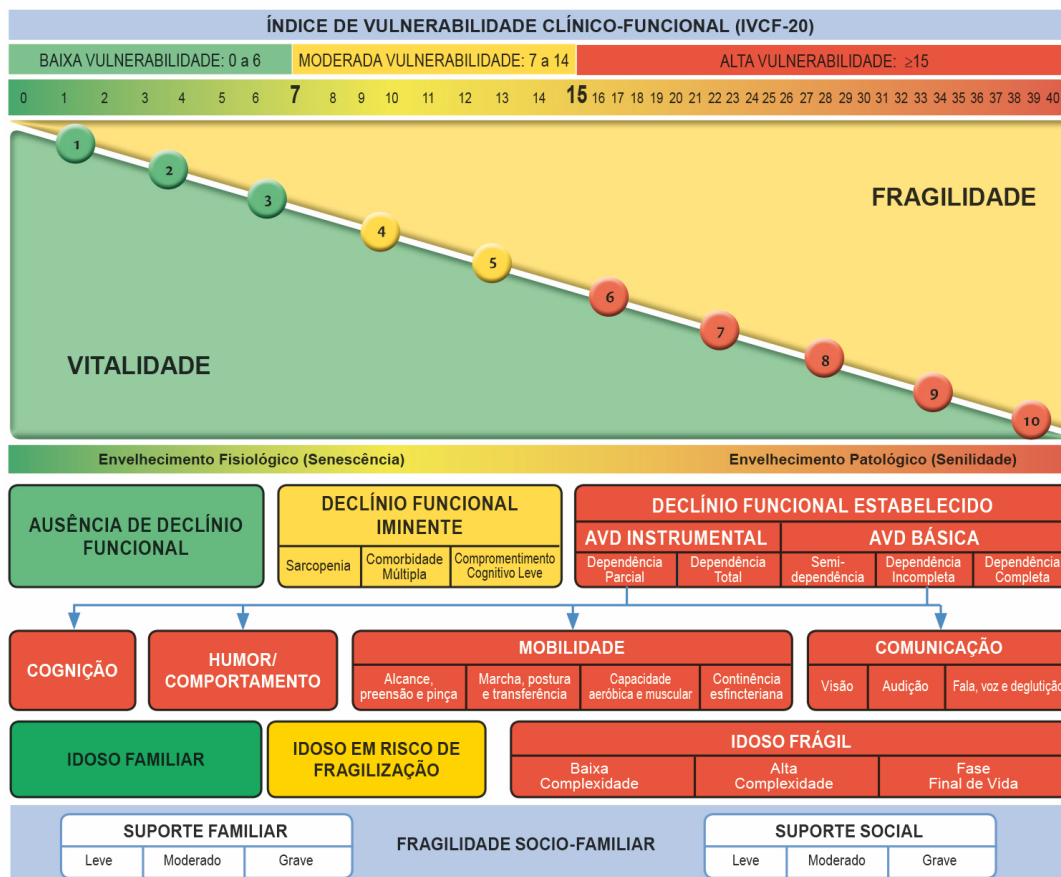




A PANDEMIA POR CORONAVÍRUS E O IDOSO

A pandemia do COVID-19 é uma boa oportunidade de discutirmos as particularidades da infecção na pessoa idosa. As evidências atuais, resultantes da experiência de Wuhan, na China, e da Itália, mostram que a infecção pelo coronavírus atinge, igualmente, todos os ciclos de vida. Todavia, com diferenças significativas na sua apresentação clínica. Na criança, a doença é, usualmente, oligossintomática, simulando um quadro de resfriado comum ou, até mesmo, assintomática. À medida que a idade avança, a infecção torna-se mais clinicamente manifesta, aumentando o risco da presença de manifestações sistêmicas, como febre, prostração, mialgia, até culminar com insuficiência respiratória, causada pela pneumonia virótica, Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) e falência de múltiplos órgãos (Garnier-Crussard, 2020). A letalidade é significativamente maior em idosos e em indivíduos com comorbidades (câncer 5,6%, hipertensão arterial 6%, doença respiratória crônica 6,3%, diabetes mellitus 7,3% e doença cardiovascular 10,5%). Todavia, acreditamos que não devemos incluir todos os idosos no mesmo grupo de risco, pois as diferenças entre eles são significativas, mesmo tendo a mesma idade e as mesmas doenças. Infelizmente, não estão sendo discutidas essas diferenças entre os vários tipos de idosos, limitando a tomada de decisões protetivas para os idosos como um todo, independente do grau de susceptibilidade às complicações da doença. A infecção pelo coronavírus é um evento agudo que exige uma resposta adequada do organismo, diretamente relacionada à sua reserva homeostática ou capacidade intrínseca. Sabemos que a capacidade intrínseca ou vitalidade é extremamente variável entre os idosos e sua mensuração é difícil de ser feita na prática clínica. Daí optarmos pela valorização da capacidade funcional como principal parâmetro de vitalidade do idoso. Nesta perspectiva, desenvolvemos uma metodologia de Classificação Clínico-Funcional e Sócio-Familiar dos idosos (Moraes e Lanna, 2016) (Figura 1). Nesta classificação, quanto maior for a presença de condições crônicas de saúde, representadas pelas comorbidades múltiplas, sarcopenia, comprometimento cognitivo leve e incapacidade funcional (incapacidade cognitiva, instabilidade postural, imobilidade, incontinência esfincteriana, incapacidade comunicativa, iatrogenia e insuficiência familiar), maior é a fragilidade do idoso e maior sua chance de desfechos adversos, particularmente, quando acometido condições agudas, como ocorre com a infecção pelo coronavírus e outras condições agudas (Anexo 1).

