



GOVERNO DO ESTADO  
**RIO GRANDE DO SUL**  
SECRETARIA DA SAÚDE

**GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL**  
**SECRETARIA DA SAÚDE**  
**DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E POLÍTICAS DE SAÚDE**  
**DIVISÃO DAS POLÍTICAS DOS CICLOS DE VIDA**  
**POLÍTICA DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA**  
**GRUPO CONDUTOR DAS DOENÇAS DE CONDIÇÕES CRÔNICAS**

**NOTA TÉCNICA Nº 02/2022 -**  
**POLÍTICA DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA/DPCV/DAPPS/SES**

**ATENÇÃO À PESSOA IDOSA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE**

**Porto Alegre,**  
**Julho de 2022**

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	4
2 OBJETIVO.....	6
3 A PESSOA IDOSA NA APS: CAPTAÇÃO, AVALIAÇÃO E ESTRATIFICAÇÃO.....	6
4 AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL.....	6
5 INSTRUMENTOS PARA ANÁLISE DA FUNCIONALIDADE GLOBAL DE PESSOAS IDOSAS.....	7
5.1 Estratificação de risco clínico-funcional.....	11
6 REFERENCIAMENTO DA PESSOA IDOSA DA APS PARA A AEE (AMBULATÓRIOS ESPECIALIZADOS EM SAÚDE DO IDOSO).....	16
7 AÇÕES DE CUIDADO NA APS E COMPARTILHADAS COM A AAE.....	17
8 REFERÊNCIAS.....	25
ANEXO I.....	26
ANEXO II.....	28
ANEXO III.....	31
ANEXO IV.....	34

## Índice de siglas

APS - Atenção Primária em Saúde

AAE - Atenção Ambulatorial Especializada

AE - Atenção Especializada

AVD - Atividades da Vida Diária

ABVD -- Atividades Básicas da Vida Diária

AIVD Atividades Instrumentais da Vida Diária

AAVD - Atividades Avançadas da Vida Diária

CSPI - Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa

DCNT - Doenças Crônicas não Transmissíveis

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IVCF-20 - Índice de Vulnerabilidade Funcional -20

MACC - Modelo de Atenção às Condições Crônicas

SIM - Sistema de Informação de Mortalidade

RAS - Rede de Atenção Saúde

RS - Rio Grande do Sul

SES - Secretaria Estadual de Saúde

OMS - Organização Mundial da Saúde

VES-13 - Vulnerable Elderly Survey - 13

## 1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento rápido da população brasileira configura uma acelerada transição demográfica e traz profundos desafios para a estruturação das políticas de saúde de atenção às pessoas idosas. No Estado do RS, os principais determinantes dessa transição demográfica, são a redução das taxas de natalidade e mortalidade, associados ao aumento na expectativa de vida, acarretando em importantes mudanças na estrutura populacional do estado, identificadas a partir de meados do século XX, e exigindo adaptação das redes de atenção à saúde local para o enfrentamento da nova realidade (RIO GRANDE DO SUL, 2018).

Desde 1950, o Estado apresenta taxas de fecundidade cada vez mais baixas. Segundo pesquisa do IBGE (2014), a média de filhos por mulher naquele ano foi de 5,22, caindo para 1,75 em 2010. Em panorama mais atual, observa-se a mesma tendência: de 2010 a 2019 houve decréscimo do número de nascimentos e aumento da população acima de 60. Quanto à expectativa de vida da população idosa gaúcha, a Fundação Estadual de Estatística (FEE) aponta que houve um acréscimo de 5,1 anos de vida de 2000 a 2015, passando de 72,4 a 77,5. Além disso, há um aumento na expectativa de vida das pessoas que atingem os 60 anos de idade. Enquanto, em 2000 esperava-se que uma pessoa idosa, ao atingir os 60 anos vivesse, em média, mais 19,4 anos, atingindo os 79,4 anos, em 2015 esse tempo é aumentado em 22,7 anos, alcançando os 82,7 anos de idade. Na população longeva (80 anos ou mais), em 2000, esperava-se que as pessoas idosas que atingissem os 80 alcançassem 87,7 anos; já em 2015, 89,8 anos (RIO GRANDE DO SUL, 2018).

Em 2020, a população idosa já representava 18,77% dos gaúchos (2.143.707), sendo que dentre estes, 326.058 (15,2% dos acima de 60 anos)<sup>1</sup> tinham 80 anos ou mais, tornando o RS o estado com a maior proporção desse idosos no Brasil. Com o processo de envelhecimento da população gaúcha, a pirâmide etária se aproxima, graficamente, de pirâmides de países desenvolvidos, com uma diminuição expressiva da sua base e alargamento de seu topo. Em 2010, os idosos com 80 anos ou mais de idade (longevos) representavam 1,9% (204.691) da população do RS; em 2019 esse grupo etário atingiu 2,7% (312.814) da população total. A expectativa é que esse percentual dobre na próxima década. O IBGE também estima que a taxa de crescimento da população total seja igual a - 0,01% em 2030, indicando que o número de habitantes estará em declínio (FILHO, 2017).

Destaca-se a feminização da população idosa; em 2019 as mulheres representavam 56,2% do total de idosos gaúchos, com proporção de 77 homens/100 mulheres com mais de 60 anos. De acordo com a projeção do IBGE, em 2030 o percentual da população idosa chegará a 24,3%, estimando-se que, neste segmento populacional, a razão entre os sexos deverá ser de 79 homens/100 mulheres (RIO GRANDE DO SUL, 2018).

Concomitante a essas mudanças demográficas, ocorreram mudanças dos padrões de saúde e doença e nas interações entre seus determinantes. À medida que envelhece, a população passa a apresentar um perfil epidemiológico diferenciado, caracterizado pelo aumento progressivo da prevalência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), como diabetes, doença arterial coronariana e doença pulmonar obstrutiva, entre outras, das quais decorrem as crescentes demandas por cuidados de longa duração (BRASIL, 2018a). Isso ocorre não somente por consequência do processo de envelhecimento, mas, também pelo aumento na longevidade que traz aos indivíduos maior período de exposição a fatores de risco modificáveis, relacionados a hábitos de vida, como sedentarismo, tabagismo e alimentação inadequada (MASSA, 2019). De fato, na população idosa, as condições crônicas de saúde são mais prevalentes, exigindo respostas que possibilitem a manutenção ou recuperação de autonomia e independência, com qualidade, resolutividade e custo-eficácia.

Os dados obtidos no Sistema de Informação de Mortalidade - SIM/DATASUS, corroboram o impacto na mortalidade da população idosa pelas DCNT mencionadas acima, indicando que as causas de morte, desse grupo etário no estado RS tem mantido a mesma tendência de 2016 a 2019, sendo a primeira causa de óbitos as doenças do aparelho circulatório, seguidas pelas neoplasias, doenças do aparelho respiratório, doenças endócrino-nutricionais e metabólicas. É possível uma mudança desse cenário frente a pandemia de Covid-19, porém, os dados de 2020, ainda preliminares, não permitem afirmar (BRASIL, 2018).

Fica evidente a necessidade de adaptação das redes de atenção à saúde local para a oferta de serviços que deem conta de atendimento integral à saúde das pessoas idosas. epidemiologia e modelo MACC, possibilitando ampliarem o máximo possível a sua independência e autonomia, podendo cuidar de si mesmas e realizarem atividades consideradas importantes para sua sobrevivência, em trajetórias positivas de envelhecimento, considerando os múltiplos aspectos que as afetam.

## **2 OBJETIVO**

Esta Nota Técnica tem por objetivo prestar orientações para os profissionais e equipes que atuam na Atenção Primária em Saúde (APS) na perspectiva de qualificar as ações de promoção, prevenção e assistência às pessoas idosas, garantindo a resolutividade preconizada para esse ponto da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

## **3 A PESSOA IDOSA NA APS: CAPTAÇÃO, AVALIAÇÃO E ESTRATIFICAÇÃO**

O conhecimento da população idosa começa pela identificação desses usuários na população geral residente no território, por meio do cadastramento individual e familiar. Devem ser levantados, em seu contexto de vida, os fatores multidimensionais que determinam sua capacidade de realizar as Atividades de Vida Diária (AVD), considerando tanto os recursos e fatores de proteção, quanto os fatores de risco relacionados a relações familiares e comunitárias, ambiente domiciliar e peridomiciliar, atividades produtivas, recreativas e de participação social (BRASIL, 2007).

