

ARTIGO ORIGINAL

# Fatores associados à vulnerabilidade clínico-funcional de idosos de uma Unidade Básica de Saúde

## *Factors associated with clinical-functional vulnerability of elderly people from a Basic Health Unit*

Cecília Sanglard<sup>a</sup>, Maria Carolina Pereira e Silva<sup>a</sup>, Gracielle Pampolim<sup>b</sup>, Luciana Carrupt Machado Sogame<sup>a</sup>



<sup>a</sup>Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM), Vitória, Espírito Santo.

<sup>b</sup>Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA), Rio Grande do Sul.

**Autor correspondente**  
mcarolinaps@hotmail.com

Manuscrito recebido: agosto 2022  
Manuscrito aceito: março 2023  
Versão online: agosto 2023

### Resumo

**Introdução:** o envelhecimento é um processo natural que vem ocorrendo de maneira acelerada e que, pelo declínio fisiológico dos sistemas, pode propiciar ao aparecimento de vulnerabilidades no idoso.

**Objetivo:** verificar os fatores socioeconômicos, condições de saúde e hábitos de vida associados ao grau de Vulnerabilidade Clínico-funcional de idosos da ESF São Vicente em Manhuaçu utilizando o IVCF-20.

**Método:** estudo transversal, quantitativo, realizado com idosos cadastrados na ESF São Vicente. Para coleta de dados foi empregado o instrumento IVCF-20 para o grau de vulnerabilidade e a ficha de coleta de dados para o perfil geral, hábitos de vida e condições de saúde. Realizou-se teste do qui-quadrado para verificar associação das variáveis independentes à vulnerabilidade clínico funcional.

**Resultado:** dos 255 idosos avaliados, 60% apresentaram baixa vulnerabilidade clínico funcional, 22% moderada vulnerabilidade e 18% alta vulnerabilidade. A média de idade foi de 72 anos  $\pm$  8 anos, em sua maioria, sexo feminino (62,5%), autodeclararam brancos (60%), casados (56%), não possuem cuidador (89,5%), são aposentados (82%), possuem doenças crônicas (78,5%), auto avaliam a saúde como ótima/bom (63,5%), a prática religiosa (87%), saem de casa sozinhos (82%) e 40% pertencem a classe social D/E. Comportaram-se como variáveis associadas  $p < 0,05$  a baixa vulnerabilidade, não ter cuidador, ser negro/pardo, não ser pensionista, sair de casa sozinho, não ser doença crônica, ter uma ótima/boa percepção de saúde.

**Conclusão:** é de grande importância a identificação dos fatores socioeconômicos, hábitos de vida e vulnerabilidade dos idosos para elaboração de ações efetivas que mantenham a funcionalidade e qualidade de vida.

**Palavras-chave:** vulnerabilidade, idoso, família, estratégia de saúde, classificação internacional de funcionalidade.

**Suggested citation:** Sanglard C, Silva MCP, Pampolim G, Sogame LCM. Factors associated with clinical-functional vulnerability of elderly people from a Basic Health Unit. *J Hum Growth Dev.* 2023; 33(2):222-230. DOI: <http://doi.org/10.36311/jhgd.v33.13675>

## Síntese dos autores

### Por que este estudo foi feito?

Este estudo foi realizado pois, com a prática profissional e o conhecimento prévio da população estudada percebeu-se que a população de idosos em Manhuaçu-MG vem se tornando cada vez maior e que a vulnerabilidade clínico-funcional era observada entre estes e, com isso, objetivou-se compreender quais os fatores associados à esta vulnerabilidade entre os idosos.

### O que os pesquisadores fizeram e encontraram?

Foi, inicialmente, traçado o perfil dos idosos no que tange ao perfil geral, arranjo familiar, condições de saúde e hábitos de vida, condições socioeconômicas e a prevalência de vulnerabilidade entre os idosos desta unidade. Logo após foram verificados os fatores referentes ao perfil do idoso que se associam à vulnerabilidade clínico-funcional dos mesmos. Encontraram-se como fatores associados (com significância estatística) à baixa vulnerabilidade dos idosos: não ter cuidador, ser negro/pardo, não ser pensionista, sair de casa sozinho, não ter doença crônica e ter uma ótima/boa percepção de saúde.

### O que essas descobertas significam?

Os resultados demonstram que a vulnerabilidade clínico-funcional, ainda que com baixa vulnerabilidade, é presente em grande parte dos idosos e que, por este motivo, se faz importante conhecer quais os fatores que se associam à esta vulnerabilidade para que eles possam ser devidamente observados e controlados e com isso seja possível a elaboração de ações efetivas que mantenham a funcionalidade e qualidade de vida, tendo a ESF como espaço privilegiado para desenvolvimento destas ações.

## INTRODUÇÃO

O envelhecimento é uma realidade mundial e foi considerado uma das maiores conquistas sociais do século XX, trazendo enormes desafios para governos e sociedade, pois este envelhecimento ainda é vivenciado de maneiras desiguais entre os idosos e, por este motivo, necessita de adequações<sup>1</sup>.

