

**CARACTERIZAÇÃO DE IDOSOS RESIDENTES NA COMUNIDADE DE ACORDO COM O ÍNDICE DE VULNERABILIDADE CLÍNICO FUNCIONAL 20 (IVCF-20): UM ESTUDO TRANSVERSAL**

***CHARACTERIZATION OF COMMUNITY-DWELLING ELDERLY ACCORDING TO THE CLINICAL AND FUNCTIONAL VULNERABILITY INDEX 20 (IVCF20): A CROSS-SECTIONAL STUDY***

Ana Paula Gomes<sup>1</sup>, Antonio Maurício Rodrigues Brasil<sup>2</sup>, Élen Beatriz Carneiro Pinto<sup>3</sup>

1. Acadêmica do Curso de fisioterapia da EBMS – Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, ORCID: 0000-0001-7181-9759
2. Fisioterapeuta, Mestre em Tecnologias em Saúde pela EBMS, Especialista em Residência Multiprofissional em Saúde da Família pela SESAB em parceria com a EBMS, Professor Assistente da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, ORCID: 0000-0003-4592-8550
3. Fisioterapeuta, Doutora em Ciências da Saúde pela UFBA, Professora Titular da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, ORCID: 0000-0003-3753-923X

Autor para correspondência: anasantos19.1@bahiana.edu.br

**RESUMO:**

**Introdução:** A saúde do idoso é melhor definida pela vulnerabilidade clínico funcional, que expõe o potencial de perdas ligadas a inaptidões únicas ou múltiplas para o idoso gerir sua vida, podendo ser classificado em robusto, em risco de fragilização e frágil, através do IVCF-20. **Objetivo:** Descrever as características dos idosos de acordo com a classificação do índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional 20. **Método:** Trata-se de um estudo observacional de corte transversal, que incluiu homens e mulheres maiores de 65 anos residentes na comunidade com marcha independente. Foram aplicados um questionário para coleta dos dados sociodemográficos e o Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional-20 (IVCF-20)/ versão do profissional de saúde. Para a análise estatística foi utilizado o software SPSS. Em seguida, foi feita a análise descritiva univariada, aplicou-se o teste Qui-quadrado ou Teste Exato de Fisher para as variáveis categóricas e o Teste T-student para as variáveis contínuas, além de comparar a frequência das respostas relacionadas aos indicadores de vulnerabilidade do IVCF-20. **Resultados:** Entre os 102 idosos, 50 (49%) foram classificados como não robustos, prevalecendo idosos mais velhos, com menor escolaridade e que faziam uso de dispositivos auxiliares de marcha. As características clínico-funcionais associadas a fragilização do idoso de acordo com as dimensões do IVCF-20 foram: autopercepção negativa de saúde, incapacidade para realizar AVDs e AIVDs, eventos de queda, alteração cognitiva, incontinência urinária, polifarmácia e polipatologia. **Conclusão:** O presente estudo identificou que 49% dos idosos da amostra foram classificados como não robustos de acordo com o IVCF-20, apresentando-se em maior frequência a pior autopercepção de saúde, incapacidade para realizar AVDs e AIVDs, eventos de queda, alteração cognitiva, incontinência urinária, polifarmácia e polipatologia.

**DESCRITORES:** Idoso, Fragilidade, Envelhecimento.

## INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um processo fisiológico, inevitável e gradual, determinado pela genética e modificado pelo ambiente em que o indivíduo se encontra<sup>1,2</sup>. Acontecem várias modificações no aspecto biológico, funcional, psicológico, cognitivo e social, de modo, que há uma diminuição da adaptação ao mundo externo, dificultando a homeostase e propiciando maior fragilidade e chance de adoecimento<sup>3</sup>.