O acompanhamento da pessoa idosa na APS deve ser realizado por profissionais de saúde que atuem de forma integrada e multiprofissional através do conhecimento da população idosa de seu território, da realização da avaliação multidimensional, estratificação de risco clínico-funcional e do manejo adequado das necessidades dos idosos por estrato de risco, com vistas à melhoria da qualidade de vida atual e futura.

## **4 AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL**

Para destinar abordagens adequadas a cada estrato da população idosa nos diferentes pontos de atenção da RAS faz-se necessária a adoção de uma compreensão multidimensional para avaliar e identificar as necessidades e especificidades de cada pessoa idosa do ponto de vista clínico, psicossocial e funcional. Essa avaliação direciona as intervenções adequadas e o caminho a percorrer junto à RAS e/ou junto às redes intersetoriais – redes de assistência social, de proteção aos direitos básicos, de convivência, de lazer, esporte, cultura, educação, habitação, trabalho e renda etc., visando suprir lacunas e buscando a manutenção e/ou recuperação da independência e

autonomia possíveis para melhor qualidade de vida no processo de envelhecimento (PARANÁ, 2018).

É importante ressaltar que a avaliação multidimensional supera a lógica curativista e o olhar estritamente biomédico/clínico sobre a população idosa. A avaliação multidimensional estrutura e organiza o cuidado às pessoas idosas, sendo elas (PARANÁ, 2018):

- **A dimensão clínica** considera o histórico de saúde-doença por meio de uma anamnese ampliada e centrada no idoso, e o exame físico tradicional, buscando identificar a presença de agravos (quedas, hematomas, fraturas etc.), doenças crônicas e agudas, intervenções médicas já sofridas ao longo da vida, hábitos, antecedentes familiares e quantidade e tipos de medicamentos utilizados. O exame clínico permite avaliar o estado geral de saúde do indivíduo, identificando sinais, sintomas e comprometimentos da saúde e da qualidade de vida das pessoas (PARANÁ, 2018).
- **A dimensão psicossocial** enfatiza os aspectos relacionados à cognição, à memória, ao humor, aos comportamentos e à saúde mental de forma geral, atentando tanto para situações de sofrimento psíquico quanto de transtornos mentais estabelecidos. Além disso, a avaliação psicossocial compreende o entendimento da dinâmica familiar, do suporte familiar e social, de questões econômicas, culturais, ambientais, étnico-raciais, de gênero, por tratar de aspectos que frequentemente interferem nas condições de saúde das pessoas (PARANÁ, 2018).
- **A dimensão funcional** considera não apenas a ausência ou o controle de doenças e de agravos, mas, principalmente, a manutenção da autonomia e da independência ao máximo possível, evitando ou retardando o declínio da capacidade funcional, e promovendo a qualidade de vida ao longo do processo de envelhecimento (PARANÁ, 2018).

## **5 INSTRUMENTOS PARA ANÁLISE DA FUNCIONALIDADE GLOBAL DE PESSOAS IDOSAS**

Existem vários instrumentos que auxiliam na avaliação das múltiplas dimensões que incidem sobre a saúde da pessoa idosa, na perspectiva da integralidade. O Ministério da Saúde oferece a [Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa \(CSPI\)](#) como ferramenta de apoio para a **primeira avaliação multidimensional**. Ela possibilita o rastreamento de eventos e contextos importantes para a identificação das reais necessidades de saúde, bem como do potencial de risco e graus de comprometimento da autonomia e independência, e o direcionamento de intervenções oportunas e

adequadas em cada caso. Além disso, a CSPI orienta os indivíduos para o autocuidado, na medida em que a pessoa idosa pode visualizar e registrar sua própria trajetória de saúde, tomando decisões para alterá-la ou mantê-la da melhor forma possível. Aos familiares e cuidadores, essa ferramenta também é um recurso importante para a qualificação do cuidado diário, chamando a atenção também para a prevenção de agravos com orientações sobre prevenção de quedas, vacinação, alimentação saudável, saúde sexual e bucal, dentre outros pontos relevantes (PARANÁ, 2018).

O **Vulnerable Elders Survey-13 (VES-13)** é o instrumento utilizado pela CSPI, sendo simples e eficaz, capaz de identificar a pessoa idosa vulnerável com base na idade, auto-percepção da saúde, presença de limitações físicas e incapacidades. É um questionário de fácil aplicabilidade, que pode ser respondido pelos próprios profissionais de saúde, pela pessoa idosa ou pelos familiares/cuidadores, dispensando a observação direta do usuário. Baseia-se no registro das habilidades necessárias para a realização das tarefas do cotidiano. **Escore igual ou superior a 3 pontos no VES-13 indica risco aumentado de fragilização.** O quadro a seguir resume os diferentes estratos de risco a partir do VES-13 (PARANÁ, 2018).

A CSPI vem acompanhada de uma ficha espelho (Anexo I), a ser utilizada pela equipe de saúde. Este instrumento é um formulário que reúne de forma sucinta os registros inseridos na CSPI, incluindo o teste VES-13.

**Quadro 1:** Estratificação de risco e grau de fragilidade da saúde do idoso de acordo com escores obtidos com aplicação do VES-13

Estratificação de risco da saúde do idoso de acordo com VES-13			VES-13
Risco	Grau de Fragilidade	Perfil	
Baixo	Idoso Robusto	1	≤ 2
Médio	Idoso em Risco de Fragilização	2	3 a 6
Alto	Idoso Frágil	3	≥ 7

Fonte: Paraná (2018)

A CSPI e sua ficha espelho permitem o acompanhamento longitudinal da pessoa idosa na APS, através de espaço para preenchimento pelo tempo de cinco anos dos registros do VES-13, assim como outros aspectos da avaliação clínica (como dados antropométricos, entre outros).

A SES-RS recomenda que os profissionais utilizem o espaço “Informações Complementares” da CSPI, o qual contempla as dimensões de cognição e humor, para os idosos estratificados como de baixo risco, já que para os demais estratos é indicada uma avaliação multidimensional mais aprofundada. As demais informações da Caderneta (avaliação ambiental, segurança no domicílio e quedas) podem ser preenchidas pelos agentes comunitários de saúde durante visita de rotina para todos os idosos, independente do estrato de risco. Já as informações relativas à identificação de dor crônica, hábitos de vida, controle de PA, controle de glicemia e avaliação de saúde bucal podem ser registradas pelos profissionais responsáveis pelas atividades nas oportunidades de comparecimento dos idosos à unidade de saúde.

As condições de saúde da pessoa idosa, identificadas a partir da aplicação do VES-13, podem indicar a necessidade de uma avaliação multidimensional mais aprofundada, especialmente nas dimensões em que forem rastreados sinais de comprometimento, principalmente nos domínios funcionais da cognição e humor, uma vez que estes não são pontuados no VES-13. A ferramenta complementar possibilita aos profissionais e equipes de saúde a reconstituição do histórico clínico dos indivíduos, suas condições de saúde, bem como a identificação de hábitos de vida, contextos familiares, sociais e econômicos que possam contribuir para melhores ou piores prognósticos. A identificação desses fatores é fundamental para a elaboração de um projeto ou plano de cuidados específico, baseado nas reais necessidades de cada usuário.

**Recomenda-se que o IVCF-20 seja aplicado pelas equipes de atenção primária em saúde em idosos com suspeita de fragilização (médio risco) ou fragilização (alto risco) constatada pela avaliação multidimensional da pessoa idosa contida na Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.**

O **Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional-20 - IVCF-20** (ANEXO II) também é um instrumento de simples utilização, sendo referência em nível nacional para estratificação de risco de pessoas idosas, o qual foi desenvolvido e validado no Brasil, a partir do Vulnerable Elders Survey-13 (VES-13) e de outros instrumentos de triagem rápida amplamente citados na literatura, como o PRISMA-7, o Sherbrooke Postal Questionnaire (SBQ), Tilburg Frailty Indicator (TFI), o Groningen Frailty Indicator (GFI), entre outros. Em 2019, o IVCF-20 foi reconhecido como um dos quatro melhores instrumentos do mundo capazes de reconhecer o idoso frágil.

O IVCF-20 é um instrumento de rápida aplicação, levando de **5 a 10 minutos** para ser finalizado, e avalia **oito dimensões** consideradas preditoras de declínio funcional e/óbito em idosos: idade, autopercepção da saúde, atividades da vida diária, atividades da vida instrumental diária, cognição, humor/comportamento, mobilidade (alcance, preensão e pinça; capacidade aeróbica/muscular; marcha e continência esfincteriana), comunicação (visão e audição) e presença de comorbidades múltiplas, representadas por polipatologia, polifarmácia e/ou internação recente.