No Brasil a transição demográfica deu-se de forma muito acelerada e as projeções do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística apontavam, no ano de 2018, que a população de idosos dobraria até 2042<sup>2</sup>.

Em decorrência destas demandas o governo brasileiro promoveu mudanças que culminaram em ações efetivas, desenvolvendo um conjunto de legislações voltadas para esta população. Iniciou em 1988 com a Constituição Brasileira evoluindo em especificação, em 1999 com a Política Nacional do Idoso (PNI), em 2003 o Estatuto do Idoso (EI) e em 2006 a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) garantido que os direitos adquiridos pelos idosos fossem cumpridos na esfera da saúde, social e jurídica<sup>3-5</sup>.

Especificamente a PNSPI objetiva um envelhecimento saudável, que significa preservar a capacidade funcional e manter a qualidade de vida do idoso, sendo sua finalidade primordial recuperar, manter, promover a autonomia e independência da pessoa idosa. Neste contexto a Estratégia de Saúde da Família (ESF) se mostrou um espaço privilegiado para receber, amparar e se dedicar ao cuidado dos longevos pois prioriza a reorientação da atenção à saúde, promoção do envelhecimento saudável, atendimento domiciliar, intercâmbio entre família, cuidador e equipe de saúde, com um planejamento adequado de ações estratégicas para atendimento não só através do tratamento medicamentoso, mas principalmente mediante um processo de prevenção<sup>6</sup>.

Esta capacidade funcional, preconizada pela PNSPI, se relaciona diretamente com a independência do idoso na realização de tarefas cotidianas e, com isso, entende como funcional o idoso que não apresenta dependência em tais tarefas. Ela pode ser alterada com o avançar da idade e consequente envelhecimento dos sistemas, gerando um declínio funcional neste idoso<sup>7</sup>.

Este declínio funcional responsável pelo aparecimento das vulnerabilidades está ligado não só a

estes processos fisiológicos, mas também as condições de vida, felicidade de viver, boa avaliação da sua saúde, independência, reforçando o envelhecimento com qualidade de vida em conformidade ao preceito preconizado pela Organização das Nações Unidas – ONU<sup>6</sup>.

Para que seja devidamente avaliada, muitos instrumentos foram desenvolvidos a fim de classificar e quantificar esta funcionalidade, como o “Who Disability Assessment Schedule” (WHODAS 2.0), “Classificação Internacional da Funcionalidade (CIF)” e o “Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional 20 (IVCF-20)”<sup>8</sup>. O IVCF-20 é um questionário brasileiro, desenvolvido e validado em 2014 a partir de uma série de outros questionários de diagnósticos de fragilidade no idoso, tem a vantagem de ser simples, de fácil utilização, e é capaz de avaliar os principais determinantes da saúde do idoso. Apresenta caráter multidimensional, possui elevados índices de sensibilidade, especificidade e de confiabilidade<sup>8</sup>. Pode ser aplicado por qualquer profissional da equipe de saúde, com o objetivo de indicar a prioridade para a assistência da saúde deste idoso, demonstrando previamente o risco de queda da funcionalidade<sup>8</sup>.

Na literatura, existe um número limitado de trabalhos que utilizaram o IVCF-20 devido pouco tempo de sua elaboração, entretanto, este é considerado um instrumento eficaz para uma rápida avaliação da funcionalidade e aplicabilidade na atenção básica<sup>8</sup>.

Assim, o objetivo é analisar os fatores socioeconômicos, condições de saúde e hábitos de vida associados ao grau de Vulnerabilidade Clínico-funcional de idosos da Estratégia de Saúde da Família São Vicente em Manhuaçu.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo observacional analítico de abordagem quantitativa realizado com idosos assistidos pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) de São Vicente. Os dados foram coletados entre novembro de 2018 e fevereiro de 2019 e utilizou como referência os idosos cadastrados em novembro de 2018. Neste mês a ESF contava com 1 equipe de saúde da família e, da população total adstrita à unidade, 748 eram idosos. A partir desse total de idosos cadastrados na ESF foi realizado um

cálculo amostral que evidenciou o n mínimo adotado de 255 de idosos a serem avaliados, com margem de erro de 0,05, estimativa de proporção (p) de 0,5 e nível de confiança (95%). Foram considerados para o estudo apenas os idosos que concordaram em assinar o termo de consentimento livre e esclarecido TCLE e que possuíam condições psicomentais para responder ao questionário. Este trabalho foi aprovado no comitê de ética em pesquisa da sob o protocolo número 2.851.034.

