



Índice de vulnerabilidade clínico-funcional e as dimensões da funcionalidade em idosos*

Clinical-functional vulnerability index and the dimensions of functionality in the elderly person

Fabiana Ferraz Queiroga Freitas¹, Sônia Maria Soares²

Objetivo: analisar a associação entre o Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional-20 e as dimensões da funcionalidade de idosos. **Métodos:** estudo transversal, com 307 idosos. Utilizou-se o Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional-20, Mini Exame do Estado Mental, Depressão Geriátrica Abreviada, *Timed Up and Go*, Teste de audição e Sussurro. Os dados foram analisados com recurso à estatística descritiva e significância 5%. **Resultados:** a prevalência de fragilidade correspondeu a 16,6% e em risco de fragilização 43,0%, com maiores proporções para *deficit* cognitivo, risco para depressão, alto risco de quedas, disfunção visual e auditiva. Houve associação significativa entre fragilidade e estado mental, depressão, mobilidade funcional ($p < 0,001$), Teste de Sinais de Snellen (olho direito $p = 0,015$; esquerdo $p = 0,025$) e Teste do Sussurro (ouvido direito e esquerdo $p < 0,001$). **Conclusão:** o rastreamento precoce da fragilidade e sua associação com as dimensões da funcionalidade são essenciais para propor intervenções de cuidado capazes de garantir autonomia e independência dos idosos. **Descritores:** Envelhecimento; Idoso Fragilizado; Atenção Primária à Saúde.

Objective: to analyze the association between the Clinical-Functional Vulnerability Index-20 and the dimensions of the functionality of the elderly person. **Methods:** cross-sectional study with 307 participants. The Clinical-Functional Vulnerability Index-20, Mental State Mini-Exam, Abbreviated Geriatric Depression, Timed Up and Go, Hearing Test and Whisper were used. Data were analyzed using descriptive statistics and 5% significance. **Results:** prevalence of fragility was 16.6% and fragility at risk was 43.0%, with higher proportions for the cognitive deficit, the risk for depression, high risk of falls, visual and auditory dysfunction. There was a significant association between fragility and mental status, depression, functional mobility ($p < 0.001$), Snellen Signal Test (right eye $p = 0.015$, left eye $p = 0.025$) and Whisper Test (right and left ear $p < 0.001$). **Conclusion:** the early detection of fragility and its association with the dimensions of functionality are essential to care interventions, guaranteeing the autonomy and independence of the elderly person. **Descriptors:** Aging; Frail Elderly; Primary Health Care.

*Extraído da Tese "Fatores associados à fragilidade em idosos no contexto da atenção primária", Universidade Federal de Minas Gerais, 2018.

¹Universidade Federal de Campina Grande. Cajazeiras, PB, Brasil.

²Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG, Brasil.

Autor correspondente: Fabiana Ferraz Queiroga Freitas

Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, S/N - Campus Universitário - Populares, CEP: 58935-000. Cajazeiras, PB, Brasil. E-mail: fabianafq@hotmail.com

Introdução

O envelhecimento, inerente a todo ser humano, é um fenômeno de magnitude mundial, que pode associar-se a alterações clínicas que causem ou não limitação, caracterizando-se processo normal do corpo humano influenciado por variantes de sexo, classe social, cultura e estilo de vida.

Esse fenômeno pode aumentar o número de doenças crônicas e dependências funcionais, elevando, com isso, os custos pela procura e utilização dos serviços de atenção à saúde. No entanto, o processo de envelhecimento não deve ser compreendido como sinônimo de dependência ou deficiência, e sim, relacionar-se à vulnerabilidade clínico-funcional, ou seja, maior suscetibilidade ao declínio funcional⁽¹⁾.

Esse declínio compreende alterações orgânicas que podem comprometer as principais dimensões da funcionalidade, acarretando, conseqüentemente, *deficit* locomotor, disfunções no humor, cognição e comunicação, afetando diretamente a autonomia e independência da pessoa idosa para execução de atividades básicas e instrumentais de vida diária, bem como sua qualidade de vida⁽²⁾.