Todas essas mudanças contribuem para o aumento da vulnerabilidade da pessoa idosa<sup>3</sup>. Fatores como faixa etária, alfabetização funcional, consumo de álcool, prática de exercícios físicos, problemas de saúde autorreferidos, uso de medicamentos e o estresse têm relação com o grau de vulnerabilidade do indivíduo<sup>4</sup>. Dessa maneira, os idosos mais fragilizados apresentam maior propensão a desfechos negativos como o risco de quedas, declínio na mobilidade, dependência funcional, comorbidades, hospitalização e maior chance de sintomas depressivos e mortalidade<sup>5,6</sup>

Pesquisadores referem que a saúde do idoso é determinada pela sua capacidade de funcionar sozinho, ou seja, sua competência para se gerenciar e sua prática de autocuidado, assim sendo, não deve ser definido pela idade, e sim, relacionado à vulnerabilidade clínico funcional, que expõe o potencial de perdas relacionadas a inaptidões únicas ou múltiplas para o idoso gerir sua vida<sup>7-11</sup>. Nesse contexto, o idoso pode ser avaliado, de acordo com o Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional 20 (IVCF-20), versão do profissional de saúde, instrumento que classifica como robusto o idoso que não possui declínio funcional que impacta a realização das suas atividades, mantendo total independência; em risco de fragilização, aqueles que apresentam um declínio funcional iminente, porém ainda mantêm a capacidade de gerir sua vida; e idoso frágil, aqueles com incapacidades que o impedem de gerir sua vida<sup>10</sup>.

A ampliação do conhecimento a respeito do perfil de vulnerabilidade clínico-funcional dos idosos, em comunidades específicas, pode favorecer o planejamento de ações de saúde assertivas e adequadas, possibilitando um melhor direcionamento de condutas na Atenção Primária à Saúde para essa população. Logo, o presente estudo teve como objetivo descrever as características relacionadas à vulnerabilidade clínico funcional apresentadas pelos idosos residentes na comunidade, de acordo com a classificação no IVCF-20.

## MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo observacional de corte transversal, com dados provenientes do trabalho mãe, intitulado de “Perfil de fragilidade e fatores associados em pessoas idosas acompanhadas na Atenção Primária à Saúde” que segue as diretrizes do STROBE (*Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology*). A coleta foi realizada no Complexo Comunitário Vida Plena, uma unidade docente-assistencial de atenção primária à saúde, localizada no distrito sanitário do Pau da Lima, em Salvador, Bahia, Brasil.

Foram convidados a participar do estudo indivíduos maiores de 60 anos, residentes na comunidade, com marcha independente fazendo ou não uso de dispositivo auxiliar de marcha, sendo excluídos os que não aceitaram assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Em seguida foi aplicado um questionário desenvolvido pelos pesquisadores incluindo dados sociodemográficos como a idade (em anos), nível de escolaridade (em anos), sexo, cor/raça autorreferida, presença de cônjuge, se conta com apoio, inserção em grupo religioso, aposentadoria e uso de dispositivo auxiliar de marcha. E em seguida, foi aplicado o Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional – 20 (IVCF20).

O Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional – 20 (IVCF-20), versão do profissional de saúde, é um questionário composto por 20 questões, que poderiam ser respondidas pelo idoso ou acompanhante responsável. Avalia oito dimensões consideradas preditoras de declínio funcional e óbito em idosos: a idade, a autopercepção da saúde, as atividades de vida diária (três AVDs instrumentais e uma AVD básica), a cognição, o humor/comportamento, a mobilidade (alcance, preensão e pinça; capacidade aeróbica/ muscular; marcha e continência esfincteriana), a comunicação (visão e audição) e a presença de comorbidades múltiplas, representada por polipatologia, polifarmácia e/ou internação recente<sup>10,11</sup>. A pontuação máxima é de 40 pontos, sendo os idosos robustos aqueles que pontuam de 0-6 pontos, os em risco de fragilidade 7-14 e os frágeis >15 pontos, o maior escore está associado a um maior risco para a fragilidade<sup>10,11</sup>.

Para a análise estatística, foi utilizado o software “Statistical Package for Social Sciences (SPSS)”, sendo nesse estudo a população distribuída em dois grupos, robustos

(0-6 pontos) e não robustos ( $\geq 7$  pontos). Inicialmente foi verificada a distribuição da amostra, obtida pelo teste de Kolmogorov-Smirnov e análise do histograma. Na análise descritiva dos dados, as variáveis numéricas foram apresentadas através da média e desvio padrão ( $\pm DP$ ), e as variáveis categóricas apresentadas em frequência e número absoluto. Na análise univariada, para comparação das características sociodemográficas e uso de dispositivo auxiliar de marcha entre os dois grupos, foram aplicados os testes Qui-quadrado ou Teste Exato de Fisher para análise das variáveis categóricas, e o Teste t-student para as variáveis contínuas. Em seguida, foi realizada a comparação da frequência nas respostas relacionadas aos indicadores de vulnerabilidade do IVCF-20.

