

RIASE

REVISTA IBERO-AMERICANA DE SAÚDE E ENVELHECIMENTO
REVISTA IBERO-AMERICANA DE SALUD Y ENVEJECIMIENTO

**ASPECTOS ASSOCIADOS À VULNERABILIDADE EM SAÚDE
EM PESSOAS IDOSAS ATENDIDAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA
À SAÚDE**

**ASPECTS ASSOCIATED WITH HEALTH VULNERABILITY
IN ELDERLY INDIVIDUALS ATTENDED IN PRIMARY
HEALTH CARE**

**ASPECTOS ASOCIADOS A LA VULNERABILIDAD EN SALUD
EN PERSONAS MAYORES ATENDIDAS EN LA ATENCIÓN
PRIMARIA DE SALUD**

Kalyne Patrícia de Macêdo Rocha¹, Nathália Priscilla Medeiros Costa Diniz¹,
Nathaly da Luz Andrade¹, Maria Leonor Paiva da Silva¹,
Bruno Araújo da Silva Dantas¹, Gilson de Vasconcelos Torres¹.

¹Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, Brasil.

Recebido/Received: 03-01-2025 Aceite/Accepted: 03-01-2025 Publicado/Published: 03-01-2025

DOI: [http://dx.doi.org/10.60468/r.riase.2024.10\(2\).704.78-92](http://dx.doi.org/10.60468/r.riase.2024.10(2).704.78-92)

©Autor(es) (ou seu(s) empregador(es)) e RIASE 2024. Reutilização permitida de acordo com CC BY-NC. Nenhuma reutilização comercial.
©Author(s) (or their employer(s)) and RIASE 2024. Re-use permitted under CC BY-NC. No commercial re-use.

VOL. 10 SUPLEMENTO 2 NOVEMBRO 2024

RESUMO

Introdução: A vulnerabilidade apresenta modelos conceituais diversos e na pessoa idosa está relacionada a fatores biopsicossociais, econômicos, culturais, emocionais e relacionais.

Objetivo: Avaliar os aspectos associados à presença de vulnerabilidade em pessoas idosas atendidas na Atenção Primária à Saúde.

Métodos: Estudo transversal, com abordagem quantitativa e observacional, com uma amostra de 200 participantes, com idade ≥ 60 anos, residentes da comunidade, realizada em 2024, no Brasil. Foram aplicados os instrumentos Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, MEEM, Escala de Fragilidade de Edmonton, Escala de Risco de quedas de Downton, VES-13, Escalas de Funcionalidade (Barthel e Lawton), PRISMA 7, SARC-F, GDS-15, SF 36, Mini Avaliação Nutricional, HS-EAST e CTS-1.

Resultados: A presença de vulnerabilidade em pessoas idosas esteve principalmente associada aos dados de relevância estatística em faixa etária ($p = 0,006$), dependente de AIVD ($p = 0,031$), qualidade de vida ($p = 0,010$), fragilidade ($p = 0,035$), risco de declínio funcional ($p = 0,004$) e depressão ($p = 0,001$).

Conclusão: A pessoa idosa que reside na comunidade apresentou positividade para a presença de vulnerabilidades, porém quando associada com a maioria dos aspectos clínicos e sociodemográficos do estudo, constatou-se pouca inferência dos mesmos, indicando a necessidade de explorar mais os dados referentes à vulnerabilidade.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Enfermagem; Serviços de Saúde para Idosos; Vulnerabilidade em Saúde.

ABSTRACT

Introduction: Vulnerability presents diverse conceptual models and in older adults is related to biopsychosocial, economic, cultural, emotional, and relational factors.

Objective: To assess aspects associated with vulnerability presence in older adults attending Primary Health Care.

Methods: A cross-sectional, quantitative, and observational study with a sample of 200 participants, aged ≥ 60 years, community residents, conducted in 2024, in Brazil. The instruments applied were the Elderly Health Booklet, MMSE, Edmonton Frail Scale, Downton Falls Risk Scale, VES-13, Functionality Scales (Barthel and Lawton), PRISMA 7, SARC-F, GDS-15, SF 36, Mini Nutritional Assessment, HS-EAST, and CTS-1.

Results: Vulnerability presence in older adults was mainly associated with statistically relevant data in age group ($p = 0.006$), dependence on IADL ($p = 0.031$), quality of life ($p = 0.010$),

frailty ($p = 0.035$), functional decline risk ($p = 0.004$), and depression ($p = 0.001$).

Conclusions: Older adults residing in the community showed positivity for vulnerability presence, but when associated with most clinical and sociodemographic aspects of the study, little inference was found, indicating the need for further exploration of vulnerability-related data.

Keywords: Health Services for the Aged; Health Vulnerability; Primary Health Care; Nursing.

RESUMEN

Introducción: La vulnerabilidad presenta diversos modelos conceptuales y en las personas mayores está relacionada con factores biopsicosociales, económicos, culturales, emocionales y relacionales.

Objetivo: Evaluar los aspectos asociados a la presencia de vulnerabilidad en personas mayores atendidas en Atención Primaria de Salud.