Cada seção é avaliada por meio de perguntas simples, que podem ser respondidas pelo idoso ou por alguém que conviva com ele (familiar ou cuidador). Além disso, fazem parte da avaliação do risco do declínio funcional algumas medidas consideradas fundamentais, como peso, estatura, índice de massa corporal, circunferência da panturrilha e velocidade da marcha em 4 metros. Pode ser aplicado por qualquer profissional da equipe da Atenção Primária (enfermeiro, médico, técnico/auxiliar de enfermagem, Agente Comunitário de Saúde, dentista, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, assistente social, dentista, psicólogo, farmacêutico e outros), desde que devidamente capacitados e autorizados por diretrizes municipais, quando necessário.

Pode ser realizado durante a visita ou atendimento familiar, nas várias oportunidades de contato com a equipe (vacinação, renovação de receita, dispensação de medicamentos, consultas por situações agudas, atividades educacionais, dentre outras). A metodologia propõe uma pontuação que possibilita correlacionar o risco de vulnerabilidade clínico-funcional e o declínio funcional (BRASIL, 2019). Os resultados do referido instrumento podem chegar a uma pontuação máxima de 40 pontos, conforme pode ser verificado no Anexo I, sendo que 0 a 6 pontos representa “ausência de declínio funcional” (Perfil 1); 7 a 14 pontos representa “possível declínio funcional” (Perfil 2) e 15 a 40 pontos “presença de declínio funcional” (Perfil 3). O IVCF-20 pode ser útil tanto para a avaliação de risco dos idosos, quanto para o manejo clínico dessa população.

Considera-se que o instrumento IVCF-20, quando comparado ao instrumento que consta na CSPI (VES-13), permite maior detalhamento na capacidade de estratificação de risco, principalmente no que se refere aos aspectos cognitivos e de humor. Desta forma, por propiciar uma avaliação mais aprofundada da perda da capacidade funcional de idosos, esta NT orienta a utilização do IVCF-20 pelos profissionais da APS na estratificação de risco para referenciamento ao ambulatório de pessoas idosas.

## 5.1 ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO CLÍNICO-FUNCIONAL

A definição do estrato clínico-funcional baseia-se na funcionalidade - dependência ou independência para Atividades da Vida Diária (AVD), Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD), Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD) e Atividades Avançadas de Vida Diária (AAVD) - e na presença de fatores de risco, doenças e comorbidades múltiplas, pois, além da heterogeneidade funcional, os idosos também apresentam diferenças quanto à complexidade clínica e à necessidade de acompanhamento geriátrico-gerontológico especializado. As definições de AVD são apresentadas a seguir (BRASIL, 2019):

**a) Atividades Básicas da Vida Diária:** tarefas relacionadas ao autocuidado, como tomar banho sozinho, vestir-se sem ajuda, usar o banheiro, deitar-se e sair da cama sozinho (transferência), controle de esfíncter (urina e fezes) e alimentar-se sozinho.

**b) Atividades Instrumentais da Vida Diária:** tarefas necessárias para o cuidado com o domicílio ou atividades domésticas, como o preparo das refeições, controle do dinheiro e do pagamento de contas, tomar os remédios na dose e horário correto, lavar e passar a roupa, uso do telefone, arrumar a casa e fazer pequenos trabalhos domésticos, fazer compras e sair de casa sozinho para lugares distantes.

**c) Atividades Avançadas de Vida Diária:** atividades mais complexas, relacionadas à integração social, como as atividades produtivas, recreativas e de participação social.

Os dez estratos ou categorias clínico-funcionais são agrupados em três grandes grupos de idosos: **idoso robusto (estratos 1 a 3)**, **em risco de fragilização (estratos 4 e 5)** e **frágil (estratos 6 a 10)**. Esta proposta foi sistematizada no instrumento de estratificação de risco clínico-funcional do idoso (Quadro 2).

**Quadro 2:** Estratificação de risco clínico-funcional do idoso.

<p><b>Perfil 1 (idoso robusto):</b> Pessoas idosas independentes e autônomas para realizar as atividades da vida diária; ausência de declínio funcional</p>	Estrato 1	<p>Idosos que se encontram no grau máximo de vitalidade. Idosos independentes para todas as AAVD, AIVD e ABVD. Ausência de doenças ou fatores de risco, exceto a própria idade. Envelheceram livres de doenças e não apresentam outra condição de saúde preditora de desfechos adversos.</p>
	Estrato 2	<p>Idosos independentes para todas as AAVD, AIVD e ABVD. Apresentam condições de saúde de menor complexidade clínica, como a hipertensão arterial controlada e sem lesão de órgão-alvo ou diabetes mellitus controlado e sem lesão de órgão-alvo. <b>E/OU</b> Apresentam fatores de risco gerais, como tabagismo, dislipidemia, osteopenia, depressão leve, dentre outros.</p>
	Estrato 3	<p>Idosos independentes para todas as AAVD, AIVD e ABVD. Apresentam doenças crônico-degenerativas com base em critérios diagnósticos bem estabelecidos e de maior complexidade clínica, como hipertensão arterial descontrolada ou com lesão de órgão-alvo, diabetes mellitus descontrolado ou com lesão de órgão-alvo, depressão moderada/grave, ataque isquêmico transitório, acidente vascular cerebral, doença renal crônica, insuficiência cardíaca, doença pulmonar obstrutiva crônica/asma, osteoartrite, doença arterial coronariana, história de infarto agudo de miocárdio, doença arterial periférica, câncer não cutâneo, osteoporose densitométrica, dor crônica, fibrilação atrial, doença de Parkinson e anemia.</p>
<p><b>Perfil 2 (idoso em risco de fragilização):</b></p>	Estrato 4	<p>Idosos independentes para todas as AAVD, AIVD e ABVD Apresentam algumas das situações:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Presença de evidências de redução da capacidade aeróbia/muscular: perda de peso significativa, fadigabilidade, baixo nível de atividade física associado à redução objetiva da força muscular ou circunferência da panturrilha de 31cm.</li> <li>● Presença de comprometimento cognitivo leve ou transtorno neurocognitivo leve.</li> <li>● Presença de comorbidades múltiplas:</li> </ul>

Pessoas idosas com necessidade de adaptação ou supervisão de terceiros para realizar as atividades da vida diária; declínio funcional iminente		<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2 ou mais doenças crônico-degenerativas bem estabelecidas e de maior complexidade clínica (ver estrato 3).</li> <li>• 5 ou mais condições crônicas de saúde, incluindo as doenças crônico-degenerativas clássicas, enfermidades (<i>illness</i>), fatores de risco ou sintomas que necessitam de intervenção médica .</li> <li>• Polifarmácia: uso diário de 5 ou mais medicamentos de classes diferentes.</li> <li>• Internação recente, nos últimos 6 meses.</li> </ul>
	Estrato 5	<p>Idosos independentes para AIVD e ABVD.</p> <p>Apresentam:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Limitações nas AAVD (atividades relacionadas à integração social, atividades produtivas, recreativas e/ou sociais).</li> <li>• Evidências clínicas de redução significativa da capacidade aeróbia/muscular: velocidade de marcha em 4 m <math>\leq</math> 0,8 m/s ou <i>Timed Up and Go</i> <math>\geq</math> 20 segundos.</li> </ul>
<b>Perfil 3 (idoso frágil):</b> Pessoas idosas dependentes de terceiros para realizar as atividades da vida diária; declínio funcional estabelecido	Estrato 6	<p>Idosos que apresentam:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Independência para ABVD</li> </ul> <p><b>E</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Declínio funcional parcial nas AIVD (dependência parcial)</li> </ul>
	Estrato 7	<p>Idosos que apresentam:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Independência para ABVD</li> </ul> <p><b>E</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Declínio funcional em todas as AIVD (dependência completa)</li> </ul>
	Estrato 8	<p>Idosos que apresentam:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dependência completa nas AIVD</li> </ul> <p><b>E</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Semidependência nas ABVD: comprometimento de uma das funções influenciadas pela cultura e aprendizado (banhar-se e/ou vestir-se e/ou uso do banheiro).</li> </ul>

	Estrato 9	<p>Idosos que apresentam:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Dependência completa nas AIVD</li> </ul> <p><b>E</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Dependência incompleta para ABVD: banhar-se, vestir-se, uso do banheiro, continência e transferência. A única ABVD preservada é a capacidade de alimentar-se sozinho.</li> </ul>
	Estrato 10	<p>Idosos que apresentam:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Dependência completa para ABVD.</li> </ul> <p>Encontram-se no grau máximo de fragilidade e, conseqüentemente, apresentam o máximo de dependência funcional, necessitando de ajuda, inclusive, para alimentar-se.</p>

