



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA EM REDE  
NACIONAL (PROFSAÚDE)**

**ISABELLE SILVA DE ALBUQUERQUE**

**VULNERABILIDADE DE PESSOAS IDOSAS ATENDIDAS NA ESTRATÉGIA  
SAÚDE DA FAMÍLIA EM PARNAMIRIM (RN): ANÁLISE E CONTRIBUIÇÕES  
PARA A ATENÇÃO À SAÚDE**

**JOÃO PESSOA**

**2024**

**ISABELLE SILVA DE ALBUQUERQUE**

**VULNERABILIDADE DE PESSOAS IDOSAS ATENDIDAS NA ESTRATÉGIA  
SAÚDE DA FAMÍLIA EM PARNAMIRIM (RN): ANÁLISE E CONTRIBUIÇÕES  
PARA A ATENÇÃO À SAÚDE**

Dissertação apresentada à  
coordenação do Programa de Pós-  
graduação em Saúde da Família, como  
parte dos requisitos para obtenção do  
título de Mestre em Saúde da Família.

**Orientador(a):** Dr. André Luis Bonifácio  
de Carvalho

**Co-orientadoras:**

Dra. Valderez Ramos

Dr. Kênio Costa de Lima

**JOÃO PESSOA**

**2024**

**ISABELLE SILVA DE ALBUQUERQUE**

**VULNERABILIDADE DE PESSOAS IDOSAS ATENDIDAS NA ESTRATÉGIA  
SAÚDE DA FAMÍLIA EM PARNAMIRIM (RN): ANÁLISE E CONTRIBUIÇÕES  
PARA A ATENÇÃO À SAÚDE**

Dissertação apresentada à coordenação do Programa de Pós-graduação em Saúde da Família, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestra em Saúde da Família.

Data de aprovação: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

**BANCA AVALIADORA**

Documento assinado digitalmente  
 **ANDRE LUIS BONIFACIO DE CARVALHO**  
Data: 17/05/2025 22:49:59-0300  
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

---

Orientador: Dr. André Luis Bonifácio de Carvalho

Documento assinado digitalmente  
 **VALDEREZ ARAUJO DE LIMA RAMOS**  
Data: 27/11/2024 20:35:19-0300  
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

---

Avaliador 1: Dra. Valderez Araújo de Lima Ramos

Documento assinado digitalmente  
 **KENIO COSTA DE LIMA**  
Data: 27/11/2024 21:58:27-0300  
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

---

Avaliador 2: Dr. Kênio Costa de Lima

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, primeiramente, por me conceder força, saúde e perseverança ao longo de toda esta jornada. À minha família, por seu amor incondicional, apoio e compreensão em todos os momentos, e, em especial, ao meu filho, João Felipe, e à minha irmã, Nila Larisse, por todo o apoio acadêmico.

Aos meus amigos, pela companhia e incentivo constantes, que me motivaram a seguir em frente. Agradeço profundamente ao meu orientador, Dr. André Luis Bonifácio de Carvalho, pela orientação e por compartilhar seus conhecimentos de maneira tão generosa. Às minhas co-orientadoras, Dra. Valderez Ramos e Dr. Kênio Costa de Lima, pela colaboração e suporte fundamentais para o desenvolvimento deste projeto.

Por fim, sou grata a todos os participantes da pesquisa e a todos que, de alguma forma, contribuíram para a realização deste trabalho.

## FICHA CATALÓGRAFICA

### Catálogo na publicação Seção de Catalogação e Classificação

A345v Albuquerque, Isabelle Silva de.

Vulnerabilidade de pessoas idosas atendidas na estratégia saúde da família em Parnamirim (RN): análise e contribuições para a atenção à saúde / Isabelle Silva de Albuquerque. - João Pessoa, 2024.

112 f. : il.

Orientação: André Luis Bonifácio de Carvalho.

Coorientação: Valderez Ramos, Kênio Costa de Lima.

Dissertação (Mestrado) - UFPB/PROFSAÚDE.

1. Saúde pública. 2. Políticas de saúde. 3. Envelhecimento. I. Carvalho, André Luis Bonifácio de. II. Ramos, Valderez. III. Lima, Kênio Costa de. IV. Título.

UFPB/BC

CDU 614(043)

## SUMÁRIO

CAPÍTULO 1:.....	10
1. INTRODUÇÃO .....	10
1.2 OBJETIVOS .....	14
1.2.1 OBJETIVO GERAL .....	14
1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	14
1.3 REVISÃO DE LITERATURA .....	14
1.3.1 PIRÂMIDE DO ENVELHECIMENTO .....	15
1.3.2 SENESCÊNCIA .....	16
1.3.3 VULNERABILIDADE BIOLÓGICA E CARGA ALOSTÁTICA .....	17
1.3.4 VULNERABILIDADE BIOLÓGICA E FRAGILIDADE .....	21
1.3.5 ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA – ESF .....	22
1.3.6 CADERNETA DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA.....	24
1.3.7 PROTOCOLO DE IDENTIFICAÇÃO DO IDOSO VULNERÁVEL - VES 13 .....	28
1.4. MÉTODOS.....	29
1.4.1 DESENHO DO ESTUDO .....	29
1.4.2 CENÁRIO E PERÍODO DO ESTUDO .....	29
1.4.3 LOCALIZAÇÃO DO MUNICÍPIO.....	30
1.4.4 PIRÂMIDE ETÁRIA.....	32
1.4.5 INDICADORES SOCIAIS - ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO (IDH) .....	35
1.4.6 INDICADORES SOCIAIS - LONGEVIDADE DA POPULAÇÃO ....	35
1.4.7 DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO POR UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE (UBS) EM PARNAMIRIM.....	36
1.4.8 SUJEITOS DO ESTUDO .....	39
1.4.9 DESFECHO E VARIÁVEIS PREDITORAS.....	39
1.4.10 INSTRUMENTO VULNERABLE ELDERERS SURVEY (VES-13)....	39
1.4.11 FONTE DE DADOS .....	40
1.4.12 INSTRUMENTO DE EXTRAÇÃO DE DADOS .....	40
1.4.13 PROCEDIMENTOS DE EXTRAÇÃO DE DADOS .....	41
1.4.14 ANÁLISE DE DADOS .....	41
1.4.15 ASPECTOS ÉTICOS, ADMINISTRATIVOS E LEGAIS .....	42
CAPÍTULO 2:.....	45
2. RESULTADOS E DISCUSSÃO .....	45

2.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO DAS PESSOAS IDOSAS ATENDIDAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE .....	45
2.2 PERFIL COGNITIVO E DE AVALIAÇÃO AMBIENTAL DOS DOMICÍLIOS DE PESSOAS IDOSAS ATENDIDAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE .....	51
2.3 HÁBITOS DE VIDA DE PESSOAS IDOSAS ATENDIDAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE .....	54
5.4 VULNERABILIDADE EM PESSOAS IDOSAS ATENDIDAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE .....	57
CAPÍTULO 3:.....	70
Produto Técnico-Tecnológico (PTT):.....	70
CAPÍTULO 4:.....	72
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	72
REFERÊNCIAS .....	73
APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS .....	82
APÊNDICE B – GUIA DE USO PARA A CADERNETA DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA .....	84
ANEXOS .....	103
ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA.....	103
ANEXO B – VULNERABILIDADE CLÍNICA - VES 13.....	110
ANEXO C - FICHA ESPELHO DA CADERNETA DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA.....	111
ANEXO D – COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DE ARTIGO .....	113

## RESUMO

**Introdução:** O suporte familiar, social e governamental, assim como os recursos disponíveis, influencia a vulnerabilidade das pessoas idosas. Nesse cenário, a Caderneta da Pessoa Idosa (CPI) é um instrumento valioso para registrar fatores de risco e demandas prioritárias de cuidado. **Objetivo:** analisar a vulnerabilidade de pessoas idosas atendidas na Estratégia Saúde da Família (ESF) em Parnamirim, Rio Grande do Norte. **Materiais e métodos:** Trata-se de estudo transversal retroanalítico, baseado em dados secundários no âmbito da atenção básica do município de Parnamirim, Rio Grande do Norte. Foram incluídos 733 participantes com CPI preenchida. O desfecho primário deste estudo é a vulnerabilidade das pessoas idosas, a qual foi mensurada por meio do instrumento VES-13, disponível na CPI. Os dados foram transportados do Microsoft Excel® para o software Stata/IC v.16, no qual foram realizadas análises estatísticas descritivas e inferenciais. Adotaram-se testes de independência, qui-quadrado de Pearson e exato de Fisher, visando identificar presença de associação entre as variáveis preditores e o estado de vulnerabilidade. **Resultados:** Os resultados indicam que a população investigada é majoritariamente casada, alfabetizada (69,9%) e apresenta como comorbidade prevalente a Hipertensão Arterial Sistêmica. A exposição a riscos domiciliares e hábitos de vida inativos foram comuns. A maioria das pessoas idosas (71,49%) foi classificada como robusta, enquanto 8,87% são frágeis, requerendo atenção especial da APS. Variáveis como sexo, escolaridade, situação conjugal, hipertensão, uso de psicotrópicos, esquecimento, dor crônica, atividade física e lazer mostraram-se associadas à vulnerabilidade ( $p < 0,05$ ). Como parte deste estudo, foi elaborado um guia prático, configurado como Produto Técnico-Tecnológico (PTT), para orientar profissionais de saúde na aplicação padronizada da CPI, destacando seu potencial para sistematizar o cuidado e subsidiar políticas públicas voltadas ao envelhecimento saudável. Este guia representa um avanço significativo no fortalecimento das práticas na Atenção Primária à Saúde (APS), promovendo a redução de desigualdades em saúde e o cuidado integral à população idosa. **Conclusão:** Os achados reforçam a necessidade de intervenções interdisciplinares e políticas de promoção do envelhecimento saudável. A Caderneta de Saúde destaca-se como uma ferramenta essencial e deve ser utilizada e atualizada regularmente no cuidado à pessoa idosa na Atenção Primária à Saúde. Este Trabalho de Conclusão de Mestrado é fruto do Programa de Pós-graduação strictu sensu Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE).

**Palavras-chave:** Saúde pública. Envelhecimento. Políticas de saúde.

**Introduction:** Family, social, and governmental support, as well as available resources, influence the vulnerability of older adults. In this context, the Senior Citizen's Record (CPI) is a valuable tool for documenting risk factors and priority care demands. **Objective:** To analyze the vulnerability of older adults served by the Family Health Strategy (ESF) in Parnamirim, Rio Grande do Norte. **Materials and Methods:** This is a retrospective cross-sectional study based on secondary data from the primary healthcare sector in the municipality of Parnamirim, Rio Grande do Norte. A total of 733 participants with completed CPIs were included. The primary outcome of this study is the vulnerability of older adults, which was measured using the VES-13 instrument available in the CPI. Data were transferred from Microsoft Excel® to Stata/IC v.16, where descriptive and inferential statistical analyses were conducted. Independence tests, Pearson's chi-square, and Fisher's exact tests were used to identify associations between predictor variables and vulnerability status. **Results:** The results show that the investigated population is mostly married, literate (69.9%), and has hypertension as the most prevalent comorbidity. Exposure to home risks and inactive lifestyles were common. The majority of participants (71.49%) were classified as robust, while 8.87% were frail, requiring special attention from Primary Health Care (PHC). Variables such as sex, education, marital status, hypertension, use of psychotropic medications, memory loss, chronic pain, physical activity, and leisure were associated with vulnerability ( $p < 0.05$ ). As part of this study, a practical guide was developed, designed as a Technical-Therapeutic Product (TTP), to guide healthcare professionals in the standardized application of the CPI, highlighting its potential to systematize care and inform public policies aimed at healthy aging. This guide represents a significant advancement in strengthening practices in PHC, promoting the reduction of health inequalities and comprehensive care for the older population. **Conclusion:** The findings reinforce the need for interdisciplinary interventions and policies promoting healthy aging. The CPI stands out as an essential tool and should be regularly used and updated in older adult care within PHC. This Master's Thesis is the result of the *stricto sensu* graduate program Professional Master's in Family Health (PROFSAÚDE).

**Keywords:** Public health. Aging. Health policies. Primary care.

## CAPÍTULO 1:

### 1. INTRODUÇÃO

O processo de envelhecimento é intrínseco, progressivo e singular, marcado pela deterioração dos diversos sistemas corporais (Van-Den-Bogaart *et al.*, 2022). Do ponto de vista fisiológico, envelhecer representa a progressão inevitável da deterioração dos sistemas biológicos, tais como os sistemas sensoriais e musculoesquelético culminando na morte (Flatt, 2012; Van-Den-Bogaart *et al.*, 2022). É, ainda, percebido como o processo irreversível de perda de capacidade funcional e aumento da vulnerabilidade (Lopez *et al.*, 2013).

É importante destacar a diferença do envelhecimento saudável do envelhecimento patológico. A senescência se caracteriza pelo processo de envelhecimento natural e fisiológico, já a senilidade se caracteriza pelo envelhecimento patológico (Si *et al.*, 2011).

Enquanto o envelhecimento saudável, também conhecido como envelhecimento bem-sucedido, refere-se à capacidade dos indivíduos de manter uma boa saúde física, mental e social à medida que envelhecem. Embora o conceito de envelhecimento bem-sucedido tenha sido mencionado, é fundamental esclarecê-lo de maneira mais aprofundada no contexto deste estudo. O envelhecimento bem-sucedido não se limita apenas à ausência de doenças, mas envolve uma adaptação positiva aos desafios do envelhecimento, com ênfase na preservação da qualidade de vida, funcionalidade e independência (Si *et al.*, 2011; Auley *et al.*, 2017).

Nos últimos anos, tem sido desenvolvida nova compreensão de envelhecimento como sinônimo de disfunção relacionada ao tempo. Esta definição implica que, devido à passagem do tempo e à variedade de fatores causais, seres humanos estão sujeitos a danos que não podem ser revertidos. Como consequência, ocorre deterioração em múltiplos sistemas, tais como molecular, tissular e social (Charles; Carstensen, 2010; Auley *et al.*, 2017).

Como consequência dessa definição, tem-se uma importante mudança de paradigma. Enquanto por muito tempo a ênfase dada do ponto de vista clínico foi aos aspectos de doença e morte associados ao envelhecimento, atualmente

tem-se fomentado a corrente que traz luz aos componentes de funcionalidade presentes nas pessoas idosas. Assim, torna-se menos relevante se os indivíduos possuem doenças, ao passo de que há maior preocupação com a capacidade de as pessoas idosas conduzirem suas atividades de vida diária de maneira satisfatória e adequada aos seus objetivos e necessidades (Kyriazis, 2020).

Independentemente do envelhecimento, a saúde é a pedra fundamental da vida (Placido; Herdeiro; Roque, 2022). De acordo com a Organização Mundial da Saúde, envelhecimento saudável é um processo contínuo de otimização de oportunidades para manter e melhorar a saúde física e mental, bem como a independência e a qualidade de vida ao longo de toda a existência (Fallon; Karlawish, 2019).

O envelhecimento saudável perpassa pelos recursos que as pessoas idosas dispõem e pelo nível de suporte que recebem nas esferas familiar, social e governamental (Beard *et al.*, 2016). Estudos demonstram que o nível socioeconômico está associado à qualidade do envelhecimento e ao nível de suporte recebido para a preservação das capacidades cognitivas e executivas (Mcmaughan; Oloruntoba; Smith, 2020).

