

Vulnerabilidade clínico-funcional de idosos em um centro de convivência

Clinical and functional vulnerability of elderly people from a day center
Vulnerabilidad clínico-funcional de ancianos en un centro de convivencia

Camila Evangelista de Sousa Oliveira¹  <https://orcid.org/0000-0002-1720-7011>

Sarah Giulia Bandeira Felipe¹  <https://orcid.org/0000-0001-5997-190X>

Cynthia Roberta Dias Torres da Silva¹  <https://orcid.org/0000-0002-3331-2719>

Daniela Bandeira de Carvalho¹  <https://orcid.org/0000-0002-0054-242X>

Fernando Silva-Júnior¹  <https://orcid.org/0000-0002-0273-6738>

Maria do Livramento Fortes Figueiredo¹  <https://orcid.org/0000-0003-4938-2807>

Ana Maria Ribeiro dos Santos¹  <https://orcid.org/0000-0002-5825-5335>

Márcia Teles de Oliveira Gouveia¹  <https://orcid.org/0000-0002-2401-4947>

Como citar:

Oliveira CE, Felipe SG, Silva CR, Carvalho DB, Silva-Júnior F, Figueiredo ML, et al. Vulnerabilidade clínico-funcional de idosos em um centro de convivência. Acta Paul Enferm. 2020; eAPE20190172.

DOI

<http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2020A00172>



Descritores

Envelhecimento; Idoso; Vulnerabilidade em saúde; Enfermagem geriátrica; Atenção primária à saúde

Keywords

Aging; Aged; Health vulnerability; Geriatric nursing; Primary health care

Descriptores

Envejecimiento; Anciano; Vulnerabilidad en salud; Enfermería geriátrica; Atención primaria de salud

Submetido

15 de Julho de 2019

Aceito

29 de Outubro de 2019

Autor correspondente

Cynthia Roberta Dias Torres da Silva
E-mail: cynthiarobertatorres@gmail.com

Resumo

Objetivo: Analisar a vulnerabilidade clínico-funcional de idosos participantes de um centro de convivência.

Métodos: Estudo com delineamento transversal, com 216 idosos de um centro de convivência em Teresina – PI. A coleta de dados ocorreu no período de abril a agosto de 2018, por meio do uso de um questionário para caracterização sociodemográfica e clínica, teste do desenho do relógio (TDR), “*Timed Up and Go Test*” e índice de vulnerabilidade clínico-funcional (IVCF-20). Utilizou-se o modelo de regressão linear *forward* para identificação das variáveis preditoras de vulnerabilidade individual.

Resultados: Constatou-se que 37,0% dos idosos foram classificados com médio risco para vulnerabilidade clínico-funcional e 11,1% com alto risco para vulnerabilidade. As características sociodemográficas (renda individual e renda familiar) e as características clínicas (comorbidades autodeclaradas, polifarmácia, incontinência urinária, dependência em ABVD, queda, hospitalização, frequência de atividade física, autopercepção de saúde, sentimento de tristeza e depressão frequente, cognição, esquecimento da terapia medicamentosa e mobilidade funcional associaram-se a vulnerabilidade clínico-funcional ($p < 0,05$).

Conclusão: Os achados desse estudo possibilitam a operacionalização de políticas públicas e estratégias para a identificação precoce de idosos em condição de vulnerabilidade clínico-funcional e medidas de intervenção direcionadas para a promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos com base em um cuidado integral.

Abstract

Objective: To analyze the clinical and functional vulnerability of elderly people from a day center.

Methods: Cross-sectional study carried out with 216 elderly people of a day center in Teresina, state of Piauí, Brazil. Data collection took place between April and August 2018 by means of a questionnaire for sociodemographic and clinical characterization, the clock drawing test (CDT), the Timed up and Go Test (TUG) and the Clinical and Functional Vulnerability Index (IVCF-20). Linear regression with a forward selection was applied to identify the predictive variables of individual vulnerability.

Results: It was observed that 37% of the elderly people were identified as showing medium risk with regard to clinical and functional vulnerability and 11.1% of them had a high risk. Sociodemographic (individual and family income) and clinical characteristics (self-declared comorbidities, polypharmacy, urinary incontinence, BADL-dependence, falls, hospitalization, frequency of physical activities, health self-perception, frequent sadness and depression, cognition, oblivion of drug therapy and functional mobility) were associated with clinical and functional vulnerability ($p < 0.05$).

Conclusion: The findings of our study enable the operationalization of public policies and strategies for early detection of clinical and functional vulnerability in elderly people and intervention measures aimed at promoting health and preventing illness based on comprehensive care.

¹Universidade Federal do Piauí, Teresina, PI, Brasil.
Conflitos de interesse: nada a declarar.

Resumen

Objetivo: Analizar la vulnerabilidad clínico-funcional de ancianos que participan en un centro de convivencia.

