

PERFIL DEMOGRÁFICO E DE VULNERABILIDADE CLÍNICO-FUNCIONAL DE IDOSOS ATENDIDOS EM UM SERVIÇO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA SUPLEMENTAR

Karen Moraes de Oliveira Carvalho; Ferreira, M. C. L.; De Paula, F. C. V.
Usisaúde – Fundação São Francisco Xavier, Ipatinga – Minas Gerais

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, o Brasil tem seguido a tendência mundial de envelhecimento da população, superando 30,2 milhões de idosos em 2017, um crescimento de 18% desse grupo etário, que tem se tornado cada vez mais representativo. Estima-se que em 2050, 30% da população brasileira seja constituída por pessoas com 60 anos ou mais (BRASIL, 2018). As transformações ocorridas junto ao processo de envelhecimento podem levar à perda progressiva da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade e incidência de patologias que demandam assistência (BRASIL, 2006). O grau de vulnerabilidade dos idosos a desfechos adversos, representado pelo termo fragilidade, pode ser entendido como a redução da reserva homeostática ou da capacidade de adaptação às agressões biopsicossociais e, conseqüente aumento da vulnerabilidade ao declínio clínico funcional (OLIVEIRA et al., 2010). A fragilidade é considerada uma síndrome geriátrica complexa que requer uma abordagem multidimensional e planejamento de cuidados contínuos e integrados. A identificação precoce dos fatores associados à fragilidade permite a criação de políticas públicas de saúde visando a organização de um modelo de cuidado centrado nas particularidades das pessoas idosas (MAIA *et al*, 2020), a fim de garantir o direito à vida com dignidade, com preservação da autonomia individual, da liberdade e da independência (MAIO, 2018).

A Atenção Primária à Saúde (APS) permite que o indivíduo receba um cuidado integral de qualidade, com racionalização da utilização dos recursos. O fortalecimento da APS possibilita que os cidadãos a identifiquem como a porta de entrada do sistema de saúde, cumprindo o seu papel de coordenação do cuidado e integração com os demais níveis de atenção à saúde (FGV, 2021). De acordo com Ramos (2018), a APS possui papel essencial na promoção do envelhecimento ativo e na gestão de sua saúde. O atendimento à pessoa idosa deve consistir em um processo diagnóstico multidimensional influenciado por diversos fatores, como o ambiente onde o idoso vive, a relação entre o profissional de saúde o paciente e seus familiares, bem como a história clínica, englobando aspectos biológicos, psíquicos, funcionais e sociais. O envelhecimento ativo e saudável é o grande objetivo nesse processo (BRASIL, 2006).

Segundo Moraes *et al.* (2016), a maior parte dos profissionais de saúde da APS consideram um idoso como frágil levando em conta apenas sua aparência ou a presença de doenças graves. Nesse cenário, a identificação de idosos frágeis ou em risco de fragilização precisa ser potencializada. O Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional-20, IVCF-20, é um instrumento de triagem de fácil utilização, que contempla aspectos multidimensionais da condição de saúde do idoso. Na prática clínica, a aplicação do IVCF-20 objetiva o reconhecimento rápido do idoso frágil e a indicação de medidas preventivas para melhorar sua

autonomia e independência através da avaliação das principais dimensões preditoras de declínio funcional e óbito na população idosa: autopercepção da saúde, atividades de vida diária, cognição, humor, mobilidade, comunicação e comorbidades, sendo esta última definida pela presença de polifarmácia, de cinco ou mais doenças crônicas e/ou internação nos últimos 6 meses. Com isso, o IVCF-20 permite a triagem dos idosos e a classificação dos mesmos como robustos, em risco de fragilização ou frágeis, levando em consideração o declínio clínico funcional, sinalizando o grau de vulnerabilidade do paciente e permitindo o rastreio e o monitoramento da população de maior risco para internação hospitalar e para uso excessivo dos serviços de saúde (MORAES, 2016).

OBJETIVO

O objetivo deste estudo é descrever o perfil demográfico e de vulnerabilidade clínico funcional de idosos atendidos em um serviço de Atenção Primária Suplementar no período de janeiro de 2020 a março de 2022, bem como conhecer a prevalência dos marcadores de vulnerabilidade clínico funcional utilizados pelo IVCF-20, a fim de permitir o rastreio precoce de pacientes com alterações clínico-funcionais bem como a identificação do idoso frágil e a indicação de medidas preventivas capazes de melhorar sua autonomia e independência.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo quantitativo, observacional, transversal, descritivo com a utilização de dados secundários extraídos de relatórios gerados pelo sistema de gestão em saúde institucional do Hospital Márcio Cunha (HMC), localizado na região do Vale do Aço em Minas Gerais. O hospital é administrado pela Fundação São Francisco Xavier (FSFX) e atende pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS), de convênios e da operadora de planos de saúde, Usisaúde. A FSFX, oferece um serviço de Atenção Primária Suplementar denominado Usifamília.