O presente estudo foi desenvolvido secundário ao projeto mãe: “Perfil de fragilidade e fatores associados em pessoas idosas acompanhadas na Atenção Primária à Saúde”, aprovado pelo CAAE: 08126819.3.0000.5544. Ademais, todos os participantes considerados para pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido segundo a resolução 466/12 que regula as pesquisas em seres humanos.

## **RESULTADOS**

Foram avaliados 102 idosos divididos em robustos e não robustos de acordo com a pontuação obtida no IVCF-20. Na Tabela 1, é possível observar as diferenças das características sociodemográficas de acordo com a classificação de robustez. Ao comparar os dois grupos, verificou-se que 49% idosos eram não robustos, sendo esses mais velhos, com a média de idade de 72,6 ( $\pm 8,8$ ) anos e a média da escolaridade em anos estudados de 5,1 ( $\pm 4,1$ ) sendo menor que a dos robustos com a média de 6,7 ( $\pm 4,1$ ) anos estudados. Ademais, entre os idosos que faziam uso de dispositivo auxiliar de marcha (DAM), 88% eram não robustos. As variáveis idade, escolaridade e uso de DAM se mostram estatisticamente significativas de acordo com o valor de  $p=0,011$ ,  $p=0,039$  e  $p<0,001$ , respectivamente. No grupo dos não robustos, a maior proporção de idosos pertencia ao sexo feminino, porém assim como a cor autorreferida, a presença de cônjuge e o apoio, não foi verificada diferença estatística entre os grupos.

**Tabela 1.** Diferenças das características sociodemográficas entre os grupos de robustos e não robustos de idosos residentes na comunidade de Salvador/BA, Brasil, 2022

<b>Variáveis</b>	<b>Total</b>	<b>Robusto</b>	<b>Não Robusto</b>	<b>p-valor</b>
	(n: 102)	(n: 52)	(n: 50)	
<b>Idade, em anos (média ± DP)</b>	70,5 (7,9)	68,6 (6,5)	72,6 (8,8)	<b>0,011<sup>1</sup></b>
<b>Escolaridade, em anos (média ± DP)</b>	5,9 (3,9)	6,7 (4,1)	5,1 (3,6)	<b>0,039<sup>1</sup></b>
<b>Sexo (n - %)</b>				0,261 <sup>2</sup>
Feminino	81 (79,4)	39 (48,1)	42 (51,9)	
Masculino	21 (20,6)	13 (61,9)	8 (38,1)	
<b>Cor autorreferida (n - %)</b>				0,819 <sup>3</sup>
Branca	4 (4)	2 (50,0)	2 (50,0)	
Negra	44 (43,1)	24 (54,5)	20 (45,5)	
Parda	54 (52,9)	26 (48,1)	28 (1,9)	
<b>Presença de cônjuge (n - %)</b>				0,304 <sup>2</sup>
Sim	58 (56,8)	27 (46,6)	31 (53,4)	
Não	44 (43,2)	25 (56,8)	19 (43,2)	
<b>Conta com apoio (n - %)</b>				0,200 <sup>2</sup>
Sim	5 (5)	1 (20,0)	4 (80,0)	
Não	97 (95,0)	51 (52,6)	46 (47,4)	
<b>Inserido em grupo religioso (n - %)</b>				0,058 <sup>2</sup>
Sim	20 (19,7)	14 (70,0)	6 (30,0)	
Não	82 (80,3)	38 (46,3)	44 (53,7)	
<b>Aposentado (n - %)</b>				0,316 <sup>2</sup>
Sim	27 (26,5)	16 (59,3)	11 (40,7)	
Não	75 (73,5)	36 (48,0)	39 (52,0)	
<b>Uso de dispositivo de marcha (n - %)</b>				<b>&lt;0,001<sup>2</sup></b>
Sim	17 (16,7)	2 (11,8)	15 (88,2)	
Não	85 (83,3)	50 (58,8)	35 (41,2)	