Outro fator de extrema relevância para o alcance do envelhecimento saudável é o acesso a serviços de saúde. Este componente das políticas de saúde é definido como o uso de serviços de saúde no momento necessário para alcançar os melhores resultados possíveis (Din *et al.*, 2014). Assim, a promoção do envelhecimento saudável requer otimização das redes de saúde e a inclusão da aceitação e da acessibilidade ao planejar a oferta de serviços de saúde (Mohd *et al.*, 2022).

A incorporação das percepções dos usuários dos serviços de saúde no delineamento de políticas de reestruturação das redes de saúde tem sido progressivamente reconhecida como essencial para aumentar a qualidade dos serviços (Crawford *et al.*, 2002) e, conseqüentemente, a promoção do envelhecimento saudável.

O processo de envelhecimento está associado a um aumento no potencial de desenvolvimento de vulnerabilidades e acúmulo de estresse, uma vez que a senescência é caracterizada por contínuas transformações que abrangem uma variedade de aspectos individuais e coletivos. A vulnerabilidade é um aspecto central para a compreensão e a vivência do envelhecimento saudável. O

conceito de vulnerabilidade se dá por meio de um constructo multidimensional, no qual condições comportamentais, socioculturais, econômicas e políticas interagem com os processos biológicos ao longo da vida (Barbosa; Oliveira; Fernandes, 2019).

A extensão da vulnerabilidade é determinada por diversas combinações de fatores nos âmbitos físico, social e programático, além disso, as experiências passadas relacionadas a cada um desses domínios influenciam diretamente a capacidade de enfrentar as facilidades e dificuldades da vida (Barbosa; Oliveira; Fernandes, 2019). Dado que os fatores de suscetibilidade para a vulnerabilidade em idosos são as principais causas de mortes, sua presença aponta para a necessidade de promoção da saúde e da prevenção de doenças a esse grupo (Cruz; Beltrame; Dallacosta, 2019).

Essas mudanças exercem impacto significativo nas condições de vida e saúde do indivíduo ao longo do tempo. Com esse fenômeno se faz necessário que profissionais de saúde sejam capazes de analisar criticamente tal conceito e identificar as pessoas idosas vulneráveis em diferentes níveis de atenção à saúde (Barbosa *et al.*, 2017; Barbosa; Oliveira; Fernandes, 2019).

Maia *et al.* (2020) identificaram uma alta prevalência de pessoas idosas frágeis na Estratégia Saúde da Família (ESF) e reiteram sobre a necessidade de ações de forma rápida para as diversas condicionalidades clínicas e funcionais que dizem respeito à fragilidade. Em seu estudo, Maia *et al.* (2020), observaram que as variáveis associadas estatisticamente à fragilidade foram: estado civil, escolaridade, polipatologia, polifarmácia, transtorno mental, comprometimento cognitivo, comprometimento das atividades de vida diária, quedas, internação, incontinência urinária e autopercepção da saúde.

A importância da perspectiva centrada no usuário durante o planejamento de serviços de saúde é fomentada pela necessidade de conhecer em profundidade o perfil da população atendida. Espera-se, cada vez mais, trabalhar com a perspectiva da jornada do paciente e da navegação do cuidado conduzindo os usuários a assumir maior responsabilidade por seus comportamentos e tomadas de decisão (Sangl; Wolf, 1996; Elissen *et al.*, 2016), conhecer suas características é fundamental para delinear e implementar políticas públicas eficazes e capazes de prover suporte ao envelhecimento saudável da população.

Percebe-se que no Brasil há limitada quantidade e qualidade de dados referentes ao perfil sociodemográfico e clínico das pessoas idosas que recebem cuidados de saúde na Atenção Primária à Saúde (APS), especialmente no que tange à vulnerabilidade. Victor *et al.* (2009) há mais de uma década investigaram este objeto e identificaram predominância do sexo feminino, alta prevalência de hipertensão arterial, obesidade e osteoartrose e percentual elevado de pessoas idosas morando sozinhas. Perfil similar, com destaque para a baixa capacidade de memória, foi encontrado por Santos *et al.* (2018) em pessoas muito idosas em vulnerabilidade social na comunidade. Um levantamento local indica que pessoas idosas do sexo feminino, assim como aqueles com 75 anos ou mais e portadores de doenças crônicas, são mais vulneráveis (Cruz; Beltrame; Dallacosta, 2019).

A demanda por informações sobre esse objeto de estudo no Brasil pode ser atendida por meio da análise aprofundada e sistematizada das CPIs. Esta constitui importante instrumento de trabalho para prevenção e promoção da saúde dessa população (Paulino; Siqueira; Figueiredo, 2017). Este recurso, produzido e distribuído pelo Ministério da Saúde, tem como função primordial propiciar o levantamento periódico de condições relevantes da pessoa idosa (Saúde, 2008).

A Estratégia Saúde da Família possui, dentre suas amplas atribuições, o papel de identificar e monitorar sinais associados à fragilidade, o que se dá por meio da CPI (Brasil, 2006).

Face às lacunas de informações sociodemográficas e clínicas das pessoas idosas atendidas no nível primário de atenção à saúde e à disponibilidade da CPI como recurso valioso para a compreensão das características e das demandas de cuidados prioritárias nessa população, tem-se neste estudo potencial de contribuição do uso desse instrumento para o delineamento do perfil de vulnerabilidade da população atendida na Atenção Primária à Saúde.

A pesquisa em questão apresenta como problema a identificação do perfil de vulnerabilidade de pessoas idosas atendidas na Estratégia Saúde da Família (ESF) em municípios do interior do Rio Grande do Norte, bem como as características sociodemográficas e clínicas associadas a essa condição. Como resposta a essas questões, foi desenvolvido um Produto Técnico-Tecnológico

(PTT) que utiliza a CPI como instrumento central. Este PTT visa sistematizar a coleta e análise de informações, permitindo identificar e classificar a vulnerabilidade da pessoa idosa por meio do instrumento VES-13, integrado à caderneta. Dessa forma, busca-se atender à demanda por um modelo padronizado que facilite a análise do perfil de vulnerabilidade, promovendo a qualificação das práticas em saúde no contexto da atenção primária e oferecendo subsídios para intervenções específicas voltadas à redução da vulnerabilidade na população idosa.

## **1.2 OBJETIVOS**

### **1.2.1 OBJETIVO GERAL**

- Analisar a vulnerabilidade de pessoas idosas atendidas na Estratégia Saúde da Família no município de Parnamirim no Rio Grande do Norte.

### **1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Delinear características sociodemográficas e clínicas de pessoas idosas atendidas na Estratégia Saúde da Família no município de Parnamirim no Rio Grande do Norte.
- Identificar a prevalência da vulnerabilidade de indivíduos atendidos na Estratégia Saúde da Família no município de Parnamirim no Rio Grande do Norte.
- Categorizar fatores associados entre as pessoas idosas atendidas na Estratégia Saúde da Família e a vulnerabilidade no município de Parnamirim no Rio Grande do Norte.
- Caracterizar o perfil de vulnerabilidade das pessoas idosas atendidas na Estratégia Saúde da Família em município do interior do Rio Grande do Norte.

## **1.3 REVISÃO DE LITERATURA**

### **1.3.1 PIRÂMIDE DO ENVELHECIMENTO**

O envelhecimento populacional está intrinsecamente relacionado aos processos de Transição Demográfica e Transição Epidemiológica (Oliveira, 2019). Essas transformações demográficas surgem da complexa interação entre os níveis de natalidade, mortalidade e migração, resultando em ajustes na estrutura etária da população ao longo do tempo, podendo torná-la mais envelhecida ou mais jovem. O aumento de pessoas idosas é resultado das mudanças nas condições socioeconômicas (Oliveira, 2019).

A Transição Demográfica implica na transição de uma fase de crescimento populacional lento, resultante de altas taxas de natalidade e mortalidade, para uma fase de crescimento baixo, estagnação ou até mesmo declínio populacional, onde tanto a natalidade quanto a mortalidade são reduzidas (Oliveira, 2019; Castiglioni 2006). De fato, quando a mortalidade diminui, geralmente resulta em um leve rejuvenescimento da população, pois durante seu declínio, são as taxas específicas de mortalidade na infância que experimentam uma redução proporcionalmente maior. Como resultado, mais crianças são salvas do que adultos mais velhos, o que tem um efeito semelhante ao aumento da fecundidade na distribuição etária, ou seja, torna a população mais jovem (Carvalho, 2004).

No contexto brasileiro atual, observa-se uma tendência de redução no número de crianças, devido à significativa queda na taxa de fecundidade, enquanto há um aumento progressivo na população idosa. A fecundidade desempenha um papel fundamental na determinação da estrutura etária da população, enquanto a mortalidade tem um papel secundário (Oliveira, 2019).

Em 1980, a população brasileira com 65 anos ou mais representava 4,0%. Em 2022, esse grupo atingiu 10,9%, o maior registro nos Censos Demográficos. Já a proporção de crianças com até 14 anos, que era de 38,2% em 1980, caiu para 19,8% em 2022. Em 1980, a parcela da população brasileira com 65 anos ou mais representava 4,0%. Em contraste, em 2022, esse grupo alcançou uma proporção de 10,9%, registrando o maior aumento nos Censos Demográficos. No mesmo período, a proporção de crianças com até 14 anos, que era de 38,2% em 1980, diminuiu para 19,8% em 2022 (IBGE, 2023).

Considerando esses fatores, é importante destacar o processo saúde-doença, dentre eles as doenças que mais acometem e são as causas primárias de morte entre as pessoas idosas, sendo elas as doenças crônicas e degenerativas (Castiglioni; 2012; Oliveira 2019). As demandas de saúde das pessoas idosas são bem distintas das outras camadas da sociedade, pois eles precisam de ações preventivas, porém uma das grandes questões é que no Brasil o que predomina são ações curativas (Castiglioni; 2012; Oliveira 2019).

A atenção básica é o cenário ideal para a implementação de ações preventivas, pois é onde os profissionais de saúde têm um contato mais próximo e regular com a população. Através da identificação de fatores de risco, realização de consultas de rotina, acompanhamento de pacientes crônicos, vacinação, educação em saúde, entre outras atividades, os profissionais de saúde na atenção básica podem realizar intervenções que contribuem significativamente para a prevenção de doenças e promoção da saúde. Assim, a atenção básica e as ações preventivas estão intimamente interligadas, trabalhando em conjunto para manter a população saudável e reduzir a incidência de doenças, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida e o bem-estar geral (Giovanella; Franco; Almeida, 2020; Sousa *et al.*, 2020).

### **1.3.2 SENESCÊNCIA**

A senescência é caracterizada por uma série de mudanças físicas, psicológicas e sociais que afetam a qualidade de vida das pessoas, as atividades de vida diária e as atividades instrumentais de vida diária. A idade avançada traz consigo uma série de mudanças físicas, como a perda de massa muscular e óssea, a diminuição da capacidade respiratória e cardiovascular, a redução da flexibilidade e da agilidade, e o declínio da função cognitiva (Wilkinson *et al.*, 2018).

Essas alterações podem resultar em uma menor capacidade funcional, tornando as atividades diárias mais desafiadoras e aumentando o risco de incapacidade e dependência (Tomás *et al.*, 2017). Do ponto de vista social, o envelhecimento também pode trazer desafios, como a perda de amigos e familiares, a aposentadoria e a diminuição das oportunidades de participação em

atividades sociais (Lozupone *et al.*, 2018). O isolamento social e a solidão são problemas comuns entre as pessoas idosas e podem ter um impacto significativo na sua qualidade de vida e saúde geral (Donovan & Blazer, 2018). Todos esses fatores estão associados ao estresse biológico cumulativo dos sistemas.

O envelhecimento populacional é um efeito da alteração de aspectos relacionados à saúde, como a diminuição da fecundidade e da mortalidade e o aumento da expectativa de vida (Brasil, 2006). Esse processo não ocorre de maneira uniforme para todas as pessoas, uma vez que apresenta influência de problemáticas, como o preconceito e exclusão quanto ao gênero, à etnia, à cor e às condições socioeconômicas, bem como à localização da moradia de um indivíduo (Brasil, 2006).

De acordo com Schmeer *et al.*, 2019, o envelhecimento pode ser definido como uma ação que ocorre de maneira natural, associada à redução contínua da capacidade de funcionamento dos indivíduos, o que em geral, em condições adequadas não causa problemas (Brasil, 2006). Ademais, a Organização Mundial da Saúde (OMS) define o envelhecimento saudável como o “processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional que permite o bem-estar na velhice” (Organização Mundial De Saúde, 2015).

Essa caracterização compreende o envelhecimento saudável de forma holística, considerando diferentes elementos da vida de uma pessoa e não apenas a ausência de condições que afetam a saúde, que por vezes podem estar presentes, porém controladas e sem influência na capacidade funcional. A capacidade funcional compreende a capacidades físicas e mentais, assim como os fatores ambientais e interações entre esses aspectos e os indivíduos (Organização Mundial de Saúde, 2015).

### **1.3.3 VULNERABILIDADE BIOLÓGICA E CARGA ALOSTÁTICA**

Um conceito intimamente relacionado ao processo de envelhecimento é a Carga Alostática, que se refere ao acúmulo de estresse biológico no corpo humano como resultado da adaptação a desafios ambientais e psicossociais (Finlay *et al.*, 2022). Esse termo foi introduzido por McEwen e Stellar em 1993 para descrever os efeitos cumulativos do estresse no organismo ao longo do

tempo. Para compreender a carga alostática, é essencial entender o conceito de homeostase corporal, que representa a capacidade do organismo de manter seu equilíbrio interno diante de mudanças externas. A carga alostática ocorre quando os mecanismos de adaptação a essas mudanças se tornam cronicamente ativados ou ineficazes, resultando em desgaste fisiológico. Essa perspectiva ajuda a compreender como o estresse contínuo pode contribuir para o surgimento de problemas relacionados ao envelhecimento, como a vulnerabilidade da pessoa idosa, marcada pela deterioração da saúde, hospitalizações frequentes e comprometimento da qualidade de vida (Barbosa, Oliveira e Fernandes, 2019).

Um conceito que está intimamente relacionado com o processo de envelhecimento é o conceito de Carga Alostática. O conceito de Carga Alostática se refere ao acúmulo de estresse biológico no corpo humano resultante da adaptação a desafios ambientais e psicossociais (Finlay *et al.*, 2022). Esse termo foi introduzido por McEwen e Stellar em 1993 como uma maneira de entender os efeitos cumulativos do estresse no organismo ao longo do tempo. Para explicar o conceito de carga alostática é importante compreender o conceito de homeostase corporal.

A homeostase refere-se ao equilíbrio dinâmico que o corpo humano procura manter para funcionar adequadamente. Isso inclui a regulação de funções fisiológicas como temperatura corporal, pressão sanguínea, níveis de glicose e hormônios, entre outros (Sousa; Silva; Coelho, 2015). Quando o corpo enfrenta situações estressantes, sejam elas físicas, emocionais ou ambientais, ele inicia uma série de respostas para lidar com esses estressores e restaurar a homeostase. No entanto, quando o estresse é crônico ou recorrente, o corpo pode não ser capaz de retornar completamente ao estado de equilíbrio. Isso resulta em um desgaste progressivo dos sistemas biológicos, que se adaptam para lidar com o estresse, mas acabam sofrendo danos ao longo do tempo. Esse processo de adaptação contínua e seus efeitos negativos são o que constitui a carga alostática (Finlay *et al.*, 2022).