A população foi definida pelo número de idosos atendidos no Usifamília, no período de janeiro de 2020 a março de 2022. Para a seleção da amostra foram adotados os seguintes critérios de inclusão: ter mais de 60 anos, ser paciente do programa Usifamília e estar com o instrumento de triagem, Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional - 20 (IVCF-20), preenchido de forma completa e registrado adequadamente no prontuário. Foram excluídos da pesquisa os pacientes dos quais as informações do sistema institucional identificaram IVCF-20 incompleto ou realizado fora do período estabelecido.

Os dados foram coletados do sistema institucional e lançados em planilhas do programa Microsoft Office Excel 2007®. Primeiramente, houve cruzamento dos relatórios para que se obtivessem os dados referentes aos idosos atendidos pelo Usifamília no período estabelecido na pesquisa. Desse material, foram obtidas as informações com foco nas seguintes variáveis: sexo, idade, classificação segundo a fragilização, dimensões comprometidas do IVCF-20 e risco de vulnerabilidade.

Foi realizada análise estatística quantitativa utilizando métodos de estatística descritiva para organizar e descrever o conjunto de características observadas, obtendo-se porcentagens, média, mediana ou moda, conforme a

distribuição dos valores, e desvio-padrão. Os valores obtidos significaram a frequência das variáveis avaliadas na amostra e foram apresentados em gráficos, tabelas e/ou quadros, conforme a análise realizada.

O trabalho foi desenvolvido respeitando a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta a pesquisa e testes em seres humanos no Brasil. Foi submetido e aprovado à análise do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição e foram acatadas as orientações e recomendações éticas para a realização da pesquisa. Os pesquisadores envolvidos na pesquisa se comprometeram em manter a confidencialidade sobre os dados coletados, assim como a privacidade de seus conteúdos, conforme a Resolução 466/12 e a Resolução 510, e suas complementares, do Conselho Nacional de Saúde. O material coletado foi de uso exclusivo dos pesquisadores, com a única finalidade de fornecer dados para a realização desta pesquisa e das publicações que dela resultarem. Os dados coletados foram codificados, sem a utilização de dados pessoais que identificassem o participante. Os dados dos relatórios foram cruzados a partir do número do prontuário, de forma a proteger a identidade dos participantes da pesquisa. Sendo assim, foram assegurados a confidencialidade dos dados e das informações que possibilitassem a identificação dos participantes.

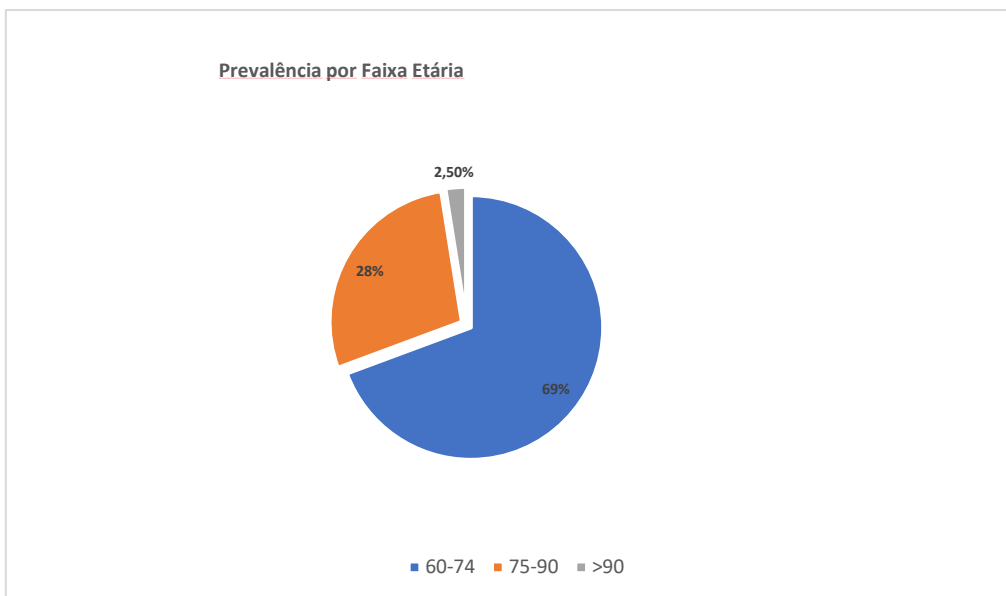
RESULTADOS

O aumento importante da população idosa no Brasil, aliado ao aumento da longevidade traz consequências na estruturação das redes de atenção a saúde, principalmente para a atenção primária a saúde, seja pública ou privada. Com mais doenças crônicas e incapacitantes funcionais, há um aumento na demanda, maior complexidade nos atendimentos e mais visitas aos serviços de saúde.