Métodos: Estudio transversal, con enfoque cuantitativo y observacional, con una muestra de 200 participantes, con edad ≥ 60 años, residentes de la comunidad, realizado en 2024, en Brasil. Se aplicaron los instrumentos Cartilla de Salud de la Persona Mayor, MMSE, Escala de Fragilidad de Edmonton, Escala de Riesgo de Caídas de Downton, VES-13, Escalas de Funcionalidad (Barthel y Lawton), PRISMA-7, SARC-F, GDS-15, SF 36, Mini Evaluación Nutricional, HS-EAST y CTS-1.

Resultados: La presencia de vulnerabilidad en personas mayores estuvo principalmente asociada a datos estadísticamente relevantes en el grupo de edad ($p = 0,006$), dependencia en AVD ($p = 0,031$), calidad de vida ($p = 0,010$), fragilidad ($p = 0,035$), riesgo de declive funcional ($p = 0,004$) y depresión ($p = 0,001$).

Conclusiones: Las personas mayores que residen en la comunidad mostraron positividad para la presencia de vulnerabilidad, pero cuando se asociaron con la mayoría de los aspectos clínicos y sociodemográficos del estudio, se encontró poca inferencia, lo que indica la necesidad de explorar más los datos relacionados con la vulnerabilidad.

Descriptores: Atención Primaria de Salud; Enfermería; Servicios de Salud para Ancianos; Vulnerabilidad en Salud.

INTRODUÇÃO

Os achados na literatura evidenciam que a vulnerabilidade tem forte relação com os determinantes e condicionantes sociais da saúde, transcendendo a lógica do paradigma hegemônico sobre o processo saúde-doença. Está apenas relacionado ao aspecto biológico, ou à exposição de potenciais danos à saúde. Esse novo direcionamento traz as múltiplas dimensões em que a concepção sobre a vulnerabilidade se desdobra⁽¹⁾.

No que respeita à lógica da vulnerabilidade nas interfaces com o envelhecimento, estudos retratam a importância de se perceber o cotidiano das pessoas, a fragilidade das suas relações sócio afetivas, a precariedade do acesso à renda, a desigualdade de acesso a bens e dispositivos públicos, a insegurança na justiça social, remetendo a um conjunto de fatores sociais, econômicos e culturais, que superam a condição trazida pela Bioética, remeter a vulnerabilidade como condição natural do homem, que naturalmente necessita de ajuda. Esse processo é inerente ao ser humano, com uma sensibilidade atrelada ao existir do sujeito, como se o indivíduo não pudesse dispor de mecanismos de resiliência ou de criar, com o auxílio de uma rede de apoio, as mudanças necessárias e lutar por mais direitos e menos desigualdades, que muitas vezes, já estão presentes devido à fragilidade consequente do passar do tempo para a pessoa idosa⁽¹⁻²⁾.

Na discussão clínica, o declinar de várias funcionalidades humanas que remetem em alterações fisiológicas, psicológicas, bioquímicas e morfológicas, que estão intrínsecos no processo do envelhecimento, são capazes de tornar o indivíduo, com a progressão do tempo, mais sensível a vulnerabilidades devido à redução das suas habilidades ou capacidades de se adaptar em contextos diversos⁽²⁾. Portanto, a identificação de grupos vulneráveis na população idosa possibilita a elaboração de políticas e estratégias de saúde adequadas para a prevenção desses desfechos indesejados e para a recuperação de incapacidades já instaladas⁽³⁾.

O relatório Situação da População Mundial, 2023, aborda questões relacionadas à tendência global do envelhecimento, e que essa tendência define o tempo atual, sendo um fenômeno que se move na mesma direção em todos os lugares do mundo, porém em ritmos diferentes, apresentando melhores índices nos países em desenvolvimento⁽⁴⁾. A Organização das Nações Unidas (ONU) divulgou que a população idosa, na estimativa global, deve dobrar e destaca que em 2021 os números foram próximos de 761 milhões de pessoas idosas, e em 2050 essa estimativa se aproximará de 1,6 bilhão⁽⁵⁾.

No Brasil, recentemente, houve a atualização do censo demográfico, 2022, o qual trouxe um acréscimo populacional das pessoas idosas em 56%, quando comparado ao censo anterior em 2010, indicando que essa faixa etária populacional se encontra em 32.113.490 idosos resi-

dentes no Brasil. Essa publicação contempla o dado que discrimina a especificidade da população em 17.887.737 (55,7%) de mulheres idosas e 14.225.753 (44,3%) de homens idosos⁽⁶⁾.

As mudanças demográficas e epidemiológicas sinalizadas trazem desafios aos gestores, profissionais de saúde e sociedade, que estão atrelados a toda uma rede de assistência a essa população específica e o quanto isso implica em urgências para desenvolver novas possibilidades de cuidado, organização, funcionamento e monitoramento no processo de envelhecimento e diminuição das vulnerabilidades⁽⁷⁾. Por conseguinte, as ações de base territorial, descentralizadas e regionalizadas assumem um papel estratégico no Sistema Único de Saúde (SUS), trazendo a Atenção Primária à Saúde como um dispositivo de potencialidades na vida da comunidade, aumentando os fatores protetivos nas pessoas idosas e seu território vivo⁽⁸⁻⁹⁾.