A carga alostática pode se manifestar de várias maneiras e afetar diferentes sistemas do corpo, incluindo o sistema cardiovascular, endócrino, imunológico e nervoso (Finlay *et al.*, 2022). Por exemplo, o aumento dos níveis de hormônios do estresse, como o cortisol, pode ter efeitos prejudiciais sobre o

coração, aumentando o risco de doenças cardiovasculares. Da mesma forma, a inflamação crônica associada à carga alostática pode contribuir para uma série de condições de saúde, desde obesidade e diabetes até doenças autoimunes, favorecendo assim com o surgimento de doenças crônicas e o baixo desempenho físico (Seeman *et al.*, 1997; Juster *et al.*, 2010; Finlay *et al.*, 2022).

À medida que as pessoas envelhecem, seus corpos passam por uma série de mudanças fisiológicas e enfrentam desafios adicionais, como doenças crônicas, perda de entes queridos, diminuição da capacidade funcional e mudanças socioeconômicas. Esses fatores podem contribuir para um aumento da carga alostática e, conseqüentemente, afetar negativamente a saúde e o bem-estar das pessoas idosas.

Um dos principais mecanismos pelos quais a carga alostática influencia a qualidade de vida das pessoas idosas é através do impacto no sistema imunológico. O estresse crônico pode suprimir a função imunológica, tornando essa população mais suscetíveis a infecções e doenças. Além disso, a inflamação crônica associada à carga alostática pode contribuir para o desenvolvimento de doenças como artrite, doenças cardíacas e demência, que têm um impacto significativo na qualidade de vida (Finlay *et al.*, 2022). A exposição prolongada ao estresse pode aumentar o risco de depressão, ansiedade e outros problemas de saúde mental, como estresse pós-traumático. Além disso, o estresse crônico pode afetar a cognição e a função cerebral, cooperando para problemas de memória e dificuldades de concentração (Seeman *et al.*, 1997; Juster *et al.*, 2010).

É importante reconhecer que o conceito de saúde não é determinado apenas pela presença ou ausência de doenças, mas também pelo seu bem-estar físico, emocional, social e espiritual. Portanto, abordagens de cuidados de saúde voltadas para as pessoas idosas devem considerar não apenas o tratamento de doenças, mas também a promoção da resiliência e da capacidade de adaptação ao estresse.

É importante reconhecer que a carga alostática não é apenas o resultado do estresse agudo, mas sim do estresse crônico e da incapacidade do corpo de se recuperar completamente dele. Portanto, estratégias de prevenção e manejo do estresse são essenciais para reduzir a carga alostática e promover a saúde e o bem-estar a longo prazo, bem como garantir sua qualidade de vida. Além

disso, é importante que a sociedade como um todo adote políticas e práticas que promovam a inclusão e a participação ativa das pessoas idosas na comunidade, proporcionando-lhes oportunidades para contribuir com suas habilidades e experiências, e garantindo-lhes acesso a serviços de saúde e apoio social de qualidade.

A carga alostática desencadeia respostas fisiológicas adaptativas, como a liberação de hormônios do estresse, incluindo o cortisol, e a ativação do sistema imunológico e nervoso autônomo. Essa dinâmica ajuda a compreender como o estresse crônico impacta a saúde, especialmente em pessoas idosas, ampliando a vulnerabilidade diante de fatores como deterioração funcional, redes sociais inadequadas e hospitalizações frequentes. A interação entre esses elementos evidencia os desafios do envelhecimento saudável, reforçando a importância de estratégias para minimizar os efeitos do estresse acumulado ao longo do tempo (Juster *et al.*, 2010; Finlay *et al.*, 2022).

É importante destacar que a carga alostática não é apenas resultado do estresse crônico, mas também é influenciada por uma variedade de fatores, incluindo predisposições genéticas, experiências de vida passadas e atuais, e recursos individuais e sociais disponíveis para lidar com o estresse. Assim, a vulnerabilidade de uma pessoa à carga alostática pode ser moldada por uma interação complexa entre fatores biológicos, psicológicos, sociais e ambientais.

As respostas adaptativas ao estresse desempenham um papel crucial na capacidade do corpo de lidar com situações estressantes e manter a homeostase. No entanto, quando o estresse é crônico ou recorrente, esses mecanismos adaptativos podem se tornar prejudiciais, resultando em danos progressivos aos sistemas biológicos e contribuindo para a carga alostática. Este acúmulo de estresse ao longo do tempo pode levar a uma série de problemas de saúde, incluindo doenças crônicas, comprometimento cognitivo e problemas de saúde mental.

A vulnerabilidade, por sua vez, refere-se à suscetibilidade de um indivíduo a danos físicos, emocionais ou sociais devido a fatores internos ou externos. As pessoas idosas são frequentemente consideradas uma população vulnerável devido a uma série de fatores, incluindo mudanças fisiológicas relacionadas à idade, presença de doenças crônicas, declínio funcional e determinantes sociais,

como condições socioeconômicas, acesso aos cuidados de saúde e suporte social.

A interseção entre carga alostática e vulnerabilidade é bidirecional e pode criar um ciclo de retroalimentação negativa. Por um lado, a exposição prolongada ao estresse e o acúmulo de carga alostática podem aumentar a vulnerabilidade dos indivíduos, tornando-os mais suscetíveis a eventos adversos. Por outro lado, a vulnerabilidade pode aumentar a carga alostática, criando um ciclo vicioso no qual o estresse crônico leva a uma maior vulnerabilidade à saúde, que por sua vez aumenta a carga alostática e perpetua o ciclo.

Para mitigar os efeitos da carga alostática e reduzir a vulnerabilidade, são necessárias abordagens holísticas que considerem tanto os fatores biológicos quanto os determinantes sociais da saúde. Intervenções que promovam o apoio social, melhorem o acesso aos cuidados de saúde e reduzam as desigualdades socioeconômicas podem ajudar a fortalecer os recursos individuais e comunitários de enfrentamento ao estresse, promovendo assim a saúde e o bem-estar de populações vulneráveis. Essa abordagem integrada é essencial para garantir uma melhor qualidade de vida para todos.

#### **1.3.4 VULNERABILIDADE BIOLÓGICA E FRAGILIDADE**

Existe uma relação entre a vulnerabilidade da pessoa idosa e a fragilidade. A Síndrome da Fragilidade é caracterizada como um fenômeno complexo e multifatorial que envolve uma diminuição da reserva fisiológica e funcional, aumentando a vulnerabilidade a eventos adversos de saúde, tais como fatores associados à interação de atributos físicos, mentais, cognitivos (Brasil, 2006; Lourenço *et al.*, 2018; Freitas *et al.*, 2020). Uma das consequências é a redução da autonomia do indivíduo idoso, gerando efeitos adversos, tais como o aumento do número de internações hospitalares e quedas (Lourenço *et al.*, 2018; Freitas *et al.*, 2020).

Lourenço *et al.* (2018) definem que a fragilidade está associada com a senescência e a sua relação com a vulnerabilidade fisiológica, ocasionada pelo declínio dos sistemas corporais (Van-Den-Bogaard *et al.*, 2022). É importante ressaltar que nem toda pessoa idosa apresenta o fenótipo de fragilidade.

Dessa forma, é importante ressaltar que apesar da fragilidade está ligada ao envelhecimento ambos não são sinônimos, visto que uma pessoa pode envelhecer e não apresentar fragilidade (Brasil, 2006; Lourenço *et al.*, 2018; Freitas *et al.*, 2020). Ao que se refere às principais alterações relacionadas à fragilidade, podem ser citadas às alterações neuromusculares, de forma prioritária a sarcopenia; a desregulação do sistema neurológico e endócrino; e a disfunção do sistema imunológico (Brasil, 2006).

Segundo o modelo fenotípico, proposto por Fried *et al.* (2001), as manifestações clínicas comuns de fragilidade incluem quedas, delírio, incapacidade flutuante, fadiga, perda de peso inexplicável e infecções frequentes, uma pessoa é considerada frágil quando demonstra três ou mais dessas características: diminuição do peso de forma não provocada no último ano; fraqueza, avaliada por meio do *hand-grip* ou dinamômetro; esgotamento autorrelatado; redução da velocidade do andar; e nível reduzido da prática de atividade física (Fried *et al.*, 2001).

### **1.3.5 ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA – ESF**

A ESF faz parte da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), sendo a estratégia prioritária para a expansão e consolidação dessa política (Brasil, 2017). Busca reorganizar os serviços de saúde, focando na prevenção de doenças, promoção da saúde e tratamento, com ênfase na integralidade e na proximidade com a comunidade. A ESF prioriza uma abordagem integral da saúde, considerando não apenas os aspectos físicos, mas também os sociais, emocionais e culturais das pessoas atendidas.

Os princípios do Sistema Único de Saúde que deverão ser aplicados na PNAB incluem universalidade, equidade e integralidade (Brasil, 2012). A universalidade diz respeito ao acesso universal à saúde; a equidade se refere à oferta dos serviços de saúde considerando as diferenças entre os indivíduos; e a integralidade se relaciona à assistência por completo, considerando aspectos biológicos, psicológicos, ambientais e sociais (Brasil, 2012).

Um dos pontos importantes dessa estratégia é a criação de vínculos entre os profissionais de saúde e as famílias, construindo relações de confiança que

facilitam o acompanhamento e a adesão aos cuidados de saúde. Além disso, são realizadas ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, incentivando hábitos saudáveis e fornecendo orientações educativas.

A ESF prioriza a abordagem integral da saúde, considerando não apenas os aspectos físicos, mas também os sociais, emocionais e culturais das pessoas atendidas. O trabalho em equipe é fundamental, promovendo a troca de conhecimentos e garantindo uma assistência mais completa e eficaz (Condeles *et al.*, 2019).

Por meio da avaliação constante das ações realizadas e do monitoramento dos resultados, a ESF busca aprimorar continuamente seus serviços, com o objetivo de proporcionar uma melhor qualidade de vida e saúde para as famílias assistidas.

Em relação à saúde da pessoa idosa, a ESF fortalece o vínculo com esse grupo populacional e conseqüentemente na implementação da promoção, prevenção e recuperação em saúde (Rodrigues *et al.*, 2021). Desempenha um papel fundamental na promoção da saúde e no cuidado das pessoas idosas, proporcionando uma assistência mais próxima, integrada e humanizada, que visa a melhoria da qualidade de vida e o bem-estar desse grupo etário.

Vale ressaltar que, a ESF é uma peça fundamental no contexto da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2017, exercendo um papel central na organização e operacionalização dos serviços de Atenção Básica. Conforme o Artigo 2º da PNAB, a Atenção Básica deve ir além do atendimento clínico, promovendo ações de saúde abrangentes, que incluem a promoção, prevenção, tratamento e cuidados paliativos, sempre com uma visão de integralidade e com compromisso de atender as necessidades específicas da comunidade. Essa atenção funciona como o primeiro ponto de contato da população com o sistema de saúde, além de ser a coordenadora e organizadora das ações da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Assim, a ESF, ao assumir a responsabilidade sanitária de um território específico, atua como o centro de comunicação e articulação com outros níveis da RAS, garantindo continuidade e integração dos cuidados.

A PNAB de 2017 define que a Atenção Básica deve ser integral e gratuita para todos, considerando os determinantes sociais e individuais que impactam a saúde. Com isso, reforça-se o compromisso com a universalidade e equidade no acesso, evitando qualquer forma de exclusão ou discriminação.

Além das suas funções essenciais, o Artigo 3º da PNAB detalha os princípios e diretrizes fundamentais para a operação da ESF. Entre os princípios, destacam-se a universalidade, equidade e integralidade, que guiam a oferta dos serviços de forma a atender a todos, sem distinção e de maneira holística. As diretrizes incluem a regionalização e hierarquização, que organizam o sistema em diferentes níveis de complexidade e facilitam o acesso à saúde em cada região; a territorialização e população adscrita, que estabelecem a ESF como responsável por uma população específica em um território, permitindo um cuidado mais próximo das reais necessidades da comunidade; e o cuidado centrado na pessoa e longitudinalidade, que colocam o indivíduo no centro do cuidado e garantem um acompanhamento contínuo ao longo do tempo. A coordenação e ordenação da rede estabelecem a ESF como o ponto de articulação que integra os serviços de saúde e direciona-os conforme as necessidades do paciente, enquanto a participação da comunidade incentiva que a população participe ativamente no planejamento e execução das políticas de saúde, reforçando o controle social e a corresponsabilidade.

A ESF desempenha ainda um papel fundamental na promoção da equidade em saúde, adotando estratégias que minimizam desigualdades e evitam a exclusão social de grupos vulneráveis, conforme o §4º do Art. 2º. Essas medidas são cruciais para garantir que todos os cidadãos, independentemente de suas características pessoais ou socioeconômicas, recebam cuidados dignos e de qualidade. Todos esses aspectos são centrais para o fortalecimento da ESF e refletem o compromisso da PNAB de assegurar que a Atenção Básica cumpra seu papel de porta de entrada e coordenadora de cuidados de maneira eficiente e inclusiva.

### **1.3.6 CADERNETA DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA**

A CPI é uma ferramenta fundamental no acompanhamento da saúde e no gerenciamento de cuidados para a população idosa (Gonçalves *et al.*, 2022). Ela desempenha um papel crucial na promoção da qualidade de vida e no monitoramento de condições de saúde específicas de pessoas idosas. O documento pode ser acessado e está disponível no site: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta\\_saude\\_pessoa\\_ido](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_saude_pessoa_ido)

[sa\\_3ed.pdf](#). Seu principal objetivo é atuar como um registro histórico, reunindo informações relevantes sobre a saúde do indivíduo ao longo do tempo, coletadas por meio de autorrelato (Gonçalves et al., 2022).

Cabe destacar que todos os itens da caderneta possuem função relevante. Suas seções incluem identificação pessoal, condições de moradia, suporte familiar e social recebido, autopercepção de saúde, comorbidades, medicamentos em uso, histórico de saúde pessoal, ocorrência de quedas, agenda de consulta e controle da pressão arterial, peso e glicemia (Brasil, 2008).

A caderneta incentiva a prevenção ao fornecer espaço para registrar vacinas, exames de rotina e recomendações médicas, contribuindo assim para a prevenção de possíveis problemas de saúde e a adoção de medidas preventivas. Ademais, serve como uma ferramenta de integração entre diferentes profissionais de saúde, garantindo uma abordagem coordenada e abrangente para a saúde das pessoas idosas (Delgado *et al.*, 2023). Isso é particularmente importante para pessoas idosas, pois muitos podem ter várias condições de saúde que requerem monitoramento regular.

Ao envolver a pessoa idosa no registro de suas próprias informações de saúde, a caderneta pode promover autonomia aos mesmos, tornando-os participantes ativos no gerenciamento de sua saúde. É importante que a caderneta seja integrada aos sistemas de saúde eletrônicos para garantir acessibilidade e consistência de informações (Santos *et al.*, 2008).

Estudo recente explorou como o registro regular de informações de saúde precoce de doenças, pode auxiliar a promoção a prestação de cuidados médicos e, portanto, melhorar consideravelmente os resultados dos pacientes em inúmeras condições médicas que afetam a saúde pública, pode facilitar o monitoramento contínuo da saúde das pessoas idosas. Isso pode contribuir para intervenções precoces e uma abordagem mais personalizada no cuidado das pessoas idosas (Tasoglu, 2022).

O envolvimento ativo das pessoas idosas na manutenção de sua própria caderneta pode levar a um maior empoderamento. As pessoas que registram suas próprias informações podem se tornar mais conscientes de sua saúde e, conseqüentemente, participar de forma mais ativa nas decisões relacionadas ao seu cuidado.

