

<http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017002700015>

ENVELHECIMENTO E VULNERABILIDADE INDIVIDUAL: UM PANORAMA DOS IDOSOS VINCULADOS À ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA¹

Keylla Talitha Fernandes Barbosa², Kátia Neyla de Freitas Macêdo Costa³, Maria de Lourdes de Farias Pontes⁴, Patrícia Serpa de Souza Batista⁵, Fabiana Maria Rodrigues Lopes de Oliveira⁶, Maria das Graças Melo Fernandes⁷

¹ Artigo extraído da dissertação - Vulnerabilidade física, social e programática de idosos atendidos na Atenção Primária de Saúde do município de João Pessoa, Paraíba, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), em 2015.

² Mestre em Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPB. João Pessoa, Paraíba, Brasil. E-mail: keyllafernandes@gmail.com

³ Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem Clínica e Cirúrgica da UFPB. João Pessoa, Paraíba, Brasil. E-mail: katianeyla@hotmail.com

⁴ Doutora em Enfermagem Fundamental. Docente do Departamento de Enfermagem de Saúde Pública e Psiquiatria da UFPB. João Pessoa, Paraíba, Brasil. E-mail: profa.lourdespontes@gmail.com

⁵ Doutora em Educação. Docente do Departamento de Enfermagem de Saúde Pública e Psiquiatria da UFPB. João Pessoa, Paraíba, Brasil. E-mail: patriciaserpa@oi.com.br

⁶ Mestre em Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPB. João Pessoa, Paraíba, Brasil. E-mail: fabianarodriguesenf@yahoo.com.br

⁷ Doutora em Sociologia. Docente do Departamento de Enfermagem Clínica e Cirúrgica da UFPB. João Pessoa, Paraíba, Brasil. E-mail: graacafernandes@hotmail.com

RESUMO

Objetivo: identificar as condições de vulnerabilidade individual em idosos e investigar a relação com os indicadores de saúde por meio de um inquérito domiciliar.

Método: delineamento descritivo, de corte transversal, realizado com 368 idosos atendidos pela Estratégia Saúde da Família. A coleta de dados deu-se através de entrevista estruturada, subsidiada por instrumentos que incluem a caracterização sociodemográfica, indicadores de saúde e o *Vulnerable Elderly Survey*. Realizou-se, ainda, a análise descritiva dos dados e o teste qui-quadrado de Pearson.

Resultados: há prevalência de 52,2% de vulnerabilidade individual entre os idosos, além de uma associação com problemas de saúde, autopercepção negativa de saúde, dificuldade na mobilidade e no desempenho de atividades da vida diária.

Conclusão: a identificação da vulnerabilidade entre a população idosa é uma iniciativa relevante para a adequação de políticas e programas de saúde que priorizem a promoção do envelhecimento com manutenção da capacidade funcional.

DESCRIPTORES: Vulnerabilidade em saúde. Idoso. Atenção primária à saúde. Enfermagem.

AGING AND INDIVIDUAL VULNERABILITY: A PANORAMA OF OLDER ADULTS ATTENDED BY THE FAMILY HEALTH STRATEGY

ABSTRACT

Objective: identifying conditions of individual vulnerability in older adults and investigating the relationship with health indicators through a household survey.

Method: a descriptive cross-sectional study conducted with 368 older adults attended by the Family Health Strategy. Data collection was performed through a structured interview, supported by instruments that include sociodemographic characterization, health indicators and the *Vulnerable Elders Survey*. A descriptive data analysis and Person's chi-square test were also performed.

Results: a prevalence of 52.2% individual vulnerability was found among older adults, in addition to an association with health problems, negative self-perception of health, difficulty with mobility and in performing activities of daily living.

Conclusion: identifying vulnerability among the aged population is a relevant initiative for the adequacy of health policies and programs that prioritize the promotion of aging with the maintenance of functional capacity.

DESCRIPTORS: Vulnerability health. Older adults. Primary health care. Nursing.

EL ENVEJECIMIENTO Y LA VULNERABILIDAD INDIVIDUAL: UN PANORAMA DE LOS ANCIANOS ASOCIADOS A LA ESTRATEGIA DE SALUD FAMILIAR

RESUMEN

Objetivo: identificar las condiciones de vulnerabilidad individuales en los ancianos y investigar la relación con los indicadores de salud a través de una encuesta de hogares.

Método: diseño descriptivo, transversal, realizado con 368 ancianos asistidos por la Estrategia Salud de la Familia. La recolección de datos se realizó a través de una entrevista estructurada, con el apoyo de instrumentos, incluyendo los indicadores sociodemográficos, de salud y *Vulnerable Elderly Survey*. También llevó a cabo el análisis descriptivo y la prueba de chi-cuadrado de Pearson.

Resultados: existe una prevalencia de 52,2% de la vulnerabilidad individual entre los ancianos, así como una asociación con problemas de salud, la salud autopercepción negativa, dificultad en la movilidad y el desempeño de las actividades de la vida diaria.

Conclusión: la vulnerabilidad de la identificación de los ancianos es una iniciativa importante para la adecuación de las políticas y programas de salud que se centran en la promoción del envejecimiento con el mantenimiento de la capacidad funcional.

DESCRIPTORES: Vulnerabilidad en salud. Ancianos. Atención primaria de salud. Enfermería.