Figura 1 Classificação Clínico-Funcional e Sócio-Familiar do Idoso





Por sua vez, os idosos frágeis, representados na figura 1 pelas classes funcionais de 6 a 10, se subdividem em três subgrupos, de acordo com a probabilidade de ganho funcional e/ou de qualidade de vida:

- **Idosos com baixo potencial de melhora funcional (baixa complexidade):** são idosos que apresentam declínio funcional estabelecido e baixo potencial de reversibilidade clínico-funcional. Nestes idosos, o acompanhamento geriátrico-gerontológico especializado não necessita ser feito de forma intensiva. O objetivo das intervenções é evitar a piora funcional.
- **Idosos com alto potencial de melhora funcional (alta complexidade):** são idosos que apresentam elevado potencial de ganho funcional e/ou de qualidade de vida. Estes idosos são aqueles que mais se beneficiam do acompanhamento geriátrico-gerontológico especializado.
- **Idoso Frágil em Fase Final de Vida:** apresenta dependência funcional e sobrevida estimada menor que seis meses. Apesar da existência de uma clara associação entre maior grau de declínio funcional e maior mortalidade, alguns idosos podem estar relativamente preservados funcionalmente e apresentar doenças com alto potencial de mortalidade, como determinados tipos de neoplasia, por exemplo. O foco das intervenções é o cuidado paliativo, baseado no conforto do paciente e seus familiares.

Todos os parâmetros de saúde utilizados nesta classificação dos idosos são fundamentais para a definição das estratégias de enfrentamento da infecção pelo coronavírus na população idosa, da seguinte forma:

1. A POPULAÇÃO IDOSA É O GRUPO DE MAIOR RISCO DE COMPLICAÇÕES DA DOENÇA

“Os idosos não são todos iguais, mesmo tendo a mesma idade”

O risco de SRAG e de morte foi 3,26 (OR 2,08 a 5,11) e 6,17 (OR 3,26 a 11,67) maior em indivíduos com 65 anos ou mais, respectivamente ($p < 0,001$). A presença de hipertensão arterial aumentou o risco de SRAG e morte em, respectivamente, 1,82 (OR 1,13 a 2,95) e 1,70 (0,92 a 3,14). Por sua vez, a presença de diabetes mellitus aumentou o risco de SARA e morte em, respectivamente, 2,34 (OR 1,35 a 4,05) e 1,58 (0,80 a 3,13) (Wu Chaomin et al, 2020). Os trabalhos não definem claramente o grau de fragilidade dos idosos. O critério adotado é exclusivamente a faixa etária e a presença de comorbidades, que são considerados parâmetros inadequados para se avaliar o grau de vulnerabilidade dos idosos. O idoso pode ser portador de hipertensão arterial ou diabetes mellitus e ser considerado robusto, desde



que não tenha declínio funcional nas atividades de vida diária. Desta forma, sua capacidade intrínseca ou vitalidade é semelhante àquela observada no adulto, independentemente de sua idade. Os idosos robustos apresentam, provavelmente, a mesma chance de evolução favorável da doença, como é descrito nos adultos, de forma que **O SISTEMA DE SAÚDE DEVE OFERECER TODAS AS OPORTUNIDADES DE TRATAMENTO INVASIVO, CASO HAJA INDICAÇÃO**. A definição de critérios de exclusão de tratamento invasivo baseados exclusivamente na faixa etária do paciente é uma medida de alocação de recursos temerária, que não deveria ser preconizada. A reportagem mostrada no texto, descrita no jornal “The Telegraph”, daquilo que está ocorrendo na Itália é preocupante e acreditamos que poderíamos utilizar outras estratégias baseadas na saúde global do idoso e não somente baseado na idade ou na presença de doenças crônicas. Por sua vez, **OS IDOSOS FRÁGEIS, PARTICULARMENTE AQUELES IDOSOS E M FASE FINAL DE VIDA, DEVEM TER COMO FOCO PRINCIPAL A PROPORCIONALIDADE TERAPÊUTICA**, na qual deve ser priorizado o conforto do paciente e de sua família. Nestes casos, não há indicação de tratamento invasivo, independentemente do motivo. A infecção pelo coronavírus deve ser tratada de forma sintomática, priorizando-se o alívio do desconforto do paciente e evitando-se a internação hospitalar e, particularmente, sua internação em Centros de

Tratamento Intensivo (CTI). Obviamente, a família deverá estar ciente da condição de saúde do idoso e concordar com as decisões da equipe de saúde. Assim, sugerimos que a tomada de decisões se fundamente na avaliação do grau de fragilidade multidimensional do idoso e, não simplesmente, na faixa etária ou na presença ou não de doenças.