A CPI, além de permitir a identificação das pessoas idosas com ou em risco de fragilidade e/ou vulnerabilidade, possibilita que os profissionais de saúde planejem, organizem e acompanhem as atividades de saúde dessas pessoas (Brasil, 2006).

Dessa forma, é comum a todos os profissionais da equipe da Estratégia Saúde da Família a atribuição de preencher, entregar e atualizar a CPI, conforme Manual de Preenchimento específico (Brasil, 2006). Essa caderneta também possibilita à própria pessoa idosa o acompanhamento da sua saúde e suas atividades nos serviços (Brasil, 2006).

Gonçalves *et al.* (2022) identificam que a utilização da caderneta on-line contribui para a assistência em saúde à pessoa idosa desde que exista fluidez no fluxo de preenchimento desse instrumento e conseqüentemente organização de cada membro da equipe de saúde.

Conforme Santiago *et al.* (2021), existem empecilhos para a efetivação da Caderneta da Pessoa Idosa na Atenção Primária à Saúde (APS), devido ao número alto de tarefas dos profissionais, o que provoca falta de interesse para o preenchimento e utilização. Além disso, alguns profissionais da APS não têm ciência sobre a existência desse instrumento (Santiago *et al.*, 2021). Isso gera problemas futuros para o sistema de saúde, visto que condições que poderiam ser percebidas e prevenidas através do preenchimento e avaliação da caderneta deixam de ser realizadas.

O reconhecimento do perfil sociodemográfico e de vulnerabilidade da população idosa é de suma importância e sua execução se torna viável por meio do uso adequado do Protocolo de Identificação do Idoso Vulnerável (VES-13) na CPI. No entanto, apesar desses benefícios, é fundamental reconhecer suas limitações para que seu potencial seja plenamente explorado (Brasil, 2006).

Entre as principais lacunas da caderneta atual, destaca-se a falta de personalização para atender diferentes perfis de usuários, o que pode limitar sua aplicabilidade em determinados contextos. Além disso, a ausência de uma integração eficiente com tecnologias digitais reduz sua acessibilidade e dificulta a atualização de dados de forma ágil. Outro ponto crítico é a possibilidade de perda ou deterioração do material físico, comprometendo as informações armazenadas e exigindo estratégias de preservação mais eficazes (Gonçalves *et al.*, 2022).

Para aprimorar seu uso, é essencial adotar soluções concretas, como a digitalização dos registros, permitindo que os dados sejam acessados remotamente e integrados a sistemas eletrônicos. Além disso, a adaptação da caderneta para diferentes necessidades pode torná-la mais inclusiva e funcional (Brasil, 2006). A incorporação de seções interativas, como espaços para anotações personalizadas e recomendações baseadas no perfil do usuário, também contribuiria para aumentar sua eficiência. Dessa forma, ao invés de apenas defender a caderneta, é necessário repensá-la criticamente para garantir que atenda de forma mais eficaz às demandas atuais (Brasil, 2006).

A articulação intersetorial é fundamental para garantir um atendimento integral e qualificado à pessoa idosa, evitando que os serviços atuem de maneira fragmentada. A caderneta, como ferramenta de registro e acompanhamento, deve estar alinhada com políticas municipais e estratégias de atendimento territorial, permitindo uma abordagem mais coordenada entre saúde, assistência social e outras áreas envolvidas. A falta de comunicação entre setores pode resultar em lacunas no cuidado, dificultando a continuidade dos serviços e o acesso a recursos essenciais (Gonçalves et al., 2022).

Para aprimorar a caderneta, é necessário refletir sobre possíveis mudanças em sua estrutura e formato, tornando-a mais adaptável às necessidades dos idosos e dos profissionais que a utilizam. A digitalização surge como uma solução relevante, possibilitando um acesso mais ágil às informações, reduzindo perdas e facilitando a integração entre diferentes setores. Além disso, incluir campos que estimulem a participação ativa de múltiplos profissionais, como assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e educadores físicos, tornaria a caderneta um instrumento mais completo e dinâmico (Tasoglu, 2022).

Essas mudanças podem tornar a caderneta não apenas um repositório de informações, mas um verdadeiro facilitador do cuidado intersetorial. Ao integrar tecnologia e ampliar sua aplicabilidade, a caderneta pode fortalecer a articulação entre serviços e promover um atendimento mais eficiente e humanizado à população idosa. Dessa forma, é essencial que sua revisão contemple esses aspectos, garantindo que ela esteja alinhada com as demandas contemporâneas do cuidado e da gestão em saúde e assistência social (Brasil, 2006).

### **1.3.7 PROTOCOLO DE IDENTIFICAÇÃO DO IDOSO VULNERÁVEL - VES 13**

O VES-13 é um instrumento que foi adaptado e traduzido para a língua portuguesa, demonstrando ser um instrumento confiável em termos de estabilidade e consistência interna de suas medições (Fom *et al.*, 2012), permite detectar pessoas idosas vulneráveis de uma população, por meio dos seguintes aspectos: idade, autopercepção da saúde, apresentação de limitações físicas e incapacidades (Saliba *et al.*, 2001).

Esse protocolo, nos tópicos de limitação física e incapacidades, é caracterizado por um questionário baseado na anotação das habilidades imprescindíveis para a realização de atividades de rotina (Brasil, 2018). Dentre essas habilidades, podem ser citadas, por exemplo, na esfera de limitação física, a capacidade de curva-se, agachar ou ajoelhar; e no tópico de incapacidades, pode ser exemplificado o questionamento “Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de fazer compras” (Brasil, 2018; Saliba *et al.*, 2021). Esse questionário pode ser respondido pelos profissionais de saúde, pela pessoa idosa ou por seus familiares ou cuidadores (Brasil, 2018).

A pontuação do VES-13 resulta em uma pontuação a qual é utilizada para a sua interpretação. Quando a pontuação total resulta entre zero e dois pontos a pessoa idosa não é entendida como vulnerável (Brasil, 2018). Uma pontuação maior ou igual a três pontos, demonstra-se um risco aumentado para declínio funcional ou morte nos próximos dois anos, em comparação à classificação das pessoas idosas com pontuação menor ou igual a dois (Brasil, 2018).

A avaliação por meio do VES-13 é necessária para o planejamento dos profissionais de saúde em relação ao grau de acompanhamento das pessoas idosas de uma comunidade (Cabral *et al.*, 2018). Por exemplo, pessoas idosas com pontuações altas deverão ser mais assistidas pela equipe da Atenção Básica, bem como as dificuldades percebidas no questionário deverão ser investigadas (Brasil, 2018; Cabral *et al.*, 2019). Já os indivíduos considerados não vulneráveis permanecem a ser acompanhados segundo a rotina da unidade de saúde (Brasil, 2018; Cabral *et al.*, 2019).

Em um estudo transversal realizado por Cabral *et al.* (2019) considerando pessoas idosas assistidas pelas equipes da ESF do município de Várzea Grande

no estado do Mato Grosso e a avaliação do VES-13, observou-se uma elevada prevalência de vulnerabilidade das pessoas idosas da comunidade. Notou-se que as variáveis “presença de dependência em Atividades Instrumentais de Vida Diária, referência a sintomas depressivos e faixa etária de 80 anos ou mais foram relacionadas à vulnerabilidade” (Cabral *et al.*, 2019).

Nota-se a funcionalidade do VES-13 para identificação dos fatores relacionados à vulnerabilidade biológica individual, possibilitando a prevenção e mudanças, a fim de reduzir eventos adversos futuros, como hospitalizações, quedas e polifarmácia. Nesse sentido, é notória a necessidade de preenchimento adequado da Caderneta da Pessoa Idosa pelos profissionais de saúde, bem como sua utilização e acompanhamento do estado de vulnerabilidade por meio do VES-13. Desta maneira, fomenta-se a qualidade da assistência prestada à população idosa pelas equipes da ESF na Atenção Primária à Saúde.

## **1.4. MÉTODOS**

### **1.4.1 DESENHO DO ESTUDO**

Trata-se de um estudo transversal retroanalítico, baseado em dados secundários. O delineamento transversal se caracteriza por retratar o fenômeno de interesse em um momento específico em uma população ou comunidade (Polit; Beck, 2019). A perspectiva analítica busca ir além da mera descrição do fenômeno, uma vez que são realizados testes de hipóteses para compreender relações entre variáveis (Rouquayrol; Silva, 2017). A abordagem quantitativa indica a análise de dados quantitativos representativos de características sociodemográficas e de saúde (Polit; Beck, 2019). Este estudo foi submetido à revista Atenção Primária à Saúde (APS), ISSN 1809-8363 (on-line), classificada como B1 no Qualis CAPES para o quadriênio 2017-2020 (Anexo D).

### **1.4.2 CENÁRIO E PERÍODO DO ESTUDO**

O estudo foi realizado no âmbito da atenção básica do município de Parnamirim, Rio Grande do Norte, localizado a, aproximadamente, 15 km de

Natal. O município tem uma população de 252.716 habitantes (IBGE, 2022), 31.806 pessoas idosas cadastradas no e-SUS (e-SUS, 2023). A população idosa está em ascensão e com aumento da expectativa de vida. Observa-se ainda predominância feminina em todas as faixas etárias idosas estratificadas, seguindo a tendência nacional segundo IBGE (Quadro 1).

**Quadro 1.** Estratificação por idade e sexo da população idosa de Parnamirim-RN.

<b>Faixa etária</b>	<b>Masculino</b>	<b>Feminino</b>	<b>Total</b>
60 a 64 anos	4546	5543	10089
65 a 69 anos	3188	4009	7197
70 a 74 anos	2170	3151	5321
75 a 79 anos	1525	2292	3817
80 anos ou mais	1870	3512	5382
<b>Total</b>	<b>13299</b>	<b>18507</b>	<b>31806</b>

Fonte: e-SUS-AB em agosto de 2023.

### 1.4.3 LOCALIZAÇÃO DO MUNICÍPIO

Parnamirim encontra-se doze quilômetros ao sul da capital estadual. Integrante da Região Metropolitana de Natal ocupa uma área de 124,006 km<sup>2</sup> com uma densidade demográfica de 1.639,70 habitantes/km<sup>2</sup> (2010) e sua população foi estimada no ano de 2020 em 267.036 habitantes, pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, sendo então o terceiro município mais populoso do estado, depois de Natal e Mossoró, e o 130º do Brasil (IBGE, 2020).

Emancipado de Natal no ano de 1958, Parnamirim é reconhecido internacionalmente como "*Trampolim da Vitória*", tendo fortes ligações históricas com a Segunda Guerra Mundial quando se tornou sede da então base aérea americana *Parnamirim Field* — hoje Base Aérea de Natal — devido à sua localização estratégica global, servindo de ponto de partida de muitas aeronaves americanas, de todos os tipos, para levar tropas para o *front* da África. A grande movimentação de soldados americanos influenciou a população local,

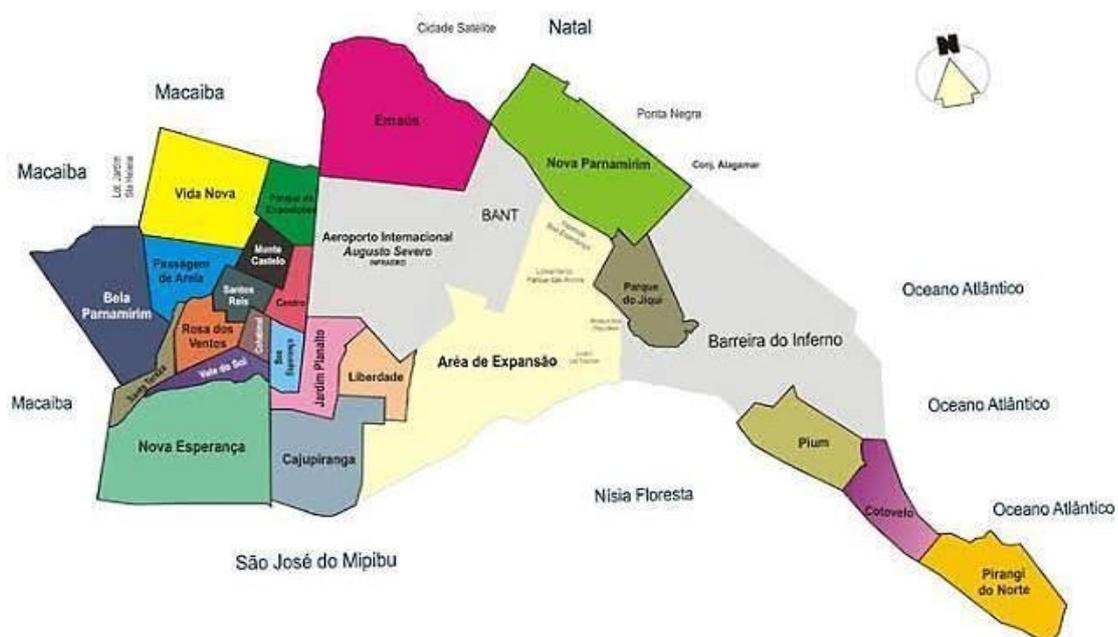
introduzindo sua cultura e movimentando, de certa forma, a economia da cidade e até mesmo participando da vida social dos habitantes à época (Figura 1).

**Figura 1** – Mapa dos limites de Parnamirim/RN.



Fonte: Google Maps 2024.

**Figura 2** – Mapa de Divisão dos Bairros de Parnamirim.



**Fonte:** Google Maps 2024.

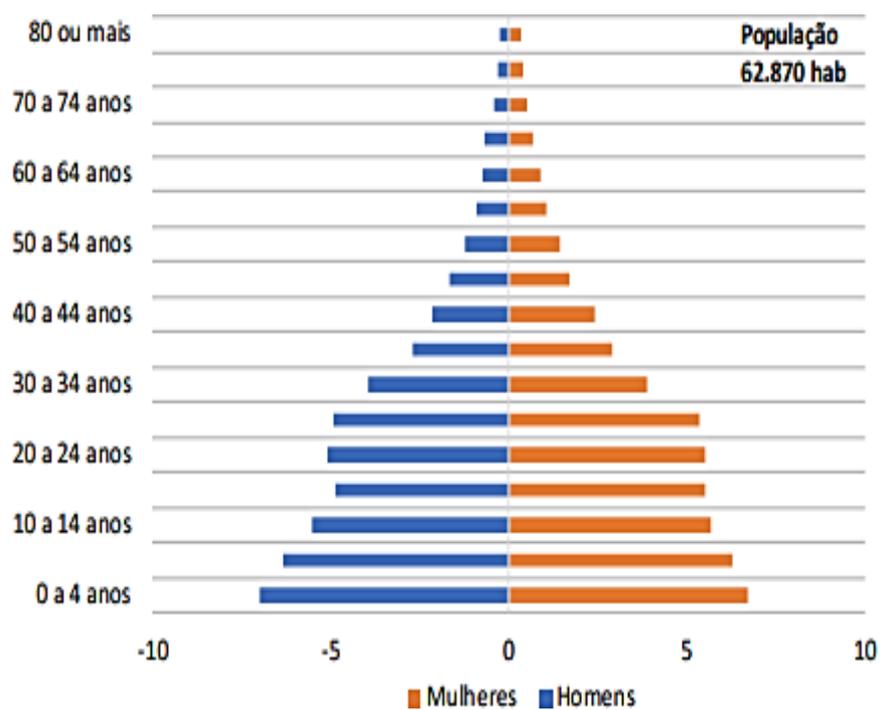
Existem duas grandes áreas militares no município: a da Base Aérea e da Barreira do Inferno. O litoral é chamado de distrito litorâneo e faz parte: Pium, Cotovelo e Pirangi. Os bairros que são mais próximos a capital são Nova Parnamirim e Emaús; os que continuam em expansão urbana e que fazem fronteira com Macaíba são Passagem de Areia e Bela Parnamirim; Nova Esperança e Cajupiranga são bairros em expansão sentido o Município de São José do Mipibu.

