

A IMPORTÂNCIA DA ESTRATIFICAÇÃO DE IDOSOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: EXPERIÊNCIA DE UMA REDE SUPLEMENTAR DE SAÚDE.

Felipe Lima Magalhães; Celestino, L.F.S; Albuquerque, J.P.

Conexão Saúde Unidade Barro Preto, operadora Cemig Saude, Belo Horizonte/MG

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional representa um desafio para os sistemas de saúde, sejam eles públicos e privados, assim como para a sociedade. A proporção de pessoas idosas na população brasileira vai passar de 10% para 20% e espera-se que em 2031 o número de idosos superará o número de crianças (Mrejen et al, 2023). Dados do Censo Demográfico de 2022 mostram que a população 60+ teve um aumento de 56% em relação ao censo demográfico de 2010 e representa 15,6% da população do Brasil. Por outro lado, em 2025, o Brasil possui 3.167 médicos geriatras com título reconhecido, de acordo com dados da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG). Apesar de um crescimento significativo da especialidade entre 2011 e 2024, o número ainda é considerado insuficiente para atender a demanda da população idosa, segundo a SBGG.

A saúde no idoso pode ser definida como “a capacidade individual de realização das aspirações e da satisfação das necessidades, independentemente da idade e da presença ou não de doenças”, segundo Moraes et al. (2020). O envelhecimento está intimamente associado ao processo de fragilização, sendo frequente ocorrer piora da percepção de saúde, perda de funcionalidade com aumento progressivo de dependência para atividades de vida diária, sobreposição de doenças complexificando o cuidado necessário, dentre outras. A idade isoladamente não é um preditor de fragilidade, uma vez que o processo de envelhecimento segue um padrão heterogêneo. A fragilidade é comumente utilizada para representar o grau de vulnerabilidade do idoso a desfechos adversos, como declínio funcional, quedas, internação hospitalar, institucionalização e óbito. Ela é um conceito multidimensional associado com a redução da reserva homeostática ou da capacidade de adaptação às agressões biopsicossociais e, conseqüentemente, aumento da vulnerabilidade ao declínio funcional e suas conseqüências (Moraes et al., 2016). Estudos sobre fragilidade apontam que políticas de saúde bem estruturadas, objetivas e sustentáveis poderiam melhorar a qualidade de vida e promover o envelhecimento saudável, diminuindo o seu impacto nos sistemas de saúde. A atenção à saúde dos idosos mais frágeis com qualidade e sustentabilidade deve estar associada à avaliação multidimensional e abrangente reconhecendo as demandas biopsicossociais da pessoa; abordagem centrada na pessoa valorizando o protagonismo dela no seu plano de cuidado; utilização de uma perspectiva integral com ações preventivas, curativas, paliativas e reabilitadoras; assim como uma boa coordenação do cuidado garantindo que a informação transite de forma eficaz entre os diversos pontos da rede (Boult et al, 2010).

Uma das formas de garantir que uma atenção à saúde qualificada seja oferecida à população idosa é através da avaliação geriátrica ampla (AGA). Ela é

uma metodologia de avaliação multidimensional da pessoa idosa que objetiva identificar aspectos clínicos, psicossociais e funcionais da pessoa idosa, permitindo formular um plano terapêutico coordenado e integrado com foco na recuperação e/ou a manutenção da capacidade funcional. Permite o diagnóstico precoce, melhora a qualidade de vida da pessoa idosa, previne complicações e hospitalizações, personaliza o tratamento proposto e reduz os custos do cuidado (Freitas et al, 2011). Apesar de suas vantagens e potenciais impactos positivos nos desfechos de saúde, a incorporação da AGA na rotina da atenção primária à saúde (APS) encontra desafios de custo-benefício pelo tempo demandado para sua realização, assim como pela ausência de profissionais qualificados. Na maioria dos casos, a AGA resulta em um plano terapêutico singular que pode ser implementado pela APS com acionamento da equipe geriátrica-gerontológica eventualmente. Uma menor parcela, especialmente as pessoas idosas consideradas frágeis pela avaliação, requerem um acompanhamento continuado com a equipe geriátrica. O reconhecimento do idoso em risco ou frágil é fundamental para o estabelecimento de um plano terapêutico capaz de recuperar ou manter a autonomia e a independência da pessoa idosa, como recomendado pela Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Desta forma, torna-se fundamental utilizar no contexto da APS uma ferramenta de triagem capaz de reconhecer o idoso com fragilidade clínico-funcional.

