.revistaespacios.com/a16v37n02/16370210.html>

CARMO, J. A. Proposta de um índice de vulnerabilidade clínico-funcional para a atenção básica: um estudo comparativo com a avaliação multidimensional do idoso. Belo Horizonte. **Dissertação** [Pós-graduação Promoção de Saúde e Prevenção da violência] - Universidade Federal de Minas Gerais; 2014. Disponível em: https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/BUBD-A4YHWT/1/disserta__o_completa__juliana_alves_do_carmo.pdf

CARMO, N. M.; MENDES, E. L.; BRITO, C.J. Influência da atividade física nas atividades da vida diária de idosas. **RBCEH**, 2008 {citado 2021 nov. 03}; (5), n. 2,16-23. Disponível em: <http://seer.upf.br/index.php/rbceh/article/view/108/243>

CLARES, J. W. B.; FREITAS, M. C.; BORGES, C. L. Fatores sociais e clínicos que causam limitação da mobilidade de idosos. **APE**. 2014. {citado 2021 nov. 03}; 27 (3). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/jDPS3nHgmd68LQ4jSdH58cs/?lang=pt>

CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Cuidado Farmacêutico ao Idoso**. São Paulo. SP. Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo, 2020. 62 p.

FERREIRA-JÚNIOR, E.; BATISTA, A. M. Atenção farmacêutica a idosos portadores de doenças crônicas no âmbito da atenção primária à saúde. **RI**. Natal. RN. [Internet]. 2018 {citado 2021 out. 02}; 95-101 (30). Disponível em:

https://repositorio.ufrn.br/bitstream/123456789/31377/1/Aten%c3%a7%c3%a3oFarmac%c3%aaauticaldosos_Batista_2018.pdf

GARCIA, A.; PASSOS, A.; CAMPO, A. T.; PINHEIRO, E.; BARROSO, F.; COUTINHO, G.; et al. **A depressão e o processo de envelhecimento**. CC. 2006 {citado 2021 nov. 03}; (7) .1. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-58212006000100010

HEFLIN, M. T.; MD, MHS. Geriatric Health Maintenance. **Uptodate**. 2021

LEBRÃO, M. L. **O envelhecimento no Brasil: aspectos da transição demográfica e epidemiológica**. SC. 2007{citado 2021 nov. 03};4(17):135-40. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2559.pdf>

LEVORATO, C. D.; MELLO, L. M.; SILVA, A. S.; NUNES, A. A. Fatores associados à procura por serviços de saúde numa perspectiva relacional de gênero. **RCSC** [Internet] 2014 {citado 2021 set. 07}; 19 (04). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/8cp6H8fy9rSpQvGG3WcYXKB/?lang=pt>

MAIA, L. C.; COLARES, T. F. B.; MORAES, E. N.; COSTA, S. M.; CALDEIRA, A. P. Idosos robustos na atenção primária: fatores associados ao envelhecimento bem-sucedido. **RSP**. 2020 {citado 2021 nov. 04}; (54) 35. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/KTTSqyQ8rr9SYfR3R338h3v/?format=pdf&lang=pt>

MAIA, L. C. Fragilidade em idosos assistidos por equipes da atenção primária. **RCSC** [Internet]. 2020 {citado 2021 out. 02}; (25). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/wfG4ncXNcgqMnyMRwxNHsrz/?lang=pt>

MENESES, A. L. L.; SÁ, M. L. B. Atenção farmacêutica ao idoso: fundamentos e propostas. **SBGG**. [Internet]. 2010 {citado 2021 set. 08}; 154-161 (4). Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/ggaging.com/pdf/v4n3a07.pdf>

Ministério da Saúde. Cuidado farmacêutico na atenção básica: Caderno 2 Capacitação para implantação dos serviços de clínica farmacêutica. Brasília, DF. 2014. p. 308

MORAES, E. M.; LANNA, F. M.; SANTOS, R. R.; BICALHO, M. A. C.; MACHADO, C. J.; ROMERO, D. E. A new proposal for the clinical-functional characterization of the elderly: scale visual of frailty (vs-frailty). **JARCP**. [Internet]. 2016{citado 2021 dez. 02}; ;5(1):24-30. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Edgar-Moraes-2/publication/307156425_A_NEW_PROPOSAL_FOR_THE_CLINICAL-FUNCTIONAL_CATEGORIZATION_OF_THE_ELDERLY-VISUAL_SCALE_OF_FRAILTY_VS-FRAILITY/links/57c3013408aeb95224dbe2df/A-NEW-PROPOSAL-FOR-THE-CLINICAL-FUNCTIONAL-CATEGORIZATION-OF-THE-ELDERLY-VISUAL-SCALE-OF-FRAILITY-VS-FRAILITY.pdf