Outra preocupação que devemos ter é a restrição absoluta de atividades extradomiciliares para os idosos robustos ou em risco de fragilização, particularmente no que se refere à realização de atividade física. O risco de agravamento do condicionamento físico e da sarcopenia é elevado, caso haja redução drástica de exercícios físicos que necessitem de



equipamentos difíceis de serem obtidos ou adaptados no domicílio. Enfim, devemos sempre avaliar a relação risco e benefício de qualquer medida protetiva, em todos os aspectos da vida.

2. COMO RECONHECER O GRUPO DE IDOSOS DE MAIOR RISCO DE COMPLICAÇÕES DA DOENÇA

Sugerimos a utilização do Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional-20 (IVCF-20) como instrumento de avaliação do grau de fragilidade do idoso, por tratar-se de instrumento desenvolvido e validado no Brasil, tendo como principal vantagem a simplicidade e rapidez na sua aplicação (5 a 10 minutos). Ressaltamos que o IVCF-20 foi reconhecido como um dos melhores instrumentos para reconhecimento da fragilidade em idosos (Faller et al, 2019). O instrumento é constituído por 20 questões, que abordam os principais determinantes da saúde do idoso, e cada uma delas recebe uma pontuação específica, dependendo da sua relevância clínico-funcional. A pontuação final varia de 0 a 40 pontos, e, quanto maior a pontuação, maior o grau de fragilidade e maior o risco de complicações, não apenas da infecção pelo coronavírus, mas por qualquer outra condição aguda de saúde. Os idosos com pontuação igual ou superior a 15 pontos representam o grupo de maior risco (alto risco de vulnerabilidade clínico-funcional). Este grupo de idosos deve ser avaliado rigorosamente pela Atenção Primária em Saúde (APS) e, quando disponível, pela AAE (Atenção Ambulatorial Especializada) para se definir melhor quais os diagnósticos e intervenções apropriadas à sua condição de saúde. Ênfase especial deve ser dada à presença de polifarmácia e ao uso de medicamentos inapropriados e de outras intervenções diagnósticas e terapêuticas consideradas fúteis, mas que podem agravar mais ainda sua condição de saúde (Anexo 2). Este grupo de idosos está mais susceptível ao Cuidado Pobre, caracterizado pela falta ou pelo excesso de intervenções (Mendes, 2018).

3. QUAIS SÃO AS MEDIDAS PROTETIVAS INDICADAS PARA OS IDOSOS DE RISCO NO DOMICÍLIO

A transmissão do COVID-19 se dá particularmente pelas vias respiratórias, de forma semelhante à influenza, através do contato pessoa a pessoa, via contaminação por gotículas respiratórias, oriundas da tosse e/ou espirros e/ou secreção nasal de indivíduos infectados. A transmissibilidade da infecção é mais rápida do que aquela observada na gripe-influenza, aumentando a velocidade do contágio entre as pessoas (Peeri, 2020). O risco de complicações é maior nos idosos, particularmente nos idosos frágeis, que devem ser monitorados rigorosamente pelo sistema de saúde e, principalmente, pela família. Inicialmente, recomenda-se a estratificação de risco da população para se definir quem é o indivíduo no qual é indispensável a aplicação de todas as medidas protetivas abaixo relacionadas:

- Evitar o contato com indivíduos com suspeita da infecção pelo coronavírus, como presença de febre, coriza, tosse ou qualquer sintomatologia aguda.
- Evitar contato com indivíduos que chegaram de viagem ao exterior.
- Evitar contato próximo com crianças, que podem apresentar a infecção pelo coronavírus de forma oligo ou assintomática. Caso este contato seja impossível de ser evitado, utilizar máscaras de proteção nas crianças. Deve-se destacar que a criança apresenta baixíssimo risco de ter complicações da doença, mas, seguramente, é um importante vetor de transmissibilidade para os idosos frágeis.
- Evitar contato físico, como beijos, abraços, apertos de mão, sempre que possível. Manter distância mínima de um metro nos contatos pessoais.
- Evitar levar as mãos aos olhos, nariz e boca.
- A lavagem das mãos deve ser obrigatória para todos os familiares/cuidadores do idoso frágil, que deve ser feita de forma correta, com duração mínima de 20 segundos. A lavagem das mãos deve ser recomendada para todos os familiares ou amigos que cheguem da rua.
- O uso de álcool gel não substitui a lavagem rigorosa das mãos, mas é uma boa alternativa, quando não for possível fazê-la. Lembrar-se que o álcool gel não remove as sujidades da mão ou o excesso de oleosidade.
- Evitar sair de casa, particularmente o uso de transporte coletivo.
- Evitar frequentar grupos de convivência ou de 3ª idade.
- Evitar aglomerações, festas ou qualquer situação que haja agrupamento de pessoas, mesmo que sejam familiares.
- Os familiares que chegarem da rua devem trocar de roupa e lavá-la ou colocá-la no sol, para reduzir o risco de contaminação. Se possível, tomar um banho antes de entrar em contato com idoso.
- A Atenção Primária à Saúde (APS) deverá monitorar DIARIAMENTE os domicílios onde residam idosos frágeis, via visita do Agente Comunitário de Saúde (ACS) ou equipe de enfermagem, ou através de ligação telefônica. Os familiares/cuidadores deverão ser ensinados a lavar as mãos de forma correta e toda vez que manipularem objetos oriundos de fora do domicílio.