O IVCF-20 (Índice de Vulnerabilidade Clínico-funcional) foi desenvolvido, validado e aplicado no Brasil, representando um índice multidimensional que avalia oito dimensões consideradas preditoras de declínio funcional e/ou óbito em idosos: a idade, a auto-percepção da saúde, algumas atividades de vida diária básicas e instrumentais, a cognição, o humor/comportamento, elementos da mobilidade, a capacidade comunicativa e a presença de comorbidades múltiplas. Cada seção é avaliada por perguntas simples, que podem ser respondidas pelo idoso ou por alguém que com ele conviva. Além disso, o instrumento requer algumas medidas consideradas fundamentais na avaliação do risco de declínio funcional do idoso, como peso, estatura, índice de massa corpórea (IMC), circunferência da panturrilha e velocidade da marcha em 4m. Ele pode ser aplicado por profissionais não especialistas em geriatria e gerontologia.

O instrumento apresenta alta sensibilidade (91%) e uma alta especificidade (71%) na identificação das pessoas idosas que necessitam de acompanhamento especializado com equipe geriátrica, assim como aqueles que podem continuar recebendo acompanhamento na atenção primária (Moraes et al. 2020). Idosos com até 6 pontos são considerados de baixo risco e podem ter acompanhamento clínico rotineiro, seguindo as recomendações de programas e/ou diretrizes com base em condições crônicas específicas. A partir de 7 pontos ou mais, a princípio, a pessoa deveria ser encaminhada para a passar por uma avaliação geriátrica ampla realizada por equipe geriátrico-gerontológica especializada ou pela atenção secundária. Também pode sinalizar intervenções interdisciplinares capazes de melhorar a autonomia e independência do idoso e prevenir o declínio funcional, institucionalização e óbito. Apresenta uma função gerencial da assistência ao

identificar as pessoas com maior risco para internação hospitalar e uso excessivo dos equipamentos de saúde. Permite planejar a demanda programada na atenção primária, como definição de pessoas que necessitarão de atendimento diferenciado na APS. Por fim, permite estruturar e direcionar a consulta geriátrico-gerontológica apontando as dimensões de saúde que merecem uma investigação detalhada prioritária (Moraes et al. 2016).

OBJETIVOS

Este trabalho objetiva realizar um diagnóstico situacional da população idosa acompanhada na clínica de atenção primária à saúde Conexão Saúde do barro preto integrante da autogestão Cemig Saúde. Além disso, identificar quantos idosos estão atualmente vinculados às equipes de saúde, qual a proporção destes foram avaliados utilizando o instrumento IVCF 20, qual a classificação de risco desta população e por fim, qual domínio apresenta maior impacto nesta população.

MÉTODOS

Em 2023, foi iniciada a aplicação do IVCF-20 pela equipe assistencial do Conexão Saúde Barro Preto. A população total acompanhada pela APS, no período estudado, foi de 1.082 idosos. O questionário foi aplicado a 731 idosos, considerando também reaplicações após um ano de seguimento ou em situações que demandaram reavaliação. A partir das respostas, os idosos foram classificados como robustos, em risco de fragilização ou frágeis, orientando a organização dos cuidados.

RESULTADOS

O Conexão Saúde Barro apresenta um total de 3.115 beneficiários ativos em cuidado coordenado. Deste total, 1082 pessoas são idosas, o que representa 34.7% do total de pessoas em acompanhamento. Essa proporção é maior que os 15.6% esperados para a população brasileira. Essa diferença decorre da própria característica epidemiológica da população atendida pela operadora Cemig Saúde que mantém o atendimento aos funcionários aposentados. A proporção de pessoas idosas atendidas pela operadora é de cerca de 35%.

O questionário foi aplicado 731 vezes realizando uma cobertura de 607 pessoas idosas, permitindo a sua estratificação quanto ao risco de fragilidade. Essa diferença entre o número de questionários e o número de beneficiários pode ser explicada por alguns fatores. Primeiro pela realização longitudinal do questionário, o que permite o acompanhamento dos resultados obtidos com as intervenções realizadas pela equipe assistencial. Além disso, as pessoas em acompanhamento podem ter vivenciado eventos de saúde como quedas ou internações, por exemplo, o que torna desejável uma nova estratificação do risco e ajustes no plano de cuidado terapêutico singular.