MORAES, E. N.; CARMO, J. A.; MACHADO, C. J.; MORAES, F. L. Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional-20: proposta de classificação e hierarquização entre os idosos identificados como frágeis. **RFCMS** [Internet]. 2020 {citado 2021 out. 02}; 31-35 (22). Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/RFCMS/article/view/43424/pdf>

OLIVEIRA, H. S. B. Baixos níveis de atividade física associados a declínio cognitivo, sintomas depressivos e dificuldade de mobilidade em idosos vinculados a uma operadora de saúde. **SBGG** [Internet]. 2019 {citado 2021 set. 08}; (13). Disponível em: <http://www.ggaging.com/details/567/pt-BR/low-levels-of-physical-activity-are-associated-with-cognitive-decline--depressive-symptoms-and-mobility-impairments-in-older-adults-enrolled-in-a-heal>

OLIVEIRA, M. P. F.; NOVAES, M. R. C. G. USO de medicamentos por idosos de instituições de longa permanência, Brasília-DF, Brasil. **RBE**. 2012. 65(5) 737-44

PINTO, I. V. L.; CASTRO, M. S.; REIS, A. M. M. Descrição da atuação do farmacêutico em equipe multiprofissional com ênfase no cuidado ao idoso hospitalizado. **RBGG** [Internet]. 2013 {citado 2021 out. 02}; (16). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgg/a/VWr5MvGksjvJb748phLSsJw/?lang=pt&format=html>

PINTO, I. V. L.; REIS, A. M. M.; ALMEIDA-BRASIL, C. C.; SILVEIRA, M. R.; LIMA, M. G.; CECCATO, M. D. B. Avaliação da compreensão da farmacoterapia entre idosos atendidos na Atenção Primária à Saúde de Belo Horizonte, MG, Brasil. **RCSC** [Internet]. 2016 {citado 2021 out. 02}; (21). Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2016.v21n11/3469-3481/pt/>

QUINALHA, J. V.; CORRER, J. C. Instrumentos para avaliação da farmacoterapia do idoso: uma revisão. **RBGG**, 2010 {citado 2021 nov. 03}(13) n. 3, 487-499. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgg/a/sfP8XFWVzRLYNWxY89bMbvd/abstract/?lang=pt>

SCHNEIDER, A. P. H.; MENEZES, R. M.; SOARES, S. S. Perfil de Intervenções Farmacêuticas em Idosos Internados em Um Hospital Escola em 2018. Políticas de envelhecimento populacional. **AE** [Internet]. 2019 {citado 2021 out. 02}; (3). Disponível em: <https://www.atenaeditora.com.br/post-artigo/24236>

SENA, L. B.; FERNANDES, F. F.; SANTANA, A. N. C. **The role of Clinical-Functional Vulnerability** Index-20 to detect quality of life in older adults assisted in primary care. **RAMB** [Internet]. 2021 {citado 2021 out. 02}; (67). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ramb/a/xrvwGHGY4DJJGYTKWcxL8Ct/?lang=en>

SILVA, D. T.; OLIVEIRA, K. S.; SANTOS, A. P. A. L.; RABELO, J. S.; ROCHA, C. E., ANTONIOLLI, Â. R.; et al. Structural implementation of pharmaceutical services in nursing homes: pilot study. **Geriatr Gerontol Aging**. 2015;9:93-99

SIMÕES, C. C. S. Breve histórico do processo demográfico. **In: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, IBGE.** Brasil: uma visão geográfica e ambiental no início do século XXI. Rio de Janeiro: IBGE; 2016. {citado 2021 nov. 04} p. 39-73. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv97884_cap2.pdf

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretriz da Sociedade Brasileira de Diabetes.** EC. 2019-2020. p. 1-485.

Recebido em: 01/06/2022

Aprovado em: 03/07/2022

Publicado em: 07/07/2022