O município dispõe de 29 Unidades Básicas de Saúde, sendo todas localizadas em área urbana. Em Parnamirim, existem 56 equipes da ESF, 356 Agentes Comunitários de Saúde e três equipes e-Multi. Tem-se, assim, profissionais enfermeiros, médicos, odontólogos, fisioterapeutas, nutricionistas, educadores físicos, psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, técnicos em enfermagem e em saúde bucal. Sendo assim, cobrindo 67% do município de Parnamirim.

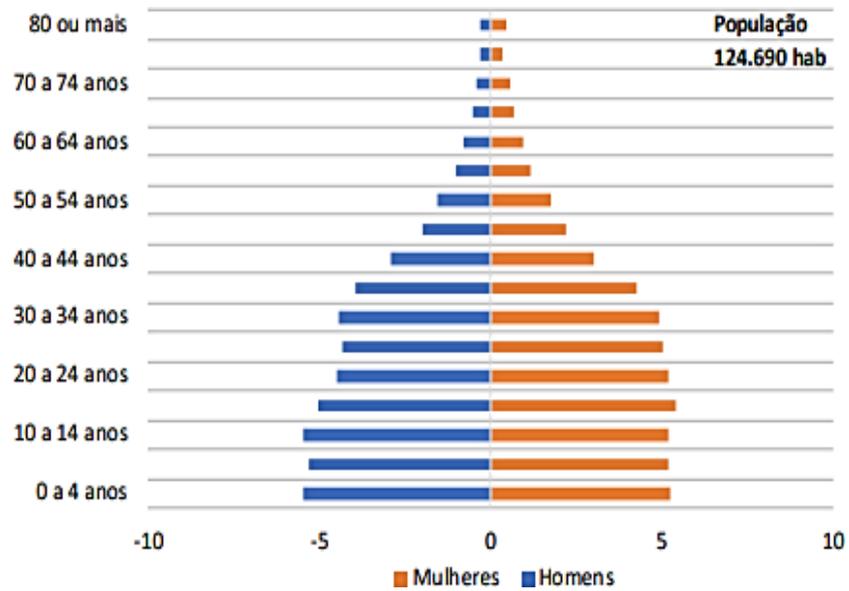
#### **1.4.4 PIRÂMIDE ETÁRIA**

A pirâmide etária é a representação gráfica da distribuição da população entre as distintas faixas etárias. O IBGE disponibiliza informações sobre a pirâmide etária de Parnamirim nos anos censitários. Entre 1991 e 2010, a população de crianças e adolescentes (0 a 19 anos) passou de 47,90% para 32,72%, a população de adultos (de 20 a 59 anos) passou de 46,89% para 60,07% e a população de idosos (60 anos ou mais) passou de 5,24% para 7,21%. Observa-se que a pirâmide etária de Parnamirim segue tendência semelhante à do Rio Grande do Norte e do Brasil, apresentando aumento do percentual de adultos e idosos e redução do percentual de crianças e adolescentes.

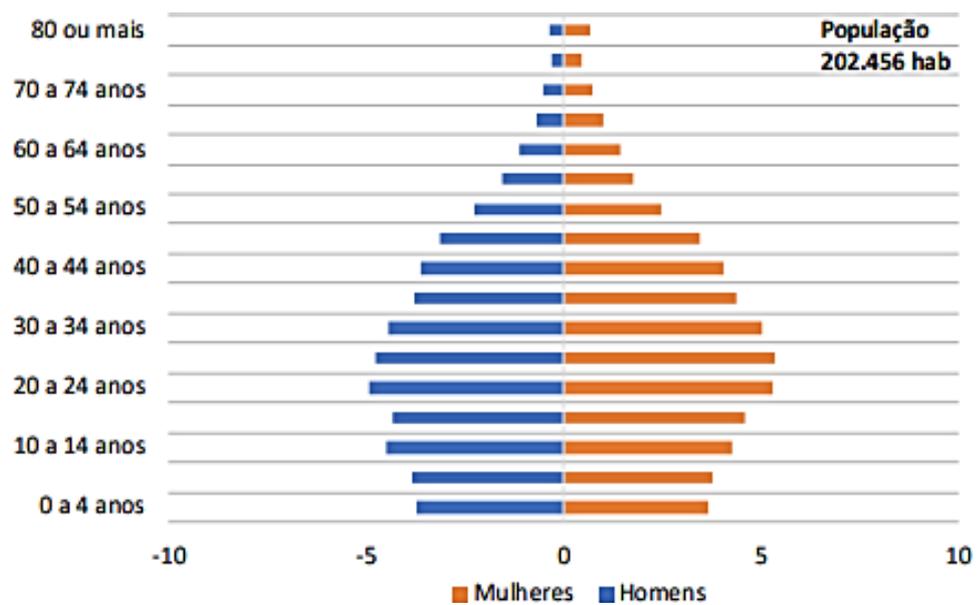
**Figura 3** – Pirâmide etária de Parnamirim (1991).



Fonte:  
IBGE  
(2020).

**Figura 4** – Pirâmide etária de Parnamirim (2000).

Fonte: IBGE (2020).

**Figura 5** – Pirâmide etária de Parnamirim (2010).

Fonte: IBGE (2020).

Em Parnamirim, segundo dados do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – Atlas Brasil, a expectativa de vida ao nascer passou de 65,1 anos em 1991 para 74,5 anos em 2010. Aplicando a mesma tendência verificada para o Rio Grande do Norte ao caso de Parnamirim, tem-se que a expectativa de vida ao nascer em 2017 é de 76,36 anos; em 2022 de 77,33 anos; em 2027 de 78,09 anos e; em 2037 de 79,17 anos. A projeção considerou a mesma variação estimada pelo IBGE para o Rio Grande do Norte.

#### **1.4.5 INDICADORES SOCIAIS - ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO (IDH)**

O desenvolvimento social pode ser analisado a partir de indicadores sociais, especialmente o Índice de Desenvolvimento Humano – IDH, que mensura o grau de desenvolvimento e qualidade de vida de regiões, a partir dos aspectos de renda, educação e longevidade/saúde. Segundo o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento - PNUD/2010 o IDH de Parnamirim é de 0,766 ocupando a primeira posição no estado, com tendência crescente – em 1991 era de 0,472, considerado Muito Baixo, em 2000 foi 0,629 (Médio) e em 2010 - 0,766 (Alto).

#### **1.4.6 INDICADORES SOCIAIS - LONGEVIDADE DA POPULAÇÃO**

O componente de longevidade indica que a população está vivendo cada vez mais. O envelhecimento populacional é uma realidade no Brasil, assim como em todo o mundo. Para a área da saúde o aumento da média de idade dos indivíduos traz como consequência o crescimento das doenças associadas ao envelhecimento, exigindo mudanças e adequações em todos os níveis do sistema. Em Parnamirim, segundo dados do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – Atlas Brasil, a expectativa de vida ao nascer passou de 65,1 anos em 1991 para 74,5 anos em 2010.

**Quadro 2** – Grupos de idade em Parnamirim.

Grupos De Idade	CENSO		
	2000	2010	2022
0 a 04 anos	13370	14902	15249
05 a 09 anos	13081	15497	16614
10 a 14 anos	13267	17739	16482
15 a 19 anos	13064	18112	16953
20 a 24 anos	12104	20584	19845
25 a 29 anos	11655	20387	21088
30 a 39 anos	21908	35698	44103
40 a 49 anos	12673	28743	39837
50 a 54 anos	4163	9535	15985
65 a 69anos	1473	3419	18793
70 anos ou mais	2980	5342	13340

**Fonte:** ATLAS BRASIL – Censo 2000, 2010 e 2020.

#### **1.4.7 DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO POR UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE (UBS) EM PARNAMIRIM**

O quadro 3 a seguir ilustra a distribuição etária e de gênero da população com 60 anos ou mais nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Parnamirim, destacando a composição entre homens e mulheres em cada unidade. Observa-se uma predominância feminina na maioria das UBSs, como na UBS Rosa dos Ventos / CAIC, que atende o maior número total de idosos, com 2.100 pessoas (1.258 mulheres e 842 homens). Outras UBSs, como a UBS Passagem de Areia I e a UBS Emaús II / Pq. Industrial, também possuem populações expressivas, com 1.811 e 2.029 pessoas idosas, respectivamente. Em contrapartida, UBSs menores, como a UBS Liberdade e a UBS Vida Nova I, atendem menos pessoas idosas, com totais de 514 e 378 pessoas, respectivamente. Essa distribuição reflete a diversidade de cobertura das UBSs em Parnamirim, atendendo a variações significativas de demanda conforme a localização e as características da população idosa em cada área.

**Quadro 3** – Distribuição etária e de gênero por Unidades Básicas de Saúde em Parnamirim.

UNIDADE BASICA DE SAÚDE - UBS	FAIXA ETÁRIA: A PARTIR DE 60 ANOS		TOTAL
	MASCULINO	FEMININO	
<b>UBS Emaús I</b> - UBS Prof. Clóvis Gonçalves dos Santos	516	690	1206
<b>UBS Emaús II / Pq. Industrial</b> - UBS Vulpiano Cavalcante	890	1139	2029
<b>UBS Emaús III / Pq. das Orquídeas</b> - UBS Enf. Wilson Moreira Menezes	753	1027	1780
<b>UBS Jardim das Nações / Coophab</b> - UBS UBS Dr. Ernani Rosado	404	558	962
<b>UBS Nova Parnamirim I</b> - UBS Suzete Cavalcanti	628	1052	1680
<b>UBS Nova Parnamirim II</b> - UBS Enf. João Dias Costa	616	816	1432
<b>UBS Nova Parnamirim III / Cidade Verde</b> - UBS Elba Carvalho de Lima	316	503	819
<b>UBS Vida Nova I</b> - UBS Pq. de Exposições I	161	217	378
<b>UBS Vida Nova II / Pq. de Exposições II</b> – UBS Maria das Neves Freire	349	495	844
<b>UBS Boa Esperança</b> - UBS Vereador Teodomiro Barbosa da Silva	517	744	1261
<b>UBS Centro</b> - UBS Centro	364	555	919
<b>UBS Cohabinal</b> - UBS Cohabinal	365	544	909

<b>UBS Jardim Planalto</b> - UBS Dr. Antônio Ferreira da S	552	700	1252
<b>UBS Jockey Club</b> - UBS Dr. André Nunes de Aquino	379	582	961
<b>UBS Monte Castelo</b> - UBS Enf. Marcelino Agostinho Costa	674	919	1593
<b>UBS Santos Reis</b> - UBS Dr. Mário Medeiros	540	783	1323
<b>UBS Nova Esperança I</b> - UBS Dr. Marcondes Bezerra de Melo	643	931	1574
<b>UBS Nova Esperança II / Santa Júlia</b> - UBS Dr. Ernesto Monteiro da Costa	419	654	1073
<b>UBS Passagem de Areia I</b> - UBS Silvino Lamartine	757	1054	1811
<b>UBS Passagem de Areia II</b> - UBS Rosa Fernandes	492	708	1200
<b>UBS Rosa dos Ventos / CAIC</b> - UBS Rosa dos Ventos	842	1258	2100
<b>UBS Santa Tereza</b> - UBS Armando Álvares Padilha	335	516	851
<b>UBS Bela Parnamirim</b> - UBS Bela Parnamirim	536	624	1160
<b>UBS Cajupiranga</b> - UBS Francisco Fernandes Pimeta	512	553	1065
<b>UBS Jardim Primavera</b> - UBS Maria Gorete de Souza Rebouças	266	407	673
<b>UBS Liberdade</b> - UBS Enf. Francisco Gomes da Silva	215	299	514
<b>UBS Pirangi do Norte</b> - UBS Pirangi do Norte	296	367	663
<b>UBS Pium</b> - UBS Nalva Maria de Oliveira Bezerra	303	376	679
<b>UBS Vale do Sol</b> - UBS Reginaldo Fernandes de Oliveira	475	670	1145

#### **1.4.8 SUJEITOS DO ESTUDO**

Foram incluídos no estudo pessoas com 60 anos ou mais que estavam registradas na CPI e que fossem atendidos por um ou mais profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família do município de Parnamirim. Todas as pessoas idosas que possuíam registros disponíveis e legíveis foram incluídas, independentemente do percentual de completude do documento. Assim, este estudo adotou a perspectiva de população, e não de amostra, na definição de seus sujeitos.

#### **1.4.9 DESFECHO E VARIÁVEIS PREDITORAS**

O desfecho primário deste estudo foi a vulnerabilidade das pessoas idosas atendidas na Estratégia Saúde da Família em um município do Rio Grande do Norte. A vulnerabilidade foi mensurada por meio do instrumento VES-13, disponível na CPI.

Tem-se como variáveis preditoras: características sociodemográficas, características clínicas, características cognitivas, características do ambiente doméstico e hábitos de vida.

#### **1.4.10 INSTRUMENTO VULNERABLE ELDER'S SURVEY (VES-13)**

O Vulnerable Elders Survey (VES-13) é um instrumento desenvolvido nos Estados Unidos em 2001 com o objetivo de identificar o risco de declínio funcional de pessoas idosas residentes na comunidade com base no autorrelato ou preenchido por profissionais da saúde (Saliba *et al.*, 2001). Trata-se de um instrumento de fácil aplicação preenchida a escala consiste em 13 perguntas que abordam diferentes áreas, incluindo atividades diárias, saúde mental, mobilidade e outras. Cada pergunta tem opções de resposta, a soma total dos pontos ajuda a determinar o nível de vulnerabilidade da pessoa idosa. A adaptação cultural e tradução do VES-13 demonstrou ser um instrumento confiável em termos de

estabilidade e consistência interna de suas medidas (Maia *et al.*, 2012). O VES-13 contém 13 itens distribuídos em três seções: idade, autopercepção da saúde, limitação física e incapacidades (Brasil, 2018).

Este instrumento pode ser administrado por meio de entrevista realizada de forma presencial e ou por meios eletrônicos tais como ligação, chamadas de vídeo, bem como pode ser auto respondido. Uma das vantagens do VES-13 é a sua fácil aplicabilidade e rapidez, estima-se que são necessários quatro a cinco minutos para que o questionário seja resolvido. O VES-13 fornece escore que varia entre zero e 10. Respondentes com escore três ou mais são considerados como tendo quatro vezes maior risco de morte ou declínio funcional comparativamente a pessoas idosas com escore dois ou menos (Belmin *et al.*, 2020).

A adaptação cultural reforçou que a utilização desse instrumento não requer a observação direta ou a inserção de dados laboratoriais, pois, mesmo com base no autorrelato, é capaz de identificar pessoas idosas vulneráveis, contribuindo, com isso, para a priorização desses indivíduos nos serviços de saúde (Maia *et al.*, 2012). Atualmente, o VES-13 compõe o Protocolo de Identificação da Pessoa Idosa presente na CPI (Brasil, 2018).

#### **1.4.11 FONTE DE DADOS**

A amostra foi extraída de um banco de dados constituído por 1.200 pessoas idosas do município de Parnamirim, conforme os itens disponíveis na CPI. A seleção da amostra de 733 participantes seguiu critérios específicos de inclusão e exclusão definidos previamente. Trata-se de plataforma do tipo sistema web, desenvolvida com base em ReactJs para o front-end e NestEs no back-end. O banco de dados foi desenvolvido com MySQL.