1. t-student 2. Qui-quadrado 3. Exato de Fisher

Na Tabela 2, em uma análise descritiva, ao se analisar as respostas relacionadas aos indicadores de vulnerabilidade que compõe o IVCF-20 foi observado que no grupo dos não robustos houve uma frequência maior de indivíduos com a autopercepção de saúde regular e ruim, com prejuízo na realização de atividades de vida diária básica (ABVDs) e atividades de vida diária instrumentais (AIVD). Este grupo também apresentou maior número de idosos com alterações cognitivas, presença de incontinência urinária, histórico de mais de duas quedas no último ano, queixa de alterações visuais, assim como na prática de polifarmácia e com multimorbidades.

**Tabela 2.** Diferenças nos indicadores de vulnerabilidade entre os grupos de robustos e não robustos dos idosos residentes na comunidade de Salvador/BA, Brasil, 2022

DIMENSÕES NO IVCF-20	TOTAL	ROBUSTO	NÃO ROBUSTO
	(n: 102)	(n: 52)	(n: 50)
<b>AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE</b>			
Excelente, muito boa ou boa	69 (67,7)	41 (78,8)	28 (56,0)
Regular ou ruim	33 (32,3)	11 (21,2)	22 (44,0)
<b>ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA</b>			
<b>AIVD's</b>			
<b>Deixou de fazer compras?</b>			
Sim	17 (16,6)	2 (3,8)	15 (30,0)
Não	85 (83,4)	50 (96,2)	35 (70,0)
<b>Deixou de controlar seu dinheiro?</b>			
Sim	11 (10,7)	1 (1,9)	10 (20,0)
Não	91 (89,3)	51 (98,1)	40 (80,0)
<b>Deixou de realizar pequenos trabalhos?</b>			
Sim	9 (8,8)	0 (0)	9 (8,0)
Não	93 (91,2)	52 (100,0)	41 (82,0)

**ABVD****Deixou de tomar banho sozinho?**

Sim	4 (3,9)	0 (0)	4 (8,0)
Não	98 (96,1)	52 (100,0)	46 (92,0)

**COGNIÇÃO****Está ficando esquecido?**

Sim	45 (44,1)	13 (25,0)	32 (64,0)
Não	57 (55,9)	39 (75,0)	18 (36,0)

**HUMOR****Ficou com desânimo, tristeza ou desesperança?**

Sim	23 (22,5)	5 (9,6)	18 (36,0)
Não	79 (77,5)	47 (55,9)	32 (72,3)

**MOBILIDADE****ALCANCE, PREENSÃO E PINÇA****Incapaz de elevar os braços acima do nível do ombro?**

Sim	2 (1,9)	0 (0)	2 (4,0)
Não	100 (98,1)	52 (100,0)	48 (96,0)

**Incapaz de manusear pequenos objetos?**

Sim	3 (2,9)	0 (0)	3 (6,0)
Não	99 (97,1)	52 (100,0)	47 (94,0)

**CAPACIDADE AERÓBICA OU MUSCULAR**

Sim	52 (50,9)	13 (25,0)	39 (78,0)
Não	50 (49,1)	39 (75,0)	11 (22,0)

## MARCHA

### Duas ou mais quedas no último ano?

Sim	10 (9,8)	2 (3,8)	8 (16,0)
Não	92 (90,2)	50 (96,2)	42 (84,0)

### Usa dispositivo auxiliar de marcha?

Sim	17 (16,6)	2 (3,8)	15 (30,0)
Não	85 (83,4)	50 (96,2)	35 (70,0)

## CONTINÊNCIA

### Perde urina ou fezes?

Sim	27 (26,4)	4 (7,7)	23 (46,0)
Não	75 (73,6)	48 (92,3)	27 (54,0)

## COMUNICAÇÃO

### Problema de visão que impede a realização de atividades?

Sim	5 (4,9)	1 (1,9)	4 (8,0)
Não	97 (95,1)	51 (98,1)	46 (92,0)

### Problema de audição que impede realização de atividades?

Sim	2 (1,9)	1 (1,9)	1 (2,0)
Não	100 (98,1)	51 (98,1)	49 (98,0)