- Deverá ser garantido o fornecimento de álcool gel para a proteção dos idosos, além da orientação para seu uso de forma adequada. Na presença de algum familiar com quadro gripal, a APS deve fornecer máscaras de proteção para familiar adoentado, com o objetivo de reduzir a transmissibilidade para o idoso.
- Evitar a realização de procedimentos eletivos em ambientes hospitalares e/ou outros pontos de atenção à saúde. Qualquer procedimento diagnóstico ou terapêutico eletivo, capaz de comprometer a reserva homeostática do idoso deve ser adiado.

4. QUAL A MELHOR CONDUTA NA PRESENÇA DE SUSPEITA DE INFECÇÃO PELO CORONAVÍRUS

- Na presença de suspeita da infecção pelo coronavírus, deve-se EVITAR encaminhar o idoso frágil para atendimento de urgência (pronto socorro, UPAs, etc), onde o risco de contaminação é elevado e o acolhimento do paciente será conturbado neste momento. Recomenda-se o uso de sintomáticos para febre e mialgia e ficar atento aos sinais de alerta de complicações da doença, como confusão mental, *delirium*, prostração, perda do apetite e, particularmente, dispneia. Nestes casos, o paciente deve ser avaliado pelo médico, que definirá o melhor tratamento.
- Deve-se dar preferência para uso de dipirona ou paracetamol para tratamento sintomático da febre e/ou mialgia. É proibido o uso de AINE, como ibuprofeno, AAS ou diclofenaco. Além do risco de reações adversas a medicamentos, tais fármacos poderiam agravar a infecção pelo coronavírus. As evidências da associação com o uso de IECA e BRA e maior gravidade da infecção pelo coronavírus ainda são insuficientes para qualquer mudança de conduta e, portanto, não devem ser recomendadas (Fang, 2020; Posicionamento da SBC, 2020).

5. A IMPORTÂNCIA DA RACIONALIZAÇÃO DOS RECURSOS TERAPÊUTICOS

- Não há nenhum medicamento específico para o tratamento da infecção pelo coronavírus. O tratamento é absolutamente sintomático e suportivo.
- Não há vacinas para a doença. A vacinação anti-influenza, que foi adiada no Brasil pelo Ministério da Saúde, é adequada, com o objetivo de proteger a população do risco de infecção pelo vírus influenza, que pode dificultar o diagnóstico diferencial com a infecção pelo coronavírus. Outra vantagem é evitar a sobreposição destas doenças agudas na população idosa mais susceptível às complicações de ambas as doenças. Os idosos frágeis devem ser prioridade na campanha de vacinação anti-influenza e devem receber também a vacina anti-pneumocócica.
- Não há indicação do uso de vitaminas, suplementos nutricionais ou qualquer outro fármaco para aumentar a proteção contra a infecção.
- Deve-se manter o aporte adequado de nutrientes para todos os idosos, evitando-se ou proibindo-se dietas restritivas com o objetivo de perda de peso, durante esta fase mais aguda da epidemia pelo coronavírus.
- O aporte de líquidos deve ser otimizado, garantindo a ingestão mínima de cerca de 2 litros por dia, dependendo da orientação do médico assistente.
- Evitar a imobilidade dentro dos domicílios para se evitar a perda da massa muscular e outras complicações da imobilidade.
- Estimular o uso de redes sociais aos idosos que têm acesso, tentando minimizar o isolamento social.
- Um problema que a epidemia traz é uma pressão enorme sobre o sistema de saúde, especialmente nas unidades de terapia intensiva. Isso está ocorrendo na Itália. Os dados dos Estados Unidos, em tempos de calma, mostram que grande parte desses leitos é utilizada seja por pessoas que não são tão graves para beneficiar-se desses cuidados ou que são tão graves que não se beneficiam deles e que deveriam estar em cuidados paliativos (Mendes, 2019). As internações em CTI devem seguir protocolos rígidos de indicação, garantindo as vagas para os indivíduos que, indiscutivelmente, terão benefícios com a utilização deste recurso, independentemente da idade. Esta crise gera uma ótima oportunidade para esta discussão.



6. QUAIS SÃO AS MEDIDAS PROTETIVAS INDICADAS PARA OS IDOSOS RESIDENTES EM ILPI

Os idosos residentes em Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) são frágeis, na sua grande maioria, e vivem em ambiente coletivo, onde o risco de contaminação e disseminação da doença é maior. Por outro lado, são idosos que necessitam do apoio familiar e serenidade para o enfrentamento desta crise. Neste momento, orientamos as seguintes medidas restritivas (restrição humanizada):