Diante dos impactos que a vulnerabilidade pode causar no dia a dia dos idosos, faz-se necessário que os operadores do cuidado em saúde conduzam os processos baseados na construção e fortalecimento de vínculos e a relevância de organizar ações mais eficazes mediante avaliação de possíveis variáveis que possam influenciar ou aumentar a vulnerabilidade, a partir de instrumentos de rastreamento, como Vulnerable Elders Survey (VES-13) que é baseado na função auto referida que considera a idade, a autoavaliação da saúde, o desempenho físico e o estado funcional para medir a fragilidade e o risco de deterioração da saúde em idosos já vulneráveis⁽¹⁰⁾.

Nesse sentido, visando compreender ainda melhor esse fenômeno, o presente estudo tem como objetivo avaliar os aspectos associados à presença de vulnerabilidade em pessoas idosas atendidas na atenção primária à saúde.

MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal, com abordagem quantitativa, recorte do projeto longitudinal e multicêntrico da Rede internacional de pesquisa sobre vulnerabilidade, saúde, segurança e qualidade de vida do idoso: Brasil, Portugal, Espanha e França.

Este estudo foi realizado com pessoas idosas atendidas pela Atenção Primária à Saúde (APS) que englobou as pessoas que residiam na comunidade de Santa Cruz, no interior do Rio Grande do Norte, Brasil.

O processo de amostragem se deu por meio do método probabilístico, pelo cálculo amostral para populações finitas estimadas de pessoas idosas atendidas na APS. O cálculo amostral foi realizado considerado o nível de confiança de 95% ($Z = 1,96$), erro amostral ($e = 0,05$), pro-

porção estimada de acerto esperado (P) de 50% e erro esperado (Q) de 50% de pessoas idosas atendidas na APS, que resultou numa amostra estimada de 200 pessoas idosas.

Para serem incluídos os participantes deveriam ter idade igual ou superior a 60 anos e estar cadastrado ou ser usuário de uma unidade de saúde de atenção primária. Foram excluídas as pessoas idosas que apresentavam características clínicas que impediam a sua participação no estudo (como estado cognitivo alterado), conforme avaliado pelo pesquisador ou por meio de informações dos profissionais da APS.

Os instrumentos utilizados neste estudo foram: Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa para dados sociodemográficos e de saúde⁽¹¹⁾, Mini Exame do Estado Mental (MEEM) para avaliação das funções cognitivas do indivíduo⁽¹²⁾, Escala de Fragilidade de Edmonton (EFE) para avaliação da presença de fragilidade⁽¹³⁾, Escala de Risco de Queda de Downton para análise do risco de quedas⁽¹⁴⁾, Escala de Vulnerabilidade - VES-13 para identificação do idoso vulnerável⁽¹⁵⁾, Escalas de Funcionalidade (Barthel e Lawton) que avaliam a independência para execução de atividades básicas de vida diária (ABVD) - Barthel e a independência na realização de atividades instrumentais de vida diária (AIVD) - Lawton⁽¹⁶⁻¹⁷⁾, PRISMA-7 para averiguação de declínio funcional⁽¹⁸⁾, SARC-F para verificar o risco de sarcopenia⁽¹⁹⁾, Escala de Depressão em Geriatria (GDS-15) para avaliar a presença de sintomas depressivos⁽²⁰⁾, Qualidade de vida (SF-36) para avaliação da qualidade de vida dos participantes⁽²¹⁾, Mini Avaliação Nutricional (MNA) avalia pessoas idosas em risco de desnutrição ou desnutrição⁽²²⁾, Risco para a violência (HS-EAST) para avaliar o risco para violência⁽²³⁾ e Violência (CTS) para identificação das pessoas idosas em situação de violência⁽²⁴⁾.

A coleta de dados ocorreu de julho a dezembro de 2023 por uma equipe multiprofissional previamente treinada.

Os participantes que atenderam aos critérios de inclusão e aceitaram participar do estudo foram esclarecidos sobre a pesquisa e convidados a assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O projeto multicêntrico foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Onofre Lopes da Universidade Federal do Rio Grande do Norte com parecer n.º 4267762 e CAAE: 36278120.0.1001.5292.

O tratamento dos dados se deu no *software* estatístico *Statistical Package for the Social Science* (SPSS) versão 23.0. A análise descritiva se deu por meio da distribuição de frequência absoluta e relativa para variáveis categóricas. Utilizou-se o teste qui-quadrado de Pearson para aferir a correlação entre as variáveis sociodemográficas e clínicas do estudo com a vulnerabilidade. Foi considerado nível de significância de 5% e intervalos de confiança de 95% para todas as análises.

RESULTADOS

Os participantes deste estudo se configuraram em uma amostra de 200 pessoas idosas atendidas na APS. Na Tabela 1^a, os dados evidenciaram que a maioria eram do sexo feminino (68,0%), com idade entre 60 a 74 anos (54,0%), de raça/cor não branca (61,0%) e alfabetizados em nível de escolaridade (75,0%).