Métodos: Estudio con diseño transversal, con 216 ancianos de un centro de convivencia en Teresina, estado de Piauí. La recolección de datos se realizó de abril a agosto de 2018, por medio de un cuestionario de caracterización sociodemográfica y clínica, del test del dibujo del reloj (TDR), del "Timed Up and Go Test" y del índice de vulnerabilidad clínico-funcional (IVCF-20). Se utilizó el modelo de regresión lineal *forward* para identificar las variables predictoras de vulnerabilidad individual.

Resultados: Se constató que el 37,0% de los ancianos fue clasificado con riesgo medio de vulnerabilidad clínico-funcional y el 11,1% con riesgo alto de vulnerabilidad. Las características sociodemográficas (ingresos individuales e ingresos familiares) y las características clínicas (comorbilidades autodeclaradas, polifarmacia, incontinencia urinaria, dependencia en ABVD, caídas, internación, frecuencia de actividad física, autopercepción de la salud, sentimientos de tristeza y depresión frecuente, cognición, olvido de tratamiento medicamentosos y movilidad funcional) se relacionan con la vulnerabilidad clínico-funcional ($p < 0,05$).

Conclusión: Los descubrimientos de este estudio permiten la preparación de políticas públicas y estrategias para la identificación precoz de ancianos en condición de vulnerabilidad clínico-funcional y medidas de intervención orientadas a la promoción de la salud y prevención de enfermedades y empeoramiento basadas en el cuidado integral.

Introdução

O processo de envelhecimento está atrelado a modificações biológicas, psicológicas e sociais com impacto direto nos sistemas previdenciários e nos serviços de saúde. E embora não resulte necessariamente em adoecimento, alterações fisiológicas e patológicas do envelhecimento dificultam o estabelecimento da homeostasia quando o idoso é submetido a estressores, resultando em maior vulnerabilidade.^(1,2)

O constructo vulnerabilidade teve sua origem no início do século XVII a partir da palavra latina *vulnerabilis*, de *vulnerare*, que significa "ferir", e é definida como "susceptível à ataque ou dano físico ou emocional". Na gerontologia é abordada como um estado no qual indivíduos ou grupos têm sua capacidade de autodeterminação diminuída por déficits de inteligência, poder, educação, recursos, força e dentre outros.^(3,4)

A vulnerabilidade em saúde apresenta três dimensões distintas: individual, programática e social. A vulnerabilidade individual considera as comorbidades, sinais e sintomas, incapacidade funcional, suporte social percebido e saúde percebida. A programática, leva em conta os índices de dependência em saúde e acesso aos serviços de saúde. E por fim, a vulnerabilidade social é resultado da combinação de como o indivíduo tem acesso a informações, recursos materiais e enfrenta barreiras culturais.^(2,5,6)

Estudo nacional de base populacional revelou que dos 701 idosos participantes, 15,7% apresentaram vulnerabilidade social elevada / muito elevada e a fragilidade atingiu 31,8%. Faixa etária, sexo,

escolaridade, anos de estudo e renda contribuíram para a ocorrência de vulnerabilidade no idoso, potencializando desfechos negativos em saúde e impactando diretamente na qualidade de vida (QV) dessas pessoas.⁽⁶⁾

O presente estudo aborda a vulnerabilidade clínico-funcional, que se enquadra no âmbito individual da vulnerabilidade em saúde, a qual surge como uma condição de fragilidade pela diminuição das reservas homeostáticas e resposta insuficiente aos estressores endógenos e exógenos. Esta condição ao associar-se a senilidade gera um ciclo vicioso autoperpetuante relacionado à progressão das incapacidades, o que potencializa o risco para desenvolvimento para a síndrome da fragilidade, com admissões hospitalares recorrentes, quedas e agudização de doenças crônicas.^(2,7,8)

A pesquisa em questão emerge como produção do Grupo de Estudos sobre a Multidimensionalidade do Envelhecimento, Saúde e Enfermagem (GEMESE) da Universidade Federal do Piauí (UFPI) e justifica-se pela discreta produção de conhecimento acerca da vulnerabilidade da pessoa idosa no cenário brasileiro, especialmente com a utilização de instrumentos específicos de vulnerabilidade. Ademais, estudos preditivos possibilitam gerar dados importantes para guiar a prática do cuidado ao idoso em sua singularidade, com reconhecimento de condições de risco para vulnerabilidade. Nessa perspectiva, essa investigação poderá ter impacto direto na redução de gastos do sistema público em internações e reabilitações e fomentar medidas e estratégias efetivas de identificação, acompanhamento e monitorização de idosos em

risco de vulnerabilidade.^(1,9) Para tanto, objetivou-se analisar a vulnerabilidade clínico-funcional de idosos participantes de um centro de convivência.