## COMORBIDADES

### Polipatologia

Sim	47 (46,0)	11 (21,2)	36 (72,0)
Não	55 (54,0)	41 (78,8)	14 (28,0)

### Polifarmácia (uso de cinco ou mais medicamentos)

Sim	50 (49,1)	14 (26,9)	36 (72,0)
Não	52 (50,9)	38 (73,1)	14 (28,0)

\*(n - %). Fonte: Elaboração própria dos pesquisadores



## DISCUSSÃO

Na amostra deste estudo, foi verificada uma frequência de 49% dos idosos não robustos, sendo esses com maior idade, com menor escolaridade em anos e que faziam uso de dispositivo auxiliar de marcha. No Brasil, os achados relacionados à distribuição da fragilidade entre os idosos são diversos e não há um consenso, tendo a amostra, a localidade e o tipo de instrumento utilizado na avaliação, como fatores que influenciam nos resultados<sup>12-17</sup>.

No presente estudo, corroborando com a literatura, observou-se maior frequência de idosos mais velhos no grupo dos não robustos<sup>18,19</sup>. Sabe-se que o envelhecimento é um processo heterogêneo, e multifatorial, não se restringindo apenas a alterações no aspecto biológico, como também às relações sociais<sup>1-3</sup>. O idoso tende a diminuir seus níveis de atividade com a aposentadoria, o cultivo de hábitos sedentários, o isolamento social e a perda das redes de apoio, gerando um ciclo que se retroalimenta, pois sua capacidade funcional se mantém em constante defasagem, e acaba por estar associado com um declínio cognitivo e no humor<sup>20-22</sup>.

Na amostra estudada, a maior utilização de dispositivos auxiliares de marcha (DAM) entre os não robustos pode estar relacionada ao comprometimento da capacidade funcional e ocorrência de quedas neste perfil de idosos. Sabe-se que o uso de DAM, quando prescritos de forma adequada, serve para prolongar a independência do idoso facilitando a sua mobilidade, aumentando a estabilidade postural e reduzindo eventos de quedas<sup>23</sup>. Porém, quando utilizados de maneira incorreta, podem prejudicar a segurança durante a marcha, tornando-se um facilitador à queda<sup>24</sup>.

O menor tempo de anos estudados também foi significativamente mais presente no grupo dos idosos não robustos. Na literatura, pesquisas relacionam a menor escolaridade com um menor acesso a serviços de saúde, boa alimentação, saneamento básico, lazer e qualidade de vida<sup>15,19,25,26</sup>. Por outro lado, um maior tempo de estudos, funciona como fator protetor para alterações cognitivas<sup>15,19,22</sup>.

Quando consideramos os indicadores de vulnerabilidade dos idosos residentes na comunidade de acordo com a distribuição em robustos e não robustos, foi percebida em maior frequência no grupo dos não robustos, a autopercepção negativa de saúde, o comprometimento para realização de atividades básicas (ABVD) e instrumentais de

vida diária (AIVD), problemas de memória, alteração do humor, redução de mobilidade, maior presença de comorbidades e prática da polifarmácia. Na nossa amostra, não foi encontrada diferença na dimensão de comunicação entre os dois grupos.

No que tange a variável autopercepção de saúde como indicadora de vulnerabilidade clínico-funcional, sabe-se que se refere a uma autoavaliação do idoso quanto seu aspecto físico, emocional e cognitivo, e dessa maneira, quando negativa, tem a capacidade de prever declínios quanto à saúde do indivíduo, estabelecendo assim uma relação com o estado de fragilidade e mortalidade<sup>21,27</sup>. Indivíduos com relato desfavorável tendem a práticas menos saudáveis, menor interação social, medo de cair devido a sentimento de baixa autoeficácia, anomia e presença de sintomas depressivos<sup>15,16,24,27</sup>.