Os dados foram coletados através de questionário semiestruturado com informações referentes ao perfil geral e arranjo familiar considerando as variáveis: idade, sexo, etnia (branco, pardo/negro), estado civil (casado, solteiro, viúvo, outros), se possui cuidador, aposentado, pensionista, se trabalha, escolaridade (anos de estudo), quantidade de moradores na casa e se a residência é multigeracional. Para caracterizar as condições de saúde e hábitos de vida foram consideradas: presença de doenças crônicas, quais doenças, internação hospitalar, tabagismo, etilismo, atividade física e atividade de lazer, autoavaliação de saúde, religião (católica, evangélica, outra) e prática religiosa, se sai de casa sozinho e com qual frequência. As condições socioeconômicas, por sua vez, foram avaliadas considerando: renda individual e familiar em salários mínimos e contribuição para a renda familiar e a classe econômica.

Para avaliar as classes socioeconômicas, as quais os idosos pertenciam, foi utilizado questionário desenvolvido pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP), denominado Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB). O CCEB avalia o poder de compra do público, dividindo-o em classes econômicas definidas como A, B1, B2, C1, C2 e D-E. Tal questionário é baseado num sistema de pontos que varia de acordo com a presença e a quantidade de bens e serviços que o entrevistado possui e no grau de escolaridade deste. Os indivíduos entrevistados foram alocados nas classes econômicas de acordo com a pontuação atingida no questionário. Quanto maior sua pontuação, mais alta (maior poder econômico) é sua classe socioeconômica. A classe A obteve de 45 a 100 pontos; classe B1: 38 a 44 pontos; classe B2: 29 a 37 pontos; classe C2: 17 a 22 pontos; D/E: 0 a 16 pontos. Nesta pesquisa, para efeito de análise, estabeleceram-se 3 classes: A/B, C, D/E<sup>9</sup>.

A vulnerabilidade foi avaliada por meio do Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional-20 (IVCF-20), que foi elaborado pela equipe do Instituto Jenny de Andrade Faria em 2013 e validado no Brasil em 2014<sup>8</sup>. O instrumento é de caráter multidimensional, possui elevados índices de sensibilidade, especificidade e de confiabilidade<sup>8</sup>. É composto por oito dimensões consideradas preditoras do declínio funcional e/ou óbito em idosos, sendo elas: idade, autopercepção de saúde, atividades de vida diária, cognição, humor, mobilidade, comunicação e comorbidades múltiplas. Sua pontuação varia de 0 a 40 e pontuações elevadas indicam maior risco

de vulnerabilidade clínico funcional<sup>8</sup>. Para este estudo serão considerados as seguintes pontuações: 0 a 6 pontos, baixo risco de vulnerabilidade; 7 a 14 pontos, moderado risco de vulnerabilidade; e  $\geq 15$  pontos, alto risco de vulnerabilidade.

Para a análise estatística o teste Qui-quadrado de Pearson foi aplicado para comparar as variáveis categóricas entre os grupos pesquisados. Considerou-se como variáveis independentes o perfil geral, as condições de saúde e hábitos de vida e as condições socioeconômicas, enquanto a vulnerabilidade foi considerada variável dependente.

O nível de significância adotado foi de  $p < 0,05$  e para as variáveis que apresentaram associação significativa foi aplicado o teste do Qui-quadrado residual objetivando identificar as categorias que apresentaram de fato associação com a vulnerabilidade clínico-funcional e para tal análise foram considerados valores superiores a 1,96.

## ■ RESULTADOS

Ao se verificar o grau de vulnerabilidade clínico funcional dos idosos, observou-se que dos 255 entrevistados, 60% apresentaram baixa vulnerabilidade, 22% moderada vulnerabilidade e 18% alta vulnerabilidade.

Ao se considerar o perfil geral e arranjo familiar, observou-se que a média de idade da população foi de 72 anos  $\pm$  8 anos, sendo a menor idade de 60 anos e a maior de 97 anos. Dos 255 entrevistados, 62,5% são do sexo feminino, 60% se autodeclararam brancos, 56% são casados, 89,5% não possuem cuidador, 82% são aposentados, 84,5% não são pensionistas, 92,5% não trabalham e 46,5% estudaram de 1 a 4 anos. Com relação a quantidade de moradores na casa, 49,5% possuem 2 moradores na casa e 74% possuem residência multigeracional.

Com relação às condições de saúde e hábitos de vida, observou-se que 78,5% possuem doenças crônicas, sendo a HAS a mais prevalente, com 61% idosos com a doença; 97% não apresentaram internações, 94% não são tabagistas, 88,5% não são etilistas, 70% não praticam atividade física, 62% não praticam atividade de lazer, 63,5% auto avaliam a saúde como ótima/boa, 80% são católicos e 87% são praticantes, 82% dos idosos saem de casa sozinhos e destes 75% saem com uma frequência de 4 a 5 vezes por semana.

Sobre as condições socioeconômicas observou-se que 65% possuem renda entre 1.1 a 3 salários mínimos, 63% possuem renda familiar de 1.1 a 3 salários mínimos, 90,5% contribuem para a renda e 40% pertencem a classe social D/E.

As tabelas 1, 2 e 3 apresentam, respectivamente, o perfil geral, condições de saúde, hábitos de vida e condições socioeconômicas dos idosos assistidos pela Estratégia de Saúde da Família São Vicente da cidade de Manhuaçu, Minas Gerais.