Do total de idosos estratificados, 9.6% (58 pessoas) idosos foram classificados como frágeis, 30,6% (186 pessoas) como em risco de fragilização e 59,8% (363 pessoas) como robustos. Considerando que nossa amostra representa

56% dos beneficiários maiores de 60 anos, a margem de erro deste dado de prevalência apresenta um erro de 2,6% considerando um intervalo de confiança de 95%. Desta forma, estimamos que exista um total de 103 idosos frágeis, restando 45 pessoas a serem identificadas e encaminhadas para realização de AGA pela equipe geriátrico-gerontológica. Também estimamos que exista um total de 145 pessoas idosas em risco de fragilização que precisam ser identificadas e abordadas objetivando reduzir o risco de progressão de sua fragilidade ou mesmo sua reversão. A partir dessa estratificação, foi possível organizar os fluxos e demandas assistenciais conforme o grau de complexidade identificado. A equipe multiprofissional passou a direcionar suas ações com base nessa classificação, otimizando recursos e priorizando os casos que exigem maior atenção clínica.

Realizamos também a análise dos domínios associados com o grau de fragilidade como apontados pelo IVCF-20. Uma amostra não aleatória de 306 pessoas idosas vinculadas foi analisada. Ela representa 28.1% do total de idosos acompanhados na unidade e 50.4% do total de pessoas idosas com risco de fragilidade estratificado. Esta amostra representa os idosos acompanhados por um médico de família que apresenta formação avançada geriátrico-gerontológica. A margem de erro das prevalências apresentadas a seguir considerando um intervalo de confiança de 95% é de mais ou menos 4.75%. Podemos afirmar que cerca de 44% das pessoas idosas acompanhadas na unidade apresentam alteração do humor ou comportamento, com destaque especial para o diagnóstico de transtorno depressivo maior e ansiedade.

A polifarmácia é definida pelo IVCF-20 como o uso de 5 ou mais medicações pela pessoa e aponta para um risco de fragilização daquela pessoa. A polifarmácia excessiva é definida como o uso de 10 ou mais medicamentos pela pessoa, entretanto essa subcategoria não é discriminada pelo instrumento. O uso de múltiplas medicações aponta para a presença de multimorbidades que demandam o uso de diferentes classes de medicações; para o uso de medicações inapropriadas que podem desencadear reações adversas a medicamentos como hipotensão, confusão e quedas; para alterações de farmacocinética e farmacodinâmica associadas ao processos de senescência e senilidade que demandam ajuste na dose e posologia dos medicamentos. A prevalência de polifarmácia na população acompanhada é de 47%, representando um dos principais fatores associados com o risco ou fragilização da população idosa em acompanhamento. Este diagnóstico situacional levou a equipe assistencial a propor uma intervenção em conjunto com a farmacêutica clínica da unidade. Inicialmente está sendo priorizada a avaliação e revisão das medicações adequadas, fúteis ou inapropriadas daquelas pessoas que apresentam polifarmácia excessiva, seguindo os princípios da prevenção quaternária.

CONCLUSÃO

A utilização do IVCF-20 na APS de uma rede suplementar de saúde mostra-se eficaz na estratificação e identificação dos principais fatores associados com a fragilidade ou risco de fragilização da população idosa em acompanhamento.

Promove uma organização mais eficiente da assistência e favorece a atuação direcionada da equipe multiprofissional. Como resultado, espera-se uma melhora na qualidade de vida dos idosos com um cuidado mais centrado nas necessidades de cada perfil identificado. Também se observa uma melhora da qualidade assistencial prestada, tanto pela abordagem mais centrada nas necessidades da pessoa idosa, quanto pela decisão mais racional das ações propostas no plano terapêutico singular, tornando o cuidado mais eficaz e sustentável a longo prazo.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica nº 19 – Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abca19.pdf>. Acesso em: 2 jul. 2025.

FABRÍCIO, S. C. C. et al. Desenvolvimento e validação do Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional (IVCF-20). Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 673–684, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/1809-9823.2014.13038>.

MENDES, E. V. A construção social da Atenção Primária à Saúde. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), 2015.

VERAS, R. P.; OLIVEIRA, M. Modelos assistenciais para a saúde da pessoa idosa: repensando o papel da atenção primária. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1929–1936, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.04722018>.

MREJEN, M.; NUNES, L.; GIACOMIN, K. Envelhecimento populacional e saúde dos idosos: O Brasil está preparado?. Estudo Institucional n.10. São Paulo : Instituto de Estudos para Políticas de Saúde. 2023.

BOULT C, WIELAND GD. Comprehensive primary care for older patients with multiple chronic conditions. JAMA. 2010; 304 (17):1936-43.

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. Rev Fac Ciênc Méd Sorocaba. 2020;22(1):31-5.

FREITAS E.V., MIRANDA R.D.. Avaliação Geriátrica Ampla. In: Freitas EV Py L, (orgs). Tratado de Geriatria e Gerontologia, 3ª Ed. Grupo Editorial Nacional (GEN), 2011

MORAES E.N., CARMO J.A., LANNA F.M., AZEVEDO R.S., MACHADO C.J., ROMERO D.E.M. Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional-20 (IVCF-20): reconhecimento rápido do idoso frágil. Rev Saúde Pública. 2016;50:81.


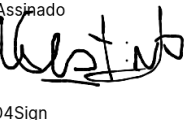
juliana.albuquerque@cemigsaude.org.br

Assinado
 

felipe.magalhaes@cemigsaude.org.br

Assinado
 

leticia.csantos@cemigsaude.org.br

Assinado
 

D4Sign 3abdc738-b885-432c-bc79-c9f64e6a4c48 - Para confirmar as assinaturas acesse <https://secure.d4sign.com.br/verificar>




Documento assinado eletronicamente, conforme MP 2.200-2/01, Art. 10º, §2.

artigo final 1 pdf

Código do documento 3abdc738-b885-432c-bc79-c9f64e6a4c48



Assinaturas

-  Juliana Peixoto Albuquerque
juliana.albuquerque@cemigsaude.org.br
Assinou
-  Felipe Lima Magalhaes
felipe.magalhaes@cemigsaude.org.br
Assinou
-  Letícia Celestino Ferreira dos Santos
leticia.csantos@cemigsaude.org.br
Assinou

Eventos do documento

11 Jul 2025, 09:02:03

Documento 3abdc738-b885-432c-bc79-c9f64e6a4c48 **criado** por GLEIDSON ANTONIO PEREIRA (8f0d3289-8f9b-429a-8105-d889a45b9adf). Email: gleidson.pereira@cemigsaude.org.br. - DATE_ATOM: 2025-07-11T09:02:03-03:00

11 Jul 2025, 09:04:00

Assinaturas **iniciadas** por GLEIDSON ANTONIO PEREIRA (8f0d3289-8f9b-429a-8105-d889a45b9adf). Email: gleidson.pereira@cemigsaude.org.br. - DATE_ATOM: 2025-07-11T09:04:00-03:00

11 Jul 2025, 11:30:34

FELIPE LIMA MAGALHAES **Assinou** - Email: felipe.magalhaes@cemigsaude.org.br - IP: 186.248.82.93 (BHE082093.CORP.atcmultimedia.com.br porta: 39444) - **Geolocalização: -19.922916 -43.954006** - Documento de identificação informado: 067.328.576-65 - DATE_ATOM: 2025-07-11T11:30:34-03:00

11 Jul 2025, 14:39:30

LETÍCIA CELESTINO FERREIRA DOS SANTOS **Assinou** - Email: leticia.csantos@cemigsaude.org.br - IP: 152.255.97.1 (152-255-97-1.user.vivozap.com.br porta: 4462) - **Geolocalização: -19.922726563213633 -43.954194801561165** - Documento de identificação informado: 085.822.606-52 - DATE_ATOM: 2025-07-11T14:39:30-03:00

14 Jul 2025, 12:27:19

JULIANA PEIXOTO ALBUQUERQUE **Assinou** - Email: juliana.albuquerque@cemigsaude.org.br - IP: 177.116.224.164 (177-116-224-164.user.vivozap.com.br porta: 31256) - Documento de identificação informado: 089.038.576-90 - DATE_ATOM: 2025-07-14T12:27:19-03:00

Hash do documento original

(SHA256):6c9c70924bb0f5e6a530e5bec0aa87c5dc365a1664ea24362f685a9a9773db04

(SHA512):7c68631064cc27aeff46bacb2c9fb3ee904109c4238abcf7b19d483c1e029da82eb367d6933a3d8d2708ea9a5b8e9f7fb51c821e4370cf55566c1d32e57e7e49

Esse log pertence **única e exclusivamente** aos documentos de HASH acima



Esse documento está assinado e certificado pela D4Sign

Integridade certificada no padrão ICP-BRASIL

Assinaturas eletrônicas e físicas têm igual validade legal, conforme **MP 2.200-2/2001** e **Lei 14.063/2020**.