#### **1.4.12 INSTRUMENTO DE EXTRAÇÃO DE DADOS**

O instrumento de extração de dados deste estudo contemplou os itens disponíveis na CPI para caracterização da pessoa idosa e identificação de sua

vulnerabilidade (Apêndice A). Conforme apresentado no Apêndice A, foram incluídas neste instrumento as seguintes variáveis: Seção 1 - VES-13: idade, autopercepção sobre saúde, limitações, capacidades, pontuação total no VES-13 e classificação no VES-13; Seção 2 – Dados sociodemográficos: sexo, escolaridade, raça, religião, ocupação e situação conjugal; Seção 3 – Dados clínicos: comorbidades e diagnósticos médicos; Seção 4 – Hábitos de vida; Seção 4 – Dados antropométricos.

#### **1.4.13 PROCEDIMENTOS DE EXTRAÇÃO DE DADOS**

Os dados foram extraídos no período entre junho e dezembro de 2024 do banco de dados adotado como fonte deste estudo. A equipe de coleta de dados, que foi supervisionada pela pesquisadora principal deste estudo, consultou os documentos para extração das informações contempladas nesta pesquisa. Os dados extraídos da plataforma foram tabulados em planilha do Microsoft Excel®.

#### **1.4.14 ANÁLISE DE DADOS**

Os dados foram transportados do Microsoft Excel® para o software Stata/IC v.16, no qual foram realizadas análises estatísticas descritivas e inferenciais. Calcularam-se medidas de posição (média e mediana) e de dispersão (desvio-padrão, intervalo interquartilico, mínimo e máximo) para as variáveis quantitativas (exemplos: idade, número de medicamentos e valores de pressão arterial). Para as variáveis categóricas (exemplos: sexo, escolaridade e presença de comorbidades), foram calculadas frequências brutas e percentuais.

Para as análises inferenciais, adotou-se como desfecho a pontuação obtida no VES-13 e a classificação obtida neste instrumento. Como variáveis independentes, foram consideradas sexo, escolaridade, raça, religião, ocupação, situação conjugal, comorbidades, diagnósticos médicos, hábitos de vida e IMC.

Os cruzamentos com o desfecho qualitativo (classificação no VES-13) foram realizados por meio dos testes de independência, qui-quadrado de

Pearson e exato de Fisher, visando identificar presença de associação entre as variáveis. O nível de significância adotado em toda a análise foi de 5%. Os resultados foram apresentados em tabelas e gráficos.

#### **1.4.15 ASPECTOS ÉTICOS, ADMINISTRATIVOS E LEGAIS**

A requisição de acesso ao banco de dados adotado como fonte deste estudo foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, via Plataforma Brasil, em consonância à Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que trata de pesquisas com seres humanos (BRASIL, 2012), sob CAAE nº96595018000005537 e parecer nº 2996329.

#### **1.4.16 CONSTRUÇÃO DO GUIA DE USO DA CADERNETA DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA (CPI)**

A construção do Guia de Uso da CPI foi uma etapa essencial no desenvolvimento deste estudo, visando fornecer aos profissionais de saúde uma ferramenta prática e padronizada para o acompanhamento da saúde das pessoas idosas na Atenção Primária à Saúde (APS). Este guia tem como principal objetivo orientar os profissionais no uso correto e eficiente da CPI, facilitando o preenchimento e a interpretação das informações registradas, além de proporcionar uma maneira estruturada de identificar vulnerabilidades e necessidades de cuidados, fundamentais para o planejamento de ações de saúde adequadas.

O processo de construção do guia iniciou-se com uma revisão das melhores práticas nacionais e internacionais relacionadas à saúde das pessoas idosas e à utilização de ferramentas de acompanhamento, como a CPI. Foram consultados especialistas da área e analisadas experiências prévias com a caderneta, tanto no Brasil quanto em outros contextos de atenção à saúde da pessoa idosa, o que ajudou a identificar lacunas e necessidades específicas para o contexto da Atenção Primária à Saúde no Brasil. Além disso, entrevistas com profissionais da saúde atuantes em unidades da APS forneceram informações valiosas sobre as dificuldades e necessidades no uso da CPI, o que permitiu moldar o guia de forma a ser mais prático e aplicável à realidade local.

O conteúdo do guia foi estruturado de forma a proporcionar um passo a passo claro e objetivo para os profissionais. A primeira parte do guia apresenta a importância da CPI, explicando sua função como ferramenta para o registro contínuo das condições de saúde das pessoas idosas, fatores de risco e demandas prioritárias de cuidado. A seguir, o guia detalha o preenchimento da caderneta, explicando como registrar informações sobre o histórico de saúde, comorbidades, uso de medicamentos, condições de vida e fatores de risco, além de orientações específicas sobre a aplicação do instrumento VES-13 para a avaliação da vulnerabilidade das pessoas idosas.

Além disso, o guia oferece orientações sobre como identificar vulnerabilidades e riscos, interpretando corretamente os dados registrados na CPI, a fim de priorizar as necessidades de cuidado. O desenvolvimento do plano de cuidado individualizado é uma seção importante do guia, que orienta os profissionais a considerar as condições de saúde e o grau de vulnerabilidade de cada pessoa idosa para a elaboração de intervenções mais eficazes. Também são fornecidas diretrizes sobre encaminhamentos para serviços especializados e outras intervenções necessárias, conforme as condições identificadas.

A implementação do guia será feita por meio de capacitações periódicas para os profissionais da APS, com o objetivo de garantir a correta aplicação da CPI e a utilização do guia no dia a dia da prática clínica. Essas capacitações incluirão treinamentos práticos sobre o preenchimento da caderneta e a utilização das orientações do guia para a gestão da saúde das pessoas idosas. Para garantir que o guia se mantenha relevante, será realizada uma avaliação contínua da sua eficácia, com a coleta de feedback dos profissionais de saúde, permitindo ajustes e aprimoramentos conforme necessário. A atualização periódica do guia também será realizada para incorporar novas evidências científicas e melhores práticas na área da saúde das pessoas idosas.

O Guia da CPI é uma ferramenta fundamental para melhorar a qualidade do cuidado das pessoas idosas na Atenção Primária à Saúde. Ao padronizar o uso da caderneta e fornece diretrizes claras para os profissionais de saúde, o guia contribui para a identificação precoce de vulnerabilidades, a priorização de cuidados e a implementação de estratégias de intervenção mais eficazes. Além disso, ao ser utilizado de forma sistemática, o guia favorece a gestão do envelhecimento saudável e pode ser um instrumento valioso para embasar

políticas públicas de saúde voltadas para a população idosa, promovendo um cuidado integral e a redução das desigualdades em saúde.

## CAPÍTULO 2:

### 2. RESULTADOS E DISCUSSÃO

#### 2.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO DAS PESSOAS IDOSAS ATENDIDAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Participaram do estudo 733 idosos da comunidade, dos quais a maioria (60,6%) era do sexo feminino e casada ou vivendo com companheiro (a) (55,2%). Do total, 69,9% sabiam ler e escrever, embora somente 24,1% mencionasse ter nenhuma escolaridade. A média de idade foi de 70,08 ( $\pm 6,99$ ) anos, conforme disposto na Tabela 1.

**Tabela 1** Caracterização sociodemográfica dos participantes. N=733

Variáveis	N	%
<b>Sexo</b>		
Feminino	444	60,57
Masculino	289	39,43
<b>Escolaridade</b>		
Nenhuma	176	24,01
1 a 3 anos	208	28,38
4 a 7 anos	202	27,56
8 anos ou mais	147	20,05
<b>Sabe ler e escrever</b>		
Sim	513	69,99
Não	220	30,01
<b>Situação conjugal</b>		
Solteiro (a)	84	11,46
Viúvo (a)	144	19,65
Casado (a)/ vivendo com companheiro (a)	405	55,25
Separado (a)/ divorciado (a)	94	12,82
Outros	6	0,82
<b>Possui religião</b>		
Sim	696	94,95
Não	37	5,05
<b>Variável</b>	<b>Média (<math>\pm</math>DP)</b>	<b>Mínimo/ Máximo</b>
Idade	70,08 ( $\pm 6,99$ )	60/ 94

**Fonte:** Dados da pesquisa (2024).

Este perfil demográfico mostra-se em consonância ao encontrado nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) brasileiras na primeira década deste século

(Victor *et al.*, 2009) e mais recentemente (Maia *et al.*, 2020). A tendência de estabilidade na demografia da população atendida na APS oferece uma base consistente para a formulação de estratégias de prevenção e promoção da saúde, abordando fatores de risco específicos ao público tradicionalmente acolhido. Ademais, fornece subsídios para a formação permanente dos profissionais da APS.

A Tabela 2 expõe a caracterização da presença de comorbidades nos participantes do estudo e a Tabela 3, o uso de medicações. Em média, as pessoas idosas possuíam 1,03 ( $\pm 0,87$ ) comorbidades e estavam em uso de 2,47 ( $\pm 1,92$ ) medicamentos. A comorbidade de maior prevalência foi a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) (59,7%) e o medicamento mais utilizado foi do tipo anti-hipertensivo (64,6%), seguido por anti-hiperglicemiante (30,8%).

**Tabela 2** Caracterização da presença de comorbidades nos participantes. N=730

Variáveis	N	%
<b>Acidente Vascular Cerebral</b>		
Sim	37	5,07
Não	693	94,93
<b>Anemia</b>		
Sim	40	5,48
Não	690	94,52
<b>Diabetes</b>		
Sim	211	28,90
Não	519	71,10
<b>Hipertensão Arterial Sistêmica</b>		
Sim	436	59,73
Não	294	40,27
<b>Insuficiência cardíaca</b>		
Sim	21	2,88
Não	709	97,12
<b>Incontinência urinária e/ou fecal</b>		
Sim	39	5,34
Não	691	94,66
<b>Depressão</b>		
Sim	54	7,40
Não	676	92,60
<b>Variável</b>	<b>Média (<math>\pm</math>DP)</b>	<b>Mínimo/ Máximo</b>
Quantidade de comorbidades	1,03 ( $\pm 0,87$ )	0/ 4

**Fonte:** Dados da pesquisa (2024).

Os dados de 2014 do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) sobre a atenção prestada na APS as pessoas idosas com hipertensão e/ou diabetes evidenciam que 35% das equipes apresentaram organização adequada para essa finalidade e 88% solicitaram todos os exames necessários. Cerca de 31% dos usuários tiveram seus pés examinados e 18% referiram ter recebido atenção adequada. Nesse âmbito, as UBS da região Nordeste apresentaram índices de qualidade levemente superiores aos da região Norte, mas inferiores aos índices dos municípios localizados no restante do país (Neves *et al.*, 2021).

A qualidade da atenção prestada as pessoas idosas com hipertensão e/ou diabetes é especialmente relevante pelo potencial de repercussão dessas condições crônicas na sua qualidade de vida. O estudo de Santos *et al.* (2023) indica que as concepções de qualidade de vida desses usuários da APS passam pelo processo desafiador de convivência com os fatores subjetivos das doenças e os recursos psicológicos e sociais que auxiliam no enfrentamento de suas repercussões na vida diária.

A Tabela 2 ainda destaca que outras comorbidades estavam presentes, ainda que em menor prevalência, como a depressão identificada em 7,40% dos idosos participantes. Estudo realizado na APS em 2012 revelou que 34,4% das pessoas idosas atendidos nas UBS apresentam sintomas de depressão (Alvarenga *et al.*, 2012). Já a investigação transversal de Rocha, Bezerra e Monteiro, realizado em 2019, evidencia que a prevalência de sintomas depressivos em pessoas idosas acompanhados na APS é de 74,5%. Revela-se, assim, cenário de progressivo aumento da ocorrência de sintomatologia caracterizadora dessa condição.

Estima-se que o presente estudo possa ter subestimado a prevalência da depressão na população analisada, uma vez que não foram investigados os sintomas depressivos, mas sim o autorrelato diagnóstico, consoante com a informação disponível na Caderneta da Pessoa Idosa.

Diante desse cenário, faz-se necessária a efetiva implementação de intervenções promotoras da saúde baseadas na perspectiva da aprendizagem ativa, no fortalecimento de espaços de socialização e no apoio matricial (Souza *et al.*, 2022). É fundamental reconhecer o território da APS como espaço potente

para a produção de subjetividades alinhadas ao conceito ampliado de saúde e à integralidade do cuidado (Zorzi et al., 2024).

O perfil de comorbidades relaciona-se fortemente com o padrão de uso de medicações, o qual está apresentado na Tabela 3. Conforme esperado, tem-se os anti-hipertensivos como as medicações mais frequentemente utilizadas (64,57%), seguidos pelo anti-hiperglicemiantes (30,37%). Cabe destacar que os psicotrópicos constituem o terceiro tipo de medicação mais usado pelas pessoas idosas (15,18%).

Nacamura et al. (2021) descobriram que o uso de psicotrópicos em pessoas idosas é mais frequente naqueles que relatam apresentar efeitos colaterais dos medicamentos utilizados no tratamento da HAS. Independentemente da motivação de uso desses medicamentos das pessoas idosas, a avaliação risco-benefício de sua continuidade deve ser bastante criteriosa, considerando ajuste posológico e tempo de tratamento, no intuito de minimizar desfechos adversos, como aumento da vulnerabilidade (Noia et al., 2012).

**Tabela 3** Caracterização do uso de medicações pelos participantes. N=731

Variáveis	N	%
<b>Anti-hipertensivo</b>		
Sim	472	64,57
Não	259	35,43
<b>Anti-hiperglicemiante</b>		
Sim	222	30,37
Não	509	69,63
<b>Psicotrópico</b>		
Sim	111	15,18
Não	620	84,82
<b>Anti-inflamatório</b>		
Sim	57	7,80
Não	674	92,20
<b>Analgésico</b>		
Sim	29	3,97
Não	702	96,03
<b>Variável</b>	<b>Média (±DP)</b>	<b>Mínimo/ Máximo</b>
Quantidade de medicamentos em uso	2,47 (±1,92)	0/ 9

**Fonte:** Dados da pesquisa (2024).

A Tabela 4 traz a caracterização clínica dos participantes. Predominou a classificação nutricional “Sobrepeso” (45%), seguido por “Obeso” (29%). Do total de pessoas idosas, 150 (20,46%) apresentaram perda de peso recente. A

literatura indica que existe um paradoxo da obesidade na população idosa, o qual se constitui pela maior probabilidade de indivíduos idosos obesos apresentarem melhores desfechos de saúde, principalmente quando comorbidades ou condições clínicas agudas estão presentes. Isto se dá em razão da preservação de reserva energética e de massa muscular, o que são fatores protetivos da fragilidade (Dramé; Godaert, 2023).

Por outro lado, a obesidade pode acarretar descontrole de parâmetros clínicos, como pressão arterial e glicemia, bem como impactar a autoestima e, conseqüentemente, a qualidade de vida. Batsis e Zagaria (2017) apontam que a obesidade em pessoas idosas impactam não apenas a morbimortalidade, mas também suas condições de vida e os riscos de institucionalização.

Desta maneira, a identificação de uma população idosa majoritariamente com sobrepeso e obesidade deve ser interpretada em consonância com as diversas nuances do contexto, de modo a direcionar a atenção primordialmente para a repercussão dessa condição na alteração de parâmetros clínicos e da qualidade de vida das pessoas idosas atendidos na APS.

Neste intuito, foram investigadas as médias de parâmetros clínicos relevantes na população estudada. A média de Pressão Arterial Sistólica foi de 135,67 ( $\pm 23,53$ ) mmHg e a de glicemia, 133,02 ( $\pm 57,0$ ) mg/dL.