Dessa forma, é relevante analisar aspectos do processo de envelhecimento, como a fragilidade, que é multidimensional e responsável pela redução da reserva homeostática e/ou capacidade de adaptação a alterações biopsicossociais, que aumentam a suscetibilidade ao declínio funcional⁽¹⁾. Quanto à definição, a fragilidade é um conceito sem consenso, havendo diferentes ferramentas e formas de avaliação capazes de compreender sua multidimensionalidade e propor ações para o cuidado em curto prazo, valorizando as condições de saúde.

O conceito de fragilidade adotado neste estudo representa a vulnerabilidade do idoso a desfechos adversos, como dependência funcional, risco de institucionalização, hospitalização ou morte, que perpassam determinantes biológicos, físicos, cognitivos e psíquicos, bem como sexo, escolaridade, estado civil, arranjos familiares e participação social. Logo, perceber

precocemente e intervir para recuperar ou retardar o declínio funcional possibilita que cuidados sejam oferecidos adequadamente, a partir das condições de saúde clínico-funcional e sociofamiliar⁽¹⁻³⁾.

Por meio do Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional-20 (IVCF-20) é possível avaliar os determinantes biológicos, físicos, cognitivos e psíquicos que contribuem para o declínio funcional em idosos, oferecendo subsídios para a equipe multiprofissional estabelecer estratégias de intervenção que promovam um envelhecimento mais ativo e saudável em integração com toda Rede de Atenção à Saúde⁽³⁾.

O IVCF-20 representa o declínio funcional a partir da classificação em três grupos: idoso robusto, idoso em risco de fragilização e idoso frágil. O robusto é aquele que não apresenta declínio funcional, gerindo sua vida com independência e autonomia; no em risco de fragilização, o declínio funcional é iminente, sendo o idoso capaz de gerir sua vida com independência e autonomia, mesmo apresentando alto risco de dependência funcional; enquanto no frágil, o declínio funcional está estabelecido, havendo incapacidades únicas ou múltiplas para o idoso gerir sua vida⁽¹⁻³⁾.

Diante o declínio funcional, analisando associações com dimensões da funcionalidade, é possível indicar modos de lidar e associar a autonomia e independência do idoso ao processo de envelhecimento, buscando ações mais assertivas de cuidado, contribuindo com a prática autônoma da enfermagem gerontológica no contexto da Rede de Atenção à Saúde, com visibilidade social e de qualidade.

Este estudo tem por objetivo analisar a associação entre o Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional-20 e as dimensões da funcionalidade de idosos.

Métodos

Trata-se de estudo transversal, realizado no município de Pombal, Paraíba, no nível de atenção primária à saúde, nas doze Unidades Básicas de Saúde que recortam a extensão territorial rural e urbana do município.

Com a intenção de realizar inferências entre estudos desenvolvidos em cenários internacionais e nacionais, como também pela incidência das doenças crônicas não transmissíveis aumentar com a idade⁽⁴⁾, a população do estudo foi composta por 2.972 pessoas idosas cadastradas nas Unidades Básicas de Saúde, com idade igual ou superior a 65 anos. Para o cálculo do tamanho amostral, adotou-se prevalência de fragilidade e risco de fragilização de 65,8%, a partir da análise das médias das prevalências de estudos nacionais e do Ministério da Saúde; em seguida, a operacionalização do cálculo resultou em um (n) equivalente a 307 idosos, com nível de confiança de 95% e erro amostral igual a 5%⁽⁵⁻⁶⁾.

Os idosos foram distribuídos proporcionalmente entre as 12 Unidades Básicas de Saúde e sorteados aleatoriamente com base na relação proveniente dos prontuários de cada Unidade. Adotaram-se critérios de inclusão: idade igual ou superior a 65 anos; cadastrados em uma das Unidades Básicas de Saúde há pelo menos seis meses; em capacidade de locomoção com ou sem uso de dispositivo auxiliar (bengala, muleta e andador); considerando apenas um idoso por residência. Foram excluídos: idosos ausentes de suas residências após três tentativas de visita; hospitalizados; acamados e com diagnóstico médico confirmado de demência a partir dos prontuários disponíveis nas Unidades Básicas de Saúde devido ao declínio de memória avançado interferir no desempenho cognitivo.

A coleta de dados foi realizada no período de janeiro a março de 2017 pelo pesquisador e dois acadêmicos voluntários do Curso de Bacharelado em Enfermagem, após capacitação de 20 horas acerca do objeto do estudo, seguida por pré-teste para planejamento da coleta em idosos que não residiam no município do estudo, estabelecendo um padrão às entrevistas individuais, ocorridas no domicílio dos idosos, contando com a companhia dos agentes comunitários de saúde para localização das residências em sua área de cobertura.

Inicialmente, coletaram-se dados referentes à caracterização sociodemográfica por meio de for-

mulário elaborado pelo Grupo de Pesquisa Núcleo de Estudos e Pesquisas em Cuidado e Desenvolvimento Humano da Universidade Federal de Minas Gerais; em seguida, utilizou-se o instrumento para rastreio da fragilidade, o Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional-20, elaborado no Brasil para utilização na Atenção Primária à Saúde, clínicas geriátricas, centros de convivência, serviços de urgência e emergência ou em instituições de longa permanência⁽³⁾.

O IVCF-20 é constituído por vinte questões, distribuídas em oito dimensões, a saber: idade; autopercepção da saúde; atividades de vida diária (três instrumentais e uma básica); cognição; humor/comportamento; mobilidade (alcance, preensão e pinça; capacidade aeróbica/muscular; marcha e continência esfinteriana); comunicação (visão e audição); e presença de comorbidades múltiplas (polipatologia, polifarmácia e/ou internação recente). Sua pontuação total é de 40 pontos e quanto mais alta, maior a vulnerabilidade clínico-funcional do idoso. Escores de 0 a 6 pontos (Robusto) correspondem a baixo risco, de 7 a 14 pontos (Em risco de fragilização) risco moderado e ≥ 15 (Frágil) alto risco⁽³⁾.

Após, para rastreio de *deficit* cognitivo em toda a amostra, utilizou-se o Mini Exame do Estado Mental. Sua pontuação total varia de 0 a 30, sendo considerados os seguintes pontos de corte para avaliação dos resultados obtidos: alta escolaridade, 26 pontos; idosos analfabetos, 13 pontos; baixa escolaridade ou média escolaridade (entre 1 e 4 anos incompletos ou entre 4 e 8 anos incompletos), 18 pontos⁽⁷⁾. Para a condução do estudo, considerou-se idoso com *deficit* cognitivo quando alcançados esses pontos de corte.

O rastreio do risco para depressão ocorreu por meio da aplicação da Escala de Depressão Geriátrica em versão abreviada de Yesavage, que avalia a presença ou ausência sugestiva de depressão. Constituído por quinze perguntas dicotômicas, o escore é considerado conforme intensidade de sintomas depressivos, de 0 - 5 pontos: normal; 6-10 pontos: depressão leve; e a partir de 11 pontos: depressão grave⁽⁸⁾. Foram considerados idosos com risco para depressão quando

presente a classificação de depressão leve ou grave.

Já o rastreio da mobilidade se deu pela utilização do Teste *Timed Up and Go*, que quantifica em segundos a mobilidade funcional, perante o tempo gasto para realizar a tarefa de levantar e sentar-se da cadeira, caminhar 3 metros, virar, voltar à cadeira e sentar-se novamente. Sua utilização permite a classificação da pessoa idosa em independente e com baixo risco de quedas quando o tempo de teste for igual ou menor que 10 segundos; com médio risco de quedas e semi-independentes quando o tempo for entre 10,1 e 20 segundos; e com alto risco de quedas e pouco independentes quando maior que 20 segundos⁽⁹⁾.

O Teste do Sussurro foi utilizado para avaliação da acuidade auditiva, desenvolvido em ambiente silencioso, com o idoso sentado em uma cadeira, examinador posicionado a 30 cm de cada ouvido da pessoa idosa e fora do seu campo visual, sussurrando-lhe uma simples pergunta na qual o idoso foi considerado sem disfunção quando capaz de responder à pergunta⁽¹⁰⁾.

Para avaliação da acuidade visual, utilizou-se o Teste de Sinais de Snellen, que é constituído por uma tabela com uma série de linhas, contendo letras ou figuras de tamanhos diferentes, dispostas em sequência decrescente, identificando visão normal quando presente a leitura da linha 20/20 em ambos os olhos⁽¹¹⁾. O teste foi realizado em condições adequadas de luminosidade, o idoso foi posicionado sentado em uma cadeira a cinco metros de distância da tabela, que foi fixada na parede à frente do idoso, no nível dos seus olhos, feito com cada olho separadamente. Como neste estudo a pretensão era conferir a funcionalidade da visão, o uso de lentes corretivas foi permitido, quando rotineiro na vida do idoso.

Os dados obtidos foram duplamente digitados em planilha eletrônica no programa Microsoft Office Excel® 2010. A análise dos dados foi realizada nos softwares *R* e *Minitab* 15 de forma descritiva, conduzida pelo cálculo de Análise da Variância e os testes *Kruskall-Wallis* e *qui-quadrado*. Para verificar a corre-

lação entre a pontuação do IVCF-20 com o Mini Exame do Estado Mental, Escala de Depressão Geriátrica Abreviada e Teste *Timed Up and Go*, utilizou-se o Coeficiente de Correlação de *Pearson*. Em todos os testes, o nível de significância considerado foi 5%.

O estudo respeitou as exigências formais contidas nas normas nacionais regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, conforme parecer nº 1.870.226 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética nº 62429616.0.0000.5149. Os participantes aceitaram participar do estudo mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados

Analisando as características da população idosa residente em Pombal/PB, Brasil, observaram-se 132 (43,0%) dos idosos em risco de fragilização, 124 (40,4%) robustos e 51 (16,6%) frágeis, com predomínio do sexo feminino 222 (72,3%). A média de idade foi de 81,67 anos para os idosos frágeis; já para os classificados em risco de fragilização foi 75,51 anos, enquanto os robustos foram 72,88 anos. A renda média familiar é próxima para os três grupos, em torno de pouco mais de 1,5 salário mínimo (1,88 frágeis, 1,76 em risco de fragilização e 1,92 robustos).

Ao analisar a proporção dos idosos em relação ao *deficit* cognitivo, evidenciou-se que a maioria não apresenta *deficit* cognitivo, 276 (89,9%), e para aqueles com *deficit* cognitivo, 10 (3,3%) eram frágeis, 15 (4,9%) em risco de fragilização e 6 (1,9%) robustos. A maioria dos idosos não apresentou risco para depressão, 209 (68,1%), enquanto 54 (17,5%) daqueles em risco de fragilização apresentaram risco para depressão. O alto risco de queda esteve presente na maioria dos idosos, 241 (78,5%), sendo os maiores índices para os idosos em risco de fragilização, 117 (38,1%), seguidos pelos robustos 74 (24,1%) (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição de idosos segundo idade, renda mensal familiar, Mini Exame do Estado Mental, Depressão Geriátrica Abreviada e Timed Up and Go por classificação do Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional-20

Variáveis	Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional-20				p
	Frágil n (%)	Em risco n (%)	Robusto n (%)	Total n (%)	
Idade	51 (16,6)	132 (43,0)	124 (40,4)	307 (100,0)	<0,001*
Renda mensal familiar	51 (16,6)	132 (43,0)	124 (40,4)	307 (100,0)	0,931*
Mini exame do estado mental					<0,001†
Com <i>deficit</i> cognitivo	10 (3,3)	15 (4,9)	6 (1,9)	31 (10,1)	
Sem <i>deficit</i> cognitivo	41 (13,4)	117 (38,1)	118 (38,4)	276 (89,9)	
Depressão geriátrica abreviada					<0,001†
Com risco para depressão	24 (7,9)	54 (17,5)	20 (6,5)	98 (31,9)	
Sem risco para depressão	27 (8,8)	78 (25,4)	104 (33,9)	209 (68,1)	
Timed Up and Go					<0,001*
Alto risco de queda	50 (16,3)	117 (38,1)	74 (24,1)	241 (78,5)	
Baixo risco de queda	1 (0,3)	15 (4,9)	50 (16,3)	66 (21,5)	

*Teste de Kruskal-Wallis; †Análise da Variância

Tabela 2 – Distribuição dos idosos quanto ao Teste de Sinais de Snellen e Teste do Sussurro por classificação do Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional-20

Variáveis	Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional-20				p*
	Frágil n (%)	Em risco n (%)	Robusto n (%)	Total n (%)	
Teste de Sinais de Snellen (olho direito)					0,015
Sem disfunção	24 (13,4)	71 (39,7)	84 (46,9)	179 (100,0)	
Com disfunção	27 (21,1)	61 (47,7)	40 (31,2)	128 (100,0)	
Teste de Sinais de Snellen (olho esquerdo)					0,025
Sem disfunção	22 (12,2)	77 (42,8)	81 (45,0)	180 (100,0)	
Com disfunção	29 (22,8)	55 (43,3)	43 (33,9)	127 (100,0)	
Teste do Sussurro (ouvido direito)					<0,001
Sem disfunção	22 (9,9)	98 (43,9)	103 (46,2)	223 (100,0)	
Com disfunção	29 (34,5)	34 (40,5)	21 (25,0)	84 (100,0)	
Teste do Sussurro (ouvido esquerdo)					<0,001
Sem disfunção	20 (9,7)	96 (46,4)	91 (43,9)	207 (100,0)	
Com disfunção	31 (31,0)	36 (36,0)	33 (33,0)	100 (100,0)	

*Teste qui-quadrado

O maior comprometimento visual seja no olho direito, 61 (47,7%), ou esquerdo, 55 (43,3%), foi identificado nos idosos em risco de fragilização, havendo associação entre o IVCF-20 e o Teste de Sinais e Snellen, tanto para o olho direito ($p=0,015$) quanto para o esquerdo ($p=0,025$). A distribuição dos idosos com relação ao Teste do Sussurro apontou predomínio de disfunção no ouvido direito, 34 (40,5%), e esquerdo, 36 (36,0%), dos idosos em risco de fragilização, com associação entre o IVCF-20 e o Teste do Sussurro para o ouvido direito e esquerdo ($p<0,001$) (Tabela 2).

O coeficiente de Correlação de Pearson mostrou que a correlação entre o IVCF-20 e o Mini Exame do Estado Mental é negativa e fraca ($\rho=0,376$), bem como significativa ($p<0,001$). Entre o IVCF-20 e a Depressão Geriátrica Abreviada houve correlação positiva e fraca ($\rho=0,327$), bem como significativa ($p<0,001$). Para o IVCF-20 e o *Timed Up and Go*, a correlação foi positiva e moderada ($\rho=0,560$), como também significativa ($p<0,001$) (Tabela 3).

Tabela 3 – Coeficiente de Correlação de Pearson entre o Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional-20 e o Mini Exame do Estado Mental, Depressão Geriátrica Abreviada e *Timed Up and Go*

Instrumento de avaliação	Coeficiente (ρ)*	p†
Mini Exame do Estado Mental	-0,376	< 0,001
Depressão Geriátrica Abreviada	0,327	< 0,001
<i>Timed Up and Go</i>	0,560	< 0,001

*Correlação de Pearson; †Teste qui-quadrado

Discussão

Como possíveis limitações, considera-se o recorte transversal por relacionar-se a um estudo unicêntrico, as características do grupo estudado com 65 anos ou mais, de forma que os achados podem divergir da realidade dos idosos de 60 a 64 anos e de apenas um município do nordeste brasileiro, fato que não permite a generalização para outros territórios. Ademais, sugerem-se investigações multicêntricas, longitudinais, de coorte e inquéritos populacionais, possíveis de acompanhar a fragilidade.

Os resultados deste estudo podem contribuir com intervenções que ofereçam direcionamento a gestores, profissionais de saúde e pesquisadores, perante a compreensão da vulnerabilidade clínico-funcional, com vistas ao direcionamento de políticas e ações de saúde integral, robusta e resolutiva, capaz de prolongar a autonomia e independência da pessoa idosa e fortalecer a Atenção Primária à Saúde.

Não foram encontrados estudos que avaliaram a fragilidade a partir do Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional-20 em idosos assistidos pela estratégia de saúde da família. Todavia, em estudos nacionais e internacionais que utilizaram outros instrumentos de rastreio para a fragilidade em idosos e em municípios com baixo índice de desenvolvimento humano⁽¹²⁻¹³⁾, os índices revelados foram semelhantes aos dados evidenciados nesta pesquisa, sendo elevada a prevalência de idosos frágeis com o avançar da idade e sexo feminino.

Reconhecer precocemente o declínio funcional auxilia na formulação de intervenções, que precisam ser individualizadas e centradas nas especificidades de cada ser, envolvendo familiares e cuidadores, a fim de garantir condutas mais efetivas e abrangentes em atividades que influenciem novo estilo de vida, como atividades de jardinagem e hortaliças, tarefas domésticas e de lazer com incentivo a leituras, jogos de quebra-cabeça, dominó, palavras cruzadas, dentre outras, além da partilha de sentimentos entre os idosos, seus familiares e cuidadores, que conseqüentemente amplia sua participação social.

As perdas cognitivas se configuram fator predisponente para a fragilidade por serem responsáveis pela maior dependência dos idosos e reduzirem sua qualidade de vida associando-se a maior número de comorbidades⁽¹⁴⁾. Os resultados deste trabalho evidenciam predominância de idosos sem *deficit* cognitivo, dados contrários ao divulgado por estudo que avaliou a condição de fragilidade em relação ao *deficit* cognitivo, identificando altas concentrações de idosos com *deficit* cognitivo em regiões com reduzidos níveis de renda e menores condições socioeconômicas⁽⁵⁾.

Esse resultado pode decorrer das habilidades de raciocínio e memória, apresentadas pelos idosos desta pesquisa, associadas ao contexto de vida local, em que a fonte de renda em grande parte era gerada da agropecuária e venda para subsistência, permitindo maior facilidade para a realização de cálculos e utilização contínua de habilidades de memória, atenção e orientação, e, assim, um bom funcionamento cognitivo que perdura nos dias atuais.

Já o acentuado índice de idosos sem risco para depressão no estudo, possivelmente, aponta um perfil com reduzido sofrimento psíquico e risco de suicídio, que, apesar da baixa renda e comprometimento de saúde, apresenta-se resiliente às adversidades, conduzindo a vida com elevada autoestima.

Em um estudo desenvolvido no interior da Paraíba, 71,9% da amostra não manifestaram sintomas depressivos e, quando presentes, associaram-se com

sexo feminino, estado civil divorciado, ausência de religião e doença crônica; similar a uma pesquisa realizada no Chile cuja utilização do Mini Exame do Estado Mental apontou declínio cognitivo em apenas 4,5% da amostra⁽¹⁵⁾.

Uma das intervenções capazes de contribuir com o controle ou redução de sintomas depressivos e demenciais e, assim, o desenvolvimento da autonomia e independência do idoso é o estímulo à prática de atividade física, caracterizada como fator de proteção contra a fragilidade. Sendo responsável também pela interação social e por aumentar o desempenho funcional, a capacidade aeróbica, a flexibilidade, a velocidade de marcha e o equilíbrio dos idosos, beneficiando a cognição, memória e habilidades sociais, reduzindo potenciais riscos de quedas, internações e institucionalizações, como forma de manter e melhorar a mobilidade, força física e muscular de pessoas idosas em condição de fragilização⁽¹⁶⁻¹⁷⁾.

A prática de atividade física consiste em um modelo de intervenção protetiva e terapêutica, de baixo risco e elevada efetividade na prevenção de quedas, outro evento preocupante e que contribui com o processo de fragilização devido à sarcopenia e perda de massa muscular que alteram a instabilidade postural e velocidade de marcha, tornando o idoso mais suscetível.

Estudo brasileiro aponta a lentidão de marcha como um dos itens mais frequentes à fragilidade em população idosa, associada à incapacidade, institucionalização e quedas com lesão, causando perda transitória ou definitiva da autonomia e independência⁽¹⁷⁾. A correlação do Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional-20 com o estado cognitivo, humor e mobilidade foi significativa e esperada, pois estudos comprovam a influência da cognição, humor e mobilidade sob a fragilidade⁽¹⁸⁻¹⁹⁾.