Fonte: Brasil (2019)

As ações de cuidado para os idosos do Perfil 3 (idoso frágil) podem ser guiadas considerando o potencial de melhora funcional ou fase final de vida (BRASIL, 2019):

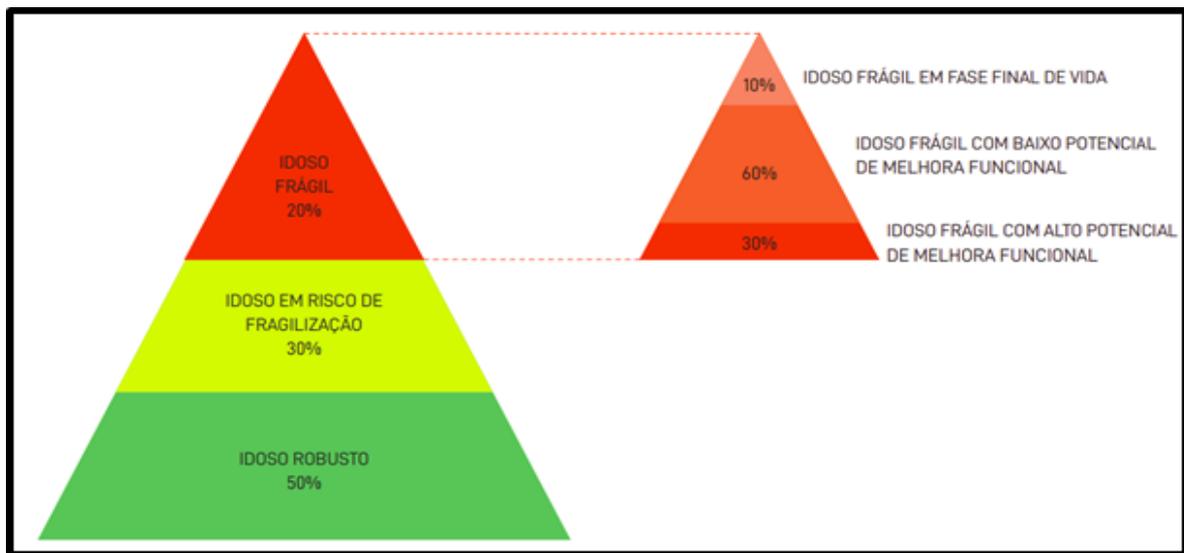
**a) Idoso frágil com alto potencial de melhora funcional:** são idosos com maior probabilidade de ganho funcional e/ ou qualidade de vida, beneficiando-se do acompanhamento geriátrico-gerontológico especializado integrado com a APS.

**b) Idoso frágil com baixo potencial de melhora funcional:** são idosos que apresentam declínio funcional estabelecido e baixo potencial de reversibilidade clínico-funcional. Nesses idosos, o acompanhamento geriátrico-gerontológico especializado não necessita ser feito de forma intensiva. Este subgrupo deve ser manejado na APS, com apoio da Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) em saúde do idoso quando necessário, com o objetivo de evitar a piora funcional.

**c) Idoso frágil em fase final de vida:** apresenta grande dependência funcional e sobrevida estimada menor que 6 meses ou que tem resposta negativa à seguinte pergunta: “Você ficaria surpreso se o paciente falecesse nos próximos meses, semanas ou dias?”. Apesar da existência de uma clara associação entre maior grau de declínio funcional e maior mortalidade, alguns idosos podem estar relativamente preservados funcionalmente e apresentar doenças com alto potencial de mortalidade, como determinados tipos de neoplasia, por exemplo. Este subgrupo também deve ser manejado na APS, com apoio da AAE em saúde do idoso quando necessário, tendo como foco das intervenções o cuidado paliativo, baseado no conforto do usuário e de seus familiares.

A figura seguinte demonstra a prevalência e relação percentual dos diferentes perfis da população idosa, detalhando as subpopulações do Perfil 3 (idoso frágil):

**Figura 1:** Prevalência dos diversos tipos de idosos



Fonte: Brasil (2019)

## **6 REFERENCIAMENTO DA PESSOA IDOSA DA APS PARA A AEE (AMBULATÓRIO ESPECIALIZADOS EM SAÚDE DO IDOSO)**

Para fins da proposta do Ambulatório de Atenção Especializada para Pessoas Idosas<sup>1</sup>, mais especificamente, para o critério de referenciamento dos usuários da APS para o AAE, a SES recomenda que as equipes de APS utilizem o instrumento IVCF-20 (apresentado acima) para a estratificação de risco da pessoa idosa, independente de qual instrumento estas equipes venham utilizando para a realização da avaliação global de seus usuários idosos. Ou seja, à medida que os profissionais das equipes de APS identificam sinais de declínio iminente ou declínio já estabelecido, seja através da observação dos usuários, seja através de avaliação multidimensional propriamente dita, a equipe deverá aplicar o IVCF-20 para investigar a necessidade de encaminhamento do usuário idoso para a AAE. Sendo assim, o resultado do

<sup>1</sup> A Área Técnica da Saúde da Pessoa Idosa da Secretaria Estadual da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul (SES-RS) estabeleceu, dentre as suas prioridades para o Plano Plurianual (PPA) 2020-2023 a implementação de Serviços de referência regional ou macrorregional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa. Concomitantemente, foi publicado decreto e portaria atualizando a forma de incentivo financeiro para os hospitais vinculados ao SUS através da SES (Programa Assistir). Dentre os tipos de serviços contemplados dentro dos hospitais para recebimento do recurso, mediante observação do regulamento do programa, encontra-se o ambulatório especializado para adultos com condições crônicas e pessoas idosas (RIO GRANDE DO SUL, 2021b).

teste IVCF-20 fica estabelecido como critério de referenciamento dos idosos da APS para a AE. Assim, uma vez regulados para o Ambulatório de Atenção Especializada para Pessoas Idosas, os usuários chegarão com o instrumento aplicado e com resultado condizente para sua respectiva admissão.

Dessa forma, define-se como **critérios de referenciamento** ao ambulatório:

- **Usuários de 60 anos ou mais que tenham sido avaliados com o teste IVCF-20, o qual deve ter sido aplicado pelos profissionais de saúde da UBS de referência.**
- **Pontuação maior ou igual a 15 pontos no instrumento IVCF-20, que corresponde à classificação nos estratos 6 a 10 e Perfil e 3 de funcionalidade.**

Adicionalmente, **recomenda-se fortemente**<sup>2</sup>:

- **Apresentar os últimos exames de rotina solicitados pela APS**

## **7 AÇÕES DE CUIDADO NA APS E COMPARTILHADAS COM AAE**

Após captação, cadastramento, estratificação e avaliação multidimensional da população idosa, a equipe de APS deve orientar seu cuidado considerando as ações preventivas e o acompanhamento conforme o estrato ou categoria clínico-funcional.

Conforme a dimensão da avaliação multidimensional, as seguintes ações preventivas são indicadas (BRASIL, 2019):

### **1) Cognição**

- Estimular ao máximo a reserva cognitiva, por meio de escolarização, leitura, jogos cognitivos ou qualquer atividade que exija aprendizado e resolução de problemas (desafios cognitivos);

---

<sup>2</sup> Caso o idoso não apresente exames será acolhido da mesma forma, porém ressalta-se a importância da apresentação de exames de rotina atuais na admissão da AAE para a celeridade do estabelecimento de um plano de cuidados. Para a solicitação de exames de idosos hipertensos e/ou diabéticos, recomenda-se utilizar o preconizado nas notas técnicas estaduais conforme a estratificação de risco destas condições crônicas (<https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201812/11115617-cib-303-18-reformulada-has.pdf>; <https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201911/22151908-cib302-2018-versao-com-figura.pdf>)

- Controlar os fatores de risco e doenças cardiovasculares, como diabetes mellitus, hipertensão arterial, obesidade, inatividade física e tabagismo;
- Prevenir e tratar adequadamente a depressão;
- Prevenir e tratar o delirium;
- Evitar traumatismo cranioencefálico e traumas repetitivos associados a esportes violentos;
- Evitar o uso abusivo de álcool e outras drogas, como benzodiazepínicos e drogas com ação anticolinérgica;
- Prevenir e tratar os distúrbios do sono;
- Prevenir e tratar doenças com alto potencial de dano cerebral, como sífilis, infecção pelo HIV, hipotireoidismo, deficiência de vitamina B12 e doença renal crônica.