- Lavagem das mãos rigorosa e frequente por todos os funcionários das ILPIs, particularmente a equipe de enfermagem e os cuidadores de idosos. Todos os funcionários administrativos e das atividades de suporte (cozinha, farmácia, rouparia, etc) devem também lavar as mãos quando chegam na ILPI e quando manipulam produtos vindos da rua.
- Profissionais com sintomas respiratórios ou quadro suspeito ou confirmado de COVID-19 devem ser afastados pelo período recomendado. A instituição deve prever em seu plano de contingência a necessidade de substituição de tais profissionais.
- Os profissionais que chegarem da rua devem trocar de roupa, para reduzir o risco de contaminação. Se possível, tomar um banho antes de entrar em contato com idoso.
- Proceder a limpeza das superfícies de contato frequentemente, utilizando-se álcool a 70%.
- Ficar atento aos sintomas e sinais sugestivos de infecção aguda pelo coronavírus e proceder conforme descrito no item 4.
- O idoso institucionalizado com suspeita de infecção pelo coronavírus deve receber os cuidados seguindo-se todas as precauções de contato indicadas na presença de doença infecciosa altamente transmissível. Caso a ILPI não tenha condições de oferecer este tipo de cuidado, o idoso deverá ser encaminhado para os hospitais da rede, com o objetivo de reduzir o risco de contaminação dos outros idosos residentes na ILPI.
- As visitas devem ser restritas, com redução do tempo de visitação e proibindo-se a entrada de pessoas com sintomas agudos (febre, mialgia, tosse e qualquer sintomatologia compatível com a infecção pelo coronavírus) ou que tenham viajado para o exterior. Deve-se restringir a visitação de grupos de pessoas, como escolas, voluntários, acadêmicos de cursos de graduação, etc, exceto quando devidamente avaliados pela coordenação da casa.
- A lavagem das mãos dos visitantes deve ser rigorosa e monitorada pela equipe de enfermagem da ILPI.
- Não recomendamos a restrição total de visitas aos idosos residentes em ILPI, pelo risco de agravamento do sentimento de abandono e solidão, frequentes nestes idosos. A presença de algum familiar ou amigo próximo é de extrema importância para tranquilização destes idosos, que estão sendo “bombardeados” pelo alarmismo inerente à situação atual.
- Deve-se dar preferência para a visitação de familiares mais próximos do idoso residente na ILPI, garantindo a continuidade do vínculo e conforto deles.
- Não recomendamos a visitação de crianças às ILPIs, pois elas podem apresentar doença de forma oligo ou assintomática, funcionando como vetores do vírus. Casos excepcionais devem ser avaliados individualmente, tomando-se cuidado com as medidas de proteção.
- Considerar que essas recomendações podem ser modificadas a qualquer momento, adequando-se às necessidades impostas pela crise.



Universidade Federal de Minas Gerais.
Núcleo de Geriatria e Gerontologia da UFMG.

Serviço de Geriatria do HC-UFMG.
Instituto Jenny de Andrade Faria.



Bibliografia

- Chaomin W, Xiaoyan D, Yanping C et al. Risk Factors Associated With Acute Respiratory Distress Syndrome and Death in Patients With Coronavirus Disease 2019 Pneumonia in Wuhan, China. *JAMA Internal Medicine*, march 13, 2020 (doi:10.1001/jamainternmed.2020.0994).
- Faller JW et al. Instruments for the Detection of Frailty Syndrome in Older Adults: A Systematic Review. *PLOS ONE*, April 29, 2019 (doi: 10.1371/journal.pone.0216166).
- Fang L, Karakiulakis G, Roth M. Are patients with hypertension and diabetes mellitus at increased risk for COVID-19 infection? *Lancet Respir Med* march 11 (doi:10.1016/Pll).
- Garnier-Crussard A, Forestier E, Gilbert T, Krolak-Salmon P. Novel Coronavirus (COVID-19) Epidemic: What Are the Risk for Older Patients? *JAGS*, 00:1, 2020 (doi:10.1111/jgs.16407).
- Mendes EV. *Os Desafios do SUS*, Conass, 2019.
- Moraes EN, Reis AMM, Lanna FM. *Manual de Terapêutica Segura no Idoso*, Ed. Folium, 2019.
- Nota Técnica para Organização da Rede de Atenção à Saúde do Foco na Atenção Primária à Saúde e na Atenção Ambulatorial Especializada: SAÚDE DA PESSOA IDOSA (2019). Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein: Ministério da Saúde, 2019.56 p.:il.
- Moraes EN, Lanna FM, Santos RR, Bicalho MAC, Machado CJ, Romero D. *A New Proposal for the Clinical-Functional Categorization of the Elderly: Visual Scale of Frailty (VS-Frailty)*. *J Aging Res Clin Practice*, v.5 (1), p.24-30, 2016.
- Moraes EN, Carmo JA, Lanna FM, Azevedo RS, Machado CJ, Romero DEM. Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional-20 (IVCF-20): reconhecimento rápido do idoso frágil. *Rev Saude Publica*. 2016; 50:81.
- Peeri NC, Shrestha N, Rahman S. The SARS, MERS and novel coronavirus (COVID-19) epidemics, the newest and biggest global health threats: what lessons have we learned? *International Journal of Epidemiology*, 2020, 1–10 doi: 10.1093/ije/dyaa033.



Universidade Federal de Minas Gerais.
Núcleo de Geriatria e Gerontologia da UFMG.