INTRODUÇÃO

Em muitos países, o processo de envelhecimento tem ocorrido de maneira lenta e gradual, possibilitando adaptações no provimento de serviços sociais, previdenciários e de saúde. No Brasil, entretanto, esse processo vem ocorrendo de forma acelerada, principalmente no início do Século XXI, associando-se a importantes transformações sociais e econômicas, bem como à mudança no perfil epidemiológico e nas demandas dos serviços de saúde.¹ Tal mudança implica na elevação dos custos diretos e indiretos para o sistema público e mais esforços no planejamento de políticas, programas e ações que visem a um envelhecimento ativo e saudável.²

Devido a sua magnitude, o envelhecimento pode ser considerado uma importante questão de saúde pública. Por ser um processo multidimensional, que sofre influência de diversos fatores intrínsecos e extrínsecos, abordagens essencialmente biológicas não são suficientes ou satisfatórias para o delineamento de políticas públicas adequadas às reais demandas desse grupo. Por essa razão, é imprescindível que as questões relativas aos idosos sejam analisadas sob uma perspectiva mais abrangente.³

Nesse contexto, aborda-se o conceito de vulnerabilidade no âmbito da saúde, cujo propósito é de trazer os elementos abstratos relacionados aos processos de envelhecimento e de adoecimento para planos mais concretos, específicos e multidimensionais. Diferentemente dos estudos de risco, as investigações conduzidas na perspectiva teórica da vulnerabilidade expressam os potenciais de adoecimento, de não adoecimento e de enfrentamento, relacionados a cada indivíduo, buscando a síntese dos três planos – individual, social e programático.⁴

No âmbito da gerontologia, aborda-se o conceito de vulnerabilidade como o estado de indiví-

duos ou grupos que, por alguma razão, têm sua capacidade de autodeterminação reduzida e podem apresentar dificuldades para proteger os próprios interesses devido a déficits de poder, inteligência, educação, recursos, força ou outros atributos. O envelhecimento implica aumento de riscos para o desenvolvimento de vulnerabilidade de natureza biológica ou individual, socioeconômica e psicossocial, em virtude do declínio biológico típico da senescência, que interage com processos socioculturais, com os efeitos acumulativos de condições deficitárias de educação, renda e saúde ao longo da vida. Essas condições poderão causar significativo impacto ao idoso, favorecendo, especialmente, a vulnerabilidade individual – associada mais fortemente a componentes biofisiológicos.³

Apesar do crescente número de publicações científicas envolvendo a temática ora exposta, observa-se que ainda há insuficiência no conhecimento acerca da compreensão da vulnerabilidade da pessoa idosa. Dessa forma, a relevância deste estudo se configura, em especial, devido a sua potencialidade de gerar informações importantes para orientar o planejamento e a prática de cuidado do idoso, tanto no lócus da investigação quanto em outros serviços e cenários, como o da enfermagem, o qual exige dos trabalhadores um saber teórico-científico, habilidades e destrezas técnicas, além de outras capacidades.⁵

Pressupõe-se que a identificação da vulnerabilidade individual em idosos e o conhecimento dos aspectos inerentes ao processo de envelhecimento, assim como de condições associadas a esse processo, são importantes indicadores empíricos que podem fundamentar a alocação de recursos e programas assistenciais para aqueles com maiores possibilidades de desfechos adversos, como redução da capacidade funcional e óbito.⁶

Assim, foram delimitados para este estudo os seguintes objetivos: identificar as condições de vulnerabilidade individual em idosos e investigar a relação entre vulnerabilidade individual e indicadores de saúde entre os idosos participantes do estudo.

MÉTODO

Trata-se de um inquérito domiciliar com delineamento descritivo, observacional, de corte transversal, desenvolvido entre os idosos assistidos pela Estratégia Saúde da Família do município de João Pessoa, Paraíba.

A população do estudo compreendeu todos os indivíduos maiores de 60 anos cadastrados no Sistema de Informação da Atenção Básica do referido município, correspondendo a 24.328 idosos cadastrados em 56 Unidades de Saúde da Família e em cinco distritos sanitários. Utilizou-se a técnica de amostragem estratificada proporcional, que levou em consideração os cinco distritos sanitários como estratos. Para a composição da amostra, considerou-se a seguinte fórmula: $n = Z^2 PQ / d^2$, sendo n =tamanho amostral mínimo; Z =variável reduzida; P =probabilidade de encontrar o fenômeno estudado; $Q=1-P$; d =precisão desejada, calculado com base em uma margem de erro de 5%; e $p=50\%$, resultando em 380 indivíduos.

Foram adotados como critérios de inclusão idosos de ambos os sexos, que residiam no distrito sanitário pesquisado, bem como aqueles que apresentaram condições cognitivas preservadas, mensuradas através do Mini-exame do Estado Mental (MEEM), considerando como ponto de corte pontuação superior a 13 para analfabetos e pontuação superior a 17 para alfabetizados.⁷ Foram excluídos aqueles que apresentavam déficits de audição e problemas com a fala que dificultassem fortemente a comunicação e impossibilitassem a realização da avaliação. Considerando esses aspectos, a amostra final foi constituída por 368 idosos.