Faz-se necessário pontuar que o IVCF-20 não é um instrumento de diagnóstico, porém é capaz de indicar a demanda para uma investigação mais profunda<sup>11</sup>. Por se tratar de autorrelatos, a fiabilidade das informações pode ser uma barreira, porém uma autopercepção negativa sobre a memória pode ser considerada um indicador de declínio cognitivo precoce à detecção por testes neuropsicológicos formais<sup>28,29</sup>. Muitos idosos referem que se sentem esquecidos, essa alteração pode ser fisiológica ou patológica, e diante destes relatos, é importante realizar o rastreio da ansiedade e depressão de maneira consoante<sup>28,29</sup>. Corroborando com esses achados, no presente estudo idosos que pontuaram de maneira negativa na dimensão “humor”, foram em maior parcela classificados como não robustos.

Quanto às atividades de vida diária, ainda que a maior frequência de indivíduos com redução na realização das atividades básicas e instrumentais tenham sido do grupo não robusto, de forma específica, o critério de inclusão “marcha independente” adotado neste estudo, pode ter influenciado no número reduzido de idosos que não são capazes de tomar banho sozinho. Destaca-se que já é referido uma maior prevalência de alterações nas AIVDs que nas ABVDs, tendo em vista que a primeira exige maior integridade física e cognitiva<sup>9,19,30,31</sup>. Freitas (2012), identificou que idade maior que 80 anos e uso de dois ou mais medicamentos estão associados a maior dependência para realização de AIVDs<sup>30</sup>. Ademais, uma maior dependência para realização de AVDs, tem relação com autoavaliação negativa de saúde, além de impactar negativamente os domínios psicológicos e sociais, afetando a qualidade de vida<sup>21,31</sup>.

Na dimensão mobilidade do IVCF-20, a avaliação da “capacidade aeróbica e muscular”, inclui aspectos relevantes para identificação da sarcopenia, que envolve a perda da massa muscular, redução de força e desempenho físico<sup>32,33</sup>. O declínio na mobilidade é um preditor para saúde do idoso, estando relacionado com as alterações biológicas e comportamentais, como não praticar exercícios físicos, sendo capaz de prever desfechos desfavoráveis, com consequente diminuição da independência e autonomia do indivíduo<sup>34</sup>. De acordo com Cruz (2017), há relação entre os indivíduos com mobilidade reduzida e o medo de queda, o que leva a adoção de diversas estratégias para manutenção da estabilidade durante a marcha, mas que acabam produzindo um efeito reverso, aumentando a instabilidade e a ocorrência do evento negativo<sup>24</sup>. Dessa maneira, é possível entender como a maior dos idosos com mobilidade reduzida não são robustos.

Os eventos de queda, nesse estudo, foram em maior frequência entre os não robustos. Ainda não há uma concordância na literatura se tal fato seria causa ou consequência da fragilidade<sup>22</sup>. Para além de eventos reais, nos idosos as mudanças comportamentais decorrentes do medo de cair, como a redução do seu nível de atividade, propiciam o desenvolvimento da síndrome da imobilidade<sup>23,24</sup>. Ademais, assim como em estudos prévios, a frequência de idosos com incontinência esfincteriana, também foi maior entre os não robustos<sup>22,35</sup>. A incontinência urinária (IU) pode favorecer impactos na participação social, pior qualidade de sono, dependência para realização de ABVDs e eventos de queda, principalmente na IU do tipo urgência<sup>9,15,36</sup>.

A polifarmácia e a polipatologia foram percebidas em maior frequência no grupo de não robustos, representando 72% dos idosos. Nos achados de Pereira, KG et al., verifica-se uma intersecção destes aspectos com três outras características também frequentemente relacionadas aos não robustos: o sexo feminino, mais de 80 anos e pior autoavaliação de saúde<sup>37-39</sup>. No presente estudo, embora não tenha sido verificada diferença significativa entre os grupos com relação ao sexo, observou-se um número maior de mulheres no grupo dos não robustos.

Na análise crítica deste estudo, destaca-se a caracterização da população estudada através da aplicação de um instrumento específico para o rastreio da fragilidade. O IVCF-20 é um instrumento desenvolvido e validado no Brasil e, portanto, adaptado para que, de forma simples, seja capaz de avaliar os principais determinantes

da saúde do idoso brasileiro, encaminhando-o, caso necessário, para uma investigação mais aprofundada<sup>11</sup>. Entretanto, por se tratar de uma população pertencente a uma comunidade específica, as características sociodemográficas apresentadas podem comprometer a generalização dos nossos achados para outros idosos residentes na comunidade.