## **2) Humor/comportamento**

- Diagnosticar precocemente e tratar doenças psiquiátricas e transtornos de personalidade;
- Garantir o diagnóstico precoce e o tratamento adequado dos transtornos depressivos no idoso, facilitando o acesso à psicoterapia e a medicamentos apropriados para o idoso;
- Abordar adequadamente os indivíduos em uso prolongado de psicotrópicos, com reavaliação periódica da indicação e da dose da medicação;
- Estimular o autoconhecimento, buscando-se a compreensão plena do sentido da vida;
- Evitar o isolamento social e estimular as atividades de lazer, socialização e participação em redes sociais.

## **3) Mobilidade**

### **3.1 Alcance, preensão e pinça**

- Prevenir o trauma e a sobrecarga no ombro, evitando-se movimentos repetitivos e inadequados, com o uso da mão acima da linha axilar;
- Diagnosticar e tratar adequadamente o ombro doloroso e as doenças que cursam com limitação de movimentos;
- Fazer exercícios de fortalecimento do ombro e da postura adequada, que facilitam o alcance.

### 3.2 Capacidade aeróbia/muscular

Realizar atividade física multimodal, constituída por exercícios resistidos, aeróbicos e de flexibilidade (tipo *tai chi* e similares) de forma regular e sistematizada, por meio de prescrição e acompanhamento pela equipe de saúde:

- Exercícios aeróbios, como caminhada, dança, ciclismo, natação etc., com frequência mínima de cinco vezes na semana, com duração de 30 minutos, de intensidade moderada (definida como aquele capaz de provocar cansaço autorreferido), totalizando 150 minutos/semana;
- Exercícios resistidos e com carga, como musculação, carregar peso, faixa elástica etc., com frequência mínima de duas vezes por semana, com duração de 30 minutos e intensidade moderada (definida como aquela capaz de provocar cansaço autorreferido);
- Ter dieta balanceada, constituída por alimentos in natura ou minimamente processados, garantindo o aporte calórico adequado (carboidrato, gordura e proteína), além de micronutrientes, distribuída ao longo do dia (três refeições e dois lanches saudáveis ao dia). Fazer ingestão adequada de proteínas de origem animal (leite, carne e ovo), com ingestão diária de 1 a 1,2g por quilograma de peso, harmonicamente distribuídos nas principais refeições do dia (20 a 30g/refeição). Em idoso com sarcopenia, recomenda-se a ingestão diária de até 1,5g por quilograma de peso;
- Alimentar-se de maneira saudável abrange diz também respeito à possibilidade de proporcionar convivência familiar, social e interação;
- Manter o peso adequado. Evitar obesidade ou perda de peso excessiva e sem orientação;
- Ter o aporte adequado de vitamina D e cálcio;
- Garantir a ingestão adequada de líquidos;
- Suspender o tabagismo;
- Prevenir doenças associadas à insuficiência respiratória ou cardíaca, além de manter níveis adequados de hemoglobina (transporte de oxigênio).

### 3.3 Marcha

- Fazer atividade física regular, com prescrição de exercícios de flexibilidade, como dança, ioga, artes marciais, alongamento etc;

- Identificar os fatores intrínsecos, extrínsecos e comportamentais, associados ao risco de quedas;
- Fazer adaptação ambiental;
- Usar de maneira adequada dispositivos de auxílio para locomoção, como bengalas, muletas e andadores;
- Evitar o uso de drogas associadas a risco de quedas, como benzodiazepínicos (clonazepam, diazepam etc.), sedativos, drogas com ação miorreaxante (orfenadrina, ciclobenzaprina, carisoprodol e tizanidina) e drogas associadas a parkinsonismo (antivertiginosos, antipsicóticos, metoclopramida etc);
- Evitar polifarmácia;
- Evitar hipotensão ortostática;
- Cuidar dos pés e usar calçados adequados;
- Realizar avaliação oftalmológica regular;
- Evitar traumatismo articular ou sobrecarga de peso;
- Prevenir e tratar osteoporose e fraturas por fragilidade.

### 3.4 Continência esfincteriana

- Evitar trauma da musculatura pélvica associada à multiparidade e ao cuidado inadequado no parto;
- Realizar exercícios uroginecológicos para fortalecimento do assoalho pélvico;
- Diagnosticar precocemente e tratar de maneira adequada as doenças do trato urinário, incluindo as doenças da próstata;
- Evitar drogas associadas à urgência ou à incontinência urinária, como diuréticos e drogas anticolinérgicas;
- Fazer avaliação ginecológica regular.

## 4) COMUNICAÇÃO

### 4.1 Visão

- Fazer avaliação oftalmológica regular e garantir o acesso às lentes corretivas, quando necessárias;

- Diagnosticar e tratar adequadamente as doenças associadas à retinopatia, como diabetes mellitus, glaucoma e catarata.

#### 4.2 Audição

- Evitar exposição auditiva prolongada a ambientes ruidosos, música alta, abuso no uso de fones de ouvido e outros traumas acústicos;
- Evitar uso de drogas associadas à ototoxicidade (aminoglicosídeos, diuréticos e etc.);
- Avaliar a função auditiva regularmente e garantir o acesso às próteses auditivas, quando necessárias;
- Avaliar e remover rolha de cerúmen, quando indicada na Atenção Primária.

O acompanhamento da pessoa idosa na APS e o cuidado compartilhado com a Atenção Ambulatorial Especializada deve seguir as orientações do quadro a seguir, as quais especificam a periodicidade do atendimento e as ações de acordo com o estrato clínico-funcional.

Em relação aos exames, a APS deve realizar os exames de rotina e orientar a população idosa a apresentar nas consultas no Ambulatório, assim como, compartilhar os resultados com a AAE. Os exames especializados e/ou complementares devem ser realizados no próprio ambulatório ou em outros serviços da RAS, conforme os fluxos pactuados no território.

**Quadro 3:** Orientações para o acompanhamento da pessoa idosa na APS e o compartilhamento com a AAE

ACOMPANHAMENTO NA APS						
Estrato	Periodicidade do atendimento	Revisão da prescrição de medicamentos ou automedicação	Avaliação de doença crônica	Conduta para AVD	Plano de Cuidados	Ações gerais
<b>Estrato 1</b>	Anual ou quando houver evento sentinela <sup>3</sup>	Suspender medicamentos fúteis, como polivitamínicos e reposição hormonal inapropriada				<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aplicação do IVCF-20;</li> <li>- Avaliar o risco sociofamiliar (Anexo II);</li> <li>- Estimular a adesão às intervenções capazes de otimizar ou preservar os sistemas funcionais principais: cognição, humor, mobilidade e comunicação;</li> <li>- Garantir o acesso às intervenções preventivas primárias e secundárias e aconselhamento, conforme diretrizes clínicas do programa de atenção à saúde do idoso:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>● Rastreamento de câncer (mama, colo, útero e intestino), osteoporose e doença cardiovascular</li> <li>● Imunização: anti-influenza, antipneumocócica, dupla/tripla tipo adulto, hepatite B, antiamebílica e antizóster</li> <li>● Quimioprevenção: AAS, estatina, cálcio e vitamina D;</li> </ul> </li> <li>- Elaborar e monitorar o plano de autocuidado apoiado.</li> </ul>
<b>Estrato 2</b>		Revisar medicamentos em uso, com ênfase na identificação de medicamentos potencialmente inapropriados e medicamento apropriado omitido.	Reavaliar a doença crônica, conforme diretriz clínica específica da doença		Elaborar e monitorar o plano de cuidados	
<b>Estrato 3</b>	Semestral ou quando ocorrer evento sentinela ou conforme o grupo de risco das condições crônicas, como HAS e	Revisar medicamentos em uso, com ênfase na identificação de medicamentos potencialmente inapropriados e medicamento apropriado omitido.	Reavaliar a doença crônica, conforme diretriz clínica específica da doença			
<b>Estrato 4</b>			Reavaliar anualmente	Revisar detalhadamente as AAVD		

<sup>3</sup> Evento sentinela: quedas, internação, mudança na prescrição de medicamentos, viuvez recente.