Inicialmente, foi realizada a leitura e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido por parte de cada idoso. Em seguida, a coleta dos dados ocorreu no período de fevereiro a abril de 2014 por bolsistas de iniciação científica, com o auxílio dos Agentes Comunitários de Saúde com exercício de atividade laboral nas Unidades de Saúde da Família selecionadas. A coleta das informações ocorreu em um único momento nas respectivas residências dos idosos, sem auxílio dos familiares e de acordo com a disponibili-

dade do indivíduo. De forma a operacionalizar a entrevista estruturada, foram utilizados dois instrumentos: o primeiro constituiu-se em um questionário contemplando variáveis sociodemográficas (idade, sexo, estado civil, anos de estudo, renda familiar) e indicadores de saúde (morbidades autorreferidas, autoavaliação da saúde, bem como questões dicotômicas acerca da mobilidade e atividades básicas e instrumentais da vida diária). O segundo, compreendeu o *Vulnerable Elders Survey* (VES-13), que foi traduzido e adaptado transculturalmente para a realidade brasileira.⁸

O *Vulnerable Elders Survey* (VES-13) é um instrumento simples, de fácil aplicabilidade, cujo objetivo é identificar idosos vulneráveis residentes em comunidade. As variáveis fortemente associadas ao risco de vulnerabilidade apresentadas no referido instrumento são: idade, autoavaliação da saúde e indicadores relacionados à presença de limitação física e incapacidade funcional, totalizando 13 itens aos quais são atribuídos escores, que apresentam valor mínimo de zero e máximo de dez. Idosos que obtiverem, nessa avaliação, pontuação menor ou igual a três são considerados não vulneráveis.⁸

A análise dos dados foi efetivada numa abordagem quantitativa, por meio da estatística descritiva de natureza univariada para todas as variáveis, incluindo medidas de frequência, de posição e de dispersão. Com o propósito de comparar as principais variáveis categóricas entre os diferentes grupos, dividiu-se a população estudada em idosos vulneráveis e não vulneráveis, identificados por meio do *Vulnerable Elderly Survey* (VES-13). Para tanto foi utilizado o teste do qui-quadrado de Pearson com nível de significância estabelecido de 95%. Utilizou-se o sistema computacional *Statistical Package for the Social Sciences* – SPSS, versão 20.0, por ser adequado ao alcance dos objetivos do estudo e por possibilitar a precisão e a generalização dos seus resultados.

Cabe destacar que, durante todo o processo da pesquisa, especialmente na fase da coleta de informações empíricas, foram observados os aspectos éticos que normatizam a pesquisa que envolve seres humanos, dispostos na Resolução 466/2012 do CNS/MS/BRASIL, especialmente o sigilo e a confidencialidade das informações.⁹ Salienta-se também que o projeto de pesquisa em questão foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, sob o número de protocolo 0658/13 e CAAE: 23958013.0.0000.5188, de 10 de dezembro de 2013.

RESULTADOS

Tabela 1 - Relação entre os idosos, conforme a presença ou não de vulnerabilidade individual e variáveis sociodemográficas. João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2014 (n=368)

Variável	Vulnerabilidade individual				p-valor
	Sim		Não		
	n	%	n	%	
Sexo					0,115
Feminino	139	72,4	114	64,7	
Masculino	53	27,6	62	35,3	
Faixa etária					0,001
60 a 69 anos	61	31,8	108	61,5	
70 a 79 anos	79	41,1	62	35,3	
80 ou mais	52	27,1	06	3,2	
Situação conjugal					0,001
Casado (a)	63	32,8	84	47,7	
Viúvo (a)	97	50,5	44	25,0	
Solteiro (a)	22	11,5	25	14,2	
Outro	10	5,2	23	13,1	
Anos de estudo					0,002
Nenhum	72	37,5	44	25,0	
1 a 3 anos	47	24,5	32	18,2	
4 a 8 anos	54	28,1	66	37,5	
5 anos ou mais	19	9,9	34	19,3	
Renda familiar					0,588
Menos de um salário mínimo	6	3,1	8	4,5	
1 a 3 salários mínimos	153	79,7	144	81,8	
3,4 a 5 salários mínimos	26	13,5	20	11,4	
6 a 10 salários mínimos	7	3,7	4	2,3	
Total	192	100	176	100	

No tocante às características sociodemográficas, dos 368 idosos que participaram do estudo, 253 (68,8%) eram do sexo feminino. A idade variou entre 60 e 103 anos, com média de 71,4 anos e predomínio de idosos na faixa etária entre 60 a 69 (45,9%). No que diz respeito ao estado civil, 147 (39,9%) eram casados, com escolaridade entre quatro e oito anos de estudo (32,6%) e renda familiar média entre 1,1 e 3 salários

mínimos (80,3%), como evidenciado na tabela 1.

Identificou-se que 52,2% apresentavam vulnerabilidade individual. Destaca-se que, conforme apresentado da tabela 1, os idosos com faixa etária predominante entre 70 a 79 anos demonstraram maior vulnerabilidade ($p=0,001$), assim como os viúvos ($p=0,001$) e aqueles que não referiram escolaridade ($p=0,002$).