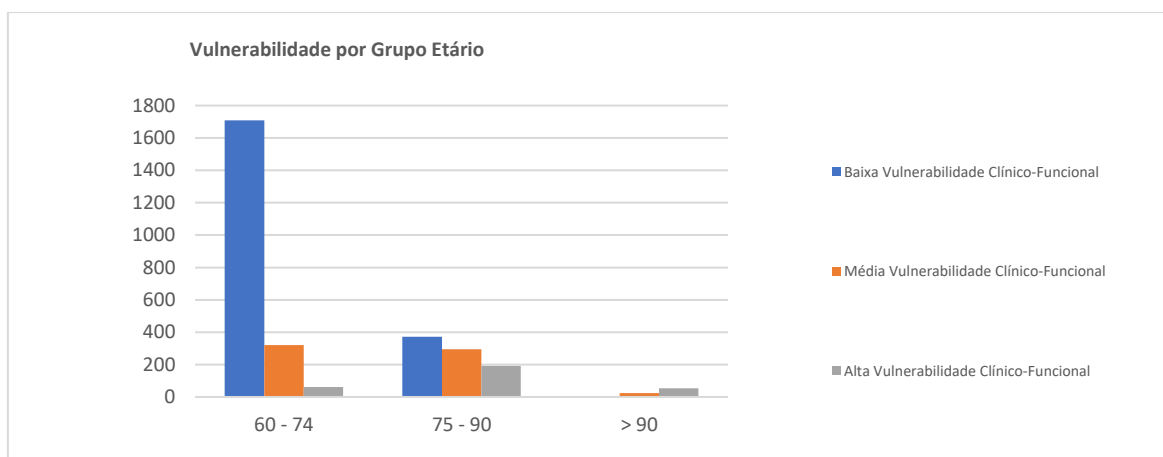
Todavia, ainda que as doenças crônicas sejam mais frequentes nessa população, nem sempre estão associadas a dependência clínico-funcional. Porém o próprio envelhecimento traz um aumento da vulnerabilidade. Diante desse cenário, faz-se necessário uma avaliação da saúde do idoso que não contemple apenas a idade cronológica e o número de doenças crônicas, mas também o risco de fragilidade do paciente. Pois, a síndrome da fragilidade é um estado de alta vulnerabilidade para desfechos negativos, dentre eles, o óbito.

Diante disso, um estudo que apresente o perfil de idosos atendidos em um determinado serviço de atenção primária, elucida quais domínios devem ser mais trabalhados para prevenção da fragilidade e quais ações podem ser realizadas para diminuir a vulnerabilidade dessa população. Sendo assim, realizou-se um estudo quantitativo com base no instrumento de triagem, o IVCF-20, para definir o perfil demográfico e clínico-funcional de idosos atendidos em um serviço de atenção primária suplementar.