Métodos

Trata-se de um estudo transversal desenvolvido em um centro de convivência de idosos do município de Teresina, PI, associado ao Núcleo de Promoção da Terceira Idade (NPTI). Atualmente, atende cerca de 450 idosos advindos de todas as áreas urbanas do município e oferece oficinas e ações voltadas para a prevenção e promoção da saúde, durante os turnos matutino e vespertino.

Para a obtenção da amostra, utilizou-se o cálculo aleatório simples, com índice de confiança 95% e erro amostral de 5% e adotou-se amostragem não probabilística de conveniência. Estabeleceram-se como critérios de inclusão: idoso em todas as faixas etárias, cadastro no centro de convivência há pelo seis meses e possuir capacidade cognitiva preservada, segundo os parâmetros do Mini Exame do Estado Mental (MEEM).⁽¹⁰⁾

A variável desfecho (dependente) consistiu na vulnerabilidade clínico funcional em idosos. Dentre as variáveis independentes destaca-se: idade, sexo, raça, estado civil, composição familiar, chefe ou responsável da família, alfabetização, anos completos de estudo, renda, fontes de renda, renda individual mensal e renda familiar, comorbidades, uso regular de cinco ou mais medicamentos prescritos, perda de peso, incontinência urinária, dependência em Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD), uso de apoio ou recurso auxiliar para andar ou enxergar melhor, queda no último ano, hospitalização no último ano, prática de atividade física, frequência semanal de atividade física, etilismo, tabagismo, autopercepção em saúde, sentimento de tristeza e depressão frequente, cognição, manutenção de terapia medicamentosa e mobilidade.

Os dados foram coletados no período de abril a agosto de 2018, por meio de questionário para caracterização sociodemográfica e clínica, teste do desenho do relógio (TDR), “*Timed Up and Go Test*” e índice de vulnerabilidade clínico-funcional (IVCF-20). A coleta foi realizada enquanto os idosos aguardavam ou após a realização das atividades do centro, por pesquisadores previamente treinados.

O questionário de caracterização sociodemográfica e clínica utilizado foi baseado em instrumento criado e validado para pesquisa com idosos após queda, tendo sido validado para idosos residentes na comunidade durante a fase de teste piloto.⁽¹¹⁾ A função cognitiva foi avaliada por meio do teste do desenho do relógio (TDR), que avalia o comprometimento cognitivo e analisa as habilidades visuo-espaciais, construtivas e executivas, sendo classificados posteriormente em aprovado, reprovado com erros mínimos ou reprovado com erros significantes.⁽¹²⁾ Já a mobilidade foi avaliada pelo teste “*Timed Up and Go Test*” (TUG), que verifica a mobilidade funcional e o risco de quedas em idosos, em que quanto menor o tempo utilizado, melhor é o desempenho no teste.⁽¹³⁾

Para avaliação da vulnerabilidade individual utilizou-se o Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional (IVCF-20), desenvolvido e validado para avaliação de oito dimensões consideradas preditoras de declínio funcional e/óbito. Cada seção tem uma pontuação específica de acordo com o desempenho do idoso e que ao total perfaz um valor máximo de 40 pontos. Ao final o idoso pode ser classificado com baixo risco para vulnerabilidade clínico-funcional (0 a 6 pontos), moderado risco para vulnerabilidade clínico-funcional (7 a 14 pontos) e alto risco para vulnerabilidade clínico-funcional (igual ou superior a 15 pontos).⁽²⁾

Para análise estatística houve a codificação das variáveis com posterior dupla digitação dos dados no Microsoft Excel, e a análise ocorreu mediante a utilização do *Software IBM SPSS* versão 21.0 (SPSS Inc. Chicago, IL, EUA). Para caracterização sociodemográfica e clínica, foram realizadas análises descritivas por meio de medidas de tendência central e dispersão. A normalidade das variáveis foi verificada pelo teste *Kolmogorov-Smirnov*. Para análise da associação entre as variáveis quantitativas independentes com a variável dependente do estudo, optou-se por utilizar o Coeficiente de Correlação de Spearman. Na interpretação da força das correlações (valores de “p”), foi utilizada a classificação que considera valores de 0,00 a 0,20 de correlação muito baixa; 0,21 a 0,39 de correlação baixa; 0,40 a 0,69 de correlação moderada; 0,70 a 0,89 de correlação alta; 0,90 a 1,00 correlação muito alta e igual a 1 como

correlação perfeita. Para comparação entre as médias foi utilizado o teste de *Mann-Whitney*.⁽¹⁴⁾

As variáveis independentes foram inseridas no modelo de regressão linear *forward*, permitindo a escolha das variáveis mais associadas ao desfecho (vulnerabilidade clínico-funcional) para inclusão no modelo final. Foram escolhidas, preferencialmente, as variáveis que apresentassem maior correlação com a variável dependente. A independência dos resíduos foi avaliada pelo teste de *Durbin-Watson*, em que valores abaixo de dois implicam a possibilidade de correlação. Todos os testes estatísticos foram realizados considerando o nível de significância 5%.