Tabela 2 - Associação entre os idosos, conforme a presença ou não de vulnerabilidade individual e problemas de saúde autorreferidos. João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2014 (n=368)

Variável	Vulnerabilidade individual				Total n (%)	p-valor
	Sim		Não			
	n	%	n	%		
Visão prejudicada	169	55	138	45	307 (100)	0,035
Hipertensão arterial	155	55,4	125	44,6	280 (100)	0,200
Reumatismo	100	61,7	62	38,3	162 (100)	0,001
Problemas de memória	79	66,4	40	33,6	119 (100)	0,001
Problemas de audição	67	66,3	34	33,7	101 (100)	0,001
Diabetes <i>mellitus</i>	63	57,8	46	42,2	109 (100)	0,990
Depressão	49	51,6	46	48,4	95 (100)	0,493

Na tabela 2 evidencia-se a relação as variáveis clínicas. Verificou-se que houve relação estatisticamente significativa entre ser idoso vulnerável e

apresentar as seguintes morbidades: reumatismo (p=0,001), problemas de memória (p=0,000) e dificuldades na audição (p=0,001).

Tabela 3 - Distribuição dos idosos conforme a autoavaliação da saúde, dificuldade referida na mobilidade e no desempenho de atividades da vida diária. João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2014 (n=368)

Variável	Vulnerabilidade individual				p-valor
	Sim		Não		
	n	%	n	%	
Autoavaliação da saúde					0,001
Ruim ou regular	115	59,9	44	25,0	
Boa, muito boa ou excelente	77	40,1	132	75,0	
Mobilidade referida					
Curvar-se, ajoelhar-se ou agachar	165	62,0	101	38,0	0,001
Levantar ou carregar peso com aproximadamente 5kg	146	70,5	61	29,5	0,001
Elevar ou estender o braço acima do nível do ombro	89	71,2	36	28,8	0,001
Escrever ou manusear pequenos objetos	78	67,8	37	32,2	0,001
Andar 400m	128	76,6	39	23,4	0,001
AIVDs					
Fazer compras	100	84,0	19	16,0	0,001
Administrar as próprias finanças	92	76,0	29	24,0	0,001
Realizar tarefas domésticas simples	84	77,8	24	22,2	0,001
Realizar tarefas domésticas pesadas	158	71,2	64	28,8	0,001
ABVDs					
Tomar banho sozinho	71	74,7	24	25,3	0,001
Atravessar o quarto andando sozinho	49	80,3	12	19,3	0,001

*AIVDS= atividades instrumentadas da vida diária; *ABVDs atividades básicas da vida diária

Considerando os dados dispostos na tabela 3, verificou-se que a percepção da saúde como ruim ou regular é mais prevalente entre os idosos vulneráveis (p=0,001). Em relação à mobilidade, evidenciou-se que a maioria dos indivíduos possuía dificuldades em determinadas atividades como: curvar-se, ajoelhar-se ou abaixar-se (p=0,001), levantar ou carregar peso com mais de 5 Kg (p=0,001),

elevar ou estender o braço acima do nível do ombro (p=0,001), escrever ou manusear pequenos objetos (p=0,001) e andar 400 metros (p=0,001).

Quanto ao estado funcional, evidenciou-se prejuízo na execução das atividades instrumentais da vida diária, como a realização de compras (p=0,001), administração das próprias finanças (p=0,001), execução de tarefas domésticas simples

($p=0,001$) e pesadas ($p=0,001$). No tocante ao desempenho das atividades básicas da vida diária, evidenciou-se que os idosos vulneráveis apresentavam dificuldades para atravessar o quarto e para tomar banho sozinho, respectivamente, 80,3% e 74,7% (Tabela 3). Ressalta-se que a soma dos dados ora apresentados perfaz valor superior a amostra em decorrência de um mesmo idoso apresentar mais de uma alteração.

DISCUSSÃO

A vulnerabilidade pode ser compreendida como uma associação de fatores individuais e coletivos que culminam em uma elevada suscetibilidade ao adoecimento e à morte, bem como uma menor possibilidade de enfrentamento perante a vida.⁴ Perpassa por aspectos que envolvem desde a fragilidade biológica até a forma de disposição dos programas de saúde, transpassando por questões comportamentais, políticas e culturais. Neste contexto, verifica-se na concepção de vulnerabilidade, a utilidade necessária para compreender as especificidades que englobam o cuidado integral fundamental para a população idosa.⁴

Dentre os idosos entrevistados, 52% eram vulneráveis, o que corrobora com achados de outros estudos realizados no mesmo âmbito.¹⁰⁻¹² Estudo prospectivo realizado nos Estados Unidos, que envolveu 649 idosos de comunidade evidenciou que aqueles que tinham 75 anos ou mais, e que alcançaram um ponto no VES-13, demonstraram probabilidade de 5% de morte e 66% de chance de sobreviver sem declínio funcional nos próximos cinco anos. Em contrapartida, os idosos que obtiveram 10 pontos na referida escala, apresentaram 64% de risco previsto de morte e 10% de chance de sobreviver sem declínio funcional nos cinco anos seguintes, reafirmando assim, a relevância de identificar precocemente a vulnerabilidade na pessoa idosa, que possibilita auxílio nas tomadas de decisão no cenário assistencial, para que estas estejam pautadas em parâmetros funcionais e específicos do idoso.¹²

No que se refere à dimensão individual, são notórias as alterações corporais próprias do envelhecimento, que resultam desde o declínio gradativo da autopoiese até a supressão total dessa capacidade, que resulta em óbito do ser biológico.¹³ Destarte, mediante o declínio observado na saúde da pessoa idosa no decorrer dos anos, urge a necessidade de utilização de instrumentos e modelos teóricos que possibilitem a identificação do grau de vulnerabilidade, e que com base nessa detecção possam suscitar intervenções mais eficazes. Outrossim, verificar a

vulnerabilidade na população idosa é imprescindível para amparar a equipe de enfermagem no planejamento, adequação dos serviços e ações de saúde, com vistas a priorizar o atendimento preventivo, bem como, retardar o aparecimento de danos à saúde, uma vez que idosos vulneráveis possuem 4,2 vezes mais chances de morrer nos dois anos subsequentes a essa detecção.^{8,10}

Ao confrontar os dados sociodemográficos com a ocorrência de vulnerabilidade individual entre os idosos investigados, observou-se uma maior prevalência de mulheres quando comparado aos homens. Isto pode estar atrelado ao fato de que as mulheres possuem uma maior longevidade, que lhes confere uma elevada probabilidade de desencadear condições crônicas, incapacitantes, a exemplo de osteoartrite, osteoporose, hipertensão, diabetes mellitus, depressão, entre outras.¹⁴ Além disso, existem as diferenças de gênero vivenciadas ao longo dos anos, como: discriminação, violência, trabalho doméstico, dificuldades educacionais e profissionais. Tais vivências proporcionam aumento das mudanças corporais, de maneira que, as mulheres deterioraram-se mais que os homens quando se aborda a vulnerabilidade, seja por condições crônicas ou por fragilidade física e psicológica.¹⁶

Quanto à faixa etária dos idosos investigados, predominou a de 70 a 79 anos, entre aqueles que encontravam-se vulneráveis. Contudo, a literatura evidencia que este evento ocorre com maior frequência entre aqueles indivíduos classificados como idosos mais idosos, ou seja, que possuem 85 anos ou mais. Uma vez que, as variações biológicas acrescidas ao estresse fisiológico e à exposição aos agravos nessa população, contribuem para uma maior probabilidade de morbimortalidade.¹⁶ Neste contexto, vale ressaltar que a predominância de idosos mais jovens no presente estudo pode ter cooperado para que o número de idosos vulneráveis fosse menos expressivo, como pode ser observado nos resultados ora expostos.

No tocante ao estado conjugal, verificou-se que a maior parte dos idosos vulneráveis eram viúvos. A morte de um familiar pode acarretar em uma repercussão negativa para a saúde, induzindo a uma condição de isolamento social, principalmente entre as mulheres, por isso, a viuvez é considerada um estressor psicossocial.¹⁷ Em contraste, para o sexo masculino, o término do matrimônio, seja através de divórcio ou viuvez, não está atrelado à redução da sobrevivência como observado nas mulheres idosas.¹⁷⁻¹⁸

A viuvez exige mudanças no estilo de vida que demandam adaptações aos novos contextos,

como diminuição do suporte social e carência material, o que colabora para que as idosas evidenciem 2,5 vezes mais risco de apresentar dependência e menor cuidado com a saúde, tornando-as, conseqüentemente, mais vulneráveis.¹⁸⁻¹⁹ É oportuno ressaltar que uma forma de reduzir as repercussões negativas da solidão é ofertar ao idoso uma rede de suporte social estruturada, que incentive o convívio coletivo, o aprendizado de novas capacidades e o alcance dos desejos pessoais.²⁰

Dos idosos vulneráveis investigados, 37,5% eram analfabetos. A literatura pertinente aponta os determinantes socioeconômicos, como fatores influenciadores das desigualdades sociais, as quais colaboram para o estabelecimento de iniquidades no contexto social.²¹ As deficiências educacionais acumuladas no decorrer dos anos, comprometem o acesso à educação em saúde, o que prejudica a adesão de comportamentos saudáveis, assim como, a movimentação social para melhoria das circunstâncias de vida. Por conseguinte, ocorre aumento na utilização dos serviços de saúde por parte dos idosos, devido à maior predominância de condições crônicas incapacitantes que poderiam ter sido prevenidas ao longo de toda vida.²¹

Os dados referentes à renda familiar dos idosos vulneráveis evidenciaram que a maioria da população idosa possuía rendimento entre um a três salários mínimos por mês. Destaca-se que pessoas idosas exibem maior prevalência de doenças crônicas e de incapacidades, suscitando desafios para os sistemas civil e de saúde, sobretudo na diminuição das desigualdades sociais.²¹⁻²² Estudo conduzido na Inglaterra, revelou que a influência das disparidades por renda na capacidade funcional dos idosos aumentou nos últimos anos.²²

No âmbito brasileiro, devido a diminuição das desigualdades sociais nos últimos anos, houve uma redução da disparidade entre os extremos de renda dos indivíduos. Contudo a magnitude das desigualdades por renda na autoavaliação da saúde e na capacidade funcional dos idosos não se modificou, demonstrando que a receita domiciliar pode contribuir para o estabelecimento da vulnerabilidade individual entre as pessoas idosas.²³

No âmbito do envelhecimento, a associação de patologias ocasiona importantes prejuízos para a manutenção da independência e preservação da qualidade de vida. Quando comorbidades estão presentes, a possibilidade de declínio funcional é maior, visto que a capacidade de compensar um problema é afetado pela condição de acúmulo de doenças.²⁴ Evidenciou-se no presente estudo que,

ao se estabelecer a correlação entre as principais doenças e a vulnerabilidade individual entre a população idosa, identificou-se que a ocorrência de reumatismo, problemas auditivos e de memória demonstraram associações estatisticamente significativas com o referido evento.

Esse achado confirma a tendência de os idosos exibirem, com mais frequência, múltiplas morbidades, que, de modo geral, tendem a acentuar-se com o passar dos anos e a perdurar por longos períodos, constituindo um fator de risco para declínio funcional.²⁵⁻²⁶ Ademais, estima-se que a vulnerabilidade esteja fortemente associada aos maiores níveis de alterações psicológicas, físicas e ao bem-estar geral do idoso.²⁶

O envelhecimento biológico é um processo contínuo, ocasiona efeitos deletérios no organismo e exercem impacto negativo na capacidade funcional do indivíduo no decorrer dos anos.²⁷ Dentre essas alterações, resalta-se a sarcopenia, definida como um processo lento, progressivo e aparentemente inevitável de perda de força e massa muscular. É considerado uma das alterações fisiológicas mais importantes que ocorrem com o processo de envelhecimento, visto que é responsável pela redução da força e potência muscular e, conseqüentemente, pela queda da mobilidade funcional em idosos.²⁸

No âmbito desse estudo, identificou-se que os idosos vulneráveis relataram maior dificuldade e/ou inabilidade para realizar determinadas atividades relacionadas à mobilidade, como curvar-se, ajoelhar-se ou agachar-se; levantar ou carregar peso com aproximadamente cinco quilos; elevar ou estender o braço acima do nível do ombro e escrever ou manusear objetos pequenos. Destaca-se que a mobilidade prejudicada é um dos eventos que mais interferem na saúde da pessoa idosa, associando-se a um cenário de redução de força e potência muscular, incapacidade e dependência na realização de atividades da vida diária.²⁸⁻²⁹

Dentre os problemas advindos com o avanço cronológico, está a dificuldades em realizar suas atividades diárias, o que implica em transtornos para ele e para sua família, a qual, dependendo da atividade, terá que mobilizar mais tempo, energia e recursos financeiros para suprir as demandas existentes.²⁸ Verifica-se que, para um adequado entendimento das demandas assistenciais requeridas pela população idosa, faz-se necessária uma avaliação periódica de sua saúde, incluindo os aspectos inerentes à capacidade funcional. O desempenho nas atividades instrumentais e básicas da vida diária tem sido um parâmetro amplamente aceito e reconhecido para avaliação

da capacidade funcional, a qual pode ser definida como a possibilidade concreta de manifestação das habilidades físicas e mentais necessárias para uma vida independente e autônoma.³⁰⁻³²

Com o processo de envelhecimento, um dos primeiros aspectos a ser comprometido é o desempenho das atividades da vida diária, principalmente por envolver tarefas que exigem maior integridade física e cognitiva, muitas vezes relacionadas à participação social do indivíduo, como, por exemplo, realizar compras, atender ao telefone e utilizar meios de transporte.³¹ No presente estudo, à semelhança das pesquisas desenvolvidas, evidenciou-se que os idosos vulneráveis referiram possuir dificuldade em realizar as seguintes tarefas: fazer compras; administrar as próprias finanças e realizar tarefas domésticas.³¹⁻³² Uma pesquisa desenvolvida na Holanda apresentou que o declínio no desempenho das atividades instrumentais varia, na população idosa, entre 13% a 24%, resultando em uma elevada carga sobre os recursos sociais e econômicos.³³ No que diz respeito à prevalência de dependência em atividades básicas da vida diária, revelou-se que a maioria dos idosos investigados possuía dificuldades para tomar banho sozinho, o que se correlacionou estatisticamente com a vulnerabilidade, indicando um grau mais significativo de dependência funcional.

Destaca-se que a vulnerabilidade individual é fortemente influenciada pelo grau de dependência funcional dos idosos, a qual pode comprometer sua autonomia, que está relacionada diretamente à sua capacidade de executar as atividades da vida diária sem auxílio, bem como à liberdade de decidir e à possibilidade de se integrar socialmente. A gravidade desse declínio é determinada por prejuízos físicos causados por más condições de saúde e por fatores externos, como o apoio social, financeiro e familiar.^{24,33}

Os prejuízos decorrentes do declínio funcional podem ser prevenidos ou minimizados, caso a pessoa idosa seja encorajada a iniciar um programa específico de atividades físicas, como treinamentos de força e potência, sobretudo dos membros inferiores, sob a supervisão de profissionais devidamente habilitados. Ademais, o rastreamento e a identificação de alterações funcionais, por meio de técnicas clínicas simples, podem favorecer a intervenção precoce e prevenir incapacidades, principalmente entre os idosos com nenhum ou apenas pequenos declínios, visto que estes estão mais propensos a se beneficiar de ações preventivas.²⁸⁻³³

O processo de envelhecimento é iniciado a partir do nascimento e perdura até que ocorra a

morte biológica, permeado por crescentes mudanças as quais envolvem um conjunto de aspectos individuais e coletivos, que exercem influência nas condições de vida e saúde do indivíduo. Denota-se a crescente implementação de políticas públicas em prol da população idosa, sobretudo as que propõem a promoção do envelhecimento ativo, a partir da prevenção de comorbidades, bem como a manutenção da capacidade funcional. Para enfrentar adequadamente a vulnerabilidade, os enfermeiros precisam ser capazes de analisar criticamente e identificar os idosos vulneráveis em diferentes níveis de atenção à saúde, considerando que o processo de envelhecimento constitui um evento multidimensional e multideterminado, caracterizado por vulnerabilidade aos estressores biopsicossociais, ambientais e por alterações na composição corporal, que resulta em prejuízos funcionais e seus desfechos.

CONCLUSÃO

Os achados desta pesquisa possibilitaram elucidar a prevalência de vulnerabilidade individual em significativa parcela dos idosos e a existência de relação direta com indicadores de saúde. Salienta-se que os idosos vulneráveis eram acometidos por problemas de saúde de caráter crônico e demonstraram também limitações em sua mobilidade e habilidade no desempenho de algumas atividades básicas da vida diária, o que influenciou a autopercepção negativa de sua saúde.

Compreende-se que o estudo contribui para o cuidado com o idoso a ser efetivado pelos enfermeiros, por elucidar evidências sólidas sobre a relação entre vulnerabilidade e problemas de saúde, subsídio empírico que pode favorecer adequações políticas e programas de saúde com vistas à promoção de saúde, prevenção de agravos e cuidado integral com a saúde do idoso.

Como limitação do estudo destaca-se o fato de ter sido realizado com uma população de idosos vinculados somente à Atenção Primária à Saúde. Portanto, não foi possível identificar outras variáveis relacionadas, como o impacto da hospitalização sobre o fenômeno investigado. Considerando isso, aponta-se a importância de se desenvolverem outros estudos, com o propósito de apresentar novas contribuições a respeito da temática e, sobretudo, elucidar intervenções específicas que possam prevenir ou minimizar os efeitos deletérios da vulnerabilidade individual entre os idosos, promover o seu bem-estar, melhorar a qualidade de sua vida e, conseqüentemente, um envelhecimento ativo.

REFERÊNCIAS

1. Alvarez AM, Goncalves LHT. Nursing and care for the elderly at home. *Rev Bras Enferm.* 2012; 6(5):715-6.
2. Cazarim MS, Araújo ALA. O paciente idoso sob o aspecto da utilização de antimicrobianos: repercussão ao sistema público de saúde brasileiro (SUS). *Rev Ciênc Farm Básica Apl.* 2011;32(3):305-11.
3. Rodrigues NO, Neri AL. Vulnerabilidade social, individual e programática em idosos da comunidade: dados do estudo FIBRA, Campinas, SP, Brasil. *Ciênc Saúde Colet.* 2012;17(8): 2129-39.
4. Ayres JRCM, Calazams GJ, Saletti Filho HC, França Júnior I. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: Akerman M, Campos GWS, Carvalho YM, Drumond Júnior M, Minayo MCS. *Tratado de saúde coletiva.* 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2012. P. 375-416.
5. Mariano PP, Baldissera VDA, Martins JT, Carreira L. Nursing work organization in long-stay institutions for the elderly: relationship to pleasure and suffering at work. *Texto contexto enferm* [Internet]. 2015 [cited 2015 Oct 23];24(3):756-65. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-0702015000300756&lng=pt.
6. Silva SH, Silva LTB, Barros TC, Oliveira EM, Ordonez TN, Carvalho G, et al. Vulnerabilidade na velhice: definição e intervenções no campo da Gerontologia. *RKG* [Internet]. 2012 [cited 2016 Feb 10];15(6):97-116. Available from: <http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/17289/12829>
7. Bertolucci PHF, Brucki SMD, Campacci SR, Juliano Y. O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arq Neuropsiquiatr.* [Internet]. 1994 [cited 2015 Oct 23];52(1):1-7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0004282X1994000100001>
8. Maia FOMM, Duarte YAO, Secoli SR, Santos JLF, Lebrão ML. Cross-cultural adaptation of the Vulnerable Elders Survey-13 (VES-13): helping in the identification of vulnerable older people. *Rev Esc Enferm USP.* 2012; 46(n especial):116-2.
9. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil.* 2013 jun 13; 150(112) Seção 1:59-62.
10. Luciani A, Ascione G, Bertuzzi C. Detecting disabilities in older patients with cancer: comparison between comprehensive geriatric assessment and vulnerable elders survey-13. *J Clin Oncol.* 2010;28(12):2046-50.
11. Arora VM, Fish M, Basu A, Olson J, Plein C, Suresh K, Sachs G, Meltzer DO. Relationship between quality of care of hospitalized vulnerable elders and postdischarge mortality. *J Am Geriatr Soc.* 2010; 58:1642-48.
12. Castagneto B, Di Pietrantonj C, Stevani I, Anfossi A, Arzese M, Giorcelli L, Giaretto L. The importance of negative predictive value (NPV) of vulnerable elderly survey (VES13) as a pre-screening test in older patients with cancer. *Medical Oncology.* 2013;30(4):2-5.
13. Simões ACA, Carvalho DM. A realidade da saúde bucal do idoso no sudeste brasileiro. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2011;16(6):2975-82.
14. Rubio E, Comín M, Montón G, Martínez T, Magallón R, Carcía-Campayo J. Determinantes de la capacidad funcional en personas mayores según el género. *Gerokomos.* 2013; 24(2): 69-73.
15. Nicodemo D, Godoi M P. Juventude dos anos 60-70 e envelhecimento: estudo de casos sobre feminização e direitos de mulheres idosas. *Rev Cienc Ext.* 2010;6(1):40-53
16. Amendola F, Alvarenga MRM, Latorre MRDO, Oliveira MAC. Development and validation of the Family Vulnerability Index to Disability and Dependence (FVI-DD). *Rev Esc Enferm USP.* 2014;48(1): 80-8.
17. Nunes MCR, Ribeiro RCL, Rosado LEFPL, Franceschini SC. The influence of sociodemographic and epidemiological characteristics on the functional capacity of elderly residents in the city of Ubá, Minas Gerais. *Rev Bras Fisioter.* 2009;13(5):376-82.
18. Gomes MMF, Turra CM, Fígoli 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.* 2013;29(3):566-78.
19. Virtuoso Júnior JS, Guerra RO. Incapacidade funcional em mulheres idosas de baixa renda. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2011;16(5): 2541-8.
20. Guerra ACLC, Caldas CP. Dificuldades e recompensas no processo de envelhecimento: a percepção do sujeito idoso. *Ciênc saúde coletiva.* 2010;15(6): 2931-40.
21. Geib LTC. Determinantes sociais da saúde do idoso. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2012;17(1):123-33.
22. Martin LG, Schoeni RF, Andreski PM, Jagger C. Trends and inequalities in late-life health and functioning in England. *J Epidemiol Community Health.* 2011;66(10):874-80.
23. Lima-Costa MF, Facchini LA, Matos DL, Macinko J. Mudanças em dez anos das desigualdades sociais em saúde dos idosos brasileiros (1998-2008). *Rev Saúde Pública.* 2012;46(11):100-7.
24. Daniels R, Van Rossum E, Beurskens A, Van Den Heuvel W, de Witte L. The predictive validity of three self-report screening instruments for identifying frail older people in the community. *BMC Public Health.* 2012;12(69):2-7.
25. Alve, LC, Leite IC, Machado CJ. Factors associated with functional disability of elderly in Brazil: a multilevel analysis. *Rev Saúde Pública.* 2010; 44(3): 468-78.

26. Myall BR, Hine DW, Marks ADG, Thorsteinsson EB, Toussaint MB, Samuels CA. Assessing individual differences in perceived vulnerability in older adults. *Pers Individ Dif*. 2009;46:8-13.
27. Teixeira INAO, Guariento ME. Biologia do envelhecimento: teorias, mecanismos e perspectivas. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010;15(6):2845-57.
28. Garcia PA., Dias JMD, Dias RC, Santos P, Zampa CC. A study on the relationship between muscle function, functional mobility and level of physical activity in community-dwelling elderly. *Rev Bras Fisioter*. 2011;15(1):15-22.
29. Van Iersel MB, Munneke M, Esselink RA, Benraad CE, Olde Rikkert MG. Gait velocity and the Timed-Up-and-Go Test were sensitive to changes in mobility in frail elderly patients. *J Clin Epidemiol*. 2008;61(2):186-91
30. Barbosa KTF, Melo MGF, Oliveira FMRL, Santos KOF, Pereira MA. Fall in the elderly: association with morbidity and functional capacity. *Journal of Nursing UFPE on line*. 2013;7(8):5068-75.
31. Ursine PGS, Cordeiro HÁ, Moraes CL. Prevalence of housebound elderly people in the urban region of Belo Horizonte (Minas Gerais, Brazil). *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(6):2953-62.
32. Del Duca GF, Silva MC, Hallal PC. Disability relating to basic and instrumental activities of daily living among elderly subjects. *Rev Saúde Pública*. 2009;43(5):796-805.
33. Suijker JJ, Buurman BM, Van Rijn M, Van Dalen MT, Ter Riet G, Van Geloven N, et al. A simple validated questionnaire predicted functional decline in community-dwelling older persons: prospective cohort studies. *J Clin Epidemiol*. 2014;67(10):1121-30.
34. Lachman ME, Agrigoroaei S. Promoting functional health in midlife and old age: longterm protective effects of control beliefs, social support and a physical exercise. *Plos ONE*. 2010; 5(10):1-9.
35. Andrade AN, Fernandes MGM, Nóbrega MML, Ribeiro TG, Costa KNFM. Frailty in the elderly: conceptual analysis. *Texto Contexto-enferm* [Internet]. 2012 [cited 2015 Jun 28]; 21(4):748-56. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072012000400004>.

Correspondência: Keylla Talitha Fernandes Barbosa
Rua Etelvina Macedo de Mendonça, 630
58040-530 - Torre, João Pessoa, PB, Brasil
E-mail: keyllafernandes@gmail.com

Recebido: 2 de junho de 2015
Aprovado: 19 de setembro de 2016