<b>Estrato 5</b>	DM	Suspender medicamentos fúteis, como polivitamínicos e reposição hormonal inapropriada.	as condições crônicas de saúde complexas (comorbidade e múltipla, sarcopenia ou comprometimento cognitivo leve), conforme diretrizes clínicas, aplicadas à condição do idoso	Revisar detalhadamente as AAVD e AIVD			
<b>ACOMPANHAMENTO COMPARTILHADO COM A AAE (PLANO DE CUIDADOS IMPLEMENTADO PELA APS)</b>							
<b>Estrato</b>	<b>Periodicidade do atendimento</b>	<b>Revisão da prescrição de medicamentos</b>	<b>Avaliação de doença crônica</b>	<b>Conduta para AVD</b>	<b>Ações de prevenção</b>	<b>Ações gerais</b>	<b>Cuidador e cuidados paliativos</b>
<b>Estrato 6</b> <b>Estrato 7</b>	Semestral ou quando ocorrer evento sentinela <sup>4</sup> ou conforme o	Revisar os medicamentos em uso (prescritos e automedicação)	Reavaliar as condições crônicas de saúde complexas,	Revisar detalhadamente as AIVD e ABVD	Reavaliar a continuidade das ações voltadas para promoção da	- Aplicação do IVCF-20; - Avaliar o risco sociofamiliar (Anexo II); - Fazer abordagem adequada das condições de saúde	

<sup>4</sup>Evento sentinela: quedas, internação, mudança na prescrição de medicamentos, viuvez recente.

	grupo de risco das condições crônicas, como HAS e DM.  Deve seguir as definições do plano de cuidados.	e redefinir metas para HAS e DM, conforme o estrato clínico-funcional	aplicadas ao estrato clínico-funcional do idoso		saúde e prevenção primária	reconhecidas pelo IVCF-20; - Avaliar a segurança ambiental; - Elaborar e monitorar o plano de autocuidado apoiado ou o Plano de Autocuidado Apoiado Familiar;	
<b>Estrato 8</b>	Atendimento quadrimestral e quando houver evento sentinela.			Revisar detalhadamente as ABVD			Avaliar a sobrecarga do cuidador
<b>Estrato 9</b>		Reavaliar a dose ou a necessidade do uso de medicamentos antidiabéticos ou anti-hipertensivos, e de outros medicamentos com ação preventiva			Reavaliar a continuidade das ações voltadas para prevenção secundária		Discutir com a família as questões associadas à finitude e ao cuidado paliativo.
<b>Estrato 10</b>	Deve seguir as definições do plano de cuidados						Avaliar a sobrecarga do cuidador.

Fonte: Brasil (2019)

## 8. REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília : Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abccad19.pdf>. Acesso em: 10 mai. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Orientações técnicas para a implementação de Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa no Sistema Único de Saúde – SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha\\_cuidado\\_atencao\\_pessoa\\_idosa.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_atencao_pessoa_idosa.pdf).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa**. 5 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2018a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Sociedade Beneficente Israelita Albert Einstein. **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**. São Paulo: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202001/03091212-nt-saude-do-idoso-planificasus.pdf>. Acesso em: 03 mai. 2022.
- FILHO, P.J.M *et al.* Transição demográfica no Rio Grande do Sul: um processo desafiador. DRd - Desenvolvimento regional em debate. **Revista eletrônica do Programa de Mestrado em Desenvolvimento Regional**. Universidade do Contestado. V.7, n.1, p. 196-213, 2017.
- MASSA, K. H. C; DUARTE, Y. A. O; FILHO, A. D. P. C. Análise da prevalência de doenças cardiovasculares e fatores associados em idosos, 2000-2010. **Ciência & Saúde Coletiva**, (24): 105-114, 2019.
- PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Atenção à Saúde. **Avaliação multidimensional do idoso**. Curitiba: SESA, 2017. Disponível em: [Avaliação Multidimensional do Idoso - 11.09.2018 \(saude.pr.gov.br\)](https://saude.pr.gov.br). Acesso em: 10 mai. 2022.
- RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Desenvolvimento Social, Trabalho, Justiça e Direitos Humanos. **Diagnóstico da Situação da Pessoa Idosa no Rio Grande do Sul**. Porto Alegre, 2018. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20190301/27130102-diagnostico-dos-direitos-humanos-da-pessoa-idosa.pdf>. Acesso em: 02 mai. 2022.
- RIO GRANDE DO SUL. **Portaria SES Nº 537, de 03 de agosto de 2021**. Regulamenta, no âmbito do Estado do Rio Grande do Sul, o ASSISTIR: programa de incentivos hospitalares. Porto Alegre: Secretaria da Saúde, 2021a. Disponível em: [23104422-portaria-ses-n-537-2021.pdf \(saude.rs.gov.br\)](https://saude.rs.gov.br). Acesso em: 12 mai. 2022.

# ANEXO I - FICHA ESPELHO DA CADERNETA DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA (CSPI)

## FICHA ESPELHO DA CADERNETA DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA

### 1. IDENTIFICAÇÃO

 Nome: \_\_\_\_\_ Nome Social: \_\_\_\_\_  
 Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  Feminino  Masculino Estado civil \_\_\_\_\_  
 Raça/Cor:  Branca  Preta  Parda  Amarela  Indígena  Não declarada

Endereço: \_\_\_\_\_ Telefones: \_\_\_\_\_ Pessoa de Referência: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_  
 Unidade de saúde de Referência: \_\_\_\_\_ CNS: \_\_\_\_\_ Nº Prontuário: \_\_\_\_\_  
 Data de entrega da Caderneta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Responsável pela entrega: \_\_\_\_\_

### 2. AVALIAÇÃO CLÍNICA

Doenças prévias ou já diagnosticadas:  
 Acidente Vascular cerebral  Anemia  Asma  Diabetes  Hipertensão arterial  Doença arterial coronariana  
 Insuficiência cardíaca  Doença pulmonar obstrutiva crônica  Úlcera gastrointestinal  Epilepsia  Depressão  
 Ansiedade  Incontinência Urinária  Declínio cognitivo ou Demência  Outras: \_\_\_\_\_

Mais de 2 internações no último ano:  Sim  Não Motivo 1º \_\_\_\_\_ Motivo 2º \_\_\_\_\_ Motivo 3º \_\_\_\_\_  
 Cirurgia (s) prévia (s):  Sim  Não Tipo: \_\_\_\_\_ Ano: \_\_\_\_\_

Dados antropométricos

	20	20	20	20	20
Peso					
Altura					
IMC= peso/altura²					
Perímetro da Panturrilha (PP) esquerda					

Emagrecimento não intencional no último ano:  
 Sim  Não Quanto: \_\_\_\_\_ kg  
 Glicemia Jejum \_\_\_\_\_  
 Glicemia casual \_\_\_\_\_

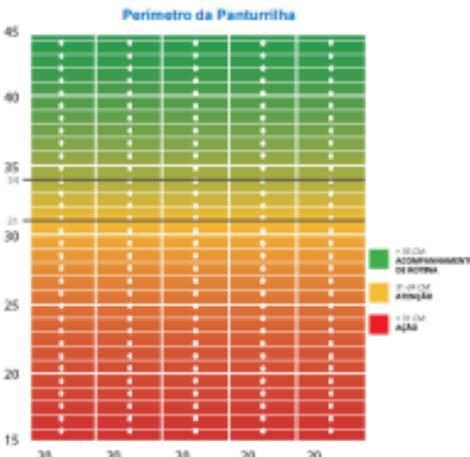
Polidarmácia: uso concomitante de 5 ou mais medicamentos?  
 DATA / /  SIM  NÃO DATA / /  SIM  NÃO  
 DATA / /  SIM  NÃO DATA / /  SIM  NÃO  
 DATA / /  SIM  NÃO DATA / /  SIM  NÃO

Presença de dor com duração igual ou superior à 3 meses?