## **CONCLUSÃO**

O presente estudo identificou que 49% dos idosos da amostra foram classificados como não robustos de acordo com o IVCF-20, apresentando-se em maior frequência a pior autopercepção de saúde, incapacidade para realizar AVDs e AIVDs, eventos de queda, alteração cognitiva, incontinência urinária, polifarmácia e polipatologia.

## REFERÊNCIAS

1. Fechine BRA., Tromprieri N. O processo de envelhecimento: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. *Revista Científica Internacional*; 1. Epub ahead of print 2012. DOI: 10.6021/1679-9844/2007.
2. Carmona JJ, Michan S. Biology of Healthy Aging and Longevity. *Rev Invest Clin*; 68, 2016 Jan-Feb;68(1):7-16.
3. de Marchi Netto FL. Aspectos biológicos e fisiológicos do envelhecimento humano e suas implicações na saúde do idoso. *RPP* 2004; 7: 75–84.
4. World Health Organization, Organização Pan-Americana da Saúde – Opa – OMS. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília-DF, 2005.
5. Faller JW, Pereira D do N, de Souza S, et al. Instruments for the detection of frailty syndrome in older adults: A systematic review. *PLoS One* 2019; 14: e0216166.
6. Siriwardhana DD, Hardoon S, Rait G, et al. Prevalence of frailty and prefrailty among community-dwelling older adults in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open* 2018; 8: e018195.
7. Moraes E, Marino M, Santos R. Principais síndromes geriátricas. *Revista Médica de Minas Gerais* 2010; 20.1: 54–66.
8. Metti AL, Best JR, Shaaban CE, et al. Longitudinal changes in physical function and physical activity in older adults. *Age Ageing* 2018; 47: 558–564.
9. Barbosa BR, Almeida JM de, Barbosa MR, et al. Avaliação da capacidade funcional dos idosos e fatores associados à incapacidade. *Ciênc saúde coletiva* 2014; 19: 3317–3325.
10. Alexandrino A, Cruz EKL da, Medeiros PYD de, et al. Evaluation of the clinical-functional vulnerability index in older adults. *Rev Bras Geriatr Gerontol*; 22. Epub ahead of print 2019. DOI: 10.1590/1981-22562019022.190222.
11. Moraes EN de, Carmo JA do, Moraes FL de, et al. Clinical-Functional Vulnerability Index-20 (IVCF-20): rapid recognition of frail older adults. *Rev Saude Publica* 2016; 50: 81.
12. Maia LC, Moraes EN de, Costa S de M, et al. Frailty among the elderly assisted by primary health care teams. *Cien Saude Colet* 2020; 25: 5041–5050.
13. Lins MEM, Marques AP de O, Leal MCC, et al. Risco de fragilidade em idosos comunitários assistidos na atenção básica de saúde e fatores associados. *Saúde debate* 2019; 43: 520–529.
14. Freitas FFQ, Soares SM. Clinical-functional vulnerability index and the dimensions of functionality in the elderly person. *Rev Rene*. 2019;20:e39746.
15. Alves AM, Andrade N de O, Facina MEL, et al. Which older people in the community have the highest clinical-functional vulnerability? *Geriatr, Gerontol Aging (Online)* 2021; 1–7.
16. Maia LC, Colares T de FB, Moraes EN de, et al. Robust older adults in primary care: factors associated with successful aging. *Rev saúde pública (Online)* 2020; 35–35.
17. Santos TN dos, Mendoza IYQ, Silva SM da, et al. Perfil clínico e funcional do idoso na atenção primária à saúde em Belo Horizonte. *Rev enferm Cent-Oeste Min* 2020; 4038–4038.
18. Mendonça S de S, Marques AP de O, Nunes MGS, et al. Functional capacity in the oldest old: cross-sectional analysis based on a decision model. *Geriatr Gerontol Aging* 2020; 14: 52–60.