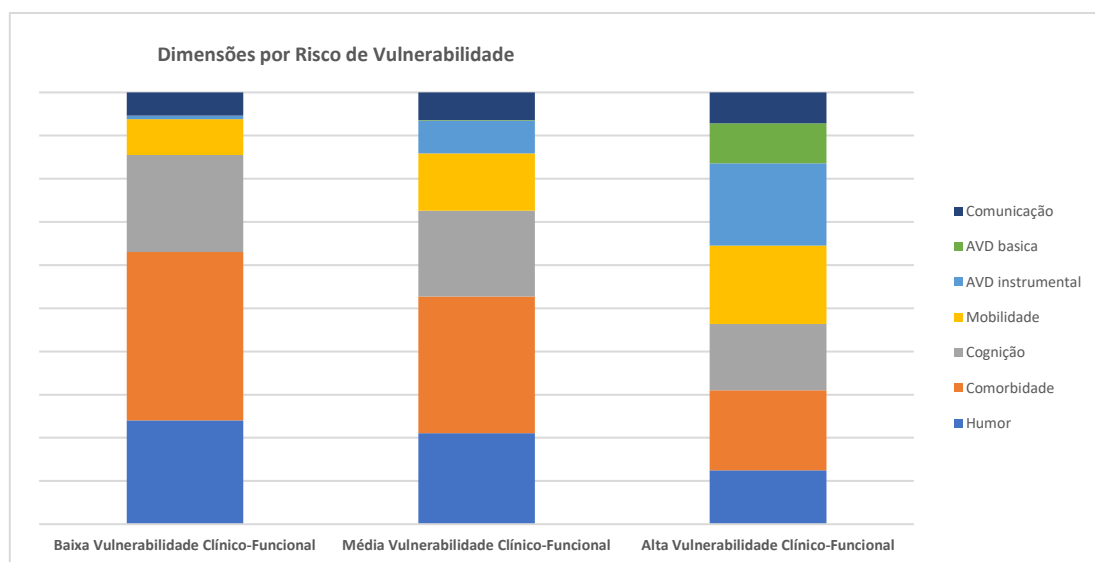
Neste estudo, a amostra analisada foi de 3024 idosos, sendo 1702 (56,3%) do sexo feminino e 1322 (43,7%) do sexo masculino. A prevalência de idosos por faixa etária está indicada na tabela 1.



Desses pacientes, 2089 (69%) apresentam idade entre 60 e 74 anos. Na faixa etária entre 75 e 90 anos, o número de idosos foi de 857, que corresponde a 28,3% da população. Os pacientes com mais de 90 anos foram 78 (2,5%). O gráfico 1 apresenta a relação da vulnerabilidade com a faixa etária.



Ao avaliar as dimensões do IVCF-20 comprometidas nestes pacientes, 827 (27,3%) pontuaram em perda de humor, 1279 (42,3%) foram considerados portadores de comorbidade, 829 (27,4%) possuíam alteração de cognição, 579 (19,1%) apresentaram perda de mobilidade, 539 (17,8%) pontuaram em perda de algum tipo de atividade de vida diária e 275 (9,1%) apresentaram alguma limitação na Comunicação. Do total de pacientes, 44 (1,45%) pontuaram em 3 dimensões. O gráfico 2 mostra a relação das dimensões comprometidas com a vulnerabilidade clínico-funcional.



Considerando-se apenas os pacientes de média e alta vulnerabilidade, 9 pacientes (0,9%) pontuaram em todas as 7 dimensões. Dentre os idosos classificados como baixo risco, as dimensões mais pontuadas foram comorbidades (24,6%) e humor (15,2%), que também lideraram as dimensões dentre os de médio risco: 79% e 52% respectivamente. Dentre os idosos com alto risco de vulnerabilidade, 90% apresentavam comprometimento para atividades instrumentais de vida diária, 87% para comorbidade, 85% para mobilidade e 72% para cognição.

CONCLUSÃO

A amostra estudada apresentou, em sua maioria, pacientes do sexo feminino, com idade entre 60 e 74 anos, sem comorbidades e com baixa vulnerabilidade clínico-funcional.

Foi realizada análise das dimensões comprometidas do IVCF-20 dos pacientes classificados como baixo, médio e alto risco de vulnerabilidade clínico-funcional, a fim de esclarecer em quais marcadores há maior prejuízo, auxiliando na criação de estratégias para redução da perda de vitalidade nos idosos.

Embora a maior parcela dos idosos tenha se apresentado como de baixo risco de vulnerabilidade, é importante notar que dentre os classificados como médio ou alto risco, tem-se um aumento expressivo de pacientes com comorbidades, comprometimento do humor e declínio funcional, sendo a maior parte deles portadores de comorbidades múltiplas, ou seja, possuem cinco ou mais doenças, usam cinco ou mais medicações e/ou foram internados nos últimos seis meses. Aproximadamente metade dos idosos da amostra analisada apresentou queixa cognitiva e/ou perda de algum tipo de atividade de vida diária.

Da mesma forma, metade apresentou perda de mobilidade. Assim, pode-se concluir que a fragilidade do idoso é multifatorial e leva ao aumento da vulnerabilidade clínico-funcional. Sendo o declínio funcional o principal marcador de fragilidade e de complicações passíveis de comprometimento da autonomia e independência dos idosos, faz-se necessária a utilização de métodos multidimensionais para avaliação e acompanhamento da população de idosos.

Avaliar a população idosa, entendendo seu perfil demográfico em conjunto com os marcadores de fragilidade, é o primeiro passo para garantir que as ações em saúde sejam planejadas com base na equidade e na prevenção de agravos.

Assinaturas:

Autor(a):

Coautores: