



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



ILMD INSTITUTO LEÔNIDAS
& MARIA DEANE
FIOCRUZ Amazônia



Mestrado Profissional em Saúde da Família - PROFSAÚDE

**VULNERABILIDADE NO IDOSO: UM ESTUDO EM UMA ESTRATÉGIA SAÚDE
DA FAMÍLIA EM PORTO VELHO - RO**

PRISCILA MARTINS DA SILVA TOURINHO

Porto Velho - RO

2021



Mestrado Profissional em Saúde da Família - PROFSAÚDE

VULNERABILIDADE NO IDOSO: UM ESTUDO EM UMA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM PORTO VELHO - RO

PRISCILA MARTINS DA SILVA TOURINHO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família - PROFSAÚDE, vinculado ao polo Instituto Leônidas & Maria Deane – ILMD/ FIOCRUZ AMAZÔNIA, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Orientador: Prof. Dr. Paulo Cesar Basta.

Porto Velho - RO

2021

FICHA CATALOGRÁFICA

T727v

Tourinho, Priscila Martins da Silva

Vulnerabilidade no idoso: um estudo em uma estratégia de saúde da família em Porto Velho - RO. / Priscila Martins da Silva Tourinho. - Manaus: Instituto Leônidas e Maria Deane, 2021.

66 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família - PROFSAÚDE/MPSF) – Instituto Leônidas e Maria Deane, 2021.

Orientador: Prof^o. Dr. Paulo Cesar Basta.

1. Saúde do idoso - Rondônia 2. Estratégia Saúde da Família I. Título

CDU 614-053.9(811.4)(043.3)

CDD 612.67098114

22. ed.

Elaborado por Ycaro Verçosa dos Santos - CRB-11/ 287

DEDICATÓRIA

Ao meu pai, Carlos Romeu (*in memoriam*), que sempre me incentivou ao estudo, como caminho para o meu crescimento pessoal e profissional, me permitindo a realização de muitos sonhos.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente à Deus, por me permitir saúde, perseverança e força para superar as dificuldades e alcançar mais esta realização.

À minha família pelo incentivo, motivação e paciência nos momentos de ausência, enquanto me dedicava à elaboração deste trabalho.

À minha equipe de trabalho, em especial às agentes comunitárias de saúde da Equipe de Saúde da Família Embratel II, em Porto Velho - Rondônia, que colaboraram na coleta dos dados, permitindo que este trabalho fosse concluído.

Aos professores do mestrado, que contribuíram para o meu conhecimento e crescimento intelectual, em especial ao professor Júlio César Schweickardt.

Ao meu orientador, Dr. Paulo Cesar Basta, pelo incentivo, ensinamentos e correções que me permitiram apresentar um melhor desempenho no meu processo de formação.

RESUMO

Introdução: O envelhecimento populacional vem se dando de forma acelerada em todo o mundo, trazendo consigo importantes implicações sobre os modelos assistenciais vigentes. A Estratégia de Saúde da Família (ESF), tem papel fundamental na promoção do envelhecimento saudável e ativo, onde o reconhecimento dos idosos vulneráveis de um território, permite seu melhor acompanhamento de saúde e manutenção da qualidade de vida. **Objetivos:** Identificar o grau de vulnerabilidade individual dos idosos de uma área adscrita da ESF no município de Porto Velho - RO e explorar os fatores associados. **Metodologia:** Estudo epidemiológico observacional, de caráter transversal, descritivo e analítico, tendo como população idosos a partir de 60 anos, cadastrados na ESF Embratel II, em Porto Velho - RO. Para a coleta de dados foram aplicados um questionário contemplando variáveis clínicas e socioeconômicas e, o outro, o *Vulnerable Elders Survey-13* (VES-13). Foi realizada análise descritiva da situação de vulnerabilidade dos participantes de acordo com as variáveis estudadas e sua associação estimada utilizando-se o modelo de regressão de Poisson com variância robusta. A razão de prevalência (RP) foi utilizada como medida de associação, com seu respectivo intervalo de confiança (IC) de 95%. **Resultados:** A amostra foi constituída por 92 idosos dos quais, 41% apresentaram-se vulneráveis; a maioria destes, na faixa etária a partir de 75 anos, do sexo feminino, pardos, casados, com 1 ou mais anos de estudo, renda familiar entre 1 a 3 salários-mínimos e de convívio acompanhado, tendo na família sua rede de apoio. Grande parte deles dependentes de assistência pública de saúde, possuíam 2 a 3 comorbidades e realizaram 3 ou mais consultas/ano. Uma minoria relatou internação no último ano. O modelo de Poisson revelou que os idosos a partir de 75 anos (RP: 2,22; IC 95%: 1,36-3,64); sem escolaridade (RP: 2,09; IC 95%: 1,15-3,78), portadores de 2 a 3 e 4 ou mais comorbidades (RP: 2,11; IC 95%: 1,18-3,74 e RP: 4,00; IC 95%: 2,10-7,61, respectivamente), e aqueles que realizaram entre 1 a 2 e 3 ou mais consultas/ano (RP: 2,02; IC 95%: 0,75-5,48 e RP: 2,79; IC 95%: 1,02-7,62, respectivamente) apresentaram risco aumentado de vulnerabilidade. **Conclusão:** Um percentual significativo dos idosos adscritos à ESF Embratel II vivem em situação de vulnerabilidade, evidenciando a necessidade de se intensificar as ações de saúde para este público, em especial quanto ao acompanhamento e controle das comorbidades crônicas.

Palavras-chave: Vulnerabilidade; Idoso; Saúde do idoso; Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

Introduction: Population aging has been happening in an accelerated way all over the world, bringing with it important implications on current care models. The Family Health Strategy (ESF) has a fundamental role in promoting healthy and active aging, where the recognition of vulnerable elderly people in a territory allows for better monitoring of health and maintenance of quality of life. **Objectives:** To identify the degree of individual vulnerability of the elderly in an area covered by the ESF in the city of Porto Velho - RO and explore the associated factors. **Methodology:** Epidemiological observational study, cross-sectional, descriptive and analytical, with the elderly population over 60 years old, registered at the ESF Embratel II, in Porto Velho - RO. For data collection, a questionnaire contemplating clinical and socioeconomic variables and the other, the Vulnerable Elders Survey-13 (VES-13) were applied. Descriptive analysis of the vulnerability situation of the participants was performed according to the variables studied and their association estimated using the Poisson regression model with robust variance. The prevalence ratio (PR) was used as a measure of association, with its respective 95% confidence interval (CI). **Results:** The sample consisted of 92 elderly of which 41% were vulnerable; most of them, aged from 75 years, female, brown, married, with 1 or more years of education, family income between 1 to 3 minimum wages and accompanied living, with the family as their support network. Most of them dependent on public health care, had 2 to 3 comorbidities and had 3 or more consultations/year. A minority reported hospitalization in the last year. The Poisson model revealed that the elderly aged 75 years and over (PR: 2.22; 95% CI: 1.36-3.64); no education (PR: 2.09; 95% CI: 1.15-3.78), patients with 2 to 3 and 4 or more comorbidities (PR: 2.11; 95% CI: 1.18-3.74 and PR: 4.00; 95% CI: 2.10-7.61, respectively), and those who attended between 1 to 2 and 3 or more consultations/year (PR: 2.02; 95% CI: 0, 75-5.48 and PR: 2.79; 95% CI: 1.02-7.62, respectively) showed increased risk of vulnerability. **Conclusion:** A significant percentage of the elderly enrolled in the ESF Embratel II live in a vulnerable situation, highlighting the need to intensify health actions for this audience, especially regarding the monitoring and control of chronic comorbidities.

Keywords: Vulnerability; Elderly; Elderly health; Family Health Strategy.

LISTA DE TERMOS E ABREVIATURAS

AB – Atenção Básica

ACS – Agente Comunitário de Saúde

APS – Atenção Primária à Saúde

CEP – Comitê de Ética e Pesquisa

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CSPI – Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa

DCNT – Doença Crônica Não Transmissível

ESF – Estratégia Saúde da Família

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDHM – Índice de Desenvolvimento Humano

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PNSPI – Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa

PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

SEMUSA – Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS – Unidade Básica de Saúde

USF – Unidade de Saúde da Família

VES-13 – *Vulnerable Elders Survey-13*

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1.	Localização geográfica do município de Porto Velho, RO.....	23
GRÁFICO 1.	Pirâmide etária do município de Porto Velho, RO (1991)	24
GRÁFICO 2.	Pirâmide etária do município de Porto Velho, RO (2000)	24
GRÁFICO 3.	Pirâmide etária do município de Porto Velho, RO (2010)	25
FIGURA 2.	Distribuição das Unidades Básicas de Saúde e das Equipes de Saúde da Família na área urbana de Porto Velho, RO (2016)	26
FIGURA 3.	Território de cobertura da Equipe de Saúde da Família Embratel II, em Porto Velho, RO.....	27
FIGURA 4.	Fluxograma de seleção da amostra do estudo.....	32
FIGURA 5.	Distribuição percentual dos idosos adscritos à Estratégia Saúde da Família Embratel II, segundo a pontuação do VES-13, Porto Velho, Rondônia, 2020	33
FIGURA 6.	Percentual de classificação de vulnerabilidade dos idosos adscritos à Estratégia Saúde da Família Embratel II, segundo as variáveis do VES-13, Porto Velho, Rondônia, 2020	35
GRÁFICO 4.	Distribuição de comorbidades crônicas referidas pelos idosos adscritos da Estratégia Saúde da Família Embratel II, em Porto Velho, Rondônia, 2020	40
GRÁFICO 5.	Distribuição de causa de internação referidas pelos idosos adscritos da Estratégia Saúde da Família Embratel II, em Porto Velho, Rondônia, 2020	41

LISTA DE TABELAS

- TABELA 1** - Caracterização socioeconômica da população de idosos adscrita à Estratégia Saúde da Família Embratel II, segundo condição de vulnerabilidade, avaliada por intermédio do VES-13, Porto Velho, Rondônia, 2020 37
- TABELA 2** - Caracterização das condições clínicas da população de idosos adscrita à Estratégia Saúde da Família Embratel II, segundo condição de vulnerabilidade, avaliada por intermédio do VES-13, Porto Velho, Rondônia, 2020 39
- TABELA 3** - Modelo de regressão múltipla de Poisson com razões de prevalência bruta e ajustadas nos idosos da amostra em estudo, Porto Velho, Rondônia, 2020 43

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
1.1. Justificativa	13
2. OBJETIVOS	14
2.1. Objetivos Gerais	14
2.2. Objetivos Específicos	14
3. REFERENCIAL TEÓRICO	15
3.1. Envelhecimento e saúde	15
3.2. Vulnerabilidade no idoso	16
3.3 Atenção Primária à Saúde e envelhecimento saudável e ativo	18
3.4. O <i>Vulnerable Elders Survey – 13</i> (VES-13)	20
4. METODOLOGIA	22
4.1. Tipo de estudo	22
4.1.1. Descrição Geral da área de estudo.....	22
4.2. População do estudo	27
4.2.1. Critérios de exclusão.....	28
4.3. Variáveis	28
4.4. Fonte de dados	29
4.5. Análise dos dados	30
4.6. Aspectos éticos	31

5. RESULTADOS	32
6. DISCUSSÃO	44
7. CONCLUSÃO	52
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	54
APÊNDICE I - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	59
APÊNDICE II - Questionário socioeconômico e de condições de saúde	61
ANEXO I - VES-13.....	63

1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fato mundial, reflexo da longevidade em oposição à diminuição das taxas de fecundidade. Estimativas da Organização das Nações Unidas - ONU¹, demonstram que a população de idosos está crescendo numa taxa de 3% ao ano, estimando-se um quantitativo global de pessoas com mais de 60 anos de 2,1 bilhões até 2050, dos quais cerca de 425 milhões, terão idade igual ou maior que 80 anos.

No Brasil, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE², o número de idosos passou de 25,4 milhões em 2012, para 30,2 milhões no ano de 2017, correspondendo a um crescimento de 18% desse grupo etário no intervalo de 5 anos, com aumento proporcional em todas as Unidades da Federação. Em Porto Velho, capital de Rondônia, esse aumento populacional está evidente na comparação das pirâmides etárias dos três últimos Censos Brasileiros, onde a taxa de envelhecimento passou de 2,10% no ano de 1991, para 2,85% em 2000 e deste para 3,52% em 2010³.

Projeções do IBGE, calculam que até o ano de 2043, um quarto da população brasileira deverá ter mais de 60 anos². Esta transição demográfica acelerada, considerando as especificidades da senescência, traz consigo importantes implicações sobre os modelos assistenciais vigentes, as quais tornam-se um desafio aos gestores de saúde, em todas as esferas governamentais.

Segundo Pereira⁴, o envelhecimento é definido como:

um processo dinâmico e progressivo no qual há modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas que determinam a perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade e ocorrência mais frequente de doenças, que terminam por levá-lo à morte.

Para Rodrigues e Neri⁵, envelhecer implica no aumento dos riscos para o desenvolvimento de vulnerabilidade de natureza individual, socioeconômica e psicossocial, decorrentes do declínio biológico próprio da senescência e sua interação com os processos

socioculturais e efeitos acumulativos de condições deficitárias de educação, renda e saúde ao longo da vida.

É do ponto de vista da funcionalidade que os prejuízos para os idosos são mais evidentes, onde a diminuição da capacidade funcional, os tornam mais dependentes. A presença de incapacidade é o principal preditor de mortalidade, hospitalização e institucionalização, com maiores custos para os Sistema de Saúde e para as famílias⁶.

O Brasil, desde 1994, através da efetivação de Políticas de Saúde do Idoso, vem desenvolvendo legislações voltadas para este público, com o propósito da promoção do envelhecimento saudável, manutenção e melhoria da capacidade funcional, prevenção de doenças, a recuperação da saúde e reabilitação, de modo a garantir-lhes permanência no meio em que vivem, exercendo de forma independente suas funções na sociedade⁷.

A Atenção Primária à Saúde (APS), como coordenadora e ordenadora do cuidado em todos os ciclos de vida, tendo na Estratégia Saúde da Família, seu principal modelo assistencial, se apresenta como cenário fundamental para implementação de ações que contribuam para o envelhecimento saudável e ativo.

Vello *et al.*⁷ afirma:

torna-se evidente que o cuidado comunitário do idoso deve basear-se, especialmente, na família e na atenção básica de saúde, por meio das Unidades Básicas de Saúde (UBS), em especial daquelas sob a estratégia de saúde da família que devem representar para o idoso, idealmente, o vínculo com o sistema de saúde.

Neste sentido, identificar a vulnerabilidade dos idosos, em especial a avaliação de sua capacidade funcional, tem sua importância na atenção primária à saúde, para a organização de estratégias com foco nos indivíduos e na população de modo a possibilitar intervenções oportunas a fim de preservar sua autonomia e independência^{6,8}.

O presente estudo tem por objetivo analisar o grau de vulnerabilidade individual dos idosos de uma área adstrita da Estratégia Saúde da Família em Porto Velho- Rondônia, visando subsidiar ações de planejamento do cuidado para este público.

1.1. Justificativa

Com o aumento da expectativa de vida e da população idosa, tendo a idade relação direta com a morbidade, com conseqüente impacto na demanda pelos serviços de saúde, faz-se extremamente necessário e urgente a implementação de estratégias que visem a melhoria das condições de saúde nesta faixa etária.

A Estratégia Saúde da Família (ESF), apresenta-se como cenário ideal para o desenvolvimento de tais atividades. Entretanto, para ações efetivas, dada a heterogeneidade do processo de envelhecimento e pautando-se no princípio da equidade, é fundamental o conhecimento do perfil desta população no território o qual se pretende trabalhar.