19. Silva MBM, Oliveira F, Araújo GD, et al. Prevalência e fatores associados à fragilidade em idosos atendidos na Atenção Primária à Saúde. *Rev. Eletr. Enferm.*, 2020; 22:62938, 1-8
20. Izquierdo M, Merchant RA, Morley JE, et al. International Exercise Recommendations in Older Adults (ICFSR): Expert Consensus Guidelines. *J Nutr Health Aging*; 25. Epub ahead of print 2021. DOI: 10.1007/s12603-021-1665-8.
21. Nunes APN, Barreto SM, Gonçalves LG. Relações sociais e autopercepção da saúde: projeto envelhecimento e saúde. *Rev Bras Epidemiol* 2012; 15: 415–428.
22. Lenardt MH, Carneiro NHK, Binotto MA, et al. Relação entre fragilidade física e características sociodemográficas e clínicas de idosos. *Esc Anna Nery* 2015; 19: 585–592.
23. Albuquerque VS, Fernandes LP, Mármora CHC. O uso de dispositivos auxiliares para marcha em idosos e sua relação com autoeficácia para quedas. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto*, 2018; 17: 51–56.
24. Cruz DT da, Duque RO, Leite ICG. Prevalence of fear of falling, in a sample of elderly adults in the community. *Rev bras geriatr gerontol* 2017; 20: 309–318.
25. IBGE. Síntese de Indicadores Sociais, <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/trabalho/9221-sintese-de-indicadores-sociais.html?edicao=35616&t=resultados>.
26. Sena LB, Batista LP, Fernandes FF, et al. The role of Clinical-Functional Vulnerability Index-20 to detect quality of life in older adults assisted in primary care. *Rev Assoc Med Bras*; 67. Epub ahead of print January 2021. DOI: 10.1590/1806-9282.67.01.20200387.
27. Kaplan GA, Camacho T. Perceived health and mortality: a nine-year follow-up of the human population laboratory cohort. *Am J Epidemiol*; 117. Epub ahead of print March 1983. DOI: 10.1093/oxfordjournals.aje.a113541.
28. Bourscheid FR, Mothes L, Irigaray TQ. Memória em idoso: relação entre percepção subjetiva e desempenho em testes objetivos. *Estud psicol (Campinas)* 2016; 33: 151–159.
29. Studart Neto A, Nitrini R. Declínio cognitivo subjetivo: a primeira manifestação clínica da doença de Alzheimer. *Dement neuropsychol* 2016; 10: 170–177.
30. Freitas RS, Fernandes MH, Coqueiro R da S, et al. Capacidade funcional e fatores associados em idosos: estudo populacional. *Acta paul enferm* 2012; 25: 933–939.
31. Pereira JL, de Araujo FF, Santos KT. Capacidade funcional e qualidade de vida em idosos. *Fisioter Bras* 2020; 21: 135–140.
32. Martinez BP, Camelier FWR, de Sales e Santos NG, et al. Revista Pesquisa em Fisioterapia. *Rev Pesq Fisio* 2021; 11: 841–851.
33. Zanker J, Sim M, Anderson K, et al. Consensus guidelines for sarcopenia prevention, diagnosis and management in Australia and New Zealand. *J Cachexia Sarcopenia Muscle* 2023; 14: 142–156.
34. Silva LG de C, Oliveira FS de, Martins Í da S, et al. Evaluation of the functionality and mobility of community-dwelling older adults in primary health care. *Rev bras geriatr gerontol* 2020; 22: e190086.
35. Maia LC, Moraes EN de, Costa S de M, et al. Fragilidade em idosos assistidos por equipes da atenção primária. *Ciênc Saúde Colet (Impr)* 2020; 5041–5050.
36. Moon S, Chung HS, Kim YJ, et al. The impact of urinary incontinence on falls: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*; 16. Epub ahead of print 19 May 2021. DOI: 10.1371/journal.pone.0251711.

37. Pereira KG, Peres MA, Iop D, et al. Polypharmacy among the elderly: a population-based study. *Rev Bras Epidemiol* 2017; 20: 335–344.
38. Cavalcanti G, Doring M, Portella MR, et al. Multimorbidity associated with polypharmacy and negative self-perception of health. *Rev bras geriatr gerontol* 2017; 20: 634–642.
39. Zafani GC, Buosi IP, Giraldelli SI, et al. A relação da polifarmácia e adesão medicamentosa com compensação ou não de doenças em idosos residentes com familiares, cônjuges ou sozinhos. *Arch Health Invest* 2020; 9: 410–413.