**Tabela 1:** Comparação das características referentes ao perfil geral de idosos assistidos pela Estratégia de Saúde da Família Santo São Vicente da cidade de Manhuaçu, Minas Gerais com o grau de vulnerabilidade clínico funcional.

Perfil geral e arranjo familiar	Baixo Risco		Moderado Risco		Alto Risco		p
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
<b>Sexo</b>							
Masculino	63	(41,2)	19	(33,9)	14	(30,4)	0,339 <sup>1</sup>
Feminino	90	(58,8)	37	(66,1)	32	(69,6)	
<b>Etnia</b>							
Branco	83	(54,2)	42 <sup>2</sup>	(75,0)	28	(60,9)	0,025 <sup>1</sup>
Pardo/Negro	70 <sup>2</sup>	(45,8)	14	(25,0)	18	(39,1)	
<b>Estado civil</b>							
Casado (a)	94	(61,4)	27	(48,2)	22	(47,8)	0,477 <sup>1</sup>
Solteiro (a)	14	(9,2)	7	(12,5)	5	(10,9)	
Viúvo (a)	36	(23,5)	18	(32,1)	17	(37,0)	
Outros	9	(5,9)	4	(7,1)	2	(4,3)	
<b>Cuidador</b>							
Não	146 <sup>2</sup>	(95,4)	52	(92,9)	30	(65,2)	< 0,001 <sup>1</sup>
Sim	7	(4,6)	4	(7,1)	16 <sup>2</sup>	(34,8)	
<b>Aposentado</b>							
Não	28	(18,3)	7	(12,5)	10	(21,7)	0,450 <sup>1</sup>
Sim	125	(81,7)	49	(87,5)	36	(78,3)	
<b>Pensionista</b>							
Não	136 <sup>2</sup>	(88,9)	44	(78,6)	35	(76,1)	0,046 <sup>1</sup>
Sim	17	(11,1)	12	(21,4)	11	(23,9)	
<b>Trabalha</b>							
Não	139	(90,8)	52	(92,9)	45	(97,8)	0,286 <sup>1</sup>
Sim	14	(9,2)	4	(7,1)	1	(2,2)	
<b>Escolaridade</b>							
0 anos	30	(19,6)	6	(10,7)	10	(21,7)	0,073 <sup>1</sup>
0 a 4 anos	69	(45,1)	22	(39,3)	27	(58,7)	
4 a 8 anos	26	(17,0)	14	(25,0)	5	(10,9)	
9 a 13 anos	13	(8,5)	3	(5,4)	2	(4,3)	
Mais de 13 anos	15	(9,8)	11	(19,6)	2	(4,3)	
<b>Quantidade de moradores</b>							
Um morador	27	(17,6)	9	(16,1)	4	(8,7)	0,753 <sup>1</sup>
Dois moradores	75	(49,0)	26	(46,4)	25	(54,3)	
Três moradores	30	(19,6)	13	(23,2)	8	(17,4)	
Quatro ou mais moradores	21	(13,7)	8	(14,3)	9	(19,6)	
<b>Multigeracional</b>							
Não	45	(29,4)	14	(25,0)	8	(17,4)	0,259 <sup>1</sup>
Sim	108	(70,6)	42	(75,0)	38	(82,6)	

Fonte: elaboração das autoras.

Legenda: <sup>1</sup> Teste Qui-quadrado de Pearson (X<sup>2</sup>); <sup>2</sup> Resíduo do qui-quadrado com valores superiores a 1,96.

**Tabela 2:** Comparação das condições de saúde e hábitos de vida de idosos assistidos pela Estratégia de Saúde da Família Santo São Vicente da cidade de Manhuaçu, Minas Gerais com o grau de vulnerabilidade clínico funcional.