No cruzamento dos dados com a variável vulnerabilidade, constata-se predomínio de mulheres (50,5%), de 60 a 74 anos (37%), não brancos (44%) e alfabetizados (57,5%) que não manifestaram vulnerabilidade, observando um perfil semelhante ao constatado na análise total dos participantes e demonstrando que menos pessoas idosas estão em vulnerabilidade na APS. Em contraste com esse percentual, 26% de idosos estavam em vulnerabilidade, predominando-se o sexo feminino (17,5%). Ainda em discussão do cruzamento das variáveis, o item faixa etária ($p = 0,006$) apresentou valor de significância estatística associada a vulnerabilidade (Tabela 1^a).

Na análise do comportamento das variáveis clínicas encontradas na Tabela 2^a, de forma semelhante ao que já foi abordado, percebe-se a maior presença de pessoas em vulnerabilidade e, no resultado do cruzamento entre elas, se constata valor de significância estatística para os itens: Dependente AIVD ($p = 0,031$), Qualidade de vida ($p = 0,010$), Fragilidade ($p = 0,035$), Risco de declínio funcional ($p = 0,004$) e Depressão ($p = 0,001$).

As variáveis clínicas que demonstraram existir relação com a vulnerabilidade das pessoas idosas na APS, aquelas que se encontram em vulnerabilidade, manifestaram maiores percentuais em dependente de atividades instrumentais de vida diária - AIVD - (53%), de quedas (49,5%) e de pior qualidade de vida (43,5%) (Tabela 2^a).

Contraopondo-se a análise supracitada, a avaliação isolada de cada variável clínica, no cruzamento com a vulnerabilidade, é percebida nos dados dos participantes do estudo que deram positivas para a vulnerabilidade, mostrando-se, de tal maneira, ter pouca relação com a maioria das características clínicas, apontando para a associação de que está em vulnerabilidade, para essa população específica e para a região do estudo, não é, necessariamente, indicativo para se encontrar em situação de violência (68%), está com declínio cognitivo (67%), apresentar sintomas depressivos (60%), está mediante riscos de sarcopenia (49%), de quedas (50,5%), de nutrição (49%), de declínio funcional (45%) ou de violência (47,5%), apresentar fragilidade (40,5%) ou ser dependente nas atividades básicas de vida diária - ABVD - (45%) (Tabela 2^a).

DISCUSSÃO

Contribuindo ao debate sobre a análise do perfil mais evidente no estudo na associação com as variáveis sociodemográficas, percebe-se que as mulheres idosas não brancas, nos 10 anos iniciais da demarcação etária longa e com algum nível de escolaridade predominaram nos resultados e se mostraram, de tal forma, a permanecer como um perfil encontrado em maior quantitativo e de não vulnerabilidade.

Encontrar um acentuado valor de mulheres idosas que não estão em vulnerabilidade e que são atendidas na Atenção Primária à Saúde, sinaliza a importância de dispositivos sociais e comunitários no cotidiano dessa população, estimulando a participação nos equipamentos de saúde, o que contribui para uma melhor qualidade de vida, acesso à informação e percepção de saúde, além da redução do estresse percebido e dos aspectos relacionados à vulnerabilidade. Sinaliza para uma ascensão na participação ativa das mulheres idosas nesses cenários de cuidado, o que fortalece para uma maior resiliência diante dos processos do envelhecer⁽²⁵⁻²⁶⁾.

Discutindo ainda esses achados no cruzamento das variáveis supracitadas, percebe-se um menor indicativo para um perfil de vulnerabilidade, porém, mesmo sendo em menor percentual, ainda assim sinaliza para mulheres não brancas.

A literatura tem evidenciado um debate histórico-crítico sobre as questões de gênero na velhice e sua relação com aspectos da vulnerabilidade. Evidencia a feminilização no envelhecimento e apresenta essas diferenças de gênero mais arraigadas nas mulheres idosas, no qual demarcam um maior enfrentamento de situações de discriminação, violência, trabalho doméstico, dificuldades laborais e profissionais⁽²⁵⁾.

O comportamento do cruzamento das variáveis clínicas com a vulnerabilidade mostrou um desempenho diferente em comparação a análise referenciada nos parágrafos anteriores, pois evidencia a prevalência de pessoas idosas em vulnerabilidade na APS, porém sintetiza essa relação aos dados em pessoas dependentes de atividades instrumentais de vida diária – AIVD, referente a quedas e na presença de pior qualidade de vida.

Um estudo realizado em três cidades na Colômbia, com 1.514 idosos, mostrou a relação da vulnerabilidade com a pior qualidade de vida e com aqueles que são dependentes de terceiros para realizar atividades instrumentais cotidianamente⁽²⁷⁾. Outro estudo realizado na região centro-oeste no Brasil, publicou que a maioria dos idosos vulneráveis da pesquisa apresentaram 62,3% de dependência funcional em AIVD, sendo que a maioria eram independentes em atividades básicas da vida diária (ABVD)⁽²⁸⁾, sendo compatível com os resultados do estudo.

Fazendo um paralelo com outros dados da literatura, a presença de quedas é encontrada em uma pesquisa com 261 idosos no sudeste do Brasil, o qual declara que a ocorrência dessas pode levar ou potencializar a condição de vulnerabilidade ao passo que o coloca em maior grau de fragilidade, podendo decorrer outros agravos como perda funcional, lesões, fraturas, períodos de hospitalização e até óbitos⁽²⁹⁾. Em outra pesquisa, também, na região sudeste do mesmo país, o aspecto da vulnerabilidade foi um dos fatores elencados como indicativo para maiores ocorrências de quedas associadas a pior qualidade de vida, em pessoas idosas⁽³⁰⁾.

A avaliação transversal das variáveis se mostrou destoante, no sentido de que a amostra apresentou um escore de pessoas idosas, na localidade do estudo – Santa Cruz/RN, que são positivas para a vulnerabilidade, mas que a maioria das variáveis clínicas não manifestou forte relação com a presença da vulnerabilidade. Essa apuração demarca a complexidade e heterogeneidade da pessoa idosa vulnerável e a necessária percepção dos profissionais para a compreensão dessas várias adaptações dos fenômenos do envelhecimento⁽³¹⁾.

Apresentar pouca relação da vulnerabilidade com as demais características clínicas (situações de violência, declínio cognitivo, sintomas depressivos, riscos de sarcopenia, de quedas, de nutrição, de declínio funcional e de violência, fragilidade e dependência de ABVD) é de observar a necessidade de explorar mais questões relacionadas à vulnerabilidade das pessoas idosas no contexto da comunidade, pois a literatura científica demonstrou relação da vulnerabilidade com esses aspectos^(25,28-29).

Um estudo realizado na China revelou que os cuidados integrados em pessoas idosas auxiliam na manutenção do envelhecimento saudável, reforçando a estabilidade da capacidade intrínseca – conjunto das capacidades físicas e mentais de um indivíduo –, e recomenda ações simples de cuidado e gestão nos contextos primários de saúde⁽³²⁾.

Nessa direção, vale ressaltar a importância desses achados para o fomento de melhores condições assistenciais e de cuidado, o qual podem contribuir para a construção de indicadores de saúde, que são utilizados como ferramenta de gestão para o auxílio no desenvolvimento de políticas públicas e de elaboração de diagnósticos, com enfoque na eficiência, efetividade e equilíbrio dos recursos que são disponibilizados nas ações de saúde, programadas para atender a população idosa e auxiliar na mitigação das vulnerabilidades. Tendo em vista que os estudos com enquadre específico na longevidade trazem contribuições significativas aos instrumentos de inovação tecnológica em saúde, como é o caso do Sistema de Indicadores para Acompanhamento de Políticas de Saúde do Idoso (SISAP – Idoso) no sistema de saúde no Brasil⁽⁷⁾.

Os limites do estudo são reconhecidos na diversidade dos resultados apresentados, demonstrando pouca relação das variáveis em comparação com a literatura nacional e internacional, evidenciando a necessidade de explorar outras formas metodológicas de pesquisa, inclusive aprimorar as coletas já realizadas, atentando-se para outras variáveis de impacto que possam trazer um resultado mais abrangente e condizente com outros achados.

CONCLUSÃO

Os resultados obtidos apresentaram consonância com o objetivo da pesquisa, pois constatou-se a presença de vulnerabilidade em pessoas idosas atendidas na Atenção Primária à Saúde, e apresenta a associação com alguns aspectos clínicos. Quanto aos aspectos sociodemográficos, percebe-se a maior presença de pessoas idosas não vulneráveis.

Esses dados explicitam a importante reflexão para se conhecer, cada vez mais, a condição de vulnerabilidade das pessoas idosas como forma de prevenir riscos e agravos, pois alguns aspectos de relevância na pesquisa, se mostraram pouco influentes nos idosos vulneráveis.

O aspecto da vulnerabilidade apresentou relevância estatística na associação com as variáveis: faixa etária, dependente AIVD, Qualidade de vida, Fragilidade, Risco de declínio funcional e Depressão.

Por fim, salienta-se como possibilidade estratégica junto à atenção primária à saúde, o desenvolvimento de planos de intervenção gerontológicos para favorecer a identificação das pessoas idosas vulneráveis residentes na comunidade, e o incentivo para a realização de avaliações geriátricas multiprofissionais, com vista a detalhar as causas e intervir de forma protetiva e/ou preventiva nos declínios ocasionados pela vulnerabilidade.

REFERÊNCIAS

1. Carmo ME do, Guizardi FL. O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2018;34(3):e00101417. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00101417>
2. Bonardi T, et al. Morse fall scale: Grau de risco de queda em idosos hospitalizados. *CuidArte Enfermagem*, 2019;13(2):147-151.
3. Cabral JF et al. Vulnerabilidade e fatores associados em idosos atendidos pela Estratégia Saúde da Família *Ciência & Saúde Coletiva*, 2019; 24(9):3227-3236.
4. UNFPA. “8 bilhões de vidas, infinitas possibilidades: em defesa de direitos e escolhas. Relatório Situação da População Mundial 2023.” (2023).
5. Organização das Nações Unidas. ONU quer mais apoio para população em envelhecimento. [Internet]. Nova Iorque (NY): Nações Unidas; 2023 [acesso em 3 de maio 2024]. Disponível em: <https://news.un.org/pt/story/2023/01/1807992>
6. IBGE. Censo Demográfico 2022: População por idade e sexo: Pessoas de 60 anos ou mais de idade: Resultados do universo: Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação. Rio de Janeiro: IBGE; 2023.
7. Romero DE, Castanheira D, Marques AP, Muzy J, Sabbadini L, Silva RSD. Metodologia integrada de acompanhamento de políticas públicas e situação de saúde: o SISAP-Idoso. *Cien Saude Colet*. Ago 2018; 23(8):2641-2650. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018238.10302016>
8. Veras DC de, Lacerda GM, Forte FDS. Grupo de idosos como dispositivo de empoderamento em saúde: uma pesquisa-ação. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2022;26:e210528. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.210528>
9. Lopes FMV Martins, et al. Movimento de redes vivas na produção do cuidado a pessoas idosas com demência e seus cuidadores: a perspectiva de profissionais que atuam na estratégia de saúde da família. 2024.
10. Irelli A, Sirufo MM, Scipioni T, Aielli F, Martella F, Ginaldi L, Pancotti A, De Martinis M. As ferramentas VES-13 e G-8 como preditores de toxicidade associada aos inibidores da aromatase no tratamento adjuvante do câncer de mama em pacientes idosos: Um estudo unicêntrico. *Indian Journal of Cancer*. Out-dez 2022;59(4):485-492. Disponível em: https://doi.org/10.4103/ijc.IJC_954_19
11. Brasil. (2017). *Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa* (4.ª ed.). Ministério da Saúde.
12. Bertolucci PHF, Brucki SMD, Campacci SR, Juliano Y. O Mini-Exame do Estado Mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arq Neuro-Psiquiatr* [Internet]. Mar 1994;52(1):01-7. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0004-282X1994000100001>
13. Fabrício-Wehbe SCC, Schiaveto FV, Vendrusculo TRP, Haas VJ, Dantas RAS, Rodrigues RAP. Adaptação transcultural e validade da “Edmonton Frail Scale – EFS” em uma amostra de idosos brasileiros. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. Nov 2009;17(6):1043-9. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692009000600018>

14. Soares CR, Fukujima MM, Costa PCP da, Neves VR, Rosa A da S, Okuno MFP. Adesão e Barreiras à Terapia Medicamentosa: Relação com o Risco de Quedas em Idosos. Texto contexto – enferm [Internet]. 2022;31:e20200552. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0552>
15. Maia F de OM, Duarte YA de O, Secoli SR, Santos JLF, Lebrão ML. Adaptação transcultural do Vulnerable Elders Survey-13 (VES-13): contribuindo para a identificação de idosos vulneráveis. Rev esc enferm USP [Internet]. Out 2012;46(spe):116-22. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000700017>
16. Minosso JSM, Amendola F, Alvarenga MRM, Oliveira MA de C. Validação, no Brasil, do Índice de Barthel em idosos atendidos em ambulatórios. Acta paul enferm [Internet]. Mar 2010;23(2):218-23. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002010000200011>
17. Lopes, B., Santos, D., Virtuoso Júnior, R. ; & Sindra, J. Confiabilidade da versão brasileira da escala de atividades instrumentais da vida diária. Revista Brasileira Em Promoção Da Saúde, 2008;21: 290-296. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=40811508010>
18. Saenger ALF, Caldas CP, Motta LB. Adaptação transcultural para o Brasil do instrumento PRISMA-7: avaliação das equivalências conceitual, de item e semântica. Cad Saúde Pública [Internet]. 2016;32(9): e00072015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00072015>
19. Martini CAN, Weigert CS, Stiegemaier ACB, Ferreira APRB, Gonçalves EL, Valle SF. Uso da pontuação SARC-F como auxílio na prevenção de fraturas por fragilidade. Rev bras ortop [Internet]. Jan 2023;58(1):157-63. Disponível em: <https://doi.org/10.1055/s-0042-1756328>
20. Almeida, O. P., Almeida, S. A., & Almeida, O. P. Short versions of the geriatric depression scale: a study of their validity for the diagnosis of a major depressive episode according to ICD-10 and DSM-IV. Int. J. Geriat. Psychiatry. 1999;14.
21. Laguardia J, Campos MR, Travassos C, Najar AL, Anjos LA dos, Vasconcellos MM. Dados normativos brasileiros para o questionário Short Form 36, versão 2. Rev bras epidemiol [Internet]. Dez 2013;16(4):889-97. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2013000400009>
22. Araújo RG, Moura RBB de, Cabral CS, Feitosa GAM, Araújo PPS de, Barroso FN de L, Barbosa JM, Araújo Ângela A de. Mini avaliação nutricional em idosos internados em hospital escola da Paraíba. Braz. J. Hea. Rev. [Internet]. 1 set 2020;3(5):11378-8. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/15972>
23. Reichenheim ME, Paixão Jr. CM, Moraes CL. Adaptação transcultural para o português (Brasil) do instrumento Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test (H-S/EAST) utilizado para identificar risco de violência contra o idoso. Cad Saúde Pública [Internet]. Ago 2008;24(8):1801-13. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000800009>
24. Hasselmann MH, Reichenheim ME. Adaptação transcultural da versão em português do Conflict Tactics Scales Form R (CTS-1), usada para aferir violência no casal: equivalências semântica e de mensuração. Cad Saúde Pública [Internet]. Jul 2003; 19(4):1083-93. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2003000400030>