O desenvolvimento do estudo atendeu às normas nacionais e internacionais de ética em pesquisa envolvendo seres humanos, seguindo o disposto na resolução n°. 466/2012, sob parecer n° 3.131.094/2019, CAAE: 05913319.3.0000.5214, do Comitê de Ética em Pesquisa da UFPI.

Resultados

A amostra final foi composta por 216 idosos, com idade média de 70,54 (±5,87) anos. Verificou-se ainda que 86,6% (n=187) eram do sexo feminino, 59,7% (n=129) pardos, 44,4% (n=96) casados/união estável, 78,7% (n=170) residiam com familiares e 73,6% (n=159) se declaravam como chefe ou responsável pela família. Quanto à escolaridade, 83,3% (n=180) afirmaram saber ler e escrever e 45,9% (n=99) possuíam tempo máximo de quatro anos de estudo. Em relação aos aspectos econômicos, 93,5% (n=202) afirmaram ter renda própria, sendo 82,9% (n=179) proveniente de aposentadoria. A renda individual obteve média de R\$ 1537,37 (±1188,04) e a renda familiar R\$ 2799,78 (±2542,14).

As características clínicas dos idosos estão representadas na tabela 1. Destaca-se que 84,3% (n=182) relataram a presença de comorbidade, as doenças cardiovasculares e osteomusculares citadas por 90,8% e 34,3% dos idosos, respectivamente. O uso do recurso auxiliar foi citado por 87,5% (n=189) dos idosos, e os óculos de grau mencionado por 85,2%. Dos 216 idosos pesquisados, a pontuação média no IVCF-20 foi de 7,79 (±5,73). No qual, 51,9% dos idosos clas-

sificados com baixo risco para vulnerabilidade clínico-funcional, 37,0% com médio risco e 11,1% com alto risco para desenvolver tal condição.

Tabela 1. Distribuição dos idosos participantes de um centro de convivência, segundo as características clínicas

Variáveis	n(%)
Comorbidades (autodeclaradas)	
Presença	182(84,3)
Ausência	34(15,7)
Uso regular de cinco ou mais medicamentos prescritos	
Sim	64(29,6)
Não	152(70,4)
Perda de peso não intencional (3kg no último mês)	
Sim	34(15,7)
Não	182(84,3)
Incontinência urinária (autorrelatada)	
Sim	52(24,1)
Não	164(75,9)
Dependência em Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD)	
Até 1 atividade	197(91,2)
Acima de 2 atividades	19(8,8)
Uso de apoio ou recurso auxiliar para andar ou enxergar melhor	
Sim	189(87,5)
Não	27(12,5)
Queda no último ano	
Sim	76(35,2)
Não	140(64,8)
Hospitalização no último ano	
Sim	23(10,6)
Não	193(89,4)
Prática de atividade física (mínimo de 1 vez na semana)	
Sim	215(99,5)
Não	1(0,5)
Frequência semanal de atividade física	
Até 2 vezes por semana	24(11,1)
Acima de 2 vezes por semana	192(88,9)
Etilismo	
Sim	23(10,6)
Não	193(89,4)
Tabagismo	
Sim	3(1,4)
Não	213(98,6)
Autopercepção em saúde	
Excelente, muito boa, boa	144(66,7)
Regular, ruim	72(33,3)
Sentimento de tristeza e depressão frequente no último mês	
Sim	56(25,9)
Não	160(74,1)
Teste Desenho do Relógio	
Aprovado	44(20,4)
Reprovado com erros mínimos	49(22,7)
Reprovado com erros significativos	123(56,9)
Esquecimento em manutenção de terapia medicamentosa 3 vezes na semana	
Sim	82(38,0)
Não	134(62,0)
Tempo do teste "Timed Up and Go Test" (TUG)	
0 – 10 segundos	35(16,2)
11 - 20 segundos	154(71,3)
Acima de 20 segundos	27(12,5)
TOTAL	216(100,0)

Na tabela 2, observam-se as análises da correlação da vulnerabilidade clínico-funcional total com as variáveis sociodemográficas e clínicas da amostra.

Tabela 2. Correlação da vulnerabilidade clínico-funcional total com as variáveis sociodemográficas e clínicas dos idosos

Variáveis	Estatística	p-value
Sexo	2710,500 ¹	0,997
Presença de parceiro	5487,000 ¹	0,548
Alfabetização	2665,000 ¹	0,092
Renda individual	-0,145 ²	0,033*
Renda familiar	-0,219 ²	0,001**
Comorbidades autodeclaradas	2345,000 ¹	0,025*
Uso regular de cinco ou mais medicamentos prescritos	1741,000 ¹	0,000*
Perda de peso	2467,500 ¹	0,060
Incontinência urinária	2684,500 ¹	0,000*
Dependência em ABVD	613,000 ¹	0,000*
Uso de apoio ou recurso auxiliar para andar ou enxergar melhor	2227,000 ¹	0,284
Queda	3381,000 ¹	0,000*
Hospitalização	1208,000 ¹	0,000*
Prática de atividade física (mínimo 1x/ semana)	55,500 ¹	0,519
Frequência de atividade física	1611,500 ¹	0,016*
Etilismo	1993,000 ¹	0,422
Tabagismo	309,000 ¹	0,922
Autopercepção de saúde	3283,500 ¹	0,000*
Sentimento de tristeza e depressão frequente (mínimo 3 x / semana)	1734,000 ¹	0,000*
Teste do Desenho do Relógio	2605,000 ¹	0,001*
Esquecimento em manutenção de terapia medicamentosa (2 x / semana)	3591,500 ¹	0,000*
Tempo do teste "Timed Up and Go Test"	2143,000 ¹	0,002*

1=Mann-Whitney; 2=Coefficiente de correlação R6 de Spearman; *IC= 95% $\alpha=0,005$; ** IC=99% $\alpha=0,001$

Verifica-se na tabela 3 o modelo final de regressão linear dos fatores preditivos determinantes da vulnerabilidade clínico funciona na amostra

Tabela 3. Modelo final de regressão linear dos fatores preditivos de vulnerabilidade clínico-funcional

Variáveis	Coefficiente β	Erro padrão	t	p-value
Queda no último ano	-1,391	0,509	-2,736	0,007
Hospitalização no último ano	-2,040	0,762	-2,678	0,008
Autopercepção de saúde	1,568	0,506	3,096	0,002
Percepção de perda da memória por pessoas próximas	-1,624	0,529	-3,068	0,002
A perda da memória impede a realização de alguma atividade no dia a dia	-5,557	0,985	-5,642	0,000
Perda de interesse ou prazer em atividades prazerosas	-3,469	0,881	-3,936	0,000
Presença de critérios de fragilidade física (perda de peso não intencional, IMC menor que 22 kg/m ² , circunferência da panturrilha menor que 31cm, tempo gasto no teste de velocidade de marcha (4m) > 5 segundos	-2,940	0,873	-3,366	0,001
Polifarmácia	-3,577	0,521	-6,864	0,000
Sentimento de tristeza e depressão frequente (3x/semana)	-1,707	0,629	-2,713	0,007
Incontinência urinária	-2,254	0,569	-3,959	0,000
Dependência em ABVD	3,482	0,862	4,039	0,000

A análise de regressão linear múltipla mostrou, por meio do $R^2= 0,824$, que as variáveis mais associadas a vulnerabilidade clínico funcional foram: queda no último ano, hospitalização no último ano, autopercepção de saúde, percepção de perda de memória por pessoas próximas, a perda de memória impede a realização de alguma atividade no dia a dia, perda de interesse ou prazer em atividades prazerosas, presença de critérios de fragilidade física, polifarmácia, sentimento de tristeza e depressão frequente, incontinência urinária e dependência em ABVD conforme apresentado na tabela 3. O modelo de regressão linear foi adequado após uma análise da independência dos resíduos pelo teste de Durbin-Watson com valor de 1,865. Após este processo, o modelo foi considerado adequado, sendo a constante igual a 44,173 ($\pm 3,437$), com nível de significância 0,001 e R^2 com valor de 0,824.

Discussão

A prevalência de idosos do sexo feminino foi semelhante a estudos com idosos participantes de centros de convivência e relaciona-se ao processo de feminização da velhice e a menor exposição das mulheres a fatores de mortalidade, tais como menor consumo de tabaco e álcool.^(5,15) A média de idade encontrada (70,54 anos) relaciona-se com maior independência funcional e menor inserção desses idosos no mercado de trabalho, o que gera mais tempo livre e autonomia para prática de atividades recreativas.⁽¹⁶⁾ A predominância de idosos casados/união estável e que residiam com familiares reforça a importância de vínculos afetivos para prevenção do isolamento e manutenção do envelhecimento saudável.⁽¹⁷⁾

O baixo nível de escolaridade pode ser explicado pela desigualdade social presente no Brasil e pelas precárias políticas de educação das décadas de 30 e 40, em que o acesso à escola era deficitário, limitando-os aos afazeres domésticos ou à inserção precoce no mercado de trabalho.⁽⁵⁾ No que diz respeito à ocupação, a maioria dos idosos são aposentados e tem como principais fontes de renda e sustento as aposentadorias, pensões e outros benefícios do Governo.⁽¹⁷⁾

Em relação à renda individual dos participantes, verificou-se uma média acima da renda *per capita* para o estado do Piauí no ano de 2018 (R\$817,00). Recursos financeiros, escolaridade e acesso aos serviços de saúde são determinantes para a vulnerabilidade social, e quando associados aos agravos decorrentes do envelhecimento podem desencadear um processo de fragilização do idoso. Nesse contexto, esses idosos apresentam maior probabilidade para desfechos negativos em saúde, necessitando de maior engajamento em ações para prevenção de doenças e promoção de saúde.⁽⁵⁾

Quanto aos antecedentes clínicos, houve predominância de idosos que autodeclararam a presença de comorbidades, o que relaciona-se às alterações anatômicas, fisiológicas e funcionais do processo de envelhecer.^(15,18,19) Em relação a polifarmácia, verificou-se um perfil clínico positivo, posto que o uso de cinco ou mais medicamentos de modo regular pode alterar a farmacodinâmica e farmacocinética dos medicamentos aumentando o risco de perdas funcionais. Ademais, a presença dessas condições tem associação significativa com a vulnerabilidade individual, estabelecendo um fator de risco para declínio funcional e cognitivo com o passar dos anos.^(16,19)

No tocante aos critérios associados à fragilidade física, verificou-se pequena queixa de perda de peso, incontinência e dependência funcional, o que revela um perfil predominante de idosos robustos. A perda de peso contribui para o aumento do número de quedas, fraturas e interfere de forma negativa na manutenção da independência.⁽²⁰⁾ Além disso, a incontinência urinária traz repercussões negativas na vida social do idoso e pode provocar restrições e constrangimento no convívio com outras pessoas.⁽²¹⁾

A correlação entre a vulnerabilidade e a dependência dos idosos na realização de atividades básicas de vida diária (ABVD) reforça que a vida ativa dos idosos corrobora para a manutenção dos bons níveis de autonomia, além de melhorar e manter o desempenho das atividades cotidianas. Ressalta-se ainda que pequena parcela dos idosos referiu internação hospitalar e queda no último ano, tais eventos possuem impacto direto na capacidade funcional do idoso.⁽²²⁾

A prática de atividade física constitui um achado positivo da amostra, pois gera benefícios referentes

à prevenção de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), aumento da massa muscular e melhoria da capacidade cardiorrespiratória, com maximização do desempenho das ABVD, potencializando a independência e autonomia do idoso.⁽²³⁾ Ademais, potencializa o controle e redução dos sintomas de alteração do humor, pelo favorecimento da interação social e desenvolvimento da autonomia e independência.⁽²⁴⁾ Nessa vertente, observou-se a maior parcela de idosos nega o uso de álcool e tabaco. Este dado possui impacto positivo na saúde do idoso, pois a associação do etilismo e tabagismo ao uso frequente de medicamentos pode agravar manifestações clínicas e dificultar a reabilitação e reinserção do idoso na sociedade.⁽¹⁸⁾

A autopercepção de saúde é um importante indicador das condições gerais de saúde e nesse estudo, a maioria dos idosos percebeu sua saúde como positiva, o que se associa a independência funcional, fortalecimento de relações interpessoais pela participação em grupos de convivência, prática de atividades físicas, cognitivas e sociais e baixa adesão a comportamentos de risco.⁽²³⁾

Quanto ao aspecto cognitivo reforça-se que idosos pré-frágeis com déficit cognitivo transitam para um estado de fragilidade em um período curto de 12 meses, o que pode exacerbar a vulnerabilidade individual. A manutenção das habilidades de memória e raciocínio e associa-se a um menor risco para fragilidade e dependência funcional, assim corrobora-se a importância do rastreio e avaliação da vulnerabilidade em idosos com déficit cognitivo.⁽²⁵⁾

A velocidade da marcha (VM) mensurada no “*Timed Up And Go Test*” (TUG) relaciona-se a fragilidade física em idosos e as repercussões negativas do envelhecimento, como incapacidades, sedentarismo, quedas, fraqueza muscular, comprometimento cognitivo e menor QV. Esses achados reforçam a necessidade da mensuração da VM nas avaliações gerontológicas, bem como de alterações que interferem nessa velocidade, dentre elas estão à instabilidade postural, perda de massa muscular e sarcopenia.⁽²⁶⁾

No que se refere à classificação dos idosos segundo o IVCF-20 houve predomínio de idosos classificados com baixo a médio risco para vulnerabilidade clínico-funcional. Entretanto, corrobora-se a necessidade de

atuação interdisciplinar em saúde para um cuidado integral, transversal e intersetorial para os idosos, a fim de prevenir o declínio funcional e os desfechos negativos, como a institucionalização e o óbito.^(27,28)

A partir do modelo de regressão linear foram identificados fatores preditivos e determinantes ao relacionar a vulnerabilidade individual com as variáveis sociodemográficas e clínicas dos idosos. Dentre esses fatores, estão a queda e hospitalização no último ano, autopercepção de saúde, memória, anedonia, presença de critérios de fragilidade, sentimento de tristeza e depressão frequentes, incontinência urinária e dependência em ABVD.