Outra condição que também abala a funcionalidade dos idosos, algo crescente nessa população, é a deficiência visual e auditiva. A deterioração da função visual e auditiva contribui com o mau funcionamento físico, dificuldade de equilíbrio e marcha, ocorrência

de quedas, incapacidades, baixo envolvimento social e uma vida mais inativa⁽²⁰⁾, além de gerar sintomas semelhantes às alterações demenciais, que comprometem a comunicação do idoso, colaborando, portanto, com a fragilidade.

O comprometimento do processo de comunicação implica na troca de informações ineficaz, desejos, ideias ou sentimentos vivenciados⁽¹⁾, motivo que exige capacitação profissional para atuar nas dificuldades utilizando estratégias de cuidado, como escuta ativa, diálogo, apoio e toque, que proporcionam uma comunicação terapêutica eficaz e, assim, uma boa relação e vínculo com o idoso.

Os achados deste estudo podem contribuir para o conhecimento do declínio funcional em idosos, oferecendo subsídios para gestores, pesquisadores e profissionais de saúde planejarem ações de prevenção e promoção de saúde, com vistas ao direcionamento do cuidado integrado, transversal e intersetorial, suscitando o interesse na realização de estudos que permitam comparações entre instrumentos de avaliação e abordem a aplicabilidade de métodos de prevenção e tratamento da fragilidade.

Conclusão

O declínio funcional é um indicativo de cuidado por comprometer as principais dimensões da funcionalidade e afetar a autonomia e independência das pessoas idosas, contribuindo com a fragilidade. Observam-se fatores associados à fragilidade, como estado mental, depressão, mobilidade funcional, acuidade auditiva e visual, que se reconhecidos precocemente possibilitam a identificação de fatores que podem desencadear o declínio funcional, oportunizando aos enfermeiros e profissionais da saúde intervenções de cuidado a partir das especificidades do idoso, fomentando debate para reformulação de políticas públicas e novos planos de intervenção na Rede de Atenção à Saúde, com vistas à melhoria da autonomia e independência da pessoa idosa.

Agradecimentos

À Secretaria Municipal de Saúde do município de Pombal e aos participantes pela receptividade e disponibilidade.

Colaborações

Freitas FFQ contribuiu na concepção e projeto, coleta, análise, interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada. Soares SM contribuiu na concepção e projeto, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada.

Referências

1. Moraes EM, Lanna FM, Santos RR, Bicalho MAC, Machado CJ, Romero DE. A new proposal for the clinical-functional categorization of the elderly: Visual scale of frailty (VS-Frailty). *J Aging Res Clin Pract.* 2016; 5(1):24-30. doi: <http://dx.doi.org/10.14283/jarcp.2016.84>
2. Tse MM, Kwan RYC, Lau JL. Ageing in individuals with intellectual disability: issues and concerns in Hong Kong. *Hong Kong Med J.* 2018; 24(1):68-72. doi: dx.doi.org/10.12809/hkmj166302
3. Moraes EM, Carmo JÁ, Moraes FL, Azevedo RS, Machado CJ, Montilla DER. Clinical-Functional Vulnerability Index-20 (IVCF-20): rapid recognition of frail older adults *Rev. saúde pública.* 2016; 50(81):1-10. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050006963>
4. Coutinho MLN, Samúdio MA, Andrade LM, Coutinho RN, Silva DMA. Sociodemographic profile and hospitalization process of elderly assisted at a emergency hospital. *Rev Rene.* 2015; 16(6):908-1005. doi: dx.doi.org/10.15253/2175-6783.2015000600018
5. Neri AL, Yassuda MS, Araújo LF, Eulálio MC, Cabral BE, Siqueira MEC, et al. Metodologia e perfil sociodemográfico, cognitivo e de fragilidade de idosos comunitários de sete cidades brasileiras: estudo FIBRA. *Cad Saúde Pública.* 2013; 29(4):778-92. doi: dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2013000400015
6. Nunes DP, Duarte YAO, Santos JLF, Lebrão ML. Screening for frailty in older adults using a self-reported instrument. *Rev Saúde Pública.* 2015; 49(2):1-9. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2015049005516>
7. Bertolucci PHF, Brucki SMD, Campacci SR, Juliano Y. The Mini-Mental State Examination in a general population: impact of educational status. *Arq Neuropsiquiatria.* 1994; 52(1):1-7. doi: dx.doi.org/10.1590/S0004-282X1994000100001
8. Li Z, Jeon YH, Low LF, Chenoweth L, O'Connor DW, Beattie E, Brodaty H. Validity of the geriatric depression scale and the collateral source version of the geriatric depression scale in nursing homes. *Int Psychogeriatr.* 2015; 27(9):1495-504. doi: <https://doi-org.ez27.periodicos.capes.gov.br/10.1017/S1041610215000721>
9. Vance RC, Healy DG, Galvin R, French HP. Dual tasking with the timed "up & go" test improves detection of risk of falls in people with Parkinson disease. *Phys Ther.* 2015; 95(1):95-102. doi: dx.doi.org/10.2522/ptj.20130386
10. Labanca L, Guimarães FS, Costa-Guarisco LP, Couto EAB, Gonçalves DU. Screening of hearing in elderly people: assessment of accuracy and reproducibility of the whispered voice test. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2017; 22(11): 3589-98. doi: dx.doi.org/10.1590/1413-812320172211.31222016
11. Ferreira LMBM, Ribeiro KMOBF, Lima KC. Prevalence of vestibulopathy in institutionalized elderly persons in Natal-RN-Brazil. *Rev CEFAC.* 2015; 17(5):1563-72. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-021620151752815>
12. Lee JSW, Auyeung TW, Leung J, Kwok T, Woo J. Transitions in frailty states among community-living older adults and their associated factors. *J Am Med Dir Assoc.* 2014; 15(4):281-6. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jamda.2013.12.002>

13. Reis Júnior WM, Carneiro JAO, Coqueiro RS, Santos KT, Fernandes MH. Pre-frailty and frailty of elderly residents in a municipality with a low Human Development Index. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2014; 22(4):654-61. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.3538.2464>
14. Silva HS, Duarte YAO, Andrade FB, Cerqueira ATAR, Santos JLF, Lebrão ML. Correlates of above-average cognitive performance among older adults: the SABE study. *Cad Saúde Pública*. 2014; 30(9):1977-86. doi: dx.doi.org/10.1590/0102-311X00131913
15. Tapia CP, Valdivia-Rojas Y, Varela HV, Carmona AG, Iturra VM, Jorquera MC. Indicadores de fragilidad en adultos mayores del sistema público de salud de la ciudad de Antofagasta. *Rev Med Chile*. 2015; 143(4):459-66. doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872015000400007>
16. Gouvêa JAG, Antunes MD, Bortolozzi F, Marques AG, Bertolini SMMG. Impact of Senior Dance on emotional and motor parameters and quality of life of the elderly. *Rev Rene*. 2017; 18(1):51-8. doi: <http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.2017000100008>
17. Lima BM, Araújo FA, Scattolin FAA. Qualidade de vida e independência funcional de idosos frequentadores do clube do idoso do município de Sorocaba. *ABCS Health Sci*. 2016; 41(3):168-75. doi: <http://dx.doi.org/10.7322/abcshs.v41i3.907>
18. Silva SLA, Neri AL, Ferrioli E, Lourenço RA, Dias RC. Fenótipo de fragilidade: influência de cada item na determinação da fragilidade em idosos comunitários – Rede Fibra. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2016; 21(11):3483-92. doi: dx.doi.org/10.1590/1413-812320152111.23292015
19. Puts TEM, Toubasi S, Andrew MK, Ashe MC, Ploeg J, Atkinson E, et al. Interventions to prevent or reduce the level of frailty in community-dwelling older adults: a scoping review of the literature and international policies. *Age Ageing*. 2017; 46(3):383-92. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/ageing/afw247>
20. Liljas AE, Wannamethee SG, Whincup PH, Papacosta O, Walters K, Iliffe S, et al. Socio-demographic characteristics, lifestyle factors and burden of morbidity associated with self-reported hearing and vision impairments in older British community-dwelling men: a cross-sectional study. *J Public Health*. 2015; 38(2):21-8. doi: dx.doi.org/10.1093/pubmed/fdv095