25. Ipriani LM, Lopes BC, Acrani GO, Lindemann IL, Kunz RI. Vulnerabilidade social na população idosa usuária da Atenção Primária à Saúde de um município do Rio Grande do Sul. *Semin. Cienc. Biol. Saúde* [Internet]. 18 jul 2023 [citado em 8 de maio 2024];44(1):3-14. Disponível em: <https://ojs.uel.br/revistas/uel/index.php/seminabio/article/view/44900>

26. Manso MEG, et al. A relação do estresse percebido em um grupo de pessoas idosas resilientes e saudáveis. *Rev Longeviver*. 2024.

27. Cardona D, Segura Á, Segura A, Muñoz D, Jaramillo D, Lizcano D, Agudelo MC, Arango C, Morales S. Index of vulnerability of elderly people in Medellín, Barranquilla, and Pasto. *Biomédica*. 1 mai 2018;38(0):101-113. Disponível em: <https://doi.org/10.7705/biomedica.v38i0.3846>. PMID: 29874713.

28. Cabral JF, Silva AMC da, Mattos IE, Neves Á de Q, Luz LL, Ferreira DB, et al. Vulnerabilidade e fatores associados em idosos atendidos pela Estratégia Saúde da Família. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. Set 2019;24(9):3227-36. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018249.22962017>

29. Giacomini SBL, Fhon JR, Rodrigues RAP. Fragilidade e risco de queda em idosos que vivem no domicílio. *Acta paul enferm* [Internet]. 2020;33:eAPE20190124. Disponível em: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2020AO0124>

30. Paiva MM de, Lima MG, Barros MB de A. Desigualdades sociais do impacto das quedas de idosos na qualidade de vida relacionada à saúde. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. Mai 2020;25(5):1887-96. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.34102019>

31. Levasseur M, Lussier-Therrien M, Biron ML, Dubois MF, Boissy P, Naud D, Dubuc N, Coallier JC, Calvé J, Audet M. Scoping study of definitions and instruments measuring vulnerability in older adults. *J Am Geriatr Soc*. Jan 2022;70(1):269-280. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jgs.17451>. Epub 2021 out 20. Erratum in: *J Am Geriatr Soc*. 2023 abr;71(4):E14. PMID: 34669967.

32. Zhou M, Kuang L, Hu N. The Association between Physical Activity and Intrinsic Capacity in Chinese Older Adults and Its Connection to Primary Care: China Health and Retirement Longitudinal Study (CHARLS). *Int J Environ Res Public Health*. 31 mar 2023;20(7):5361. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph20075361>. PMID: 37047975; PMCID: PMC10094135.

Autores

Kalyne Patrícia de Macêdo Rocha

<https://orcid.org/0000-0002-8557-1616>

Nathália Priscilla Medeiros Costa Diniz

<https://orcid.org/0000-0002-2716-0472>

Nathaly da Luz Andrade

<https://orcid.org/0000-0002-5990-5766>

Maria Leonor Paiva da Silva

<https://orcid.org/0000-0003-1727-1686>

Bruno Araújo da Silva Dantas

<https://orcid.org/0000-0002-7442-0695>

Gilson de Vasconcelos Torres

<https://orcid.org/0000-0003-2265-5078>

Autora Correspondente/Corresponding Author

Kalyne Patrícia de Macêdo Rocha – Faculdade de Ciências da Saúde no Trairi, UFRN, Santa Cruz, Brasil.
kalyne.rocha.110@ufrn.edu.br

Contributos dos autores/Authors' contributions

KR: Conceitualização, redação – rascunho original.

ND: Redação – rascunho original.

NA: Metodologia.

MS: Supervisão, redação – revisão e edição.

BS: Metodologia, redação – revisão e edição.

GT: Análise formal, supervisão, redação – revisão e edição, financiamento, aquisição e edição.

Todos os autores leram e concordaram com a versão publicada do manuscrito.

Considerações Éticas

Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Onofre Lopes – UFRN/Brasil [CAAE: 36278120.0.1001.5292 – n.º 4267762].

Ethical Considerations

Approved by the Research Ethics Committee of the Onofre Lopes University Hospital – UFRN/Brazil [CAAE: 36278120.0.1001.5292 – no. 4267762].

Responsabilidades Éticas

Conflitos de Interesse: Os autores declararam não possuir conflitos de interesse.