Serviço de Geriatria do HC-UFMG.
Instituto Jenny de Andrade Faria.



RESPONSÁVEIS PELO CONSENSO

- Edgar Nunes de Moraes (Geriatria)
- Flávia Lanna de Moraes (Geriatria/Medicina de Família e Comunidade)
- Maria Aparecida C. Bicalho (Geriatria)
- Rodrigo Ribeiro dos Santos (Geriatria)
- Marco Túlio Gualberto Pinto (Geriatria)
- Silvana Araújo Silva (Geriatria)
- André Augusto Jardim (Cardiologia/Saúde do Idoso)
- Eugênio Vilaça Mendes (Saúde Pública)
- Maria Emishinavaki (Saúde Pública)
- Priscila Rabelo Lopes (Saúde Pública/Enfermagem)
- Rúbia Barra (Saúde Pública)
- Tatiana de Carvalho Espíndola Pinheiro (Geriatria/Cuidado Paliativo)
- Fabiano Moraes (Geriatria/Cuidado Paliativo)
- Ana Paula Abranches Fernandes Peixoto (Geriatria/Cuidado Paliativo)
- Camila de Oliveira Alcântara (Geriatria/Cuidado Paliativo)
- Érika de Oliveira Hansen (Geriatria)
- Diana Carvalho Ferreira (Geriatria)
- Fernanda Gregory (Geriatria)
- Maura Aparecida Meira Maia (Geriatria)
- Daniel Carvalho Melo (Diretor Executivo da MedLogic)
- Ana Cristina Issa (Geriatria/Medicina de Família e Comunidade)
- Adriane Miró Vianna Benke Pereira (Saúde Pública/Saúde do Idoso)
- Jáder de Freitas Maciel Garcia de Carvalho (Geriatria)
- Juliana Alves do Carmo (Geriatria)
- Juliana Elias Duarte (Geriatria)
- Mariana Santos Lyra Corte Real (Geriatria)
- Rafael Alexandre de Barros Martins (Geriatria)
- Raquel de Souza Azevedo (Enfermagem/Gerontologia)
- Adriano Max Moreira Reis (Farmácia Clínica)
- Soraya Coelho Costa Barroso (Farmácia Clínica)
- Bárbaro Corrêa de Oliveira (Geriatria)
- Luciana Gouvea (Patologia Clínica)
- Áurea Lacerda Cançado (Patologia Clínica)
- Letícia Leta (Patologia Clínica)



ANEXO 1 Classificação Clínico-Funcional do Idoso

| CLASSIFICAÇÃO CLÍNICO-FUNCIONAL DOS IDOSOS | |
|--|---|
| Estrato 1 | São idosos que se encontram no grau máximo de vitalidade. Apresentam independência para todas as AVD avançadas, instrumentais e básicas e ausência de doenças ou fatores de risco, exceto a própria idade. São indivíduos que envelheceram livres de doenças e não apresentam nenhuma outra condição de saúde preditora de desfechos adversos. |
| Estrato 2 | São idosos independentes para todas as AVD, mas que apresentam condições de saúde de baixa complexidade clínica, como a hipertensão arterial controlada e sem lesão de órgão alvo, diabetes mellitus controlado em sem lesão de órgão alvo, e fatores de risco, como tabagismo, dislipidemia, osteopenia, depressão leve, dentre outros. |
| Estrato 3 | São idosos independentes para todas as AVD, mas que apresentam doenças crônico-degenerativas com base em critérios diagnósticos bem estabelecidas e de maior complexidade clínica, como hipertensão arterial descontrolada ou com lesão de órgão alvo, diabetes mellitus descontrolado ou com lesão de órgão-alvo, depressão moderada/grave, ataque isquêmico transitório, acidente vascular cerebral, doença renal crônica, insuficiência cardíaca, doença pulmonar obstrutiva crônica/asma, osteoartrite, doença arterial coronariana, história de IAM, doença arterial periférica, câncer não cutâneo, osteoporose densitométrica, dor crônica, fibrilação atrial, doença de Parkinson e anemia. Neste grupo, não são incluídos fatores de risco. |
| Estrato 4 | <p>São idosos independentes para todas as AAVD, AIVD e ABVD, mas que apresentam algumas das situações abaixo relacionadas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Presença de evidências de redução da capacidade aeróbia/muscular: perda de peso significativa, fadigabilidade, baixo nível de atividade física associado à redução objetiva da força muscular ou CP 31cm. • Presença de Comprometimento Cognitivo Leve (CCL) ou Transtorno Neurocognitivo Leve. • Presença de comorbidades múltiplas, definida como: <ul style="list-style-type: none"> ○ Presença de duas ou mais doenças crônico-degenerativas bem estabelecidas e de maior complexidade clínica (ver estrato 3). ○ Presença de 5 ou mais condições crônicas de saúde, incluindo as doenças crônico-degenerativas clássicas, enfermidades ("illness"), fatores de risco ou sintomas que necessitam de intervenção médica. ○ Polifarmácia: uso diário de 5 ou medicamentos de classes diferentes. ○ Internação recente, nos últimos 6 meses. |
| Estrato 5 | <p>São idosos independentes para AIVD e ABVD, mas que apresentam:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Limitações nas AAVD (Atividades Avançadas de Vida Diária), definida como aquelas atividades relacionadas à integração social, atividades produtivas, recreativas e/ou sociais. • Evidências clínicas de redução significativa da capacidade aeróbia/muscular: VM-4m \leq 0,8 m/s ou TUG \geq 20s. |
| Estrato 6 | São os idosos que apresentam declínio funcional parcial nas atividades instrumentais de vida diária e são independentes para as AVD básicas. |
| Estrato 7 | São os idosos que apresentam declínio funcional em todas as atividades instrumentais de vida diária, mas ainda são independentes para as atividades básicas de vida diária. |
| Estrato 8 | São os idosos que apresentam dependência completa nas AVD instrumentais associada à semidependência nas AVD básicas: comprometimento de uma das funções influenciadas pela cultura e aprendizado (banhar-se e/ou vestir-se e/ou uso do banheiro). |
| Estrato 9 | São os idosos que apresentam dependência completa nas AVD instrumentais e para banhar-se, vestir-se, uso do banheiro, continência e transferência. A única AVD básica preservada é a capacidade de alimentar-se sozinho (dependência incompleta para AVD básica). |
| Estrato 10 | São os idosos que se encontram no grau máximo de fragilidade e, conseqüentemente, apresentam o máximo de dependência funcional, necessitando de ajuda, inclusive, para alimentar-se sozinho (dependência completa). |