Condições de Saúde e Hábitos de vida	Baixo Risco		Moderado Risco		Alto Risco		p
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
<b>Doenças Crônicas</b>							
Não	41 <sup>2</sup>	(26,8)	7	(12,5)	7	(15,2)	0,043 <sup>1</sup>
Sim	112	(73,2)	49	(87,5)	39	(84,8)	
<b>Quais</b>							
HAS	71	(64,0)	31	(63,3)	19	(48,7)	0,557 <sup>1</sup>
HAS e diabetes	26	(23,4)	11	(22,4)	15	(38,5)	
Diabetes	4	(3,6)	3	(6,1)	1	(2,6)	
Outras	10	(9,0)	4	(8,2)	4	(10,3)	
<b>Internação hospitalar</b>							
Não	151	(98,7)	53	(94,6)	43	(93,5)	0,115 <sup>1</sup>
Sim	2	(1,3)	3	(5,4)	3	(6,5)	
<b>Tabagismo</b>							
Não	146	(95,4)	51	(91,1)	42	(91,3)	0,391 <sup>1</sup>
Sim	7	(4,6)	5	(8,9)	4	(8,7)	
<b>Etilismo</b>							
Não	137	(89,5)	51	(91,1)	38	(82,6)	0,348 <sup>1</sup>
Sim	16	(10,5)	5	(8,9)	8	(17,4)	
<b>Atividade física</b>							
Não	106	(69,3)	40	(71,4)	33	(71,7)	0,926 <sup>1</sup>
Sim	47	(30,7)	16	(28,6)	13	(28,3)	
<b>Atividade de lazer</b>							
Não	100	(65,4)	31	(55,4)	27	(58,7)	0,369 <sup>1</sup>
Sim	53	(34,6)	25	(44,6)	19	(41,3)	
<b>Autoavaliação da Saúde</b>							
Ótima/boa	114 <sup>2</sup>	(74,5)	27	(48,2)	21	(45,7)	< 0,001 <sup>1</sup>
Razoável	30	(19,6)	26 <sup>2</sup>	(46,4)	18	(39,1)	
Ruim/péssima	9	(5,9)	3	(5,4)	7 <sup>2</sup>	(15,2)	
<b>Religião</b>							
Católica	119	(77,8)	40	(71,4)	37	(80,4)	0,573 <sup>1</sup>
Evangélica	32	(20,9)	16	(28,6)	9	(19,6)	
Outra	2	(1,3)	0	(0,0)	0	(0,0)	
<b>Praticante</b>							
Não	15	(9,8)	7	(12,5)	11 <sup>2</sup>	(23,9)	0,044 <sup>1</sup>
Sim	138	(90,2)	49	(87,5)	35	(76,1)	
<b>Sai de casa sozinho</b>							
Não	3	(2,0)	13	(23,2)	30 <sup>2</sup>	(65,2)	< 0,001 <sup>1</sup>
Sim	150 <sup>2</sup>	(98,0)	43	(76,8)	16	(34,8)	
<b>Frequência</b>							
De 1 a 3 vezes por semana	37	(24,5)	10	(23,3)	6	(37,5)	0,495 <sup>1</sup>
De 4 a 5 vezes por semana	114	(75,5)	33	(76,7)	10	(62,5)	

Fonte: elaboração das autoras.

Legenda: <sup>1</sup> Teste Qui-quadrado de Pearson (X<sup>2</sup>); <sup>2</sup> Resíduo do qui-quadrado com valores superiores a 1,96.



**Tabela 3:** Comparação das condições socioeconômicas de idosos assistidos pela Estratégia de Saúde da Família Santo São Vicente da cidade de Manhuaçu, Minas Gerais com o grau de vulnerabilidade clínico funcional

Condições socioeconômicas	Baixo Risco		Moderado Risco		Alto Risco		p
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
<b>Renda Individual</b> (Em salários mínimos)							
Menos de 1	21	(13,7)	6	(10,7)	8	(17,4)	0,825 <sup>1</sup>
1.1 a 3	101	(66,0)	36	(64,3)	29	(63,0)	
3.1 a 5	13	(8,5)	7	(12,5)	3	(6,5)	
Mais de 5	5	(3,3)	2	(3,6)	0	(0,0)	
Não respondeu	13	(8,5)	5	(8,9)	6	(13,0)	
<b>Renda Familiar</b> (Em salários mínimos)							
Menos de 1	4	(2,6)	1	(1,8)	2	(4,3)	0,199 <sup>1</sup>
1.1 a 3	103	(67,3)	33	(58,9)	25	(54,3)	
3.1 a 5	23	(15,0)	10	(17,9)	8	(17,4)	
Maior que 5	11	(7,2)	8	(14,3)	2	(4,3)	
Não respondeu	12	(7,8)	4	(7,1)	9	(19,6)	
<b>Contribuição para a Renda Familiar</b>							
Não	12	(7,8)	7	(12,5)	5	(10,9)	0,554 <sup>1</sup>
Sim	141	(92,2)	49	(87,5)	41	(89,1)	
<b>Classe social</b>							
A/B	32	(20,9)	17	(30,4)	9	(19,6)	0,187 <sup>1</sup>
C	52	(34,0)	21	(37,5)	22	(47,8)	
D/E	69	(45,1)	18	(32,1)	15	(32,6)	

Fonte: elaboração das autoras.

Legenda: <sup>1</sup>Teste Qui-quadrado de Pearson ( $X^2$ ); <sup>2</sup> Resíduo do qui-quadrado com valores superiores a 1,96.

## DISCUSSÃO

Os resultados da presente pesquisa evidenciaram que a maior parte dos idosos avaliados apresentou um baixo grau de vulnerabilidade. Além disso foram encontrados como fatores associados à vulnerabilidade dos idosos a presença/ausência do cuidador, etnia, pensionista, sair de casa sozinho, doenças crônicas e autopercepção de saúde.

Estudos realizados por Freitas e Soares<sup>10</sup> e Alexandrino e colaboradores<sup>11</sup> apresentaram resultados semelhantes ao do presente estudo quando evidencia que a maior parte dos idosos apresentam baixa vulnerabilidade clínico funcional, medida através do IVCF-20, sendo 43% em uma população residente em Pombal/PB<sup>10</sup> e 40,9 em Cuité/PB<sup>11</sup>. Divergente a isto, um estudo que investigou a vulnerabilidade através de outros instrumentos encontrou que 49% dos idosos foram vulneráveis, sendo que a maior prevalência de vulnerabilidade foi associada com a dependência em atividades instrumentais da vida diária, apresentar sintomas depressivos e estar na faixa etária de 80 anos e mais<sup>11</sup>. Esta prevalência foi considerada alta se comparada aos demais estudos realizados com idosos da comunidade.

O envelhecimento, etapa natural da vida que nos leva a velhice, é determinado por processos fisiológicos que levam a diminuição da capacidade funcional do indivíduo e, conseqüentemente, tornam o indivíduo mais

favorável para o desenvolvimento de doenças crônicas, incapacidades, hospitalização e morte<sup>13,14</sup>. As pessoas são afetadas por este processo de forma mais ou menos acentuada dependendo das condições socioeconômicas, hábitos de vida e condições de saúde, variáveis que influenciam na saúde e podem aumentar a vulnerabilidade do idoso<sup>15</sup>.

Na presente pesquisa alguns fatores se associaram a este baixo risco de vulnerabilidade dos idosos assistidos pela ESF estudada. Entre eles tem-se a ausência do cuidador, que é definido como aquele que auxilia o idoso em suas atividades que já não são realizadas de maneira independente<sup>16</sup>. O cuidador pode ser formal que é a denominação dado para os cuidadores profissionais ou a instituição que presta serviço ou informal que é exercida pelo familiar, vizinho ou amigo geralmente de forma voluntária<sup>17</sup>. A presença de cuidador se faz cada vez mais necessário por conta da longevidade do idoso que aumenta dia a dia, e conseqüentemente, este se torna mais vulnerável com a perda da funcionalidade. Outro estudo associou a presença do cuidador com a diminuição da funcionalidade de idosos, fato este que está intimamente relacionado ao aumento da vulnerabilidade desta população<sup>18</sup>.

A presença do cuidador está relacionada a presença do declínio da funcionalidade e incapacidade, tendo em vista que o aumento da fragilidade acarreta a presença de

cuidador, pois os idosos necessitam de ajuda no desenrolar das suas AVD<sup>17</sup>. Destaca-se que quando presente a perda de funcionalidade e instaurada a dependência, a responsabilidade dos cuidados recai sobre a família<sup>16, 17</sup>, o que justifica o resultado da presente pesquisa que encontrou que o cuidador está mais presente entre aqueles idosos que apresentam alguma dependência.

Outro fator associado com a baixa vulnerabilidade na presente pesquisa, foi o fato de os idosos saírem de casa sozinhos 4 a 5 vezes por semana o que nos faz supor que uma vida ativa, caracterizadas por caminhadas frequentes e uma boa socialização, é fundamental para manutenção da funcionalidade física e psicológica do idoso. Nesta pesquisa a realização das atividades básicas da vida diária tanto as básicas como as instrumentais com ir ao mercado, ir a bancos, levar e buscar os netos na escola, é realizado de forma sistemática e rotineira. Resultados semelhantes foram observados em um estudo realizado em Pelotas onde 820 idosos da zona rural foram avaliados e destes 81,8% realizam as atividades básicas da vida e 54,6% realizavam as atividades instrumentais da vida diária, uns ainda trabalhavam como lavradores e segundo os autores devido a isto sua capacidade funcional e autonomia preservada os mantém independentes<sup>19</sup>.

Foi observado que a etnia se associou à vulnerabilidade dos idosos e sobre este fato alguns autores afirmam que ser negro é uma condição de vulnerabilidade pois em geral adoecem mais e tem mais doenças crônicas<sup>20</sup>. Entretanto observou-se nesta pesquisa que as pessoas que se auto declararam negras ou pardas tiveram um baixo risco de vulnerabilidade. Este achado possivelmente se deve ao fato da população do presente estudo ter trabalhado em grande parte nas lavouras de café e terem de realizar as atividades da vida, normalmente, sem ajuda de outros, mantendo assim sua independência e funcionalidade e, conseqüentemente, se apresentando menos vulnerável.

Neste estudo observou-se associação entre a prática religiosa e baixa vulnerabilidade. Autores<sup>21</sup> relacionaram a prática religiosa a ganhos na qualidade de vida, corroborados por melhoria na autopercepção de saúde, na saúde física, através de comportamentos saudáveis, estímulos emocionais e apoio social.

A qualidade de vida dos idosos bem como o grau de vulnerabilidade pode ser afetado pelo número de doenças crônicas existentes. Observou-se neste trabalho que embora 78,5% dos idosos apresentam pelo menos uma doença crônica, sendo a hipertensão arterial a mais presente, a maior parte apresentou baixa vulnerabilidade, o que reforça o argumento defendido por alguns autores de que a pessoa pode ser considerada saudável, ainda que tenha alguma doença crônica, se possui uma boa capacidade funcional e com isso consegue realizar suas atividades de maneira independente e autônoma<sup>22</sup>.

Através dos resultados desta pesquisa, propõe-se que ações de incentivo a socialização devem ser uma constante dentro das equipes das ESFs. Entre estes estímulos têm-se o incentivo e orientações para o

desenvolvimento da prática de atividades da vida diária, de exercício físico regular, de realização de grupos nas ESFs para controle das doenças crônicas, de orientações as mudanças alimentares e hábitos de vida e o uso adequado de medicamentos. Portanto manter os idosos, ativos, socializados, inseridos na comunidade e família são práticas simples, mas de grande resultado para diminuir a vulnerabilidade, diminuindo conseqüentemente o declínio funcional, o isolamento, o sedentarismo e a polifarmácia.

Neste sentido o cuidado com os idosos encontra um amparo essencial nas ESF, pois é um espaço ideal para acolhimento e desenvolvimento de ações voltadas para dar respostas as questões relacionadas não só com a saúde orgânica como também das condições sociais e psicológica deste idoso<sup>22</sup>. E assim uma atenção global é proporcionada por uma equipe multiprofissional interagindo para qualidade de vida deste idoso e família<sup>5</sup>.

Esta pesquisa encontrou como limitação o fato de ser realizada em um único município e, com isso, não ser possível generalizar os resultados encontrados para toda a população alvo. Entretanto, à partir da discussão dos resultados foi possível concluir que outros autores que também estudaram a vulnerabilidade na população idosa encontram resultados semelhantes, o que reforça os achados da presente pesquisa como relevantes para o estudo desta população.

## ■ CONCLUSÕES

A maioria dos idosos avaliados pelo instrumento IVCF-20 apresentou baixo grau de vulnerabilidade e não houve associação com a classe social. Destaca-se para associação positiva a baixa vulnerabilidade nos idosos que tem prática religiosa, saem de casa sozinhos, mantém-se ocupados, com a realização das AVD básicas e instrumentais, ficando física e psicologicamente ativos.

## Contribuições Autorais

Todos os autores participaram da elaboração do presente manuscrito. Cecília Sanglard: Participou do desenho do estudo, da coleta e análise dos dados, análise estatística e redação do texto, discussão dos resultados e versão final do texto. Maria Carolina Pereira e Silva: Participou do desenho do estudo, da análise dos dados, análise estatística e redação do texto, discussão dos resultados e versão final do texto. Gracielle Pampolim: Participou da orientação geral da pesquisa, definição do desenho do estudo e versão final do texto. Luciana Carrupt Machado Sogame: Participou da orientação geral da pesquisa, definição do desenho do estudo e versão final do texto.

## Agradecimentos

O presente trabalho foi realizado com apoio da Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Espírito Santo (Fapes) – <678/2023>

## Conflitos de Interesses

Os autores não relatam nenhum conflito de interesse.

## REFERÊNCIAS

1. Ramos FP, Silva SC, Freitas DF, Gangussu LMB, Bicalho AH, Sousa BVO, et al. Fatores associados à depressão em idoso. REAS. 2019;(19): e239. DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e239.2019>.
2. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Projeção da População 2018: número de habitantes do país deve parar de crescer em 2047. Rio de Janeiro, 2018.
3. Brasil. Constituição (1998). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, 1988.
4. Brasil. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 3 out. 2003. Seção 1, p. 1.
5. Brasil. Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 18 set. 2006. Seção 1, p. 71-6.
6. Franco M, Wypyszynski R, Bisognin E, Schaly R, Martins R, Ianiski V. Capacidade funcional de idosos adscritos em uma estratégia saúde da família do meio rural. RBCEH. 2018;15(1):62-5. DOI: <https://doi.org/10.5335/rbceh.v15i1.7781>
7. Dadalto EV; Cavalcante FG. O lugar do cuidador familiar de idosos com doença de Alzheimer: uma revisão de literatura no Brasil e Estados Unidos. Cien Saude Colet. 2021;26(1):147-157. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.38482020>
8. Moraes EN, Carmo JA, Moraes FL, Azevedo RS, Machado CJ, Montilla DER. Clinical-Functional Vulnerability Index-20 (IVCF-20): rapid recognition of frail older adults. Rev. Saúde Públ. 2016;50(81): 1-10. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050006963>
9. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério Brasil 2015 e atualização da distribuição de classes para 2016. 2016. Disponível em: <file:///C:/Users/inesc/Downloads/01\_cceb\_2015%20(1).pdf>. Acesso em: 20 maio 2019.
10. Freitas FFQ; Soares SM. Índice de vulnerabilidade clínico-funcional e as dimensões da funcionalidade em idosos. Rev Rene. 2019; 20:e39746. DOI: 10.15253/2175-6783.20192039746
11. Alexandrino A, Cruz EKL, Medeiros PYD, Oliveira CBS, Araújo DS, Nogueira MF. Avaliação do índice de vulnerabilidade clínico-funcional em idosos. Rev. bras. geriatr. gerontol.. 2020; 22(06): e190222. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-22562019022.190222>
12. 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. Cien Saude Colet. 2019; 24(9):3227-36. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018249.22962017>
13. Silva RS, Fedosse E, Pasotini FS, Riehs EB. Condições de saúde de idosos institucionalizados: contribuições para ação interdisciplinar e promotora de saúde. Cad. Bras. Ter. Ocup. 2019;27(2):345-356. DOI: <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO1590>.
14. Romero DE, Muzy J, Damacena GN, Souza NA, Almeida WS, Szwarcwald CL, et al. Older adults in the context of the COVID-19 pandemic in Brazil: effects on health, income and work. Cad. Saúde Pública. 2021; 37(3):1-16. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00216620>
15. Gomes MFS, Pereira SCL, Abreu MNS. Fatores associados à autopercepção de saúde dos idosos usuários dos restaurantes populares de Belo Horizonte. Cien Saude Colet. 2018; 23(11):4007-4019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182311.31072016>
16. Pozzoli SML, Cecilio LCO. Sobre o cuidar e o ser cuidado na atenção domiciliar. Saúde Debate. 2017; 41(115): 1116-1129. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711510>
17. Jesus ITM, Orlandi AAS, Zazzetta MS. Sobrecarga, perfil e cuidado: cuidadores de idosos em vulnerabilidade social. Rev. bras. geriatr. gerontol. 2018; 21(2): 199-209. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-22562018021.170155>
18. Pampolim G, Lourenço C, Silva VG, Coelho MCR, Sogame LCM. Prevalence and factors associated with functional dependency in homebound elderly people in Brazil. J. Hum. Growth Dev. 2017; 27(2): 235-43. DOI: <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.127747>
19. Pinto AH, Lange C, Pastore CA, Llano PMP, Castro DP, Santos F. Capacidade funcional para atividades da vida diária de idosos da Estratégia de Saúde da Família da zona rural. Cien Saude Colet. 2016; 21(11):3545-55. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320152111.22182015>
20. Faro A, Pereira ME. Raça, racismo e saúde: a desigualdade social da distribuição do estresse. Estud. Psicol. 2011;16(3):271-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-294X2011000300009>



21. Vitorino LM, Lucchetti ALG, Luchetti G. A espiritualidade na atenção à saúde da pessoa idosa. In: Tieppo A, Sogame LCM, Coelho MCR, editores. *Desafios das Políticas Públicas na Atenção à Pessoa Idosa*. Vitória, ES: EMESCAM, 2018. pág. 153-71.
22. Moraes EN. *Atenção à saúde do idoso: aspectos conceituais*. Brasília (DF): Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde; 2012. Disponível em: <https://bibliodigital.unijui.edu.br:8443/xmlui/bitstream/handle/123456789/5574/aten%C3%A7%C3%A3o%20a%20saude%20do%20idoso.pdf?sequence=1>
23. Motta LB, Aguiar AC, Caldas CP. Estratégia Saúde da Família e a atenção ao idoso: experiências em três municípios brasileiros. *Cad. Saúde Pública*. 2011; 27(4): 779-86. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csp/2011.v27n4/779-786/>

## Abstract

**Introduction:** aging is a natural process that has been occurring at an accelerated pace and that, due to the physiological decline of systems, can lead to the appearance of vulnerabilities in the elderly.

**Objective:** to verify the socioeconomic factors, health conditions and lifestyle habits associated with the degree of Clinical-Functional Vulnerability of elderly people from the ESF São Vicente in Manhuaçu using the IVCF-20.

**Method:** cross-sectional, quantitative study, carried out with elderly people enrolled in the ESF São Vicente. For data collection, the IVCF-20 instrument was used for the degree of vulnerability and the data collection form for the general profile, life habits and health conditions. A chi-square test was performed to verify the association of independent variables with clinical and functional vulnerability.

**Result:** of the 255 seniors evaluated, 60% had low clinical and functional vulnerability, 22% moderate vulnerability and 18% high vulnerability. The mean age was 72 years  $\pm$  8 years, mostly female (62.5%), self-declared white (60%), married (56%), do not have a caregiver (89.5%), are retired (82%), have chronic diseases (78.5%), self-rated health as excellent/good (63.5%), practice religion (87%), leave home alone (82%) and 40% belong to the D/E social class. The variables associated with  $P > 0.05$  were low vulnerability, not having a caregiver, being black/brown, not being a pensioner, leaving home alone, not having a chronic disease, having an excellent/good perception of health.

**Conclusion:** it is of great importance to identify socioeconomic factors, lifestyle habits and vulnerability of the elderly in order to develop effective actions that maintain functionality and quality of life.

**Keyword:** Vulnerability . Elderly . Family . Health strategy . International Classification of Functioning .

©The authors (2023), this article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons license, and indicate if changes were made. The Creative Commons Public Domain Dedication waiver (<http://creativecommons.org/publicdomain/zero/1.0/>) applies to the data made available in this article, unless otherwise stated.