DATA	LOCALIZAÇÃO DA DOR	INTENSIDADE (SIVL, MODERADA, INTENSA)	DATA	LOCALIZAÇÃO DA DOR	INTENSIDADE (SIVL, MODERADA, INTENSA)

Avaliações odontológicas realizadas  
 / / / / / / / / / / / / / / / /

Hábitos de vida  
 Fumante:  Sim  Não  
 Faz uso de álcool:  Sim  Não  
 Prática atividade física:  Sim  Não  
 Atividades sociais ou algum tipo de lazer:  Sim  Não



Data da queda (mês/ano)	Qual foi o local da queda?		A queda causou alguma fratura?		Você parou de realizar alguma atividade por medo de cair novamente?	
	Dentro de casa	Fora de casa	Sim/Qual?	Não	Sim	Não

Deficiência:  Sim  Não  
 Auditiva  Visual  Intelectual / Cognitiva  
 Física  Outra: \_\_\_\_\_

### 3. AVALIAÇÃO PSICOSSOCIAL

Sabe ler e escrever:  Sim  Não  
 Escolaridade:  Nenhuma  De 1 a 3 anos  De 4 a 7 anos  8 anos ou mais

Trabalha atualmente ou possui algum tipo de atividade remunerada:  Sim  Não  
 Aposentado:  Sim  Não  
 Recebe algum tipo de benefício:  Sim  Não Qual: \_\_\_\_\_

**Suporte Familiar**

Mora só  
 Mora com cônjuge  
 Mora com familiares/parentes  
 ILPI  
 Outros: \_\_\_\_\_

Em caso de necessidade, conta com alguém para acompanhá-lo à UBS:  Sim  Não

Acesso a serviços:  
 Acesso a transporte público:  Sim  Não  
 Acesso fácil a supermercado, farmácia, padaria, etc.:  Sim  Não

#### Alteração de Cognição (Questões dirigidas à pessoa idosa, familiar ou cuidador)

Alguém (família ou amigo) falou que você está ficando esquecido?  
 Sim  Não  
 O esquecimento está piorando nos últimos meses?  Sim  Não  
 O esquecimento está impedindo a realização de alguma atividade do cotidiano?  Sim  Não

#### Alteração de Humor (Questões dirigidas à pessoa idosa, familiar ou cuidador)

No último mês, você ficou com desânimo, tristeza ou desesperança?  Sim  Não  
 No último mês, você perdeu o interesse em atividades anteriormente prazerosas?  Sim  Não

### 4. AVALIAÇÃO FUNCIONAL

#### PROTOCOLO DE IDENTIFICAÇÃO DO IDOSO VULNERÁVEL (WIS-13)

1. Idade		20	25	30	35	40
60 a 74 anos	0 pontos					
75 a 84 anos	1 ponto					
≥ 85 anos	2 pontos					
<b>2. Nível percepção de saúde:</b>		20	25	30	35	40
Em geral, comparando com outras pessoas de sua idade, você diria que sua saúde é:	Excelente  0 pontos					
	Bom  1 ponto					
	Muito bom  0 pontos					
	Regular  1 ponto					
<b>3. Limitação física:</b>						
Em média, quanta dificuldade você tem para fazer as seguintes atividades físicas:						
Pontuação: As respostas "muita dificuldade" ou "incapaz de fazer" valem 1 ponto cada. Todavia, a pontuação máxima nesse tópico é de 2 pontos, ainda que a pessoa tenha marcado ter "muita dificuldade" ou ser "incapaz de fazer" as atividades listadas.						
		A	B	C	D	E
		20	25	30	35	40
Curvar-se, agachar ou ajoelhar-se	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Levantar ou carregar objetos com peso aproximado de 5 kg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elevar ou estender os braços acima do nível do ombro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Escrever ou manusear e segurar pequenos objetos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andar 400 metros (aproximadamente quatro quarteirões)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fazer serviço doméstico pesado, como esfregar o chão ou limpar janelas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Chave de resposta:</b>						
A) Nenhuma dificuldade		B) Pouca dificuldade			C) Média (alguma) dificuldade	
D) Muita dificuldade		E) Incapaz de fazer (não consegue fazer)				

0 a 2 pontos: Acompanhamento de rotina  
 3 pontos: Atenção Ação

4. Incapacidades		20	25	30	35	40
Pontuação: As respostas positivas ("sim") valem 1 ponto cada. Todavia, a pontuação máxima nesse tópico é de 4 pontos, mesmo que a pessoa idosa tenha respondido "sim" para todas as perguntas.						
Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de fazer compras?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não ou não faz compras por outros motivos que não a saúde.					
Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de controlar seu dinheiro, seus gastos ou pagar contas?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não ou não controla o dinheiro por outros motivos que não a saúde.					
Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de caminhar dentro de casa?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não ou não caminha dentro de casa por outros motivos que não a saúde.					
Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de realizar tarefas domésticas leves, como lavar louça ou fazer limpeza leve?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não ou não realiza tarefas domésticas leves por outros motivos que não a saúde.					
Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de tomar banho sozinho(a)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não ou não toma banho sozinho(a) por outros motivos que não a saúde.					

PONTUAÇÃO TOTAL

**Classificação segundo Funcionalidade:**  Perfil 1  Perfil 2  Perfil 3

Perfil 1: Idosos que realizam suas atividades de forma independente e autônoma.  
 Perfil 2: Idosos que realizam suas atividades de forma adaptada, modificada ou com o auxílio de terceiros.  
 Perfil 3: Idosos totalmente dependentes de terceiros.

**ANEXO II - ÍNDICE DE VULNERABILIDADE CLÍNICO-FUNCIONAL-20**

<b>ÍNDICE DE VULNERABILIDADE CLÍNICO-FUNCIONAL-20</b> <b>www.ivcf-20.com.br</b>			
<p>Responda as perguntas abaixo com a ajuda de familiares ou acompanhantes. Marque a opção mais apropriada para a sua condição de saúde atual. Todas as respostas devem ser confirmadas por alguém que conviva com você. Nos idosos incapazes de responder, utilizar as respostas do cuidador.</p>			<p>Pontuação (registrar o nº que consta entre os parênteses )</p>
<b>IDADE</b>		<p>1. Qual é a sua idade?</p> <p>(0) 60 a 74 anos (1) 75 a 84 anos (3) ≥ 85 anos</p>	
<b>AUTO-PERCEPÇÃO DA SAÚDE</b>		<p>2. Em geral, comparados com outras pessoas de sua idade, você diria que sua saúde é:</p> <p>(0) Excelente, muito boa ou boa (1) Regular ou ruim</p>	
<b>ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA</b>	<p>AVD Instrumental Resposta positiva vale 4 pontos cada. Todavia, a pontuação máxima do item é de 4 pontos, mesmo que o idoso tenha respondido ruim para todas as questões 3, 4 e 5.</p>	<p>3. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de fazer compras? <b>(4) Sim (0) Não ou não faz compras por outros motivos que não a saúde</b></p>	<b>Máximo 4 pts</b>
		<p>4. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de controlar seu dinheiro, gastos ou pagar as contas de sua casa? <b>(4) Sim (0) Não ou não controla o dinheiro por outros motivos que não a saúde</b></p>	
		<p>5. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de realizar pequenos trabalhos domésticos, como lavar louça, arrumar a casa ou fazer limpeza leve? <b>(4) Sim (0) Não ou não faz pequenos trabalhos domésticos por outros motivos que não a saúde</b></p>	
	<p>AVD Básica</p>	<p>6. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de tomar banho sozinho? <b>(6) Sim (0) Não</b></p>	
<b>COGNIÇÃO</b>		<p>7. Algum familiar ou amigo falou que você está ficando esquecido?</p>	

		(1) Sim (0) Não	
		8. Este esquecimento está piorando nos últimos meses? (1) Sim (0) Não	
		9. Este esquecimento está impedindo a realização de alguma atividade do cotidiano? (2) Sim (0) Não	
<b>HUMOR</b>		10. No último mês, você ficou com desânimo, tristeza ou desesperança? (2) Sim (0) Não	
		11. No último mês, você perdeu o interesse ou prazer em atividades anteriormente prazerosas? (2) Sim (0) Não	
<b>MOBILIDADE</b>	Alcance, preensão e pinça	12. Você é incapaz de elevar os braços acima do nível do ombro? (1) Sim (0) Não	
		13. Você é incapaz de manusear ou segurar pequenos objetos? (1) Sim (0) Não	
	Capacidade aeróbica e/ou muscular	14. Você tem alguma das três 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 no último mês ( ); • Índice de Massa Corporal (IMC) menor que 22 kg/m <sup>2</sup> ( ); • Circunferência de panturrilha a < 31 cm ( ); • Tempo gasto no teste de velocidade da marcha (4 m) > 5 segundos ( )  (2) Sim (0) Não	<b>Máximo 2 pts</b>
	Marcha	15. Você tem dificuldade para caminhar capaz de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? (2) Sim (0) Não	
		16. Você teve duas ou mais quedas no último ano? (2) Sim (0) Não	
Consistência esfinteriana	17. Você perde urina ou fezes, sem querer, em algum momento? (2) Sim (0) Não		
<b>COMUNICAÇÃO</b>	Visão	18. Você tem problemas de visão capazes de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? É permitido o uso de óculos ou lentes de contato. (2) Sim (0) Não	
	Audição	19. Você tem problemas de audição capazes de impedir a	

		realização de alguma atividade do cotidiano? É permitido o uso de aparelhos de audição. <b>(2) Sim (0) Não</b>	
<b>COMORBIDADES MÚLTIPLAS</b>	Polipatologia	20. Você tem alguma das três condições abaixo relacionadas? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cinco ou mais doenças crônicas ( );</li> <li>• Uso regular de cinco ou mais medicamentos diferentes, todo dia ( );</li> <li>• Internação recente, nos últimos 6 meses ( ).</li> </ul> <b>(4) Sim (0) Não</b>	<b>Máximo 4 pts</b>
	Polifarmácia		
	Internação recente (< 6 meses)		
<b>PONTUAÇÃO FINAL (40 pontos)</b>			

Fonte: BRASIL (2019).