Este Modelo Multidimensional de Saúde do Idoso, a fragilidade também é multidimensional e resulta da presença de fatores de risco clínico-funcionais e/ou familiares, capazes de predispor ao declínio funcional, institucionalização, internação e óbito. Do ponto de vista clínico funcional, os principais fatores de risco são:

- **Fatores de risco tradicionais:** dislipidemia, fumo, sobrepeso/obesidade, sedentarismo e a própria senescência.
- **Doença crônico-degenerativas estabelecidas:** hipertensão arterial, diabetes mellitus, doença pulmonar obstrutiva crônica/asma, doença arterial coronariana, doença cerebrovascular (AIT e AVE), doença arterial periférica, insuficiência cardíaca, artrite, osteoporose, câncer, dentre outras.
- **Comorbidades múltiplas:** presença de duas ou mais doenças crônico-degenerativas bem estabelecidas e de maior complexidade clínica; presença de 5 ou mais condições crônicas de saúde, incluindo as doenças crônico-degenerativas clássicas, enfermidades ("illness"), fatores de risco ou sintomas que necessitam de intervenção médica; polifarmácia (uso diário de 5 ou medicamentos diferentes) ou internação recente nos últimos 6 meses.
- **Sarcopenia:** doença generalizada e progressiva da musculatura esquelética, associada a desfechos adversos, como maior risco de quedas, fraturas, dependência física e mortalidade.
- **Comprometimento cognitivo leve:** presença de declínio cognitivo percebido pelo paciente e, usualmente, pelo informante, confirmado pela testagem cognitiva, mas que não está associado a declínio funcional nas AVD, não preenchendo os critérios para demência.



Universidade Federal de Minas Gerais.
Núcleo de Geriatria e Gerontologia da UFMG.

Serviço de Geriatria do HC-UFMG.
Instituto Jenny de Andrade Faria.



- **Incapacidades funcionais:** a presença das grandes síndromes geriátricas (incapacidade cognitiva, instabilidade postural, imobilidade, incontinência esfincteriana, incapacidade comunicativa, iatrogenia e insuficiência familiar são fatores de favorecem mais ainda o declínio funcional, retroalimentando a fragilidade multidimensional.

Do ponto de vista sócio-familiar, os principais fatores de risco são:

- Morar sozinho.
- Residir em instituição de longa permanência para idosos (ILPI).
- Ausência de companheiro ou cônjuge.
- Viuvez recente.
- Ausência de familiares ou amigos com disponibilidade para atender o idoso, em caso de necessidade ou, nos idosos dependentes, ausência de cuidador, familiar ou profissional, qualificado para a prestação do cuidado necessário.
- Ausência de visitas de familiares ou amigos com regularidade.
- Ser responsável pelo cuidado de pessoas dependentes na sua casa.
- Analfabetismo.
- Ser dependente do benefício de prestação continuada (BPC) ou não ter acesso à renda própria capaz de garantir a própria subsistência.
- Não possuir moradia própria ou ter moradia própria condições precárias de organização e higiene.
- Não participar de alguma atividade de socialização extradomiciliar, como trabalho, família, igreja, grupo de convivência, etc.