Em Porto Velho, capital de Rondônia, a escassez de informações acerca do padrão de vulnerabilidade individual da população idosa, dificultam o planejamento estratégico de ações e até mesmo a adequação dos serviços para a prestação de assistência a este público.

Identificar os idosos mais vulneráveis de um território da ESF, que provavelmente estão mais sujeitos a desfechos desfavoráveis e complicações, tem o potencial de ofertar um melhor acompanhamento e monitoramento de sua evolução clínica e dos problemas de saúde identificados, auxiliando na compreensão e manejo ambulatorial adequado das morbidades, assim como na manutenção da qualidade de vida, com impacto na redução de internações e conseqüentemente dos custos para os serviços de saúde.

Espera-se que os resultados obtidos possam contribuir para a reflexão das práticas de saúde no território, não apenas no sentido de prevenção de agravos, mas também na promoção e manutenção do envelhecimento saudável e ativo, com impacto positivo para o sistema de saúde.

2. OBJETIVOS

2.1. Geral

Identificar o grau de vulnerabilidade dos idosos de uma população adscrita da Estratégia Saúde da Família Embratel II, em Porto Velho-RO e explorar os fatores associados.

2.2. Específicos

- Caracterizar, sob o ponto de vista clínico e socioeconômico, a população de idosos adscrita à Estratégia Saúde da Família Embratel II;
- Estratificar os idosos segundo risco de vulnerabilidade individual;
- Elucidar os fatores associados à vulnerabilidade nos idosos do território de estudo;
- Identificar as variáveis suscetíveis de intervenção na Atenção Primária à Saúde.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1. Envelhecimento e saúde

Um dos fatos mais relevantes para a sociedade contemporânea, é o processo de envelhecimento populacional, influenciado pela melhoria das condições de saúde da humanidade, ainda que de forma não equânime nos diferentes países. Segundo Veras e Oliveira⁹ “chegar à velhice, que antes era privilégio de poucos, hoje passa a ser a norma mesmo nos países mais pobres”. Entretanto, esta conquista é também um grande desafio a ser enfrentado, especialmente para os serviços de saúde e de previdência social.

Conforme definido na Assembleia Mundial do Envelhecimento, que ocorreu em 1982, em Viena (Áustria), e segundo as diretrizes da Organização das Nações Unidas (ONU), idoso é toda pessoa com idade superior aos 60 anos, para os países em desenvolvimento, e acima de 65 anos para os países desenvolvidos^{1,10}. No Brasil, como país em desenvolvimento, essa recomendação, a partir de 60 anos, foi legalmente instituída por meio da Política Nacional do Idoso, através da Lei nº 8.842 de 04/01/1994¹¹ e do Estatuto do Idoso, Lei nº 10.741 de 01/10/2003¹².

Culturalmente, tornar-se idoso significa “envelhecer”, cujo termo por si carrega uma conotação de incapacidade. É fato que o envelhecimento, como processo natural do ciclo de vida, constitui-se de mudanças biopsicossociais, marcadas principalmente por alterações estruturais e funcionais nos sistemas fisiológicos, os quais levam, com seu avançar, a um estado de fragilidade e conseqüente maior vulnerabilidade, com declínio funcional e incapacidade, contribuindo para uma maior dependência, complicações clínicas, institucionalização e morte^{5,8}. Deste modo, segundo Ferreira *et al.*¹³, diversos estudos sobre a representação social do idoso revelam uma associação com aspectos negativos, que expressam uma figura decadente, necessitada e dependente.

Há de se considerar, porém, que este processo varia de indivíduo para indivíduo, podendo ser determinado geneticamente ou ser influenciado pelo estilo de vida e condições socioeconômicas¹³. Desse modo, cada pessoa é única, tendo, portanto, cada qual seu próprio tempo de evolução dessas transformações, existindo assim uma heterogeneidade neste processo.

Toldrá *et al.*¹⁴, afirma que o envelhecimento está relacionado, além das disfunções relacionadas à própria idade, à presença de uma ou mais doenças crônicas que contribuem para o declínio da capacidade funcional e da autonomia; resultando em uma dependência ainda maior dos serviços de saúde. Para Veras¹⁵, “envelhecer sem nenhuma doença crônica é mais uma exceção do que a regra”. E define a saúde no idoso como “a capacidade individual de realização das aspirações e da satisfação das necessidades, independentemente da idade e da presença ou não de doenças”. Isto posto, idosos com o mesmo diagnóstico clínico podem ter capacidade funcional absolutamente distinta um do outro.

Assim, o foco para a saúde do idoso está relacionado com a capacidade de gerir sua própria vida ou cuidar de si mesmo. O idoso é considerada saudável quando é capaz de realizar suas atividades sozinho, de forma independente e autônoma, mesmo na presença de doença¹⁶.

3.2. Vulnerabilidade no idoso

Segundo Rodrigues e Neri⁵:

vulnerabilidade é definida como o estado de indivíduos ou grupos que, por alguma razão, têm sua capacidade de autodeterminação reduzida, podendo apresentar dificuldades para proteger seus próprios interesses devido a déficits de poder, inteligência, educação, recursos, força ou outros atributos.

Para Lima¹⁷, “estar vivo é estar em perigo, é suscetível a sofrer danos, é estar vulnerável”. Neste sentido, envelhecer, por si só, já implica no risco aumentado para vulnerabilidade, agravada pelas atuais formas de organização social onde muitos idosos vivem sozinhos e sem apoio da família ou do Estado.

Ayres *et al.*¹⁸, afirma que a vulnerabilidade está relacionada a um conjunto de aspectos individuais, coletivos e contextuais que vão acarretar ao indivíduo maior suscetibilidade ao adoecimento. Propõe desta forma, três categorias de vulnerabilidade, quais sejam: vulnerabilidade individual, social e programática; consideradas por Rodrigues e Neri⁵, de natureza biológica, socioeconômica e psicossocial.

A vulnerabilidade individual compreende os aspectos fundamentalmente biológicos e comportamentais que, de alguma forma, criam oportunidades para o adoecimento. Do ponto de

vista do envelhecimento, de acordo com Rodrigues e Neri⁵, está relacionada com as alterações próprias da senescência, as quais sobrepostas às doenças crônicas pré-existentes comprometem a autonomia e a capacidade funcional do idoso, contribuindo para um grau maior de dependência.

Segundo Veras¹⁹, “a prática médica mostra que a diminuição da capacidade funcional do idoso é o que o tornará dependente de um nível mais complexo de assistência”. Nunes *et al.*⁶ complementa que, além de aumentar o risco de morte, ela gera maior chance de hospitalização e de gastos para o Sistema Único de Saúde (SUS) e para as famílias.

O rastreamento e a identificação de alterações funcionais, através de técnicas simples de avaliação clínica, podem favorecer a intervenção precoce àqueles idosos ainda em fases iniciais de declínio funcional, os mais propensos a se beneficiar de ações preventivas²⁰. Do mesmo modo, permite o estabelecimento de estratégias de intervenção aos idosos identificados como de maior risco, através do gerenciamento de suas condições crônicas, monitoramento e atenção domiciliar²¹.

Posto isto, Sousa *et al.*⁸ conclui que:

avaliar a capacidade funcional do idoso é uma estratégia importante na atenção em saúde, uma vez que permitirá a identificação dos fatores de risco e o monitoramento da evolução clínica dos problemas de saúde, possibilitando, dessa forma, a preservação da autonomia e independência do indivíduo na terceira idade.

Do ponto de vista social, a vulnerabilidade caracteriza-se por aspectos sociais, econômicos, culturais e ambientais pelos quais se determinam as oportunidades de acesso a bens e serviços. Ou seja, o padrão social de vida como as condições de moradia, renda, escolaridade, círculo de amigos, participação ativa na comunidade, são fatores determinantes de maior ou menor vulnerabilidade²².

A vulnerabilidade programática refere-se aos recursos sociais necessários para a proteção do indivíduo a riscos à sua integridade e bem-estar físico e psicológico⁵. Relaciona-se à forma de organização dos serviços de saúde na oferta de ações de prevenção, promoção, recuperação e reabilitação da saúde. Compreende assim, desde o preparo dos profissionais de

saúde para lidar e orientar o idoso e/ou o seu cuidador, quanto à oferta de instituições de assistência, como as Instituições de Longa Permanência.

O fato é que, a relação idade-morbididade por si só, gera uma demanda crescente por serviços de saúde, com implicações sobre os modelos assistenciais vigentes^{6,8}. No Brasil, a Atenção Primária à Saúde, porta de entrada do Sistema Único de Saúde, pautada no modelo centrado na Estratégia Saúde da Família, é o elo de ligação entre o usuário e o sistema público de saúde, na oferta de bens e serviços.

Vale destacar que, para Jungles²³, o conceito de vulnerabilidade é muito mais amplo, e inclui outras duas dimensões no que se refere ao idoso: a vulnerabilidade psicológica e a espiritual. A vulnerabilidade psicológica, compreende as funções psíquicas influenciadas pelas condições emocionais e afetivas a que os idosos estão sujeitos, justificando elevado número de doenças psiquiátricas nesta faixa etária, especialmente a depressão²⁴. Do aspecto espiritual, a vulnerabilidade relaciona-se com os diferentes recursos simbólicos religiosos os quais o idoso se utiliza para o enfrentamento dos desafios e limites impostos pela realidade vivenciada, na maioria das vezes determinados por situações de doença, incapacidade, conflitos familiares entre outros, funcionando como refúgio e conforto²⁵.

3.3. Atenção Primária à Saúde e envelhecimento saudável e ativo

Segundo Veras¹⁹:

Estudos têm demonstrado que doenças crônicas, bem como suas incapacidades, não são consequências inevitáveis do envelhecimento. A prevenção é efetiva em qualquer nível, mesmo nas fases mais tardias da vida. Portanto, a ênfase na prevenção é a chave para se mudar o quadro atual.

O acelerado crescimento da população idosa brasileira, tem exigido a construção de estratégias e políticas que visem à promoção do envelhecimento saudável e à garantia dos direitos humanos. Neste sentido, desde 1994, o Brasil vem desenvolvendo legislações

direcionadas à esta população, enfatizando as especificidades da atenção à saúde e inclusão social na Política Nacional do Idoso e no Estatuto do Idoso⁷.

Considerando que o principal problema que afeta os idosos, como consequência do seu processo de evolução, de suas enfermidades e seu estilo de vida, é a perda da funcionalidade, ou seja, a perda da capacidade de realização de atividades simples do dia a dia, tal política traz como objetivo principal a melhoria e manutenção de sua capacidade funcional, através da prevenção de doenças, recuperação e reabilitação da saúde, de modo a garantir-lhes autonomia e independência.

Desde 2006, a partir do Pacto pela Vida e da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), o cuidado à saúde desta população passou a ser prioridade no SUS, tendo como principal porta de entrada a Atenção Primária, onde a Estratégia Saúde da Família tornou-se o cenário ideal para implementação de ações adaptadas à cada realidade local²⁶.

Souza *et al.*⁸ afirma:

cabe às Equipes da ESF, [...] conhecer a realidade das famílias adstritas em seus territórios, mobilizar e envolver os indivíduos idosos em grupos e propostas que façam com que eles se tornem personagens atuantes de suas próprias condições de saúde. Assim, o objetivo a ser alcançado pelos profissionais da Atenção Primária à Saúde é de um envelhecimento saudável e ativo, contribuindo para que as limitações rotineiras aos idosos não sejam impedimentos a uma boa condição de saúde.

Neste sentido, a organização e estruturação deste nível de atenção é imprescindível para a garantia do atendimento das necessidades de saúde dos idosos assistidos, de modo a evitar gastos desnecessários e de altos custos, seja na atenção secundária ou terciária⁷.

Obter Informações relevantes para a determinação das condições de vida e saúde dos idosos do território, têm sido importantes para o planejamento estratégico das ações de saúde e até mesmo a adequação dos serviços na prestação de assistência. Deste modo, o rastreamento das condições de vulnerabilidade do idoso na atenção primária, através de preditores de risco, torna-se fundamental para otimização da assistência pelos profissionais de saúde, favorecendo a administração tanto dos recursos humanos quanto financeiros e, em última análise, oferecendo

uma possibilidade de melhora da qualidade de vida para essa parcela significativa da população²¹.

3.4. O *Vulnerable Elders Survey-13* (VES-13)

De acordo com Lampert *et al.*²¹, “a possibilidade de aplicação de um índice de predição de risco em um serviço de saúde leva em consideração, principalmente, dois critérios: fácil aplicabilidade e elevada sensibilidade para avaliar os desfechos do preditor”. Atualmente, existem sete preditores de risco adaptados e aplicados no Brasil, dentre eles o *Vulnerable Elders Survey-13*.

O *Vulnerable Elders Survey-13*, conhecido como VES-13, foi desenvolvido originalmente nos Estados Unidos com o objetivo de identificar idosos com risco de deterioração da saúde²⁷. Constitui-se num protocolo de perguntas, com ênfase em dados referentes a idade, autopercepção da saúde, presença de limitações físicas e incapacidades; variáveis as quais foram associadas à forte risco de declínio funcional e morte.

Em sua adaptação para o cenário brasileiro, mostrou-se um instrumento confiável no que se refere à estabilidade e consistência interna de suas medidas. Por sua facilidade de aplicação aos idosos na comunidade, foi incorporado pelo Ministério da Saúde à Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa (CSPI), como instrumento de rastreamento, contribuindo assim para a priorização do acompanhamento pelos serviços de saúde.

É um questionário simples, aplicável por qualquer profissional de saúde, composto de 13 perguntas, as quais podem ser respondidas pelo paciente, familiares ou seus cuidadores, inclusive via telefone, dispensando a observação direta do paciente, tendo uma duração média para sua conclusão de 5 minutos.

Sua aplicação não exige o uso de dados administrativos ou de sistemas operacionais complexos ou informações médicas específicas, como doenças, medicamentos ou exames laboratoriais. Baseia-se na avaliação das habilidades necessárias para a realização das tarefas do cotidiano⁴.

Cada item questionado, recebe uma determinada pontuação e o somatório final pode variar de zero a dez pontos. Pontuação igual ou superior a três representa um risco 4,2 vezes maior de declínio funcional ou morte em dois anos, quando comparado com idosos com pontuação menor ou igual a dois, independentemente do sexo e do número ou tipo de comorbidades presentes, determinando-se desta forma, o grupo dito vulnerável.

A CSPI, como importante ferramenta de acompanhamento da pessoa idosa na Atenção Primária à Saúde, permite o registro da pontuação individual obtida no VES-13 a cada avaliação anual, favorecendo a monitorização longitudinal do idoso ao longo de 5 anos e orientando o profissional de saúde na identificação daqueles que necessitam de maior atenção. Deste modo, o idoso com pontuação entre 0 e 2 não se classifica como vulnerável, devendo continuar seu acompanhamento regularmente pela atenção básica. Àqueles com pontuação igual ou maior que 3, deverá ser dispensado maior cuidado, em especial com melhor investigação das condições relacionadas às respostas pontuadas²⁸.

É fato que, existem outros protocolos de avaliação geriátrica mais completos e multidimensionais, entretanto, avaliações deste tipo tendem a ser extensas, demoradas e exaustivas. A utilização de um instrumento de fácil e rápida aplicação para rastreamento de vulneráveis, tem sido proposto para identificar aqueles de maior risco para incapacidade, institucionalização e morte; assim, consequentemente, identificando aqueles que de fato irão necessitar de uma avaliação mais completa, maior atenção, acompanhamento e cuidado²⁹.