Suporte Financeiro: Este estudo foi financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), por meio da chamada CNPq/MCTI/FNDCT, número da concessão 408535/2021-0 e documento n.º 18/2021 – Faixa B, para grupos

consolidados. O financiamento foi concedido ao pesquisador Dr. Gilson de Vasconcelos Torres, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil (Pesquisador Nível PQ1D).

Proveniência e Revisão por Pares: Não comissionado; revisão externa por pares.

Ethical Disclosures

Conflicts of Interest: The authors have no conflicts of interest to declare.

Financial Support: This study was funded by the National Council for Scientific and Technological Development (Brazil) through the CNPq/MCTI/FNDCT call, grant number 408535/2021-0 and document no. 18/2021 – Tier B, for consolidated groups. The grant was awarded to researcher Dr. Gilson de Vasconcelos Torres, from the Federal University of Rio Grande do Norte, Brazil (Level PQ1D Researcher).

Provenance and Peer Review: Not commissioned; externally peer reviewed.

©Autor(es) (ou seu(s) empregador(es)) e RIASE 2024.
Reutilização permitida de acordo com CC BY-NC.

Nenhuma reutilização comercial.

©Author(s) (or their employer(s)) and RIASE 2024.

Re-use permitted under CC BY-NC. No commercial re-use.

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica de pessoas idosas da APS segundo a vulnerabilidade. Santa Cruz, 2024.^{κκ}

Variáveis sociodemográficas		Vulnerabilidade		Total n (%)	p-valor*
		Sim n (%)	Não n (%)		
Gênero	Feminino	35 (17,5)	101 (50,5)	136 (68,0)	0,911
	Masculino	16 (8,0)	48 (24,0)	64 (32,0)	
Faixa etária	60 a 74 anos	34 (17,0)	74 (37,0)	108 (54,0)	0,006
	75 a 84 anos	16 (8,0)	45 (22,5)	61 (30,5)	
	85 anos ou mais	1 (0,5)	30 (15,0)	31 (15,5)	
Raça/Cor	Branca	17 (8,5)	61 (30,5)	78 (39,0)	0,336
	Não branca	34 (17,0)	88 (44,0)	122 (61,0)	
Escolaridade	Alfabetizado	35 (17,5)	115 (57,5)	150 (75,0)	0,223
	Não alfabetizado	16 (8,0)	34 (17,0)	50 (25,0)	

*Teste Qui-quadrado de Pearson.

Tabela 2 – Caracterização de variáveis clínicas de pessoas idosas da APS segundo a vulnerabilidade. Santa Cruz, 2024.^{KKK}

Variáveis clínicas		Vulnerabilidade		Total n (%)	p-valor*
		Sim n (%)	Não n (%)		
Dependente AIVD	Sim	106 (53,0)	44 (22,0)	150 (75,0)	0,031
	Não	43 (21,5)	7 (3,5)	50 (25,0)	
Quedas	Sim	99 (49,5)	28 (14,0)	127 (63,5)	0,140
	Não	50 (25,0)	23 (11,5)	73 (36,5)	
Qualidade de vida	Pior	87 (43,5)	40 (20,0)	127 (63,5)	0,01
	Melhor	62 (31,0)	11 (5,5)	73 (36,5)	
Fragilidade	Sim	68 (34,0)	32 (16,0)	100 (50,0)	0,035
	Não	81 (40,5)	19 (9,5)	100 (50,0)	
Risco de declínio funcional	Sim	59 (29,5)	32 (16,0)	91 (45,5)	0,004
	Não	90 (45,0)	19 (9,5)	109 (54,5)	
Dependente ABVD	Sim	59 (29,5)	24 (12,0)	83 (41,5)	0,351
	Não	90 (45,0)	27 (13,5)	117 (58,5)	
Risco de violência	Sim	54 (27,0)	23 (11,5)	77 (38,5)	0,262
	Não	95 (47,5)	28 (14,0)	123 (61,5)	
Risco nutricional	Sim	51 (25,5)	23 (11,5)	74 (37,0)	0,165
	Não	98 (49,0)	28 (14,0)	126 (63,0)	
Risco de quedas	Sim	48 (24,0)	23 (11,5)	71 (35,5)	0,097
	Não	101 (50,5)	28 (14,0)	129 (64,5)	
Risco de sarcopenia	Sim	51 (25,5)	19 (9,5)	70 (35,0)	0,696
	Não	98 (49,0)	32 (16,0)	130 (65,0)	
Depressão	Sim	28 (14,0)	22 (11,0)	50 (25,0)	0,001
	Não	121 (60,5)	29 (14,5)	150 (75,0)	
Declínio cognitivo	Sim	15 (7,5)	8 (4,0)	23 (11,5)	0,278
	Não	134 (67,0)	43 (21,5)	177 (88,5)	
Em situação de violência	Sim	13 (6,5)	7 (3,5)	20 (10,0)	0,304
	Não	136 (68,0)	44 (22,0)	180 (90,0)	

*Teste Qui-quadrado de Pearson.