ANEXO 2

| ÍNDICE DE VULNERABILIDADE CLÍNICO-FUNCIONAL-20 | | <i>www.tvcf-20.com.br</i> | Pontuação |
|--|--|--|--------------|
| <p>Responda às perguntas abaixo com a ajuda de familiares ou acompanhantes. Marque a opção mais apropriada para a sua condição de saúde atual. Todas as respostas devem ser confirmadas por alguém que conviva com você. Nos idosos incapazes de responder, utilizar as respostas do cuidador.</p> | | | |
| IDADE | 1. Qual é a sua idade? | <input type="checkbox"/> 60 a 74 anos ⁰ <input type="checkbox"/> 75 a 84 anos ¹ <input type="checkbox"/> ≥ 85 anos ² | |
| AUTO-PERCEÇÃO DA SAÚDE | 2. Em geral, comparando com outras pessoas de sua idade, você diria que sua saúde é: | <input type="checkbox"/> Excelente, muito boa ou boa ⁰ <input type="checkbox"/> Regular ou ruim ¹ | |
| ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA | AVD Instrumental | 3. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de fazer compras? <i>(Respostas positivas valem 4 pontos cada. Todavia, a pontuação máxima do item 4 de 4 pontos, mesmo que o idoso tenha respondido sim para todas as questões 3, 4 e 5.)</i> | Máximo 4 pts |
| | | 4. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de controlar seu dinheiro, gastos ou pagar as contas de sua casa? | |
| | | 5. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de realizar pequenos trabalhos domésticos, como lavar louça, arrumar a casa ou fazer limpeza leve? | |
| | AVD Básica | 6. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de tomar banho sozinho? | |
| COGNIÇÃO | | 7. Algum familiar ou amigo falou que você está ficando esquecido? | |
| | | 8. Este esquecimento está piorando nos últimos meses? | |
| | | 9. Este esquecimento está impedindo a realização de alguma atividade do cotidiano? | |
| HUMOR | | 10. No último mês, você ficou com desânimo, tristeza ou desesperança? | |
| | | 11. No último mês, você perdeu o interesse ou prazer em atividades anteriormente prazerosas? | |
| MOBILIDADE | Alcança, proenhe e pinça | 12. Você é incapaz de elevar os braços acima do nível do ombro? | Máximo 2 pts |
| | | 13. Você é incapaz de manusear ou segurar pequenos objetos? | |
| | Capacidade aeróbica e /ou muscular | 14. Você tem alguma das três condições abaixo relacionadas? <ul style="list-style-type: none"> • Perda de peso não intencional de 4,5 kg ou 5% do peso corporal no último ano ou 6 kg nos últimos 6 meses ou 3 kg no último mês (); • Índice de Massa Corporal (IMC) menor que 22 kg/m² (); • Circunferência da panturrilha a < 31 cm (); • Tempo gasto no teste de velocidade da marcha (4m) > 5 segundos (). | |
| | Marcha | 15. Você tem dificuldade para caminhar capaz de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? | |
| | | 16. Você teve duas ou mais quedas no último ano? | |
| | Continência esfincteriana | 17. Você perde urina ou fezes, sem querer, em algum momento? | |
| COMUNICAÇÃO | Visão | 18. Você tem problemas de visão capazes de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? É permitido o uso de óculos ou lentes de contato. | |
| | Audição | 19. Você tem problemas de audição capazes de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? É permitido o uso de aparelhos de audição. | |
| COMORBIDADES MÚLTIPLAS | Polipatologia | 20. Você tem alguma das três condições abaixo relacionadas? <ul style="list-style-type: none"> • Cinco ou mais doenças crônicas (); • Uso regular de cinco ou mais medicamentos diferentes, todo dia (); • Internação recente, nos últimos 6 meses (). | Máximo 4 pts |
| | Polifarmácia | | |
| | Internação recente (<6 meses) | | |
| PONTUAÇÃO FINAL (40 pontos) | | | |



Universidade Federal de Minas Gerais.
Núcleo de Geriatria e Gerontologia da UFMG.

Serviço de Geriatria do HC-UFMG.
Instituto Jenny de Andrade Faria.



O IVCF-20 apresenta caráter multidimensional, pois avalia 15 dimensões consideradas preditoras de declínio funcional e óbito em idosos: a idade, a autopercepção da saúde, as atividades de vida diária (três AVD 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. Cada seção é avaliada através de perguntas simples, que podem ser respondidas pelo idoso ou por alguém que conviva com ele (familiar ou cuidador). Foram também incluídas algumas medidas consideradas fundamentais na avaliação do risco de declínio funcional do idoso, como peso, estatura, IMC, circunferência da panturrilha e velocidade da marcha em 4 metros. Pode ser aplicado por toda a equipe de enfermagem (enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem) e demais profissionais da área de saúde (médico, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, assistente social, dentista, psicólogo e farmacêutico) e também pelo agente comunitário de saúde (ACS). Cada pergunta recebe uma pontuação específica, de acordo com o desempenho do idoso. Em 2019, o IVCF-20 foi reconhecido como sendo um dos quatro melhores instrumentos de reconhecimento do idoso frágil, dentre 51 instrumentos existentes no mundo. O estudo concluiu que o IVCF-20 apresenta propriedade clinométricas robustas, além de ter caráter multidimensional. Em termos de Saúde Pública, recomendamos a seguinte estratificação de risco da população idosa:

- **Pontuação de 0 a 6 pontos:** idosos com baixo risco de vulnerabilidade clínico funcional.
- **Pontuação de 7 a 14 pontos:** idosos com moderado risco de vulnerabilidade clínico funcional.
- **Pontuação ≥ 15 pontos:** idosos com alto risco de vulnerabilidade clínico funcional.