4. METODOLOGIA

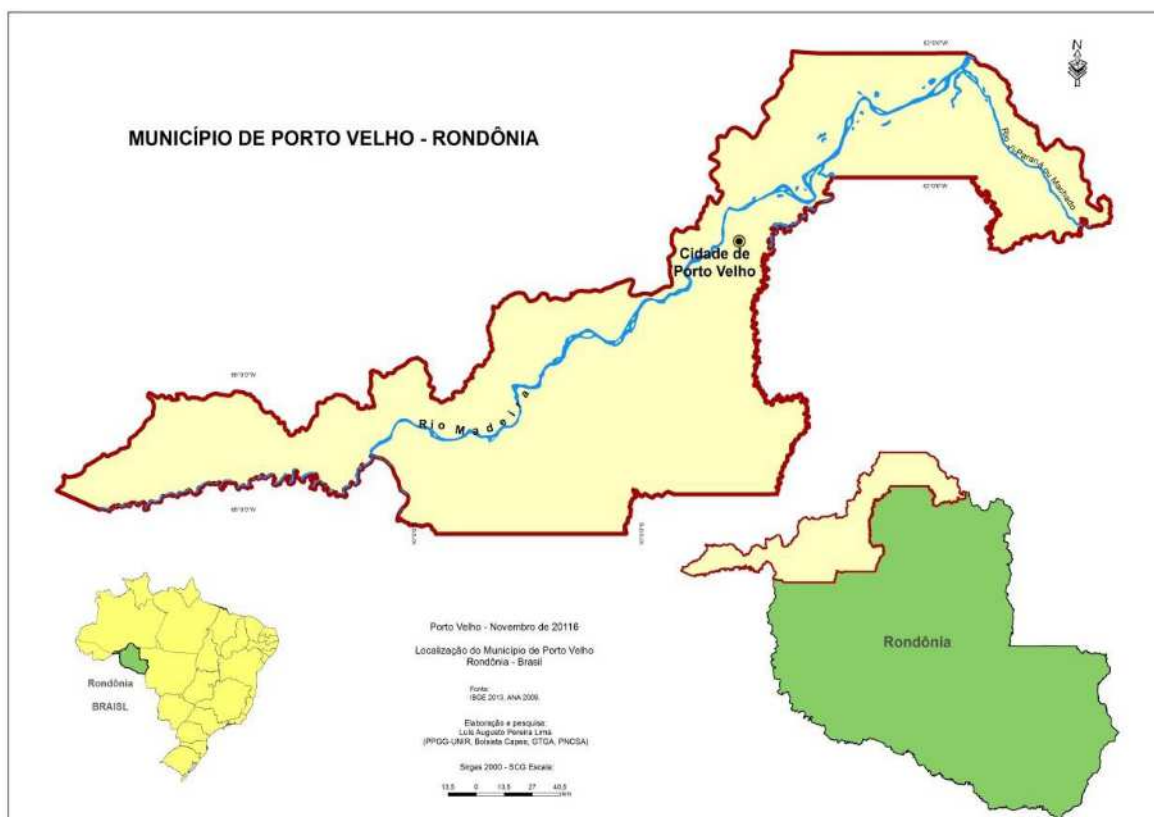
4.1. Tipo de estudo

Trata-se de um estudo epidemiológico observacional, transversal, de caráter descritivo e analítico, uma vez que se pretendeu analisar quantitativamente o grau de vulnerabilidade dos idosos de uma população adscrita à uma Estratégia Saúde da Família específica e elucidar os fatores associados à vulnerabilidade nos idosos do território de estudo, além de identificar as variáveis suscetíveis de intervenção na Atenção Primária à Saúde.

4.1.1. Descrição geral da área de estudo

Porto Velho, é a capital do Estado de Rondônia, localizado na Região Norte do país (Figura 1). É o município mais populoso do Estado, atualmente com uma população estimada de 529.544 habitantes, conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE³⁰.

Figura 1 – Localização geográfica do município de Porto Velho, RO.

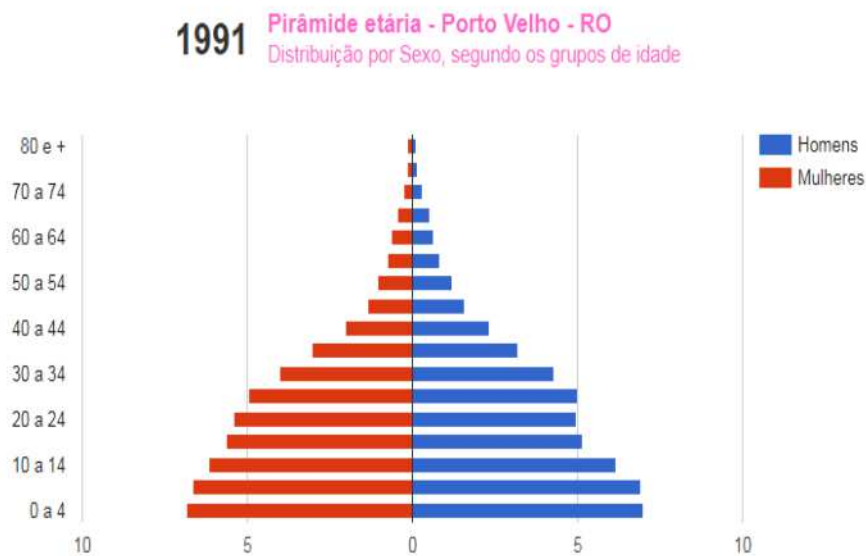


Fonte: IBGE, 2017.

Apesar de apresentar um Índice de Desenvolvimento Humano (IDHM) de 0,736, segundo o censo de 2010, considerado alto, de acordo com o PNUD³, o município de Porto Velho ocupa um dos piores índices de saneamento básico e água tratada, conforme identificado pelo Instituto Trata Brasil³¹.

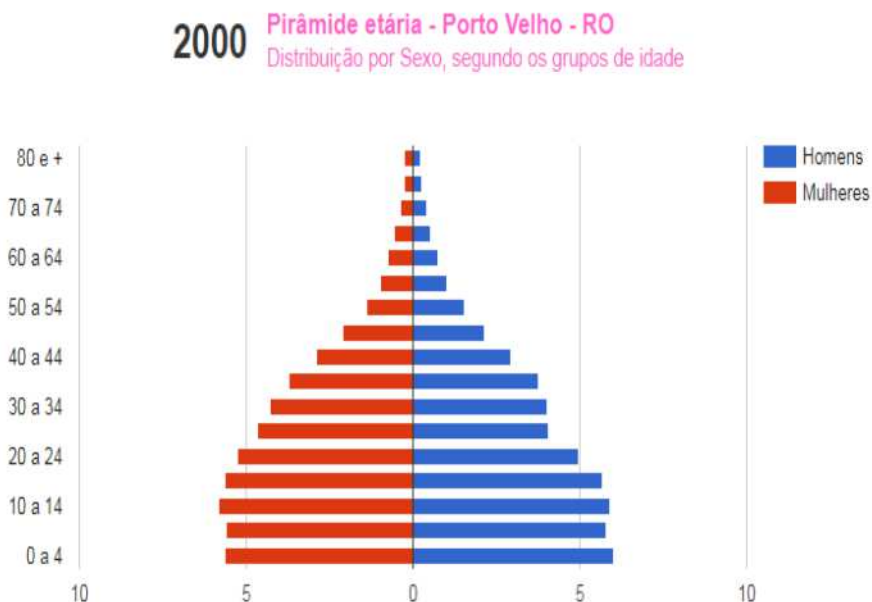
Em análise das pirâmides etárias dos últimos três censos (Gráficos 1, 2 e 3), é possível perceber uma queda gradativa no quantitativo da população mais jovem, menor de 15 anos, passando de 39,9%, no ano de 1991, para 34,6% em 2000 e, mais significativamente, 26,5% no ano de 2010; ao mesmo tempo em que houve o aumento na taxa de envelhecimento para o mesmo período, sendo respectivamente, de 2,10%; 2,85% e 3,52%. Isto se refletiu na razão de dependência, indicador que corresponde ao percentual da população menor de 15 anos e maior de 64 anos, ditos dependentes, em relação à população potencialmente ativa, onde observou-se sua diminuição, passando de 72,40% no ano de 1991, para 59,88% em 2000 e 42,97% no ano de 2010.

Gráfico 1 - Pirâmide etária do município de Porto Velho, RO (1991).



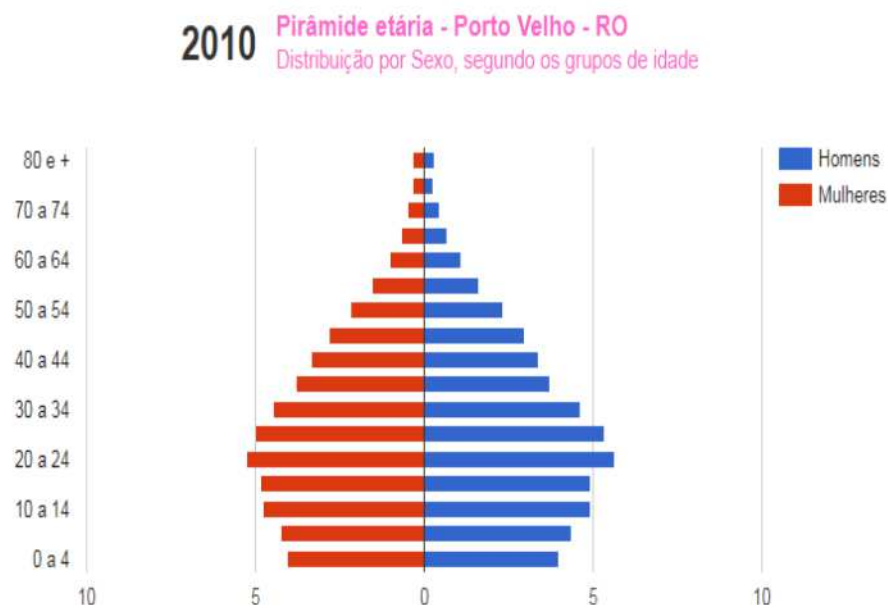
Fonte: PNUD, 2019.

Gráfico 2 - Pirâmide etária do município de Porto Velho, RO (2000).



Fonte: PNUD, 2019.

Gráfico 3 - Pirâmide etária do município de Porto Velho, RO (2010).



Fonte: PNUD, 2019.

A Atenção Primária à Saúde do município de Porto Velho conta atualmente com 38 Unidades de Saúde, sendo que 19 delas estão localizadas em área urbana e distribuídas por zonas sanitárias geograficamente divididas, quais sejam: zona norte, zona sul, zona leste e zona oeste. As outras 19 estão localizadas em área rural.

Das unidades de saúde localizadas em área urbana, 16 são Unidades de Saúde da Família (USF), as quais são a base operacional das atuais 75 equipes de Saúde da Família do município, com cobertura populacional estimada de 49,81% de seu território³¹ (Figura 2).

Figura 2 - Distribuição das Unidades Básicas de Saúde e das Equipes de Saúde da Família na área urbana de Porto Velho, RO (2016).



Fonte: DAB-SEMUSA, 2016.

A USF Pedacinho de Chão, localizada na Zona Norte, próximo ao único shopping da cidade, área considerada “nobre” pelo vasto comércio local, contempla 4 equipes de ESF que prestam assistência à três bairros distintos: Embratel, Flodoaldo Pontes Pinto e Nova Esperança.

Entre estas equipes, está a equipe Embratel II, foco principal deste estudo, a qual possui como área de abrangência parte do bairro Embratel, compreendido pelo quadrilátero formado pela avenida Tiradentes, Avenida Governador Jorge Teixeira, Avenida Carlos Gomes e rua Buenos Aires (Figura 3).

Figura 3 - Território de cobertura da ESF Embratel II, em Porto Velho, RO.



Fonte: Google Maps.

Atualmente a equipe de ESF Embratel II é formada por uma médica, um enfermeiro, um cirurgião-dentista, 1 técnico de enfermagem, 1 técnico de higiene bucal e 5 agentes comunitárias de saúde (ACS); os quais prestam assistência à 572 famílias, estando ainda em fase de cadastramento de pessoas conforme proposto pela Nova Política Nacional de Atenção Básica- PNAB/2017.

4.2. População de estudo

A população do estudo compreendeu os sujeitos com idade igual ou superior a 60 anos, de ambos os sexos, cadastrados no território da ESF Embratel II, vinculados à USF Pedacinho de Chão, no município de Porto Velho-RO, que concordaram em participar da pesquisa, após autorização escrita por meio de assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Em análise do relatório de cadastro individual presente no sistema de informação da Atenção Básica, e-SUS AB, referentes à ESF Embratel II, constavam cadastrados, até agosto de 2020, o quantitativo de 299 indivíduos com idade a partir dos 60 anos.

4.2.1. Critérios de exclusão

Foram excluídos do estudo os idosos com diagnóstico de demência ou alterações cognitivas, comprometimento neurológico ou outra incapacidade de qualquer motivo, para responder às perguntas formuladas durante a entrevista.

4.3. Variáveis

As variáveis de interesse investigadas no presente estudo foram divididas em dois blocos: variáveis socioeconômicas e variáveis clínicas, conforme detalhado abaixo:

Variáveis socioeconômicas:

- Idade - agrupada por faixa etária: de 60 a 74, 75 e mais;
- Sexo - masculino e feminino;
- Raça - branco, preto, pardo, indígena;
- Estado civil - casado (a), solteiro (a), viúvo(a), divorciado(a);
- Arranjo familiar - vive acompanhado ou sozinho;
- Escolaridade - avaliada em anos de estudo: nenhum, 1 a 6, 7 e mais;
- Renda - avaliada em salários-mínimos: de 1 até 3 salários-mínimos; 4 ou mais.

Variáveis clínicas:

- Número de doenças/comorbidades – 0 a 1, 2 a 3, 4 ou mais;
- Doenças crônicas existentes, diagnosticadas por médico, quais sejam: hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, doença coronariana, insuficiência cardíaca, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) ou enfisema pulmonar, doença ocular, acidente vascular cerebral (AVC)/isquemia/derrame, câncer, artrite ou reumatismo, osteoporose ou depressão;

- Número de consultas médicas no último ano - nenhuma, 1 ou 2, 3 ou mais;
- Número de internações no último ano - nenhuma, 1 ou 2;
- Causas de internações: doenças do aparelho circulatório, doenças do aparelho respiratório; doenças do trato digestivo, doenças do aparelho geniturinário; doenças osteomusculares, doenças endócrinas/metabólicas, doenças do sistema nervoso, transtornos mentais, neoplasias, outros;
- Tipo de serviço de saúde utilizado - exclusivamente SUS, exclusivamente privado ou ambos, em sua maior parte SUS ou maior parte privado;
- Rede de apoio social – família ou amigos e outros.

Por fim, as variáveis de vulnerabilidade funcional, medidas especificamente através do protocolo de identificação do idoso vulnerável, o VES-13, composto de 13 questões objetivas envolvendo uma pontuação específica que varia de 0 a 10 pontos no total, onde uma pontuação >3 pontos já determina a vulnerabilidade.

A pontuação é dividida em 4 itens:

- faixa de idade - 60 a 74 anos corresponde ao valor zero, de 75 a 84 corresponde a 1 ponto e idade igual ou maior que 85 anos valem 3 pontos;
- autopercepção da saúde - excelente, muito boa ou boa, valem zero pontos e regular e ruim valem 1 ponto;
- limitação física - cujas respostas como: nenhuma, pouca dificuldade e média dificuldade não pontuam, e as respostas: muita dificuldade ou incapaz de, valem 1 ponto cada, com pontuação máxima de 2 pontos para o item;
- incapacidade - envolvendo 4 perguntas relacionadas a atividades de vida diária, onde uma única resposta “sim” já permite a pontuação máxima para o item de 4 pontos, mesmo que todas as respostas sejam afirmativas.

4.4. Fonte de dados

Os dados utilizados na pesquisa foram coletados através do preenchimento de 2 questionários estruturados, um com questões contemplando variáveis socioeconômicas e condições prévias de saúde, e o outro o VES-13.

Ambos os questionários foram aplicados pelos ACS aos idosos de suas microáreas, selecionados aleatoriamente por cada agente. As respostas foram coletadas mediante a devida autorização do sujeito de estudo por meio da assinatura do TCLE, durante suas visitas domiciliares, garantindo-se o respeito a todas as medidas sanitárias de prevenção à atual pandemia por Coronavírus, recomendadas através do manual de Recomendações para Adequação das Ações dos Agentes Comunitários de Saúde Frente à Atual Situação Epidemiológica Referente ao Covid-19³², quais sejam: uso de máscara, higiene das mãos com álcool em gel, distanciamento mínimo de 1 metro do paciente, não realizar visita dentro do domicílio, mas sim externamente, em local aberto e arejado, seja na frente, fundo ou lateral do domicílio.

Ressalta-se que, apesar da população do estudo ser considerada de risco para o Coronavírus, ainda de acordo com o referido manual de Recomendações, as pessoas com 60 anos ou mais, “por serem do grupo de risco são os que mais precisam de cuidados”, considerando-se assim, grupo prioritário para visitas domiciliares pelos Agentes de Saúde³².

Todos os ACS receberam treinamento para esclarecimentos acerca da pesquisa e o preenchimento adequado dos questionários. Foi previsto a realização de um pré-teste, para fins de verificação de inconsistência nas perguntas e dificuldades de entendimento por parte do idoso.

4.5. Análise de dados

Foi realizada análise descritiva da situação de vulnerabilidade dos participantes de acordo com variáveis socioeconômicas: faixa etária (60-74 anos e 75 e mais); escolaridade (> 7 anos de estudo, 1 a 6 anos e nenhum estudo); e variáveis clínicas: número de comorbidades (0 a 1, 2 a 3, 4 e mais) e número de internações ao ano (nenhuma, 1 a 2).

As proporções foram comparadas utilizando o teste de qui-quadrado (χ^2) de Pearson e teste exato de Fisher, a fim de analisar uma possível associação entre a vulnerabilidade e as variáveis estudadas.

Para estimar a associação entre a vulnerabilidade e as variáveis clínicas e socioeconômicas que demonstraram relação estatisticamente significativa utilizamos o modelo de regressão de Poisson com variância robusta. As variáveis que apresentaram $p < 0,20$ na análise bivariada foram selecionadas e incluídas no modelo múltiplo. Permaneceram no modelo

final as variáveis que apresentaram nível de significância de 5% ($p < 0,05$). A Razão de Prevalência (RP) foi utilizada como medida de associação, com seu respectivo intervalo de confiança (IC) de 95%.

Os dados foram analisados usando o pacote estatístico SPSS, Versão 9.0 (Chicago, USA), sendo posteriormente organizados e apresentadas em frequências absolutas e relativas através de tabelas e gráficos.

4.6. Aspectos éticos

Em atendimento às resoluções nº 466, de 12/12/12, nº 510 de 07/04/2016 e nº 580 de 22/03/2018, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), todos os procedimentos para assegurar a confidencialidade dos dados, privacidade e segurança dos sujeitos da pesquisa foram considerados, de forma a minimizar quaisquer riscos aos sujeitos analisados.

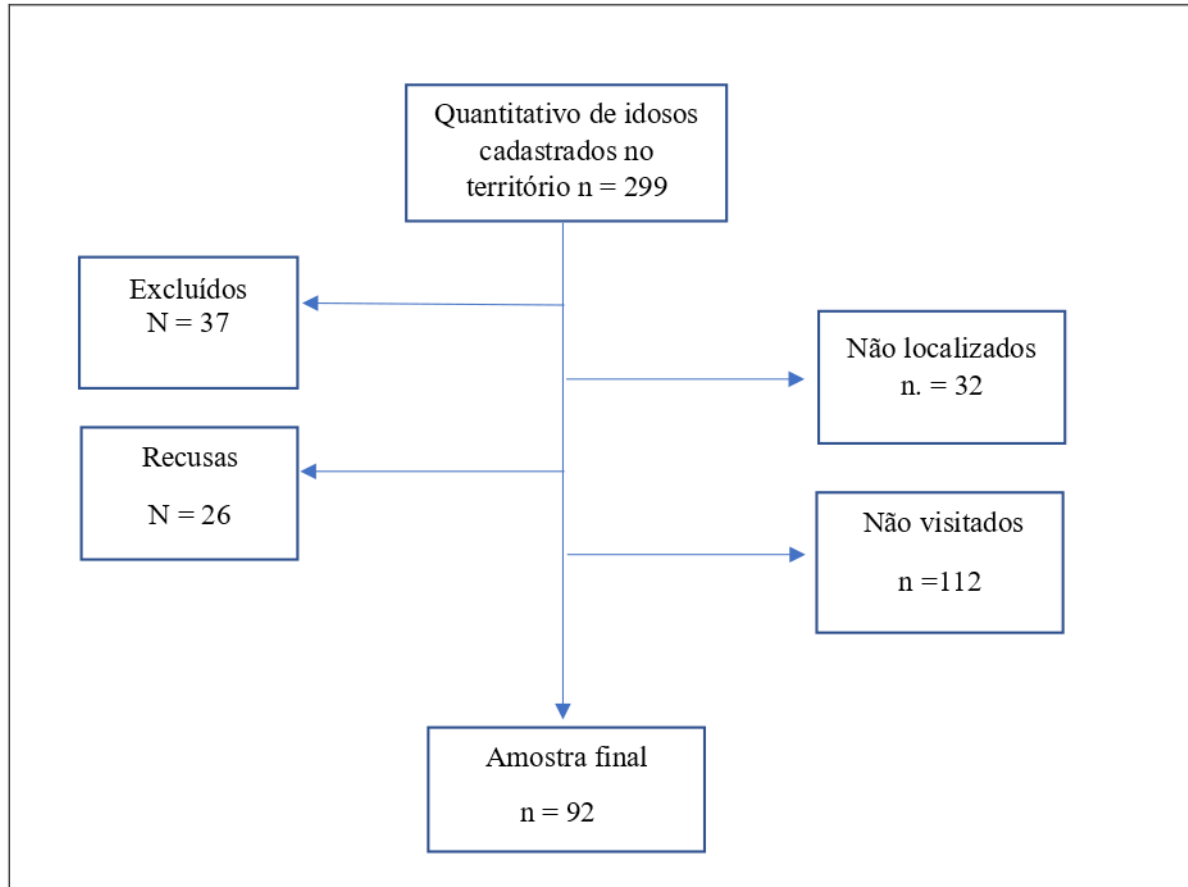
Uma vez que toda pesquisa com seres humanos envolve algum risco aos participantes, entende-se, porém, que na presente pesquisa, tais riscos foram mínimos, uma vez que não foram testados novos medicamentos e/ou vacinas, tampouco foi realizado qualquer procedimento médico, teste diagnóstico ou coleta de material biológico. Seus eventuais riscos foram relacionados a um possível constrangimento em relação às perguntas incluídas nos questionários ou mesmo ao inconveniente de tempo gasto para respondê-las; tendo o participante, tido total liberdade para interromper a entrevista, sem qualquer prejuízo para seu tratamento ou relacionamento com a equipe da atenção básica e/ou pesquisadora responsável pelo estudo.

A execução da pesquisa ocorreu após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas-CEP/UFAM, definido de acordo com as determinações da Plataforma Brasil. As entrevistas foram realizadas somente após leitura, esclarecimento e anuência formal dos participantes através do TCLE.

5. RESULTADOS

Dos 299 idosos cadastrados na ESF Embratel II, até setembro de 2020, apenas 92 deles, correspondente a 30,8%, foram incluídos no estudo (Figura 4). Ressalta-se que, 12,4% (n=37) dos idosos cadastrados, não atenderam aos critérios de seleção e, portanto, foram excluídos; 8,7% (n=26) se recusaram a participar e outros 10,7 % (n=32) não foram localizados em seus domicílios. Houve ainda um grande percentual de perdas, 37,4% (n= 112), relacionada ao não alcance da visita domiciliar no período estipulado para a coleta de dados, ocorrida no intervalo entre os meses de outubro a dezembro de 2020. Tal fato, justifica-se pela epidemia de Coronavírus que vem ocorrendo em todo o planeta, com particular gravidade no Brasil e região Norte, o que levou a uma reorganização das atividades de saúde no território, com redução do número de visitas domiciliares, intensificação de medidas de isolamento social entre outras ações.

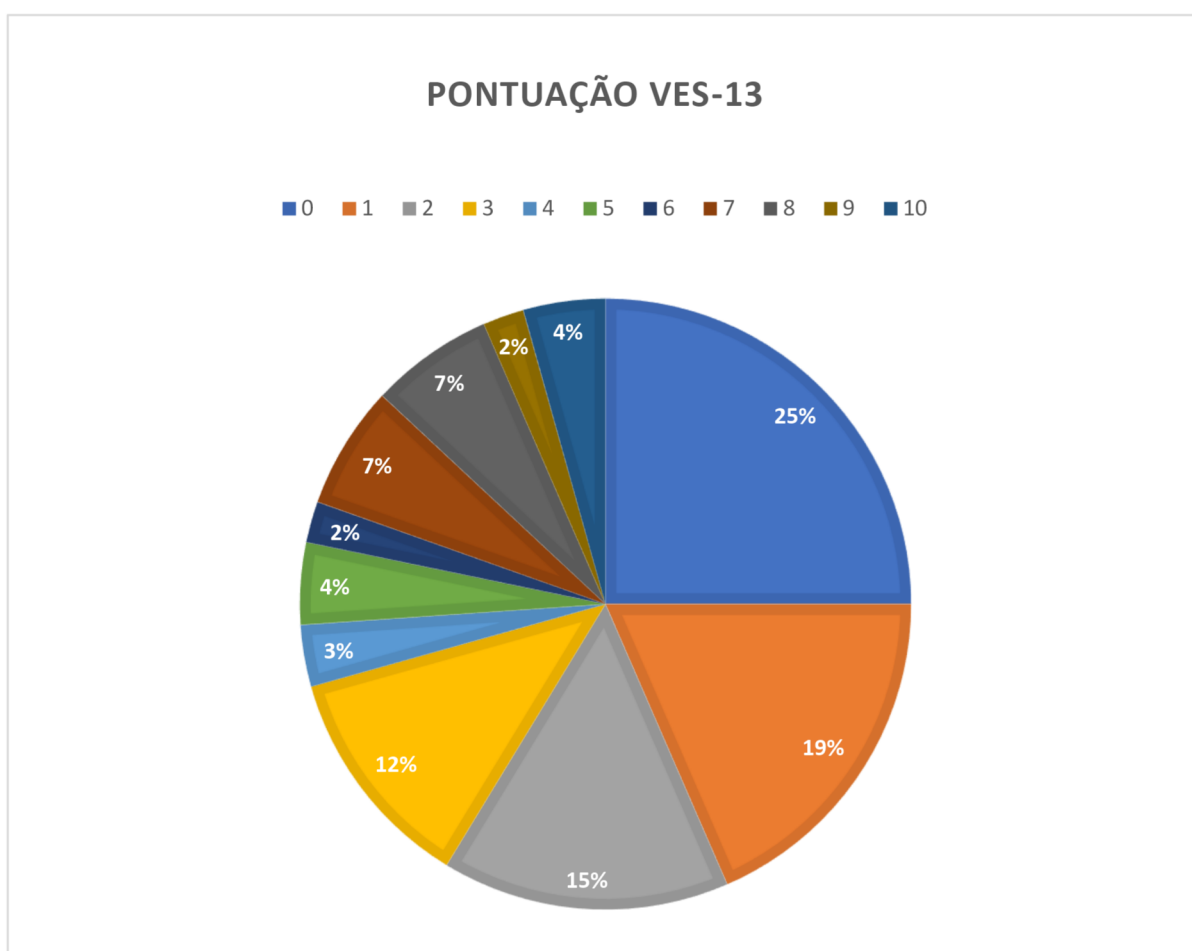
Figura 4 - Fluxograma de seleção da amostra do estudo.



Fonte: Autoria própria.

Da amostra de 92 idosos que concordaram em participar da pesquisa, com variação na idade entre 60 e 98 anos, 41% deles (n=38) apresentaram algum grau de vulnerabilidade individual, conforme classificação do VES-13. De acordo com esse instrumento de identificação da pessoa idosa vulnerável na comunidade, as respostas que somam um total de três pontos ou mais são indicativas da presença de vulnerabilidade. A figura 5 apresenta a distribuição da amostra, de acordo com a pontuação final no VES-13.

Figura 5 - Distribuição percentual dos idosos adscritos à Estratégia Saúde da Família Embratel II, segundo a pontuação do VES-13, Porto Velho, Rondônia, 2020.



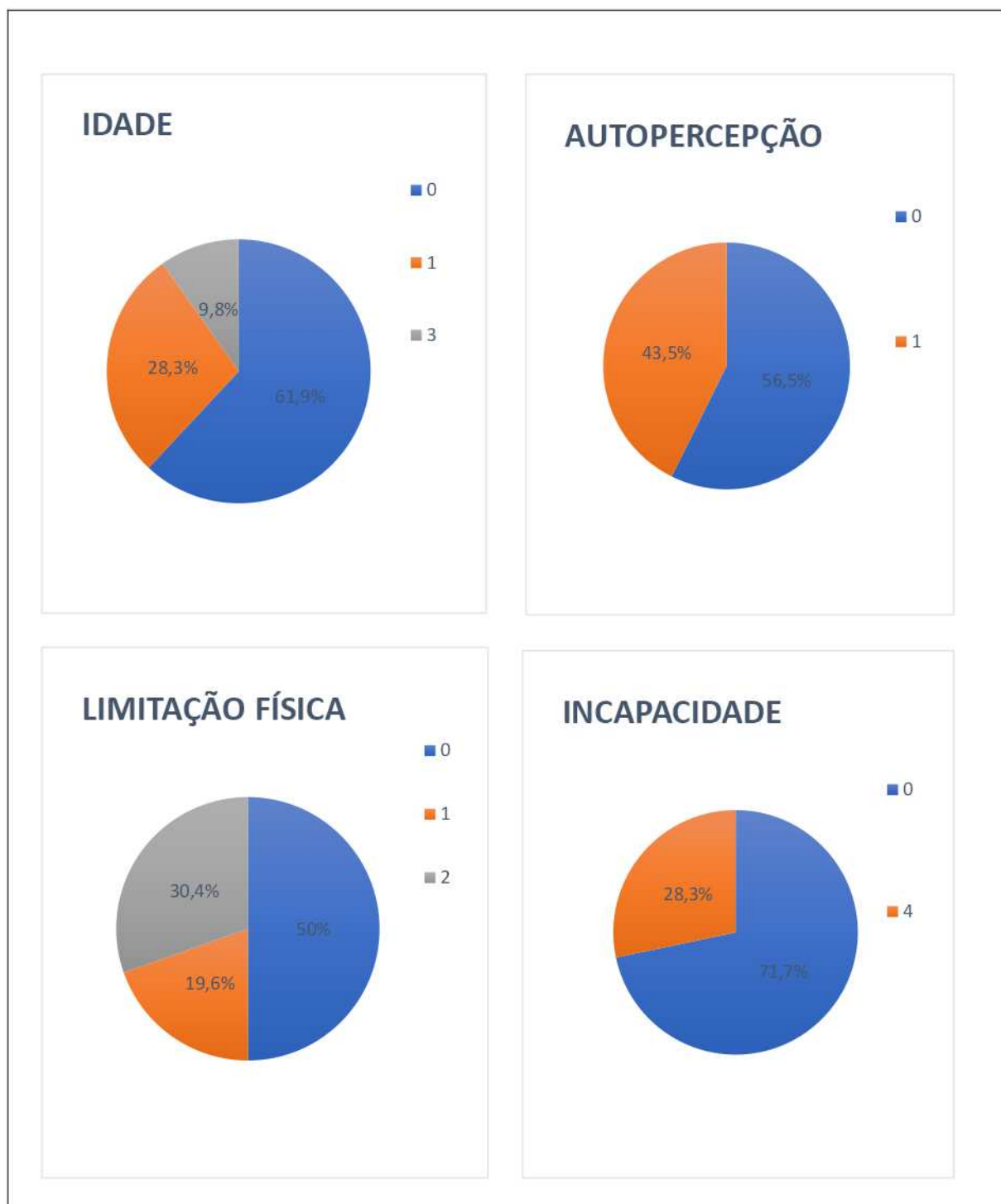
Fonte: Autoria própria.

Para cada variável considerada no instrumento, o VES-13, considerou-se a seguinte distribuição de pontos:

- idade (60-74 anos = 0 pontos; 75 a 84 anos = 1 ponto e 85 e mais anos = 3 pontos);
- autopercepção da saúde (boa, muito boa e excelente = 0 pontos e regular, ruim ou muito ruim=1 ponto);
- limitação física, qual seja: curvar-se, agachar-se, ajoelhar-se, elevar os braços acima da cabeça, escrever ou manusear pequenos objetos, carregar peso de aproximadamente 5kg, andar 400m (nenhuma, pouca ou média dificuldade = 0 pontos; muita dificuldade ou mesmo incapacidade para 1 atividade = 1 ponto; para 2 ou mais atividades=2 pontos); e
- incapacidade para atividades básicas e instrumentais de vida diária, como tomar banho sozinho ou atravessar o quarto, fazer compras, administrar as próprias finanças, realizar tarefas domésticas (capaz = 0 ponto, se incapaz = 4 pontos).

Posto isto, a figura 6, apresenta a seguinte distribuição percentual da amostra, de acordo com sua pontuação de vulnerabilidade por variável do instrumento.

Figura 6 - Percentual de classificação de vulnerabilidade dos idosos adscritos à Estratégia Saúde da Família Embratel II, segundo as variáveis do VES-13, Porto Velho, Rondônia, 2020.



Fonte: Autoria própria.

Considerada a distribuição por faixa etária, a maioria dos idosos (61,9%; n=57) se encontravam entre 60-74 anos, não somando pontos para o critério de vulnerabilidade, segundo o VES-13. Um quantitativo de 28,3% (n=26), que se encontravam com idade entre 75 e 84 anos, receberam 1 ponto. Apenas 9,8% (n=9) dos idosos tinham idade igual ou maior que 85 anos, obtendo a pontuação máxima de 3 pontos neste quesito, que por si só determina a condição de vulnerabilidade.

Em relação a autopercepção de saúde, pouco mais da metade 56,5% (n=52) dos entrevistados declarou a saúde como boa, muito boa ou excelente, com pontuação igual a zero. Os outros 43,5% (n=40) classificaram sua saúde como regular, ruim ou péssima, recebendo 1 ponto.

Sobre a limitação física, 50% (n=46) dos entrevistados mantêm sua mobilidade preservada para as atividades diárias, não pontuando no instrumento. Em contrapartida, 19,6% (n=18) apresentam muita dificuldade ou mesmo incapacidade na realização de pelo menos um movimento/ atividade física, o que equivale a 1 ponto. Os outros 30,4% (n= 28) referiram restrição na mobilidade para dois ou mais atividades, recebendo a pontuação máxima do item, equivalente a 2 pontos.

Quanto à incapacidade para realização de atividade básicas ou instrumentais de vida diária, pouco mais de um quarto da amostra (28,3%; n= 26) mencionou pelo menos uma incapacidade, contabilizando o valor de 4 pontos, o qual já é determinante de vulnerabilidade, segundo o VES-13, por ultrapassar o limite de corte do instrumento que equivale a 3 pontos. Por outro lado, quase três quartos dos entrevistados (71,7%; n= 66) mantêm sua autonomia preservada.

A tabela 1, a seguir, traz a distribuição da amostra segundo suas características socioeconômicas e apresenta sua relação com a presença ou não de vulnerabilidade, avaliada através do VES-13.

Tabela 1- Caracterização socioeconômica da população de idosos adscrita à Estratégia Saúde da Família Embratel II, segundo condição de vulnerabilidade, avaliada por intermédio do VES-13, Porto Velho, Rondônia, 2020.

Variáveis	Não vulnerável		Vulnerável		Total	p-valor
	N	%	N	%		
Faixa Etária						
60 -- 74	43	79,6	14	36,8	57	<0,001
75 e +	11	20,4	24	63,2	35	
Sexo						
Masculino	15	27,8	13	34,2	28	0,509
Feminino	39	72,2	25	65,8	64	
Raça						
Branco	8	14,8	6	15,8	14	0,257
Pardo	35	64,8	29	76,3	64	
Preto	11	20,4	3	7,9	14	
Estado Civil						
Casado	25	46,3	18	47,4	43	0,366
Divorciado	4	7,4	1	2,6	5	
Solteiro	12	22,2	5	13,2	17	
Viúvo	13	24,1	14	36,8	27	
Arranjo Familiar						
Vive						
acompanhado	45	83,3	33	86,8	78	0,645
Vive sozinho	9	16,7	5	13,2	14	
Escolaridade						
Nenhuma	4	7,4	10	26,4	14	0,005
1 a 6 anos	22	40,7	14	36,8	36	
7 e +	28	51,9	14	36,8	42	
Renda						
1 a 3 SM ¹	46	85,2	34	89,5	80	0,548
> 4 SM	8	14,8	4	10,5	12	
Total	54	100	38	100	92	

¹salário-mínimo

Fonte: Autoria própria.

No tocante às características socioeconômicas, pode-se afirmar que houve um predomínio de idosos na faixa etária entre 60 a 74 anos, de 61,9% (n=57); assim como do sexo feminino, equivalente a 69,6% (n=64). No que tange a cor ou raça dos entrevistados, 69,6% dos idosos (n=64) se auto classificaram como pardos. Em relação ao estado civil, embora a maior

parte dos idosos, 46,7% (n=43), tenham se declarados casados, houve um percentual considerável de viúvos, correspondente a 29,4% (n=27).

Acerca do arranjo familiar, um número significativo de idosos (84,7%; n=78); convive na companhia de algum familiar, sendo que apenas uma minoria deles, 15,2% (n=14) informou viver sozinho. Quanto à escolaridade, 45,6% (n=42) dos entrevistados alegaram ter 7 ou mais anos de estudos, enquanto a minoria (15,2%; n=14) informou não ter qualquer nível de instrução. Sobre a renda familiar, 86,9% (n=80) dos idosos referiram receber, em média, entre 1 a 3 salários-mínimos.

Ainda considerando os dados disposto na tabela 1, verificou-se que, entre os idosos classificados vulneráveis, a maioria, encontram-se na faixa etária acima de 75 anos (63,2%; n=24), são do sexo feminino (65,8%; n=25), pardos (76,3%; n=29), casados (47,4%; n=18), vivem acompanhados (86,8%; n=33) e recebem de 1 a 3 salários-mínimos (89,5%; n=34). No que se refere à escolaridade, a vulnerabilidade distribuiu-se equitativamente entre aqueles com menos e mais anos de estudo (36,8% cada; n=14 cada), observando-se ainda que 26,4% (n=10) informaram não ter instrução escolar.

Quando nos lançamos ao cruzamento das variáveis socioeconômicas com a presença ou não de vulnerabilidade, observou-se uma diferença estatisticamente significativa, considerando o teste qui-quadrado (χ^2) de Pearson e o teste exato de Fisher, no que se refere à idade ($p < 0,001$) e à escolaridade ($p = 0,005$), variáveis que se revelaram preditoras da vulnerabilidade individual em idosos de Porto Velho/Rondônia. Em síntese, a condição de vulnerabilidade foi mais frequentemente observada nos idoso acima de 75 anos e naqueles sem qualquer nível de instrução.

Na tabela 2, é apresentada a distribuição da amostra segundo as características clínicas.

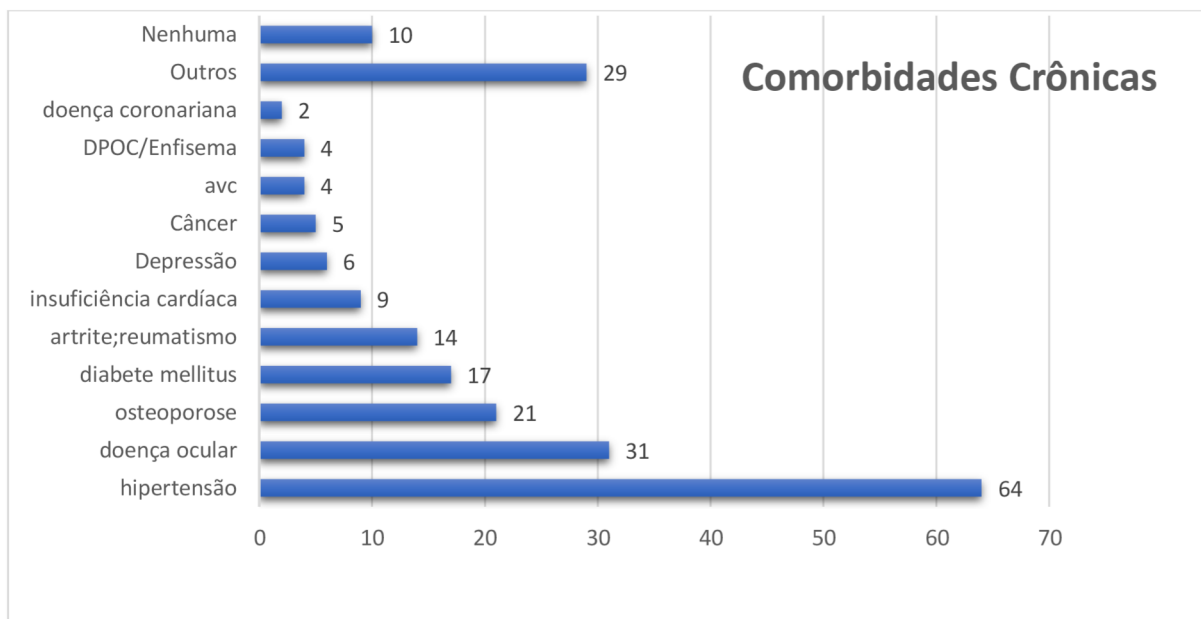
Tabela 2- Caracterização das condições clínicas da população de idosos adscrita à Estratégia Saúde da Família Embratel II, segundo condição de vulnerabilidade, avaliada por intermédio do VES-13, Porto Velho, Rondônia, 2020.

Variáveis	Não vulnerável		Vulnerável		Total	p-valor
	N	%	N	%		
Comorbidades						
0 a 1	32	59,3	9	23,7	41	0,002
2 a 3	20	37,0	20	52,6	40	
4 ou mais	2	3,7	9	23,7	11	
nº. consultas/ano						
Nenhuma	9	16,7	2	5,3	11	0,129
1 a 2	27	50,0	17	44,7	44	
3 ou mais	18	33,3	19	50,0	37	
no. internações/ano						
Nenhuma	51	94,4	27	71,1	78	0,002
1 a 2	3	5,6	11	28,9	14	
Serviço utilizado						
exclusivamente						
SUS	21	38,9	17	44,7	38	0,428
exclusivamente						
privado	11	20,4	3	7,9	14	
a maior parte SUS						
a maior parte	10	18,5	9	23,7	19	
privada						
12	22,2	9	23,7	21		
rede de apoio						
Família	51	94,4	36	94,7	87	0,951
amigos/outros	3	5,6	2	5,3	5	
Total	54	100	38	100	92	

Fonte: Autoria própria.

Em uma análise geral, pode-se dizer que pouco mais da metade da população do estudo, relatou ser portadora de múltiplas doenças crônicas não transmissíveis - DCNT, correspondendo a um percentual de 55,4% (n=51, somados aqueles com 2 a 3 comorbidades e 4 ou mais). A hipertensão arterial foi a comorbidade mais prevalente, citada por 64 idosos (69,6%), conforme apresentado no Gráfico 4.

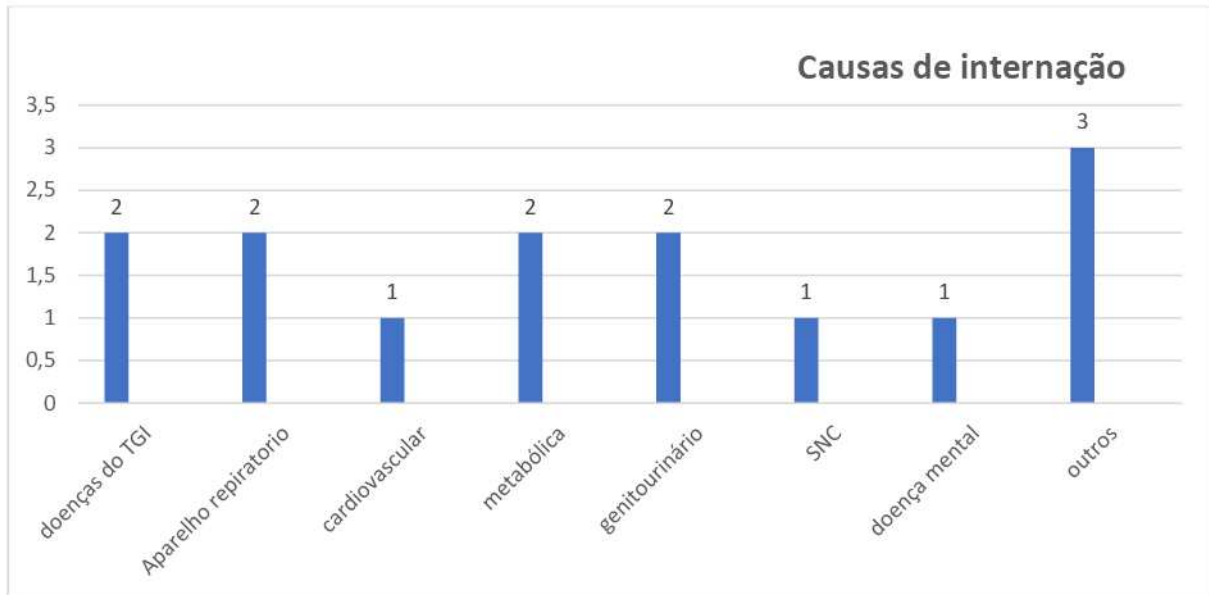
Gráfico 4- Distribuição de comorbidades crônicas referidas pelos idosos adscritos da Estratégia Saúde da Família Embratel II, Porto Velho, Rondônia, 2020.



Fonte: Autoria própria.

A maioria dos entrevistados realizou entre 1 e 2 consultas ao ano (47,8%; n=44); apenas 11 deles (12%) referiram não terem realizado nenhuma consulta no ano. Um percentual de 15,2% (n=14) dos idosos, informaram ao menos um episódio de internação no último ano, tendo como principais causas de internações citadas pela população da amostra: as doenças do aparelho respiratório, as doenças do trato digestivo, as doenças do trato geniturinário e as de origem metabólica (Gráfico 5).

Gráfico 5- Distribuição de causas de internações referidas pelos idosos adscritos da Estratégia Saúde da Família Embratel II, Porto Velho, Rondônia, 2020.



Fonte: Autoria própria.

Quando consideramos o tipo de serviço utilizado pelos entrevistados, 41,3% (n=38) informaram dependerem exclusivamente do SUS, e 20,6% (n=19) o utilizam em sua maior parte. Perguntados sobre a rede de apoio, os entrevistados foram quase unânimes ao apontar a família como principal suporte, citada por 94,5% (n=87) indivíduos.

Analisando apenas o quantitativo de vulneráveis, observa-se que, 52,6% (n=20) da população do estudo relataram ser portadores de 2 a 3 duas doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e um percentual de 23,7% (n=9) referiram ser portadores de 4 ou mais doenças. Metade deles (50%; n=19) tiveram 3 ou mais consultas ao ano; 11 deles (28,9%) tiveram entre 1 a 2 internações no ano; a maioria são usuários exclusivos do SUS (n=17; 44,7%) e têm a família como apoio (94%; n=36).

Ao avaliar as possíveis associações estatísticas entre as variáveis clínicas com a presença ou não de vulnerabilidade individual, considerando o teste qui-quadrado (χ^2) de Pearson e o teste exato de Fisher, as variáveis que mostraram significância estatística foram: o número de comorbidades (p=0,002), número de consultas/ano (p=0,129) e número de

internações/ano ($p=0,002$). A vulnerabilidade foi mais frequente nos idosos que eram portadores de 4 ou mais comorbidades, naqueles com 3 ou mais consultas ao ano e nos que apresentaram pelo menos uma internação no último ano.

O modelo de Poisson (Tabela 3) revelou que as variáveis preditoras da vulnerabilidade individual nos idosos foram: a idade, a escolaridade, o número de comorbidades e número de consulta/ano. Idosos com idade ≥ 75 anos tem aproximadamente 2 vezes mais chance de apresentarem vulnerabilidade, quando comparados aos idosos com menos de 75 anos (RP: 2,22; IC 95%: 1,36-3,64). Idosos sem nenhuma escolaridade tem aproximadamente 2 vezes mais chance de apresentarem vulnerabilidade, quando comparados aos idosos com 7 anos ou mais de estudo (RP: 2,09; IC 95%: 1,15-3,78). Idosos com 2 a 3 comorbidades e aqueles portadores de 4 ou mais, têm um risco aumentado de vulnerabilidade aproximadamente 2 e 4 vezes maior, quando comparados aos idosos sem comorbidades (RP: 2,11; IC 95%: 1,18-3,74 e RP: 4,00; IC 95%: 2,10-7,61, respectivamente). E por fim, aqueles que apresentam entre 1 a 2 consultas/ano e 3 ou mais, possuem 2 vezes mais chance de apresentarem vulnerabilidade (RP: 2,02; IC 95%: 0,75-5,48 e RP: 2,79; IC 95%: 1,02-7,62).

Tabela 3 - Modelo de regressão múltipla de Poisson, com razões de prevalência bruta e ajustadas nos idosos da amostra em estudo, Porto Velho, Rondônia, 2020.

Variáveis	RP Bruta (IC 95%)	p-valor	RP Ajustada (IC 95%)	p-valor
Faixa etária				
60 -- 74	1,0		1,0	
≥75	2,79 (1,68-4,64)	<0,001	2,22 (1,36-3,64)	0,002
Escolaridade				
≥ 7 anos	1,0		1,0	
1 a 6 anos	1,17 (0,65-2,11)	0,610	0,87 (0,52-1,46)	0,600
Nenhuma	2,14 (1,25-3,68)	0,006	2,09 (1,15-3,78)	0,015
Comorbidades				
0 -- 1	1,0		1,0	
2 -- 3	2,28 (1,18-4,39)	0,014	2,11 (1,18-3,74)	0,011
4	3,73 (1,96-7,08)	<0,001	4,00 (2,10-7,61)	<0,001
Nº de Consultas/ano				
Nenhuma	1,0		1,0	
1 a 2	2,13 (0,58-7,86)	0,259	2,02 (0,75-5,48)	0,166
3 ou mais	2,83 (0,78-10,28)	0,115	2,79 (1,02-7,62)	0,045
Internação				
Nenhuma	1,0			
1 e+	2,27 (1,51-3,42)	<0,001	--	--

Fonte: Autoria própria.

6. DISCUSSÃO

A partir do presente estudo, foi possível conhecer a vulnerabilidade individual nos idosos da amostra por meio da utilização do VES-13. Revelou-se que, 41% dos idosos adscritos à Estratégia Saúde da Família Embratel II, em Porto Velho-RO, encontram-se em situação de vulnerabilidade. De acordo com Saliba *et al.*³³, uma pontuação igual ou maior que 3 no VES-13 representa um risco 4,2 vezes maior de morte ou de declínio funcional em um período de 2 anos, em comparação com aqueles com escores menores.

Um estudo realizado na Ásia, identificou que o aumento de um ponto no escore do instrumento VES-13, elevou em 26% o risco de morte em uma comunidade de Taiwan³⁴. Outro estudo de caráter prospectivo, realizado nos Estados Unidos, identificou que aqueles idosos que obtiveram 1 ponto no instrumento VES-13, determinado somente pela idade a partir de 75 anos, apresentaram uma probabilidade de morte de 5% e uma chance de 66% de sobrevida sem declínio funcional durante 5 anos; enquanto no grupo de idosos que apresentou pontuação igual ou superior a 10 pontos, o risco de morte se elevou para 64% e a sobrevida sem declínio funcional pelos mesmos próximos 5 anos ficou em apenas 10%³⁵.

Pode-se afirmar que o percentual de vulnerabilidade identificado em nosso estudo é considerado um valor alto, se comparado ao estudo de validação do VES-13, realizado por Saliba *et al.*³³ nos Estados Unidos. O referido estudo incluiu 6.205 idosos com idade a partir de 65 anos e revelou uma prevalência de vulnerabilidade de 32,3%. Vulnerabilidade quase idêntica foi observada em um estudo realizado com idosos de uma comunidade irlandesa, utilizando o VES-13, onde em 2.033 indivíduos, a partir da mesma faixa etária, apresentaram uma prevalência de 32,1%³⁶.

Os achados de nossa investigação, porém, aproximam-se dos reportados pelo estudo realizado por Freitas, Cruz e Silva³⁷, em Brasília-DF, onde por intermédio do mesmo instrumento de pesquisa, revelou-se uma prevalência de 39%. Demais estudos realizados em outros estados brasileiros, com a inclusão de um número maior de idosos, também obtiveram resultados semelhantes. Por exemplo, o estudo realizado em Várzea Grande-MT por Cabral *et al.*³⁸, reportou uma prevalência de 49%. Já estudo de Barbosa *et al.*²⁰, conduzido em João Pessoa-PB, demonstrou uma prevalência de vulnerabilidade de 52%. Por sua vez, o estudo de

Mendes *et al.*³⁹, em Canoas-RS, apresentou a maior prevalência dos estudos revisados, informando que 57% dos idosos naquele município apresentavam-se vulneráveis. Essa elevada prevalência de vulnerabilidade entre os idosos brasileiros pode ser justificada, principalmente, como citado por Cabral *et al.*³⁸, pelas diferenças socioeconômicas, culturais, sanitárias, de acesso, organização e qualidade dos serviços de saúde existentes entre os países em desenvolvimento e os já desenvolvidos. Ressalta-se que, Porto Velho possui um dos piores índices de saneamento básico no Brasil, o que se reflete nas condições de vida e saúde de sua população³¹.

Considerando as características socioeconômicas e as condições de saúde dos participantes de nosso estudo, a maioria dos idosos podem ser considerados como “jovens”, entre 60-74 anos, com predomínio de mulheres, autodeclarados pardos e casados. A maioria informou ter 7 ou mais anos de estudo, renda familiar entre 1 a 3 salários-mínimos e, em sua quase unanimidade, relataram viver acompanhados, tendo na família seu principal ponto de apoio. Clinicamente, mais da metade informou ser portadores de pelo menos 2 comorbidades. A maioria realizou de 1 a 2 consultas no último ano; bem como não relataram internação no último ano. Por fim, quase dois terços informaram que a assistência à saúde foi exclusiva ou parcialmente recebida junto às unidades do SUS.

Quando a condição de vulnerabilidade foi correlacionada com as variáveis clínicas e socioeconômicas da população estudada, foram identificados como preditores de risco, com significância estatística: a idade ($p < 0,001$), a escolaridade ($p = 0,005$), o número de comorbidades ($p = 0,002$), o número de consultas/ano ($p = 0,129$) e o número de internações no último ano ($p = 0,002$); confirmadas pelo modelo múltiplo, exceto o número de internações que não atingiu o valor de corte.

É fato que, com o avançar da idade, as próprias alterações estruturais e funcionais dos sistemas fisiológicos, por si só justificam uma vulnerabilidade aumentada, com declínio funcional, incapacidade e elevado risco de morte¹³. Assim, a literatura apresenta um percentual de vulnerabilidade crescente em idosos ditos longevos, ou seja, aqueles com idade maior que 80 anos. O próprio instrumento de identificação de vulnerabilidade do idoso, o VES-13, leva em consideração esse processo evolutivo, apresentando uma pontuação crescente de acordo com a faixa etária, onde a idade igual ou acima de 85 anos, independente das outras variáveis, automaticamente já os classifica como vulneráveis.

No presente estudo observou-se, porém, que a vulnerabilidade foi mais frequente já a partir dos 75 anos. Na análise bivariada, a prevalência de vulnerabilidade neste grupo foi 2 vezes maior que nos idosos abaixo de 75 anos. Tal achado pode estar relacionado às condições de vida e a presença de comorbidades, uma vez que 55,4% da amostra relatou fazer tratamento/controlar de no mínimo 2 doenças crônicas não transmissíveis, o que segundo Souza *et al.*⁸, compromete a capacidade funcional do idoso, gerando dificuldades e obstáculos à sua autonomia e à independência plenas. Posto isto, justifica-se o percentual elevado de limitação física identificada através do VES-13, relatada por 50% dos entrevistados. Idades semelhantes foram observadas nos estudos de João Pessoa-PB e Várzea Grande-MT, com vulnerabilidade instalada, respectivamente, a partir de 70 e 80 anos.

No que se refere ao nível de instrução, o estudo demonstrou que idosos que informaram não ter escolaridade apresentaram prevalência 2 vezes maior de vulnerabilidade quando comparados aos idosos que referiram ter 7 anos ou mais de estudos. Sabe-se que a baixa escolaridade é uma condição comum em diferentes regiões brasileiras, sobretudo nas regiões Norte e Nordeste do país. O nível de escolaridade está fortemente associado ao autocuidado, uma vez que o pouco conhecimento sobre a doença e sobre as estratégias de controle e prevenção prejudicam a adoção de cuidados básicos de saúde, notadamente os que envolvem hábitos saudáveis de vida. Desta forma, é de se esperar que menores níveis de escolaridade mostrem-se associados à maior ocorrência de vulnerabilidade e ao surgimento de condições crônicas que muitas vezes são incapacitantes e que requerem maior utilização dos serviços de saúde. Em conjunto, essas situações impactam negativamente na expectativa de vida de uma forma geral, e de idosos, em particular⁴⁰.

Nosso estudo revelou ainda que a vulnerabilidade entre os idosos se amplia conforme aumenta o número de comorbidades, de modo que na análise do modelo de Poisson, este risco foi duplicado na presença de 2 a 3 comorbidades e quadruplicado quando da presença de 4 ou mais comorbidades. Barbosa *et al.*²⁰ já afirmavam que sendo o envelhecimento um processo contínuo, com efeitos deletérios no organismo com o avançar dos anos, ser portador de comorbidades aumenta o impacto negativo e compromete a capacidade funcional do indivíduo, uma vez que a presença de múltiplas comorbidades acentuam este processo, contribuindo para um declínio mais rápido. Segundo Nunes *et al.*⁶, esta condição se reflete ainda nas autoavaliações pessimistas da saúde. De modo similar, em nosso estudo 43% dos entrevistados reportaram uma autopercepção da saúde como regular, ruim ou péssima.

Importante citar que a hipertensão arterial foi a comorbidade mais prevalente entre os idosos da USF Embratel II, em Porto Velho-RO, tendo sido mencionada por 69,5% dos entrevistados, seja isoladamente ou associada a outras doenças. Este achado é concordante com a literatura, uma vez que a prevalência de hipertensão arterial sistêmica entre idosos brasileiros, a partir dos 60 anos, gira em torno de 65%⁴¹. Sabe-se que a hipertensão é uma doença crônica, não transmissível, com repercussões clínicas importantes, sendo o principal fator de risco para doenças cardiovasculares, que constituem importantes causas de hospitalização e óbito na população idosa, exigindo um acompanhamento de saúde estreito e adequado, em parceria com as Estratégias de Saúde da Família.

O aumento do número de consultas médicas ao ano com a idade, corrobora com os achados de outros estudos^{5,19,44}, onde a vulnerabilidade determinada pela própria idade avançada e suas alterações degenerativas, já requerem cuidado especial. Além disto, como já comentado, a presença de múltiplas comorbidades e suas complicações, contribuem para um declínio funcional ainda mais rápido, o que requerem uma atenção ainda maior, com necessidade de atendimentos de saúde mais frequentes.

Os relatos de internação no último ano foram mais prevalentes entre a população vulnerável do que entre aqueles idosos classificados como não-vulneráveis, corroborando com os achados de outros estudos prévios. Segundo Nunes *et al.*⁶, a prevalência de internações públicas anuais tende a aumentar com a idade dos idosos, girando em torno de 8,3% na faixa etária de 60 a 69 anos, passando para 10% entre idosos de 70 a 79 anos e atingindo 11,9% nos idosos de 80 anos ou mais.

Vale comentar que a predominância de mulheres em nossa amostra (69,6%) também está em sintonia com os achados de outros estudos, confirmando o fenômeno que Camarano⁴² denominou de “feminização da velhice”. Este fenômeno é decorrente da maior taxa de mortalidade masculina, seja pelo fato de estarem mais expostos a fatores de riscos, em especial violência, ou por se preocuparem menos com a saúde, só buscando atendimento na maioria das vezes, em situações de emergência. Esta longevidade feminina, porém, não representa nenhuma vantagem, uma vez que a maioria das mulheres vivencia esta fase da vida acompanhadas de múltiplas comorbidades crônicas, que contribuem ainda mais para o seu declínio funcional, estando diretamente relacionadas à condição de vulnerabilidade.

Acerca dos arranjos conjugais, nossa revisão da literatura informa que o casamento teria um efeito protetor, explicado por fatores socioeconômicos, ambientais e psicológicos, além da seletividade natural envolvida, uma vez que, instintivamente, ao escolher um parceiro, tende-se a selecionar indivíduos mais saudáveis. Fato este que justifica a maior sobrevivência dos casados quando comparados a outros estados civis⁴³. Desta forma, entende-se que o elevado quantitativo de casados na amostra pode estar relacionado à vulnerabilidade aumentada, dado que uniões estáveis tendem a contribuir com o aumento da longevidade.

O percentual da amostra de idosos com baixa renda, em torno de 1 a 3 salários-mínimos, está relacionado, de acordo com Barbosa⁴⁴, ao fato de que, por não mais se encontrarem inseridos no mercado de trabalho, esses idosos dependem única e exclusivamente, de aposentadoria, pensões ou mesmo Benefício de Prestação Continuada (BCP) ou outros benefícios sociais oferecidos pelo governo. Fator este que, considerando os custos de vida, contribui para uma maior dependência de assistência pública de saúde, explicando os altos índices de dependência do SUS, aqui reportados.

Por fim, destaca-se a família como principal rede apoio citada pela quase totalidade dos idosos do estudo. É fato que a família, tem sua importância nos vínculos interpessoais, além da responsabilidade reconhecida sobre o cuidado ao idoso e de todos seus membros. Entretanto, muitas vezes apresentam dificuldades em lidar com as questões relacionadas ao envelhecimento, de modo que, essa “capacidade” de cuidado, é comprometida em decorrência de conflitos internos e vínculos frágeis agravados principalmente por fatores econômicos e sociais⁴⁵. A família assim, também deve ser foco de cuidado pelas equipes de saúde.

Pensando nas possibilidades de intervenção sobre as diferentes vulnerabilidades a que os idosos estão sujeitos, dada suas particularidades, Salmazo-Silva *et al.*⁴⁶, levando em conta os conhecimentos e práticas no campo da Gerontologia, expõe que o melhor modelo de intervenção para este público, deve considerar “a adoção de programas no contexto dos cuidados de longa duração, incluindo serviços sociais e de saúde em situados em diferentes níveis de complexidade assistencial”.

Ferrini e Ferrini⁴⁷, complementam que esses cuidados compreendem uma variedade de serviços, seja de cunho médico, social e de atenção pessoal, oferecidos em diferentes cenários, tais como nas unidades básicas de saúde, domicílios, hospital ou mesmo na comunidade, objetivando a autonomia e independência do idoso; oferecendo ainda, apoio às suas famílias.

Considerando os achados do estudo, vale destacar que a atuação sobre as comorbidades crônicas não transmissíveis tem grande importância, uma vez que são, principalmente, por descompensações e agravamentos destas que podem ocorrer complicações graves e até irreversíveis, contribuindo desta forma para um rápido declínio funcional, dependência, internações e até mesmo a morte. Ações tanto de promoção quanto de prevenção à saúde devem sempre ser incentivadas em todos os cenários em que haja oferta de serviços de saúde, seja no ambulatório, nos atendimentos domiciliares ou mesmo em atividades coletivas; e aqueles sabidamente portadores de doenças, devem ser regularmente acompanhados e monitorados.

É relevante citar que, zelar pela preservação e manutenção da mobilidade física pode ter importante impacto positivo sobre a vulnerabilidade, uma vez que é reconhecido o papel de atividades físicas regulares no retardo de limitações das atividades diárias, permitindo assim maior autonomia e independência ao idoso. Atividades físicas regulares na comunidade podem ser oferecidas através de estímulo e sob orientação/supervisão dos profissionais da equipe do núcleo de apoio à saúde da família, parte integrante da ESF.

Salienta-se ainda que, no contexto do envelhecimento ativo proposto pela Organização Mundial de Saúde, o termo “ativo” não se refere apenas à manutenção da capacidade física do indivíduo, mas a sua participação contínua na sociedade, sejam em questões de ordem social, econômica ou política⁴⁸. Aí a importância do incentivo à formação de grupos comunitários de idosos, os quais favorecem esta interação social.

Há de se considerar que, o presente estudo apresentou algumas limitações técnico-operacionais. A amostra incluída no estudo representa menos de 40% dos idosos cadastrados no território da Estratégia Saúde da Família Embratel II. Este problema foi decorrente das dificuldades enfrentadas em consequência da atual situação de pandemia por Coronavírus vivenciada no país e pode ter contribuído para subestimar as prevalências de vulnerabilidade aqui apresentadas e ocultar outros fatores associados à deterioração do estado de saúde dos idosos, na área de estudo. A limitação de visitas prejudicou o alcance de um grupo maior da população-alvo. Houve ainda dificuldade para localização de alguns idosos no território, pois muitos deles se deslocaram para áreas rurais para atender às recomendações do ministério da saúde para isolamento social. Embora tenham sido garantidas o respeito a todas as medidas sanitárias de prevenção da infecção, recomendadas através do manual de Recomendações para Adequação das Ações dos Agentes Comunitários de Saúde Frente à Atual Situação

Epidemiológica Referente ao Covid-19³², não podemos deixar de mencionar as recusas de algumas famílias em participar da pesquisa, especialmente pelo receio do “contato” com o agente de saúde.

Outro ponto a ser considerado diz respeito ao desenho do estudo. Devido à natureza do mestrado profissional, optamos por realizar um estudo de corte transversal, no qual a avaliação dos sujeitos da pesquisa ocorre em um único momento, não sendo possível estabelecer associações causais entre as variáveis estudadas e o desfecho em interesse, a vulnerabilidade.

O fato de as informações serem autorreferidas também pode ter contribuído para enviesar a pontuação atribuída às perguntas contidas no instrumento VES-13, colaborando para sub ou superestimar as estimativas de vulnerabilidade aqui apresentadas. Entretanto, vale lembrar que alguns cuidados foram tomados para a coleta dos dados, dentre os quais destacamos o treinamento realizado junto aos entrevistadores antes da aplicação do instrumento, de modo a facilitar o entendimento por parte do entrevistado acerca das perguntas inseridas no VES-13 e evitar possíveis inconsistências. Houve inclusive a aplicação de pré-teste com os entrevistadores selecionados.

Considerando que o VES-13 é um instrumento que já consta na Caderneta do idoso, permitindo o registro anual por um período de até 5 anos, sugerimos o acompanhamento do grupo estudado, de modo a avaliar a evolução da vulnerabilidade ao longo dos anos e documentar dados que vão reforçar a necessidade de implementação local das políticas de saúde para este público.

Por fim, o presente estudo permitiu construirmos uma base de conhecimento acerca da situação de saúde e da vulnerabilidade dos idosos que vivem no território da Estratégia Saúde da Família Embratel II, em Porto Velho-RO. Dada a escassez de informações sobre esta população, consideramos nossa contribuição um ponto de partida para o planejamento de ações destinadas ao cuidado deste público-alvo específico. A caracterização do perfil clínico e socioeconômico daqueles ditos vulneráveis tem o potencial de servir de subsídio para o planejamento das ações de cuidado e estratégias de intervenções oportunas, de modo a permitir a preservação da autonomia e independência do idoso, contribuindo para o seu envelhecimento saudável e ativo.

Dada a praticidade de aplicação e a facilidade na interpretação, o VES-13 mostrou-se como excelente instrumento de rastreamento para vulnerabilidade em idosos, podendo ser

utilizado por qualquer membro da equipe. Por já estar presente na Caderneta do Idoso, pode auxiliar no acompanhamento longitudinal e no monitoramento da evolução de doenças crônicas e na vulnerabilidade dos idosos ao longo dos anos.

7. CONCLUSÃO

Face aos achados do presente estudo, pode-se inferir que um percentual significativo dos idosos adscritos à Estratégia Saúde da Família Embratel II já está em situação de vulnerabilidade. Analisadas as características socioeconômicas e clínicas da população, apresentaram-se como importantes preditores de risco: a idade a partir dos 75 anos, impactada pela presença de comorbidades e limitação física instalada; a baixa escolaridade, com repercussões principalmente, sobre o autocuidado; o número de comorbidades presentes, refletindo na autopercepção negativa da saúde, com destaque para a hipertensão arterial; e o número de internações influenciada com a idade.

Considerando as crescentes as políticas públicas em prol da população idosa, visando a garantia do respeito aos seus direitos, manutenção da sua autonomia e independência, o reconhecimento daqueles idosos em risco ou em fases iniciais de vulnerabilidade, bem como dos fatores que contribuem para torná-los ainda mais vulneráveis, têm sua importância no planejamento e implementação de ações estratégicas de cuidado para este público. O VES-13 demonstrou-se um excelente instrumento de rastreamento de vulnerabilidade, dada sua praticidade de aplicação e facilidade de interpretação de seus resultados.

A Atenção Primária, aqui representada pela ESF Embratel II, tem um papel fundamental de assistência à saúde, através do desenvolvimento de ações, seja de caráter individual ou coletiva, considerando a sua realidade identificada, voltadas tanto para a prevenção, quanto de promoção, manutenção e reabilitação da saúde, objetivando o envelhecimento saudável e ativo.

A Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, disponibilizada pelo Ministério da Saúde, se apresenta hoje como importante tecnologia de cuidado ao idoso na Atenção Primária, uma vez que traz informações essenciais acerca da sua condição de saúde. Através da avaliação da vulnerabilidade individual medida pelo VES-13 e registrada anualmente na caderneta é possível rastrear e identificar os idosos vulneráveis, os quais necessitam de maior atenção e cuidado. Para tal, entretanto, faz-se necessário, a sensibilização de todos os profissionais de saúde para o seu preenchimento adequado e uso rotineiro nos atendimentos de saúde.

Ressalta-se ainda, a atenção especial que deve ser dada às comorbidades crônicas não transmissíveis, principalmente a hipertensão arterial, no sentido do controle e acompanhamento adequado de complicações por elas decorrentes. Deve-se zelar pela manutenção da mobilidade e independência do idoso para suas atividades diárias de vida, bem como incentivar hábitos de vida saudáveis, quais sejam: a prática de atividade física, alimentação saudável, autocuidado, prevenção de quedas e outros acidentes e estímulo à sua participação ativa na comunidade.

Sabe-se que a prefeitura de Porto Velho dispõe desde 2019, do Programa Viver – Envelhecimento Ativo e Saudável, o qual trabalha ações de tecnologia, educação, saúde e mobilidade física. Relações de parceria podem ser formadas junto à equipe, de modo a aproximar o serviço da comunidade, favorecendo o acesso dos idosos a estes serviços.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹ Organização das Nações Unidas – ONU. A população mundial está a envelhecer e todos os países do mundo estão a assistir a um crescimento no número e na proporção de pessoas idosas da sua população [internet]. 2019 [acesso em 15 de julho de 2019]. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/acao/pessoas-idosas/>.
- ² Instituto Brasileiro de Geografia e estatística – IBGE. Agência de notícias. Número de idosos cresce 18% em 5 anos e ultrapassa 30 milhões em 2017 [internet]. 2019 [acesso em 10 de julho de 2019]. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/20980-numero-de-idosos-cresce-18-em-5-anos-e-ultrapassa-30-milhoes-em-2017>.
- ³ Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento – PNUD. Atlas do desenvolvimento humano no Brasil [internet]. 2013 [acesso em 10 de julho de 2019]. Disponível em <<http://www.atlasbrasil.org.br/2013>>.
- ⁴ Pereira AMVB. A saúde do idoso na APS. In: Oficina APSUS: saúde do idoso na atenção primária. Secretaria de Estado de Saúde do Paraná: 2014, caderno 9, p.7-10.
- ⁵ Rodrigues NO, Neri AL. Vulnerabilidade social, individual e programática em idosos da comunidade: dados do estudo FIBRA, Campinas, SP, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. Agosto de 2012 [acesso em 12 de maio de 2019]; 17 (8): 2129-2139. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000800023>.
- ⁶ Nunes JD, Saes MO, Nunes BP, Siqueira FCV, Soares DC, Fassa MEG et al. Indicadores de incapacidade funcional e fatores associados em idosos: estudo de base populacional em Bagé, Rio Grande do Sul. *Epidemiol. Serv. Saúde* [Internet]. Junho de 2017 [acesso em 10 de maio de 2019]; 26 (2): 295-304. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/s1679-49742017000200007>.
- ⁷ Vello LS, Popim RC, Carazzai EM, Pereira MAO. Saúde do Idoso: percepções relacionadas ao atendimento. *Esc. Anna Nery* [internet]. Junho de 2014 [acesso em 07 de maio de 2019]; 18 (2): 330-335. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20140048>.
- ⁸ Sousa AAD, Martins AMEBL, Silveira MF, Coutinho WLM, Freitas DA, Vasconcelos EL, et al. Qualidade de vida e incapacidade funcional entre idosos cadastrados na estratégia saúde da família. *ABCS Health Sci* [internet]. Maio de 2018 [acesso em 10 de maio de 2019]; 43(1):15. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.7322/abcshs.v43i1.986>.
- ⁹ Veras RP, Oliveira M. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. *Ciência & Saúde Coletiva* [internet]. Junho de 2018 [acesso em 02 de junho de 2019]; 23 (6): 1929-1936. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.04722018>.
- ¹⁰ Camargo CC, Pintscher AB, Arakaki SH, Spiri WC. Perfil do idoso assistido pela Estratégia de Saúde da Família no Município de Botucatu-SP. *Revista Brasileira de Geriatria e*

Gerontologia [internet]. 2012 [acesso em 10 de maio de 2019]; 6 (4): 322-331. Disponível em: <http://hdl.handle.net/11449/140734>.

¹¹ Brasil. Lei nº. 8.842, de 04 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União [internet]. 04 de janeiro de 1994 [acesso em 05 de junho de 2019]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18842.htm.

¹² Brasil. Lei nº. 10.741, de 01 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União [internet]. 01 de outubro de 2003 [acesso em 05 de junho de 2019]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.741.htm.

¹³ Ferreira OGL, Maciel SC, Silva AO, Sá RCN, Moreira MASP. Significados atribuídos ao envelhecimento: idoso, velho e idoso ativo. Psico-USF [internet]. 2010 [acesso em 10 de maio de 2019]; 15(3): 357-364. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-82712010000300009>.

¹⁴ Toldrá RC, Cordone RG, Arruda BA, Souto ACF. Promoção da saúde e da qualidade de vida com idoso por meio de práticas corporais. O mundo da saúde. São Paulo, 2014; 38 (2):159-168.

¹⁵ Veras RP. Prevenção de doenças em idosos: os equívocos dos atuais modelos. Cad. Saúde Pública [internet]. Outubro de 2012 [acesso em 02 de junho de 2019]; 28 (10): 1834-1840. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012001000003&lng=en&nrm=iso.

¹⁶ Lima CAB, Carvalho JL, Aquino RCA. Avaliação da vulnerabilidade do idoso através da adaptação transcultural do instrumento VES-13. Revista Eletrônica Estácio Recife [internet]. 2017 [acesso em 10 de maio de 2019]; 3(1). Disponível em: <https://reer.emnuvens.com.br/reer/article/view/115/42>.

¹⁷ Lima C. Vulnerabilidade e serviço nacional de saúde. Acta Med Port. 2006; 19(2):49-54.

¹⁸ Ayres JR de CM, Calazans GJ, Salleti Filho HC, Franca Júnior I. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: Tratado de saúde coletiva. São Paulo: HUCITEC/ FIOCRUZ; 2009.

¹⁹ Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. Revista de Saúde Pública [internet]. Junho de 2009 [acesso em 17 de maio de 2019]; 43 (3): 548-554. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000300020&lng=en&nrm=iso.

²⁰ Barbosa KTF, Costa KNFM, Pontes MLF, Batista PSS, Oliveira FMRL, Fernandes MGM. Envelhecimento e vulnerabilidade individual: um panorama dos idosos vinculados à estratégia saúde da família. Texto contexto - enferm. [Internet]. 2017 [citado em 07 de maio de 2019]; 26(2): e2700015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072017002700015>.

²¹ Lampert MA, Barbosa CD, Coelho FL, Santos I dos. Uso de preditores de risco em idosos no Brasil: uma revisão integrativa. Revista Kairós: Gerontologia [internet]. 2016 [acesso em 07

de maio de 2019]; 19(3): 169-185. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/kairos/article/view/32616/22528>.

²² Gutierrez-Robledo LM, Ávila-Funes A. How to include the social factor for determining frailty? *Journal of Frailty & Aging* [internet]. 2012 [acesso em 10 de maio de 2019]; 1(1):13-7. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27092932/>.

²³ Junges J.R. Vulnerabilidade e Saúde: limites e potencialidades das políticas públicas. In: Barchifontaine, C.P. & Zoboli, E.L.C.P. (Orgs.). *Bioética, vulnerabilidade e saúde*, São Paulo (SP): Centro Universitário São Camilo, 2007, p.110-138.

²⁴ Gullich I, Duro SMS, Cesar JA. Depressão entre idosos: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. *Rev. bras. epidemiol.* [Internet]. Dezembro de 2016 [acesso em 07 de maio de 2021]; 19(4): 691-701. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201600040001>.

²⁵ Duarte, FM, Wanderley K da S. Religião e espiritualidade de idosos internados em uma enfermaria geriátrica. *Psicologia: Teoria e Pesquisa* [internet]. 2011 [acesso em 07 de maio de 2021]; 27(1): 49-53. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722011000100007>.

²⁶ Martins AB, D'Avila OP, Hilgert JB, Hugo FN. Atenção Primária a Saúde voltada as necessidades dos idosos: da teoria à prática. *Ciências & Saúde Coletiva* [Internet]. Agosto de 2014 [acesso em 27 de abril 2021]; 19 (8): 3403-3416. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014198.13312013>.

²⁷ Maia FOM. Vulnerabilidade e envelhecimento: panorama dos idosos residentes no município de São Paulo - Estudo SABE. 2011 [Tese na internet]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; 2011 [acesso em 10 de maio de 2019]. Disponível em: <http://doi:10.11606/T.7.2011.tde-24102011-080913>.

²⁸ Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual para utilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

²⁹ Luz LL, Santiago LM, Silva JFS da, Mattos IE. Primeira etapa da adaptação transcultural do instrumento The Vulnerable Elders Survey (VES-13) para o Português. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. Março de 2013 [acesso em 20 de maio de 2019]; 29(3): 621-628. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2013000300019>.

³⁰ Instituto Brasileiro de Geografia e estatística – IBGE. População estimada de Porto Velho – Rondônia [internet]. 2019 [acesso em 10 de julho de 2019]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/ro/porto-velho.html>.

³¹ Secretaria Municipal de Saúde de Porto Velho - Semusa. Plano Municipal de Saúde 2018-2021. Porto Velho-RO, 2017.

³² Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Recomendações para adequação das ações dos agentes comunitários de saúde frente à atual situação epidemiológica referente ao COVID-19. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. 9 p.

- ³³ Saliba Debra, Elliot M, Rubenstein LZ, Solomon DH, Young RT, Kamberg CJ et al. The Vulnerable Elders Survey: a tool for identifying vulnerable older people in the community. *J Am Geriatr Soc* [internet]. Dezembro de 2001 [acesso em 20 de março de 2020]; 49 (12):1691-1699. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11844005/>.
- ³⁴ Wang J, Lin W, Chang LH. The linear relationship between the Vulnerable Elders Survey-13 score and mortality in an Asian population of community-dwelling older persons. *Arch Gerontol Geriatr* [internet]. Janeiro de 2018 [acesso em 10 de março de 2021]; 74:32-38. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28957686/>.
- ³⁵ Min L, Yoon W, Mariano J, Wenger NS, Elliott MN, Kamberg C, et al. The vulnerable elders-13 survey predicts 5-year functional decline and mortality outcomes in older ambulatory care patients. *J Am Geriatr Soc* [internet]. Outubro de 2009 [acesso em 20 de março de 2021]; 57 (11): 2070-2076. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2009.02497.x>.
- ³⁶ McGee HM, O'Hanlon A, Barker M, Hickey A, Montgomery A, Conroy R, et al. Vulnerable older people in the community: relationship between the Vulnerable Elders Survey and health service use. *J Am Geriatr Soc* [internet]. Janeiro de 2008 [acesso em 20 de março 2021]; 56 (1): 8-15. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18184202/>.
- ³⁷ Freitas TOT, Cruz HS, Silva VZM. Avaliação da vulnerabilidade em idosos na atenção primária a saúde da região sul do Distrito Federal [Trabalho de Conclusão de Curso]. Brasília: Escola Superior de Ciências da Saúde, Coordenação do Curso de Enfermagem, 2018. [acesso em 20 de março de 2021]. Disponível em: <http://repositorio.fepecs.edu.br:8080/jspui/handle/prefix/71>>
- ³⁸ Cabral JF, Silva AMC, Mattos IE, Neves AQ, Luz LL, Ferreira DB et al. Vulnerabilidade e fatores associados em idosos atendidos pela Estratégia Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. Fevereiro de 2019 [acesso em 07 de maio de 2019]; 24(9): 3227-3236. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/vulnerabilidade-e-fatores-associados-em-idosos-atendidos-pela-estrategia-saude-da-familia/16597?id=16597>.
- ³⁹ Mendes TO, Castro LS, Braga KA, Burg MR, Camargo MB. As contribuições do Ves 13 na identificação do idoso vulnerável. XXIII Salão de iniciação científica e tecnológica. Expo Ulbra Canoas [internet]. 2017 [acesso em 21 de janeiro de 2021]. Disponível em: <http://www.conferencias.ulbra.br/index.php/sic/sic23/paper/view/8428>.
- ⁴⁰ Oliveira J de S, Freitas SKS, Vilar NBS, Saintrain SV, Bizerril DO, Saintrain MV de L. Influência da renda e do nível educacional sobre a condição de saúde percebida e autorreferida de pessoas idosas. *J. Health Biol. Sci* [internet]. 2019 [acesso 25 de março de 2021]; 7(4); 395-398. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12662/2317-3076jhbs.v7i4.2343.p395-398.2019>.
- ⁴¹ Brasil. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão Arterial Sistêmica para o Sistema Único de Saúde. Cadernos de Atenção Básica, n. 16. Brasília, 2006, 58p.

- ⁴² Camarano AA. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. Texto para discussão 858. IPEA: Rio de Janeiro, 2002, 31p.
- ⁴³ Gomes MMF, Turra CM, Figoli MGB, Duarte YAO, Lebrão ML. Associação entre mortalidade e estado marital: uma análise para idosos residentes no Município de São Paulo, Brasil, Estudo SABE, 2000 e 2006. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. Março de 2013 [acesso em 16 de março de 2019]; 29 (3): 566-578. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2013000300014>.
- ⁴⁴ Barbosa KTF. Vulnerabilidade física, social e programática de idosos atendidos na Atenção Primária de Saúde do município de João Pessoa, Paraíba. [Dissertação de Mestrado em Enfermagem]. Universidade Federal da Paraíba, 2015 [acesso em 07 de maio de 2019]. Disponível em: <https://repositorio.ufpb.br/jspui/bitstream/tede/7591/2/arquivototal.pdf>.
- ⁴⁵ Silva CAM, Almeida A. A importância da família no cuidado ao idoso. Seminários Integrados. Faculdades Integradas Antônio Eufrásio de Toledo. Presidente Prudente, São Paulo [internet]. 2012 [acesso em 20 de abril 2021]. Disponível em: <http://intertemas.toledoprudente.edu.br/index.php/SemIntegrado/article/viewFile/4594/4352>.
- ⁴⁶ Salmazo-Silva H, Lima-Silva TB, Barros TC de, Oliveira EM, Ordonez TN, Carvalho G, et al. Vulnerabilidade na velhice: definição e intervenções no campo da gerontologia. *Revista Kairós: Gerontologia* [internet]. 2015 [acesso em 29 de abril de 2021];13(2012); 97-116. Disponível em: <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2012v15iEspecial13p97-116>.
- ⁴⁷ Ferrini, AF, Ferrini RL. *Health in the later years*. Boston, EUA: MacGraw-Hill Companies, 4ª edição, 2008.
- ⁴⁸ Organização Mundial da Saúde. *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Brasília; DF: Organização Pan-Americana de Saúde, 2005.

APÊNDICE I



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado Participante,

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa **“VULNERABILIDADE NO IDOSO: UM ESTUDO EM UMA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM PORTO VELHO-RO”**, desenvolvida por Priscila Martins da Silva Tourinho, discente do Mestrado Profissional de Saúde da Família – PROFSAÚDE, oferecido pelo Instituto Leônidas & Maria Deane – ILMD/ FIOCRUZ AMAZÔNIA, sob orientação do Professor Dr. Paulo César Basta.

O objetivo deste estudo é analisar o grau de vulnerabilidade dos idosos da população adscrita da Estratégia Saúde da Família Embratel II.

O convite a sua participação se deve à faixa etária a partir de 60 anos, e estar em plena condição de responder ao questionário proposto. Sua participação é voluntária, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento, sem nenhuma penalidade. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa.

Ressalta-se que, apenas os pesquisadores responsáveis pelo projeto, que se comprometeram com o dever de sigilo e confidencialidade, terão acesso a seus dados e não farão uso destas informações para outras finalidades. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resoluções do CNS nº 466/12 e nº 510/16 e, com o fim deste prazo, será descartado.

Sua participação consistirá em responder a dois questionários com perguntas curtas e objetivas: um relacionado às suas condições socioeconômicas e, outro, um preditor de vulnerabilidade do idoso, o VES -13 (*Vulnerable Elders Survey-13*). O tempo gasto para responder aos questionários propostos é de aproximadamente quinze minutos.

Considerando que toda pesquisa com seres humanos envolve algum risco aos participantes, entendemos que na presente pesquisa tais riscos são mínimos, uma vez que não serão testados novos medicamentos e/ou vacinas, tampouco será realizado qualquer procedimento médico, teste diagnóstico ou coleta de material biológico. Os riscos relacionados a esta pesquisa incluem um possível constrangimento em relação às perguntas incluídas nos questionários ou mesmo ao inconveniente de tempo gasto para respondê-las. Ainda assim, caso você sinta-se incomodado de alguma forma e decidir interromper a entrevista, terá total liberdade para fazê-lo, sem nenhum prejuízo para seu tratamento ou relacionamento com a equipe da atenção básica e/ou pesquisadora responsável pelo estudo. Informamos ainda que, caso ocorra algum intercorrência reconhecidamente decorrente desta pesquisa, você terá o direito de assistência integral gratuita devida a danos diretos/indiretos e imediatos/tardios, pelo tempo que for necessário, sob a responsabilidade da pesquisadora e das instituições participantes, conforme item II.3.2 da Resolução do CNS nº 466/12.

Os benefícios com sua participação serão indiretos, relacionados à melhoria das práticas de saúde para a população idosa no território, através de ações de promoção e manutenção do envelhecimento saudável e ativo.

Vale salientar que, o estudo não proporcionará ao participante qualquer custo, ressarcimento de qualquer natureza ou benefício financeiro formal.

Após concluída a pesquisa, os resultados serão apresentados aos participantes do estudo, por meio de palestras, distribuição de folders ou panfletos explicativos, com a apresentação de dados de forma agregada, sem revelação de qualquer dado individual.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar da pesquisadora informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados no final deste Termo. Você também pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Amazonas (CEP/UFAM) e com a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), do Conselho Nacional de Saúde (CNS), quando julgar pertinente. O CEP/UFAM é um colegiado multi e transdisciplinar, independente, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

Você receberá uma via deste termo onde, juntamente com o pesquisador, deverá rubricar todas as páginas e assinar ao final.

CONSENTIMENTO PÓS INFORMAÇÃO:

Declaro que li e concordo espontaneamente em participar.

Porto Velho- RO, ___/___/___.



Assinatura do Participante

Assinatura da Pesquisadora: Priscila Martins da Silva Tourinho

ILMD/ FIOCRUZ AMAZÔNIA
Rua Teresina, 476, Adrianópolis - CEP:76.057-070, Manaus/ AM
Tel: (92) 3621-2327/3621-2323
e-mail: posgrad.ilmd@fiocruz.br

CEP/UFAM – localizado na Escola de Enfermagem de Manaus (EEM/UFAM)
Rua Teresina, 495, sala 07, Adrianópolis - CEP: 69.057-070, Manaus/ AM
Tel: (92) 3305-1181 Ramal 2004

*Em virtude das medidas de isolamento contato unicamente por e-mail: cep@ufam.edu.br

APÊNDICE II

QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO E DE CONDIÇÃO DE SAÚDE

DATA: ____/____/____

CNS

Nº: _____

NASCIMENTO: ____/____/____ SEXO: () masculino () feminino

RAÇA: () branco () preto () pardo () amarelo () indígena () ignorado

ESTADO CIVIL: () casado(a) () solteiro(a) () viúvo(a)
() divorciado(a) () união estável

ARRANJO FAMILIAR: () vive acompanhado () vive sozinho

ESCOLARIDADE: () nenhuma () 1 a 3 anos () 4 a 6 anos () 7 a 10 anos () >10 anos

RENDA: () 1 até 3 salários mínimos () de 4 a 6 salários mínimos
() de 7 a 10 salários mínimos () > 10 salários mínimos

COMORBIDADES CRÔNICAS:

() Hipertensão Arterial	() Diabetes Mellitus	() Doença Coronariana
() Insuficiência Cardíaca	() DPOC / enfisema	() Doença ocular
() AVC (isquemia/ derrame)	() Câncer	() Osteoporose
() Artrite/ Reumatismo	() Depressão	() Outros

NÚMERO DE CONSULTAS MÉDICAS NO ÚLTIMO ANO:

nenhuma 1 a 2 3 ou mais

NÚMERO DE INTERNAÇÕES NO ÚLTIMO ANO:

nenhuma 1 a 2 3 ou mais

CAUSAS DE INTERNAÇÃO:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Doenças do Aparelho Circulatório | <input type="checkbox"/> Doenças do Aparelho Respiratório |
| <input type="checkbox"/> Doenças do Trato Digestivo | <input type="checkbox"/> Doenças do Aparelho Genito-urinário |
| <input type="checkbox"/> Doenças Osteomusculares | <input type="checkbox"/> Doenças endócrinas/metabólicas |
| <input type="checkbox"/> Doenças do Sistema Nervoso | <input type="checkbox"/> Transtornos mentais |
| <input type="checkbox"/> Neoplasias | <input type="checkbox"/> Outros |

TIPO DE SERVIÇO DE SAÚDE UTILIZADO:

- exclusivamente SUS exclusivamente privado
 a maior parte o SUS a maior parte privada

REDE DE APOIO SOCIAL

- família grupo religiosos
 amigos/ vizinhos centro de convivência outros

ANEXO I

VES -13 - Protocolo de identificação do idoso vulnerável

IDENTIFICAÇÃO/CNS: _____

1. IDADE	Valor	Resposta	PONTUAÇÃO
Entre 60 a 74 anos	0		
Entre 75 e 84 anos	1		
≥85 anos	3		

2. AUTOPERCEPÇÃO DA SAUDE	Valor	Resposta	PONTUAÇÃO
Excelente	0		
Muito boa	0		
Boa	0		
Regular	1		
Ruim	1		

3. LIMITAÇÃO FÍSICA (dificuldade)	VALOR= 0			VALOR=1 (Máximo 2 pontos)		PONTUAÇÃO
	Resposta	Nenhuma	Pouca	Média (alguma)	Muita	
Curvar-se, agachar ou ajoelhar-se						
Levantar ou carregar objetos com peso aproximado de 5 kg						

	Nenhuma	Pouca	Média	Muita	Incapaz	
Elevar ou estender os braços acima do nível do ombro						
Escrever ou manusear e segurar pequenos objetos						
Andar 400 metros (aproximadamente quatro quarteirões)						
Fazer serviço doméstico pesado, como esfregar o chão ou limpar janelas						

4. INCAPACIDADES	VALOR = 0	VALOR = 4 pontos (máximo 4 pontos)	PONTUAÇÃO
	NÃO	SIM	
Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de fazer compras?			
Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de controlar seu dinheiro, seus gastos ou pagar conta?			
Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de caminhar dentro de casa?			
Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de realizar tarefas domésticas leves, como lavar louça ou fazer limpeza leve?			
Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de tomar banho sozinho (a)?			

PONTUAÇÃO TOTAL	
------------------------	--