Depreende-se que a média dos dois parâmetros está acima do padrão de normalidade esperado, o que levanta preocupações. Em relação à pressão arterial nas pessoas idosas, faz-se necessário que a APS volte sua atenção para a hipotensão e a hipertensão, uma vez que essa população é mais vulnerável aos efeitos adversos dos extremos pressóricos (Karayiannis, 2022).

**Tabela 4** Caracterização clínica dos participantes.

Variáveis	N	%
<b>Índice de Massa Corporal (N=720)</b>		
Normal	187	25,97
Sobrepeso	324	45,0
Obeso	209	29,03
<b>Perda de peso recente (N=733)</b>		
Sim	150	20,46
Não	583	79,54
Variáveis	Média ( $\pm$ DP)	Mínimo/ Máximo
Pressão Arterial Sistólica (N=706)	135,67 ( $\pm 23,53$ )	60/ 227

Pressão Arterial Diastólica (N=706)	77,93 ( $\pm$ 12,70)	30/ 140
Glicemia casual (N=418)	138,63 ( $\pm$ 59,62)	41/ 436
Glicemia de jejum (N=231)	122,90 ( $\pm$ 50,62)	53/ 369

**Fonte:** Dados da pesquisa (2024).

Hipertensão nas pessoas idosas é reconhecidamente um fator de risco de grande importância, com associação direta com a fragilidade e a vulnerabilidade desses indivíduos (Guasti et al., 2022). Embora a meta pressórica em pessoas idosas com hipertensão não seja um consenso entre os guidelines internacionais, estima-se que a manutenção da pressão arterial abaixo de 130/80 mmHg seja protetiva para pessoas com 65 anos ou mais (Alsarah; Alsara; Bachauwa, 2019).

Neste estudo, identifica-se que a média de Pressão Arterial Sistólica se encontra acima do ponto de corte seguro para a faixa etária, o que levanta preocupações sobre a prevenção cardiovascular nesse grupo. Nesse âmbito, ressalta-se a importância de que a APS garanta o contato frequente das pessoas idosas hipertensas e profissionais de saúde, visando monitorar sua condição, prevenir a ocorrência de agravos e promover a saúde no intuito de aumentar a capacidade de autocuidado e a qualidade de vida (Neves et al., 2017).

Com vistas a dar continuidade à análise do perfil clínico das pessoas idosas atendidas na APS, a Tabela 5 apresenta a caracterização da dor crônica nesse grupo.

Identifica-se dor com duração igual ou superior a três meses em aproximadamente 55% das pessoas idosas, com piora ao andar em 27,84% e melhora com o repouso em 38,5% (Tabela 5).

**Tabela 5** Identificação de dor crônica nas pessoas idosas.

Variáveis	N	%
<b>Tem dor com duração igual ou superior a 3 meses</b>		
Sim	395	54,48
Não	330	45,52
<b>Dor é como choque</b>		
Sim	301	41,69
Não	421	58,31
<b>Dor piora ao andar</b>		
Sim	201	27,84
Não	521	72,16
<b>Dor melhora com o repouso</b>		
Sim	278	38,50
Não	444	61,50

**Fonte:** Dados da pesquisa (2024).

A dor crônica revela-se como um problema de prevalência sustentada entre as pessoas idosas atendidas na APS. Estudo de Delarozza e colaboradores já revelava, em 2008, que essa condição estava presente em 69,3% das pessoas idosas usuárias da APS, com maior predominância naqueles com 80 anos ou mais e em quem apresentava depressão.

Outro estudo com população semelhante (Lini *et al.*, 2016) evidenciou prevalência de dor crônica em 54,7%, chegando a 64,8% em mulheres. Esse dado é bastante semelhante ao identificado na presente investigação, corroborando que o padrão de dor crônica na população idosa não está melhorando.

Sabe-se que o controle insuficiente da dor em pessoas idosas reduz substancialmente as habilidades sensoriais, a autonomia e a capacidade de realizar atividades instrumentais da vida diária, influenciando negativamente na qualidade de vida (Lemos *et al.*, 2019).

Em 2022, a CONITEC lançou o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dor Crônica, no qual sistematiza a avaliação e o manejo dessa condição (Brasil, 2022). Embora não seja específico para a população idosa ou para o nível primário de atenção à saúde, dessas diretrizes são um referencial de conduta apropriado para buscar controlar a dor crônica na população idosa. Assim, sua implementação é preponderante para intervir positivamente nesse cenário.

## **2.2 PERFIL COGNITIVO E DE AVALIAÇÃO AMBIENTAL DOS DOMICÍLIOS DE PESSOAS IDOSAS ATENDIDAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

A capacidade cognitiva é um dos mais importantes determinantes da qualidade de vida das pessoas idosas, uma vez que alterações nesse componente acarretam em prejuízos físicos, sociais e emocionais (Ribeiro; Yassuda, 2017). Embora de máxima relevância, as políticas públicas ainda não incipientes na promoção do envelhecimento bem sucedido pautado na preservação da cognição e do bem-estar da população idosa (Alves *et al.*, 2016).

Na Tabela 6 tem-se a caracterização da cognição e do humor dos idosos participantes deste estudo. Já na Tabela 7 se encontra a avaliação ambiental dos domicílios das pessoas idosas.

Cerca de 42% dos participantes receberam relatos recentes sobre estarem ficando mais esquecidos e 21,99% percebem piora do esquecimento nos últimos meses. Desânimo, tristeza ou desesperança foi sentido por 37,84% das pessoas idosas (Tabela 6).

Esses achados corroboram investigação comunitária recentemente realizada no Nordeste brasileiro mostrou que as pessoas idosas atendidas na APS possuem prevalência elevada de déficits cognitivos, os quais estão associados a estratos etários mais avançados, escolaridade, estado nutricional e capacidade funcional (Pereira *et al.*, 2020).

A literatura aponta que algumas intervenções realizadas na APS são efetivas para preservar a função cognitiva ou retardar o declínio cognitivo, como a avaliação multidimensional rápida, exames clínicos regulares e apoio matricial (Fassa *et al.*, 2019; Souza *et al.*, 2022). Ressalta-se que a Caderneta da Pessoa Idosa deve adequar-se para priorizar os registros de evolução das características de cognição e humor, dado que esse monitoramento pode guiar a adoção de diversas condutas multiprofissionais com potencial de intervir não somente na sintomatologia cognitiva, mas, também, em suas repercussões, como redução da adesão medicamentosa, não comparecimento a agendamentos de saúde, diminuição no apetite e capacidade de autocuidado diminuída.

**Tabela 6** Caracterização da cognição e humor das pessoas idosas. N=732

<b>Variáveis</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Alguém falou que está ficando esquecido</b>		
Sim	308	42,08
Não	424	57,92
<b>Piora do esquecimento nos últimos meses</b>		
Sim	161	21,99
Não	571	78,01
<b>Esquecimento está impedindo a realização de alguma atividade do cotidiano</b>		
Sim	117	15,98
Não	615	84,02
<b>No último mês sentiu desânimo, tristeza ou desesperança</b>		

Sim	277	37,84
Não	455	62,16
<b>No último mês perdeu o interesse ou prazer em atividades</b>		
Sim	145	19,81
Não	587	80,19

**Fonte:** Dados da pesquisa (2024).

A avaliação ambiental mostra que barras de apoio estão presentes em apenas 7,8% dos domicílios, enquanto a iluminação é tida como suficiente em 97% dos lares. Pisos uniformes e tapetes bem fixos não estão presentes em 31,83% dos domicílios e a área do chuveiro não possui antiderrapante na maior parte dos lares (Tabela 7).

A ausência desses itens de segurança ambiental aumenta substancialmente o risco de pessoas idosas sofrerem acidentes durante a realização de atividades de vida diária, bem como afetam sua capacidade de se deslocar e acessar os espaços do domicílio (Tissot; Vergara, 2023), o que implica na qualidade de vida.

Não foram localizados outros estudos que buscassem identificar o perfil de disponibilidade de elementos ambientais protetores no domicílio das pessoas idosas brasileiras, como barras de apoio, pisos uniformes, pisos antiderrapantes e outros. Isto destaca dois pontos importantes: o caráter inovador do presente estudo e a existência de lacunas na investigação e na intervenção de fatores tão relevantes para a morbimortalidade das pessoas idosas.

**Tabela 7** Avaliação ambiental do domicílio das pessoas idosas.

Variáveis	N	%
<b>Possui áreas de locomoção desimpedidas</b>		
Sim	560	76,50
Não	172	23,50
<b>Presença de barras de apoio</b>		
Sim	57	7,79
Não	675	92,21
<b>Pisos uniformes e tapetes bem fixos</b>		
Sim	499	68,17
Não	233	31,83
<b>Iluminação suficiente</b>		
Sim	707	96,58
Não	25	3,42
<b>Interruptores acessíveis</b>		
Sim	704	96,17

Não	28	3,83
<b>Área do chuveiro com antiderrapante</b>		
Sim	357	48,77
Não	375	51,23
<b>Box com abertura fácil ou presença de cortina bem firme</b>		
Sim	410	56,01
Não	322	43,99
<b>Armários de cozinha e quartos baixos, sem necessidade do uso de escada</b>		
Sim	586	80,05
Não	146	19,95
<b>Piso antiderrapante nas escadas</b>		
Sim	67	9,15
Não	665	90,85
<b>Escadas com corrimão firme dos dois lados</b>		
Sim	38	5,19
Não	694	94,81

**Fonte:** Dados da pesquisa (2024).

Revisão da Cochrane realizada em 2019 mostra que intervenções ambientais no domicílio de pessoas idosas não apenas reduz substancialmente o risco de queda, como também estimula o engajamento das pessoas idosas em atividades de vida diária. Além disso, capacitam as pessoas idosas a se deslocarem de maneira mais segura no ambiente externo ao domicílio (Clemson *et al.*, 2019).

As intervenções devem prever que nem todas as pessoas idosas possuem condições econômicas para realizar as adaptações domiciliares necessárias. No Brasil, as políticas voltadas à saúde da pessoa idosa não preveem o provimento de suporte financeiro para pessoas idosas e suas famílias realizem adaptações ambientais saudáveis, bem como não dispõem de protocolos a serem implementados pelos profissionais da APS nesse âmbito.

É imperativo que a coleta de informações ambientais na Caderneta da Pessoa Idosa seja utilizada para contribuir com o planejamento de ações sistematizadas e efetivas na redução dos riscos ambientais presentes no domicílio das pessoas idosas.

### **2.3 HÁBITOS DE VIDA DE PESSOAS IDOSAS ATENDIDAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Na Tabela 8 observam-se os hábitos de vida da população estudada. Cerca de 44% das pessoas idosas praticam algum tipo de atividade física pelo menos três vezes por semana, 6% não realizam ao menos três refeições ao dia, 10% não comem proteína animal diariamente e 14,5% consomem bebida alcoólica (Tabela 8).

**Tabela 8** Identificação de hábitos de vida das pessoas idosas.

<b>Variáveis</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Frequenta centros-dia, clubes ou grupos de convivência</b>		
Sim	188	26,07
Não	533	73,93
<b>Realiza trabalho voluntário</b>		
Sim	62	8,60
Não	659	91,40
<b>Tem atividade de lazer</b>		
Sim	226	31,35
Não	495	68,65
<b>Pratica algum tipo de atividade física pelo menos três vezes por semana</b>		
Sim	319	44,24
Não	402	55,76
<b>Gostaria de começar algum programa de atividade física</b>		
Sim	364	50,49
Não	357	49,51
<b>Faz no mínimo 3 refeições ao dia</b>		
Sim	677	93,90
Não	44	6,10
<b>Come frutas, legumes e verduras ao longo do dia</b>		
Sim	676	93,76
Não	45	6,24
<b>Em ao menos uma refeição diária come carnes, peixes ou ovos</b>		
Sim	647	89,74
Não	74	10,26
<b>Costume de consumir bebidas açucaradas, bolos, biscoitos e sobremesas</b>		
Sim	249	34,54
Não	472	65,46
<b>Utiliza grande quantidade de óleos, gorduras, açúcar e sal no preparo das suas refeições</b>		
Sim	155	21,50
Não	566	78,50
<b>Inclui a ingestão de água na rotina diária</b>		
Sim	509	70,60
Não	212	29,40
<b>Fuma algum produto do tabaco</b>		

Sim	102	14,15
Não	619	85,85
<b>Consome bebida alcoólica</b>		
Sim	105	14,56
Não	616	85,44
<b>Já sentiu necessidade de reduzir ou suspender o álcool</b>		
Sim	38	5,27
Não	683	94,73
<b>Alguém já criticou por beber</b>		
Sim	35	4,85
Não	686	95,15
<b>Sente-se culpado por beber</b>		
Sim	18	2,50
Não	703	97,50
<b>Costuma beber pela manhã</b>		
Sim	11	1,53
Não	710	98,47

**Fonte:** Dados da pesquisa (2024).

A literatura aponta que os centros de convivência das pessoas idosas constituem-se instituições promotoras da saúde ao ser corresponsável pelo suporte ao cuidado das pessoas idosas junto à Rede de Atenção à Saúde e às famílias (Derhun *et al.*, 2019). Os benefícios desses equipamentos para a promoção da saúde das pessoas idosas e de sua família são evidenciados pelo potencial em repercutir positivamente em mudanças nos hábitos de vida e nos inter-relacionamentos, sendo fundamental ampliar a assistência multidisciplinar capacitada em gerontogeriatrics nessas instituições (Scolari *et al.*, 2020).

No presente estudo, apenas 26,07% das pessoas idosas frequentam os centros de convivência, o que evidencia uma demanda e um potencial reprimidos para a aquisição dos benefícios promovidos pela presença nesses locais. Este dado destaca a importância de fortalecer os centros de convivência para pessoas idosas nas políticas públicas municipais voltadas para a população idosa, por meio de sua construção, manutenção e aproximação com as equipes da APS.

A realização de atividades de lazer foi relatada por um percentual similar de pessoas idosas, de 31,35%, reforçando a realidade da presença insuficiente de recursos promotores de qualidade de vida na rotina dos idosos atendidos na APS.

Estudo recente realizado na região Sul mostrou que lazer está presente no cotidiano de 79,8% das pessoas idosas (Pitilin *et al.*, 2020), enquanto

investigação semelhante na região Sudeste mostrou percentual de 28,4% (Zaitune *et al.*, 2010). Já a Pesquisa Nacional de Saúde, realizada em 2013, mostra que a prevalência de pessoas idosas ativos no lazer foi de 13,3% (Dourado *et al.*, 2021).

Embora não tenham sido identificadas estimativas para a região Nordeste, aponta-se que em condições socioeconômicas limitadas as opções de lazer devem ser fundamentadas em espaços ofereçam bem-estar e acolhimento, como os centros de convivência e as praças.

Assim como a realização de atividades de lazer, a prática regular de atividade física nas pessoas idosas da APS incluídos neste estudo também foi ligeiramente superior ao padrão encontrado na literatura. Uma investigação de base populacional (Ribeiro *et al.*, 2016) realizada em identificou que a prevalência de inatividade física em pessoas idosas é de 70,1% (IC 95%: 66,0%-74,0%). Já o estudo de Giehl *et al.* (2012) indica que a prevalência de atividade física em pessoas idosas é de 29,7% (IC95% 26,0; 33,3), sendo de 35,6% (IC95% 29,7; 41,6) entre os homens e 26,3% (IC95% 23,1; 29,4) entre as mulheres.