Em idosos com risco de fragilização, ressaltam-se intervenções direcionadas para o diagnóstico precoce e ações preventivas para evitar o agravamento das condições de saúde do idoso. Em relação aos idosos frágeis é prioritária a abordagem geriátrica detalhada, com participação da equipe multiprofissional, visando manter ou restaurar a funcionalidade e autonomia do idoso.^(29,30)

Nesse contexto, os centros de convivência emergem como cenários favoráveis a promoção do envelhecimento saudável e ativo, por meio do desenvolvimento de novas habilidades cognitivas e físicas. Além disso, proporciona o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários, prevenindo o isolamento e estimulando o convívio social.⁽³¹⁻³³⁾ Entretanto, no cenário estadual e municipal as políticas ainda se mostram desarticuladas com os serviços de atenção primária e promoção da saúde, o que interfere na referência e contra referência e que tende a fragmentar a assistência ao idoso, dificultando o rastreio e avaliação precoce de idosos com risco de vulnerabilidade e desenvolvimento de intervenções precoce.

Conclusão

O presente estudo evidenciou que 88,9% dos idosos participantes do centro de convivência apresentaram baixo a médio risco para desenvolver vulnerabilidade clínico-funcional. Esta apresentou correlações com as variáveis renda individual, renda familiar e associações significantes com queda e hos-

pitalização no último ano, autopercepção de saúde, memória, anedonia, presença de critérios de fragilidade, polifarmácia, sentimento de tristeza e depressão frequente, incontinência urinária e dependência em ABVD. O modelo preditivo de vulnerabilidade individual foi composto pelas seguintes variáveis: queda e hospitalização no último ano, autopercepção de saúde, memória, anedonia, presença de critérios de fragilidade, sentimento de tristeza e depressão frequentes, incontinência urinária e dependência em ABVD. Destacam-se como limitações o desenho transversal, amostragem não probabilística, e a realização da pesquisa em apenas um centro de convivência, que impede o estabelecimento de uma relação causal entre as variáveis estudadas, ademais, é importante pontuar a baixa escolaridade, que dificulta a avaliação cognitiva e a inclusão dos idosos no estudo. No entanto, os resultados do presente estudo reforçam a necessidade da identificação precoce de idosos em condições de vulnerabilidade e oferecem contribuição teórica para que gestores, pesquisadores e profissionais de saúde planejem e operacionalizem medidas de prevenção e promoção da saúde com base em um cuidado integral.

Colaborações

Oliveira CES, Felipe SGB, Silva CRDT, Carvalho DB, Silva-Júnior F, Figueiredo MLF, Santos AMR e Gouveia MTO contribuíram com a concepção do projeto, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada.

Referências

1. Miranda GM D, Mendes ACG, Silva, ALA. Populationaging in Brazil: currentand future social challenges and consequences. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* 2016; 19(3): 507-19.
2. Moraes EM, Moraes FN. Avaliação Multidimensional do Idoso. Belo Horizonte: Folium, 2016.
3. Hardin SR. Vulnerability of Older Patients in Critical. *Care Critical Nurse.* 2015; 35(3): 55-61
4. Ayres JRDCM, Calazans GJ, Saletti Filho HC, Franca Junior .Risco, vulnerabilidade e prática de prevenção e promoção de saúde. *Tratado de saúde coletiva.* 2ª ed. São Paulo: Hucitec;2012.