## ANEXO III

### Manual de aplicação do IVCF-20

(BRASIL, 2019)

O Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional 20 (IVCF-20) avalia 20 domínios da Fragilidade Multidimensional, e sua aplicação completa leva em torno de 5 a 10 minutos. A pontuação varia de zero a 40 pontos, de acordo com as respostas obtidas na entrevista.

A pontuação a ser somada a cada pergunta está escrita próximo à resposta. Por exemplo: em “Você teve duas ou mais quedas no último ano? (X)Sim<sup>2</sup>”, somam-se 2 pontos ao resultado, e em “Algum familiar ou amigo falou que você está ficando esquecido? (x)Sim<sup>1</sup>”, soma-se 1 ponto ao resultado.

Algumas considerações quanto à aplicação do IVCF-20 devem ser feitas (BRASIL, 2019):

- É importante valorizar a resposta do cuidador/acompanhante para definir a pontuação de cada item, uma vez que este (sobretudo nos casos de incapacidade cognitiva, anosognosia e/ou depressão com desmotivação grave) fornece informação mais fidedigna do que o próprio paciente.
- Na parte de “atividades de vida diária” (perguntas de 3 a 6), somente devem pontuar os casos em que houver declínio funcional, ou seja, quando o idoso fazia a atividade e deixou de fazer (neste momento não interessa o motivo pelo qual deixou de fazer as atividades de vida diária). Por exemplo, na pergunta 4, se o idoso não controla as finanças, mas nunca o fez, ele não vai pontuar neste item.
- No domínio Cognição, a resposta do cuidador muitas vezes será mais valorizada que a do próprio paciente, uma vez que uma das condições mais comuns de incapacidade cognitiva na população é a doença de Alzheimer, que leva à anosognosia, fazendo com que o paciente não se sinta “esquecido”.
- No domínio Comunicação, o objetivo não é avaliar a presença de hipoacuidade visual ou hipoacusia, mas a presença destes problemas em gravidade suficiente para impedir a realização de alguma atividade do cotidiano (ainda que simples, como a leitura). Caso o idoso consiga realizar a tarefa com o uso de óculos ou prótese auditiva, o item não deve ser pontuado.
- No domínio Comorbidades Múltiplas, o termo “cinco ou mais doenças crônicas” se refere a quaisquer condições crônicas. Por exemplo: se o idoso tem hipertensão, incontinência urinária, hipoacusia, quedas de repetição e osteoartrite, ele vai pontuar.
- Quanto ao “uso de cinco ou mais medicações diferentes, todo dia” devem ser levados em consideração todos os fármacos, incluindo os conjugados (por exemplo, o comprimido de cálcio e vitamina D conta como duas medicações), polivitamínicos, fitoterápicos, ômega-3 e outras medicações – ainda que não tenham sido prescritas pelo sistema de saúde.
- Quanto ao item “internação recente, nos últimos 6 meses”, as internações eletivas ou curtas também devem pontuar. Observação no hospital por tempo inferior a 24 horas não deve ser pontuada.

- O IVCF-20 avalia todos os domínios da funcionalidade (cognição, humor, mobilidade, comunicação e comorbidades múltiplas), podendo ser considerado uma avaliação geriátrica ampla de rápida aplicação. No entanto, o IVCF-20 não é capaz de confirmar diagnósticos mais específicos por si só. Quando o idoso pontua em um dos domínios do IVCF-20, sinaliza à equipe de saúde que é necessário aprofundar mais na avaliação daquele item.
- Sobre a velocidade de marcha:
  - Velocidade da marcha  $<0,8\text{m/s}$  é considerada um dos principais marcadores de sarcopenia.
  - A diminuição da velocidade da marcha tem um valor preditivo para diversos desfechos negativos, como quedas, dependência funcional e mortalidade dos idosos.
  - A velocidade da marcha é um bom teste da integração e do funcionamento de diversos sistemas fisiológicos. Desta forma, a velocidade da marcha é reconhecida como instrumento essencial na avaliação dos idosos.
  - Para fins de triagem, sua aferição pode ser feita em qualquer ambiente, até mesmo no domicílio. Orienta-se a marcação de uma distância de 4 metros no chão, em linha reta, com o auxílio de uma fita métrica, sinalizando o ponto de partida e o de chegada. O idoso é orientado a caminhar esta distância com passadas um pouco mais aceleradas do que o usual (“andando como se estivesse atravessando uma rua”), mas sem correr. Assim que o idoso começar a caminhar, o tempo é medido com relógio comum ou cronômetro, e seu término se dá quando o idoso atinge a marca dos 4 metros. A velocidade da marcha é calculada dividindo-se 4 metros pelo tempo cronometrado no relógio ( $4/\text{tempo em segundos}$ ).
  - Normalmente, o tempo gasto para o idoso percorrer esta distância é de, no máximo, 5 segundos (equivalente a uma velocidade da marcha de 0,8 metro por segundo).
- Sobre a circunferência da panturrilha:
  - A presença de circunferência da panturrilha (CP)  $<31\text{cm}$  traduz a presença de redução da massa muscular.
  - A medida da circunferência da panturrilha pode ser feita nas posições sentada ou de pé, com os pés apoiados em uma superfície plana, de forma a garantir que o peso fique distribuído equitativamente entre ambos os lados. No idoso acamado, fletir a perna de modo que o pé fique todo apoiado sobre o colchão, conforme figura abaixo.
  - A medida deve ser realizada com uma fita métrica inelástica aplicada ao redor da região que, visualmente, apresenta o maior perímetro, sem fazer compressão. Fazer medições adicionais acima e abaixo deste ponto, para assegurar-se de que a primeira medida é a maior. Deve-se ter o cuidado de manter a fita métrica em ângulo reto com o comprimento da panturrilha. Evitar fazer a medida no membro que apresente alguma alteração local, como linfedema, trombose venosa profunda, erisipela, celulite, atrofia muscular, atrofia cutânea por cicatriz ou fibrose, entre outras. É necessário também estar atento ao caso de indivíduos obesos, que podem ter circunferência da panturrilha normal ou até aumentada mesmo na presença de sarcopenia (obesidade sarcopênica).



Fonte: Paraná, SESA.<sup>[1]</sup>

**Figura 1.** Posicionamento para a medida da circunferência da panturrilha.

**ANEXO IV - AVALIAÇÃO DE RISCO SOCIOFAMILIAR (Brasil, 2019)**

<b>AVALIAÇÃO DA FRAGILIDADE SOCIOFAMILIAR</b>				
		<b>Sim</b>	<b>Nã o</b>	<b>Pontuaç ão</b>
<b>SUPORTE FAMILIAR</b>	Morar sozinho	2	0	
	Residente em ILPI	4	0	
	Presença de companheiro ou cônjuge	0	2	
	Viuvez recente, no último ano	2	0	
	Presença de familiares ou amigos com disponibilidade para atendê-lo, em caso de necessidade ou presença de cuidador, familiar ou profissional, qualificado para a prestação do cuidado necessário	0	6	
	Você recebe visitas dos seus familiares ou amigos com regularidade?	0	2	
	Responsável pelo cuidado de pessoas dependentes na sua casa	2	0	
		20		
<b>SUPORTE SOCIAL</b>	Analfabetismo	2	0	
	Beneficiário do Benefício de Prestação Continuada (BPC)	4	0	
	Moradia própria	0	2	
	Moradia em boas condições de organização e higiene	0	4	
	Acesso à renda própria ou de familiares próximos suficiente para garantir a própria subsistência	0	6	
	Relato de participação em alguma atividade extradomiciliar ou comunitária ou rede social, como trabalho, família, igreja, grupo de convivência etc			
		20		

Critério de gravidade	Suporte Familiar	Ausente: 0	Leve: 1 a 4 pontos	Moderado: 4 a 9 pontos	Grave: ≥ 10 pontos
	Suporte Social				