5. Jesus ITM, Santos Orlandi AA, Silva Grazziano E, Zazzetta MS. Fragilidade de idosos em vulnerabilidade social. *Acta Paul Enferm.* 2017; 30(6): 614-20.
6. Bolina AF, Rodrigues RAP, Tavares DMS, Haas VJ. Fatores associados a vulnerabilidade social, individual e programática de idosos que vivem no domicílio. *Rev Esc Enferm USP.* 2019; 53:e03429.
7. Ding YY, Kuha J, Murphy M. Multidimensional predictors of physical frailty in older people: indentifying how and for whom they exert their effects. *Biogerontology.* 2017; 18(2): p.237-252.
8. Trevisan C, Veronese N, Maggi S, Baggio G, Toffanello ED, Zambon S, Manzato E. Factors influencing transitions between frailty states in elderly adults: The Progetto Veneto Anziani Longitudinal Study. *Journal of the American Geriatrics Society.* 2017; 65(1):179-184.
9. Reis CS, Noronha K, Wajnman S. Envelhecimento populacional e gastos com internação do SUS: uma análise realizada para o Brasil entre 2000 e 2010. *R. bras. Est. Pop.* 2016; 33(3): 591-612.
10. Brucki SM, Nitrini R, Caramelli P, Bertolucci PH, Okamoto I H. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. *Arq neuropsiquiatr.* 2003; 61(3): 777-81.
11. SÁ GGM. Quedas e independência funcional de idosos internados em hospital de urgência: estudo de seguimento. Teresina. Dissertação [Mestrado em Enfermagem] – Universidade Federal do Piauí (UFPI) ; 2016.
12. Rolfson, DB., Majumdar, SR., Tsuyuki, RT., Tahir, A., & Rockwood, K. Validity and reliability of the Edmonton Frail Scale. *Age and ageing* 2006; 35(5), 526-529.
13. Rodriguez ALP, Souza VR. Eficiência do teste timed up and go na predição de quedas em idosos atendidos em uma unidade básica de saúde de Fortaleza-CE. *Revista Brasileira de Prescrição e Fisiologia do Exercício.* 2016; 10(58): 314-320.
14. Pestana MH, Gageiro JN. Análise de dados para Ciências Sociais. A Complementaridade do SPSS. Edições Silabo, Lisboa, 2003.
15. Campos DM, Felipe LA. Profile of the Frailty in the Elderly Participants of an Assisting Living Residence in Campo Grande –MS. *J Health Sci.* 2016; 18 (4): 224-8, 2016.
16. Barbosa KTF, Costa KNFM, Macêdo NF, Pontes MLF, Batista PSS, Oliveira FMRL. Envelhecimento e vulnerabilidade individual: um panorama dos idosos vinculados à estratégia saúde da família. *Texto Contexto Enferm.* 2017; 26 (2).
17. Ziegler Vey AP, Franck Virtuoso JMBM, Folento Pivetta HM, Zarpellon Mazo G. Profile of the elderly participants of a coexistence group. *Fisioter Bras.* 2019; 20 (1): 27-35.
18. Silva PAB, Santos FC, Soares SM, Silva LB. Perfil sociodemográfico e clínico de idosos acompanhados por equipes de Saúde da Família sob a perspectiva do gênero . *J.res. fundam. care. online.* 2018; 10(1): 97-105.
19. Silveira PA, Silva SC, Rocha KSC. Prevalência da polifarmácia nos idosos de uma unidade básica de saúde no estado de Minas Gerais. *Revista de Atenção à Saúde (antiga Rev. Bras. Ciên. Saúde).* 2019; 16(58).
20. Mantovani KN, Fernandes MIM. Avaliação da função cognitiva de idosos em uma equipe de ESF. *Revista UNINGÁ.* 2017; 33 (1).
21. Matos MABDM, Barbosa BLA, Costa MC, Rocha FCV, Almeida CAPL, Amorim FCM. As repercussões causadas pela incontinência urinária na qualidade de vida do idoso. *J.res. fundam. care online.* 2019; 11(3): 567-575.
22. Rodrigues ARM, Leitão NMA, Cavalcante AES, Aragão MM. Autonomia nas atividades de vida diária: avaliação dos idosos praticantes de exercícios físicos. *Revista Kairós Gerontologia.* 2016;19(2): 279-293.
23. Ribeiro CS, Costa MLA, Melo VP, Franken RA, Montanari PM. Qualidade de vida: atividade física no envelhecimento. *Fisioterapia Brasil.* 2018; 19(5): 97-105.
24. Gouvêa GJA, Antunes DM, Bortolozzi F, Marques GA, Marques GBSM. Impact of Senior Dance on emotional and motor parameters and quality of life of the elderly. *Rev Rene.* 2017; 18(1): 51-8.
25. Alencar MA, Oliveira AC, Figueiredo LC, Diasa JMD, Diasa RC. Prevalência transição para a fragilidade em idosos com alteração cognitiva em uma coorte de um ano. *Geriatr Gerontol Aging.* 2018; 12(2): 89-95.
26. Binotto MA, Leonardt MH, Rodriguez-Martínez MC. Fragilidade física e velocidade da marcha em idosos da comunidade: uma revisão sistemática. *Rev Esc Enferm.* 2018; 52.
27. Freitas FFG, Soares SM. Índice de vulnerabilidade clínico-funcional e as dimensões da funcionalidade em idosos. *Rev Rene.* 2019; 20 (0).
28. Campos DM, Felipe LA. Profile of the Frailty in the Elderly Participants of an Assisting Living Residence in Campo Grande –MS. *J Health Sci.* 2016; 18 (4): 224-8.
29. Duarte YAO et al. Fragilidade em idosos no município de São Paulo: prevalência e fatores associados. *Rev bras epidemiol.* 2018; 21(2).
30. Preto LSR. Fragilidade e fatores de risco associados em pessoas idosas independentes residentes em meio rural. *Revista de Enfermagem Referência.* 2018; 4(16).
31. Derhun FM, Scolari GAS, Castro VC, Salci MA, Baldissera, VDA, Carreira L. O centro de convivência para idosos e sua importância no suporte à família e à Rede de Atenção à Saúde. *Esc Anna Nery.* 2019; 23 (2).
32. Araújo ICD. Perfil sociodemográfico e qualidade de vida de idosos de um centro de referência do idoso do oeste paulista. *Colloq Vitae.* 2019; 11(1): 17-23.
33. Bunt S et al. Social Frailty in older adults: a scoping review. *European journal of ageing.* 2017; 14 (3): 323-334.