O cenário mais favorável encontrado no presente estudo aponta para o sucesso de ações promotoras do lazer e da prática de atividade física no município investigado, ao passo que permite compreender que há espaço para ampliação dos programas e ações disponíveis. Ressalta-se a relevância de expandir a oferta de lazer e prática física para pessoas idosas em conjunto com a APS, visando dirimir a fragilidade e a vulnerabilidade das pessoas idosas que, como comprovado nesta investigação, em geral possuem diversas comorbidades.

É sabido que a qualidade de vida buscada com a prática regular de atividade física não pode ser alcançada sem a combinação com a alimentação segura e saudável. Estudo de Pereira *et al.* (2020), derivado da Pesquisa Nacional de Saúde, mostrou que a prevalência de padrão alimentar saudável em pessoas idosas é a segunda menor do Brasil e os melhores padrões são encontrados em pessoas idosas do sexo feminino, de cor/raça branca, residentes nas regiões Sudeste e Sul, que não fumam e que praticavam atividade física.

#### **5.4 VULNERABILIDADE EM PESSOAS IDOSAS ATENDIDAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

A Tabela 9 apresenta a caracterização de vulnerabilidade das pessoas idosas participantes do estudo de acordo com o instrumento VES-13. Depreende-se que a autopercepção de saúde é majoritariamente regular ou ruim (39,29%), embora seja considerada boa por 37,79% dos participantes. Tem-se, assim, amplitude de percepção, o que pode estar relacionado a condições socioeconômicas e de condições de saúde.

Estudo realizado no Rio Grande do Sul identificou que a prevalência da autopercepção negativa da saúde das pessoas idosas é de aproximadamente 41%, sendo pior em mulheres com três ou mais doenças crônicas não transmissíveis e que não praticavam atividade física (Lindemann *et al.*, 2019).

Em contrapartida, outros levantamentos apontam para a existência de percepções ainda mais negativas entre as pessoas idosas, como o estudo de Ribeiro *et al.* (2018), o qual apontou autopercepção negativa de saúde em 70,10% das pessoas idosas e associação entre a autopercepção negativa em saúde e o humor desses indivíduos. Estes achados levantam a importância de utilizar a CPI para monitorar sistematicamente, em nível populacional, a autopercepção de saúde das pessoas idosas atendidas na APS e correlacionar os resultados com as condições de saúde de cada comunidade do território.

A Tabela 9 traz, ainda, a distribuição etária das pessoas idosas atendidas na APS. Predominaram os idosos mais jovens, entre 60 e 74 anos, o que, até certo ponto, é protetivo do ponto de vista da vulnerabilidade dos idosos em nível comunitário. A vulnerabilidade mostra-se mais acentuada em idosos longevos (Santos *et al.*, 2018), com 85 anos ou mais, que contabilizaram apenas 2,86% dos participantes neste estudo.

**Tabela 9** Caracterização de vulnerabilidade de acordo com o instrumento VES-13.

<b>Variáveis</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Autopercepção de saúde</b>		
Excelente	97	13,23
Muito boa	71	9,69
Boa	277	37,79
Regular	247	33,70
Ruim	41	5,59
<b>Faixa etária</b>		
60 a 74 anos	565	77,08

75 a 84 anos	147	20,05
≥ 85 anos	21	2,86
<b>Dificuldade para curvar-se, agachar-se ou ajoelhar-se</b>		
Nenhuma dificuldade	590	80,49
Muita dificuldade	143	19,51
<b>Dificuldade para levantar ou carregar objetos com peso aproximado de 5 kg</b>		
Nenhuma dificuldade	590	80,49
Muita dificuldade	143	19,51
<b>Dificuldade para elevar ou estender os braços acima do nível do ombro</b>		
Nenhuma dificuldade	672	91,68
Muita dificuldade	61	8,32
<b>Dificuldade para escrever ou manusear e segurar pequenos objetos</b>		
Nenhuma dificuldade	701	95,63
Muita dificuldade	32	4,37
<b>Dificuldade para andar 400 metros</b>		
Nenhuma dificuldade	640	87,31
Muita dificuldade	93	12,69
<b>Dificuldade para fazer serviço doméstico pesado</b>		
Nenhuma dificuldade	548	74,76
Muita dificuldade	185	25,24
<b>Deixou de fazer compras por causa da saúde ou condição física</b>		
Sim	66	9,0
Não	667	91,0
<b>Deixou de controlar seu dinheiro, gastos ou contas por causa da saúde ou condição física</b>		
Sim	61	8,32
Não	672	91,68
<b>Deixou de caminhar dentro de casa por causa da saúde ou condição física</b>		
Sim	17	2,32
Não	716	97,68
<b>Deixou de realizar tarefas domésticas leves por causa da saúde ou condição física</b>		
Sim	39	5,32
Não	694	94,68
<b>Deixou de tomar banho sozinho (a) por causa da saúde ou condição física</b>		
Sim	18	2,46
Não	715	97,54

**Fonte:** Dados da pesquisa (2024).

Na Tabela 9 também são encontrados resultados sobre dificuldades físicas encontradas nas pessoas idosas. Muita dificuldade para curvar-se, agachar-se ou ajoelhar-se, bem como para levantar ou carregar objetos com peso aproximado de 5 kg, foi encontrada em 19,51% dos participantes, enquanto dificuldade para andar 400 metros esteve presente em 12,69% das pessoas idosas.

Levantamento realizado em 2017 (Barbosa *et al.*, 2017), na Paraíba, revelou que 70,5% das pessoas idosas que possuem dificuldades para levantar ou carregar peso com aproximadamente 5kg possuem vulnerabilidades individuais. Este percentual é de 76,6% em relação à dificuldade para andar 400 metros, mostrando que ambas as limitações de mobilidade são indicativas de fragilidade e vulnerabilidade em pessoas idosas.

Ações relacionadas às atividades de vida diária que deixam de ser realizadas como rotina pelas pessoas idosas também são parâmetros que podem indicar a presença ou a evolução da vulnerabilidade nessa população. Cerca de 9% das pessoas idosas deixaram de fazer compras por causa da saúde ou condição física e 8,32% deixaram de controlar seu dinheiro, gastos ou contas por causa da saúde ou condição física.

O estudo de Cruz, Beltrame e Dallacosta (2019) mostrou que, entre pessoas idosas vulneráveis, 68,7% deixaram de realizar suas compras, 56,9% não são mais responsáveis pelo próprio dinheiro e 45,5% deixaram de realizar atividades domésticas. Isto evidencia a importância desses parâmetros na indicação de vulnerabilidade, sendo, portanto, imperativo investigar sua progressão transversalmente durante as ações multiprofissionais realizadas na APS.

A literatura aponta que sistemas eletrônicos, sejam em formato de aplicativos móveis ou de softwares instalados nas unidades de saúde, são eficazes para monitorar a progressão de fragilidade e vulnerabilidade das pessoas idosas (Friedrich *et al.*, 2023). É sabido que as Unidades Básicas de Saúde (UBS) no Brasil ainda baseiam seus controles em sistemas físicos e não digitais, uma vez que o uso de prontuário eletrônico na APS ainda não é uma realidade amplamente difundida no país. Com isso, a incorporação de sistemas eletrônicos para monitorar a mobilidade e a funcionalidade de pessoas idosas na APS ainda é uma realidade inalcançável na maior parte das UBS, o que reforça o papel primordial de registro e acompanhamento da CPI pela equipe multiprofissional da APS.

A Tabela 10, apresentada a seguir, traz a caracterização da vulnerabilidade das pessoas idosas participantes do estudo. Identifica-se que 71,49% estavam classificados como idosos robustos, portanto, fora de estratos

de vulnerabilidade. No entanto, 19,65% eram pessoas idosas em risco de fragilização e 8,87% eram idosos frágeis.

Esses achados são parcialmente similares aos de uma investigação de nível populacional, no estado do Paraná, que encontrou 59,8% de idosos robustos e 23,6% de idosos frágeis (Cruz; Beltrame; Dallacosta, 2019). Maia *et al.* (2020) mostraram que idosos de 60 a 79 anos apresentam robustez de, aproximadamente, 55% e em idosos de 80 anos ou mais essa prevalência cai para 19,3%.

Estudos publicados recentemente (Santos; Pavarini; Brito, 2010; Barbosa *et al.*, 2019; Cruz *et al.*, 2019) mostram que o sexo feminino é um componente de especial importância para a fragilidade da pessoa idosa, o que demanda da APS atenção direcionada a esse público visando promover o envelhecimento saudável.

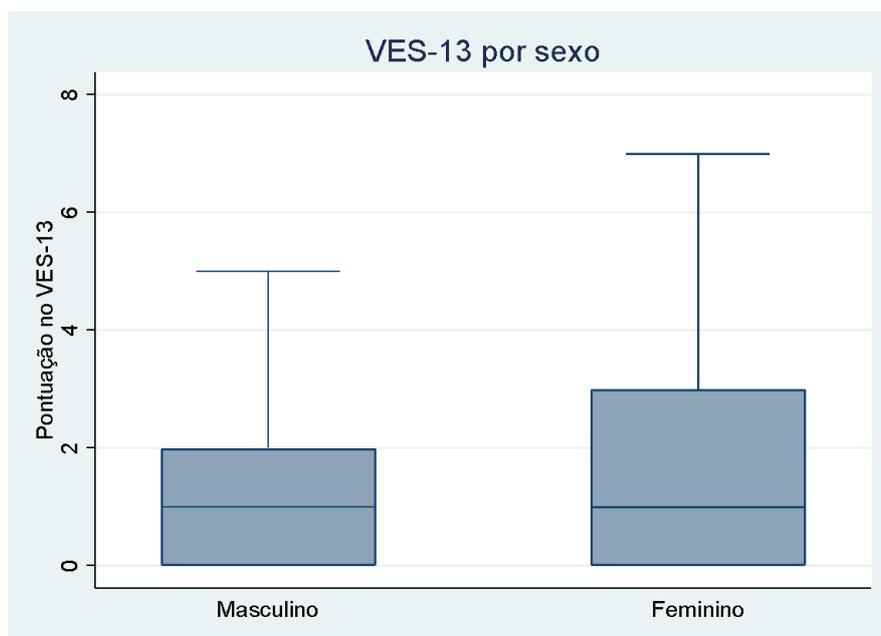
**Tabela 10** Caracterização da vulnerabilidade das pessoas idosas. N=733

Vulnerabilidade		N	%
<b>Classificação da vulnerabilidade</b>			
Idosos robustos		524	71,49
Idoso em risco de fragilização		144	19,65
Idoso frágil		65	8,87
<b>Pontuação obtida</b>	<b>Média (±DP)</b>	<b>Mediana (IIQ)</b>	<b>Mínimo/ máximo</b>
VES-13	1,96 (±2,35)	1 (10)	0/ 10

**Fonte:** Dados da pesquisa (2024).

O Gráfico 1 mostra que a mediana da distribuição da pontuação obtida no VES-13 não é substancialmente distinta por sexo, no entanto a variabilidade encontrada entre idosas é bastante ampla, demonstrando que nesse grupo há perfis mais heterogêneos de vulnerabilidade, incluindo extremos de vulnerabilidade que precisam ser objeto de atenção das equipes responsáveis.

**Gráfico 1** Boxplot representativo da distribuição da pontuação obtida no VES-13 por sexo.



**Fonte:** Dados da pesquisa (2024).

A Tabela 11 exibe a associação entre características sociodemográficas, clínicas e de hábitos de vida com a classificação de vulnerabilidade.

Corroborando as evidências apresentadas na literatura recente (Santos; Pavarini; Brito, 2010; Cruz; Beltrame; Dallacosta, 2019; Maia *et al.*, 2020), sexo ( $p < 0,001$ ), escolaridade (0,018) e situação conjugal (0,003) mostram associação estatisticamente significativa com o estado de vulnerabilidade da pessoa idosa.

Cruz, Beltrame e Dallacosta (2019) mostram que 42,9% das idosas são vulneráveis, enquanto nas pessoas idosas essa prevalência é de 30%. No presente estudo, a diferença de prevalência de fragilidade por sexo foi ainda superior, uma vez que, entre as pessoas idosas frágeis, 78,46% eram do sexo feminino.

Estes achados levantam a necessidade premente de realizar investigações posteriores, preferencialmente qualitativas, para compreender em maior profundidade a maior exposição à vulnerabilidade nas idosas.

A menor prevalência de fragilidade (20%) foi identificada em pessoas idosas com oito ou mais anos de escolaridade e a maior prevalência, naqueles com nenhuma escolaridade (36,92%). Esse achado é corroborado por Cabral *et al.* (2019), cujo estudo revela que a Razão de Prevalência de vulnerabilidade de pessoas idosas não alfabetizadas é 1,50 (IC95% 1,23-1,83) maior em comparação as pessoas idosas alfabetizadas.

Esses resultados evidenciam a importância de investimento e estímulo à educação no entardecer da vida, por meio de iniciativas que priorizam a alfabetização e o aprendizado contínuo de pessoas idosas, concedendo a estas oportunidades para continuar seu percurso de desenvolvimento por meio do acesso ao conhecimento, à formação e à cultura (Barros *et al.*, 2021).

**Tabela 11** Associação entre características sociodemográficas, clínicas e de hábitos de vida com a classificação de vulnerabilidade.

Variáveis	Classificação de vulnerabilidade						Valor de p
	Idoso robusto		Idoso em risco de vulnerabilidade		Frágil		
	N	%	N	%	N	%	
<b>Sexo</b>							<0,001
Feminino	293	55,92	100	69,44	51	78,46	
Masculino	231	44,08	44	30,56	14	21,54	
<b>Escolaridade</b>							0,018
Nenhuma	115	21,95	37	25,69	24	36,92	
1 a 3 anos	146	27,86	46	31,94	16	24,62	
4 a 7 anos	146	27,86	44	30,56	12	18,46	
8 anos ou mais	117	22,33	17	11,81	13	20,0	
<b>Situação conjugal<sup>II</sup></b>							0,003
Sem companheiro (a)	243	46,82	63	44,06	16	24,62	
Com companheiro (a)	276	53,18	80	55,94	49	75,38	
<b>Possui religião</b>							0,423
Sim	501	95,61	134	93,06	61	93,85	
Não	23	4,39	10	6,94	4	6,15	
<b>Diabetes</b>							0,070
Sim	140	26,87	45	31,25	26	40,0	
Não	381	73,13	99	68,75	39	60,0	
<b>Hipertensão Arterial</b>							0,004
Sim	293	56,24	94	65,28	49	75,38	
Não	228	43,76	50	34,72	16	24,62	
<b>Depressão</b>							0,446
Sim	35	6,72	12	8,33	7	10,77	
Não	486	93,28	132	91,67	58	89,23	
<b>Anti-hipertensivo</b>							0,054
Sim	324	62,07	99	68,75	49	75,38	
Não	198	37,93	45	31,25	16	24,62	
<b>Anti-hiperglicemiante</b>							0,198
Sim	152	29,12	44	30,56	26	40,0	
Não	370	70,88	100	69,44	39	60,0	
<b>Psicotrópico</b>							0,001
Sim	63	12,07	32	22,22	16	24,62	

Não	459	87,93	112	77,78	49	75,38	
<b>Piora do esquecimento nos últimos meses</b>							<0,001
Sim	85	16,22	46	32,17	30	46,15	
Não	438	83,78	97	67,83	35	53,85	
<b>Esquecimento está impedindo a realização de alguma atividade do cotidiano</b>							
Sim	60	11,45	31	21,68	26	40,0	<0,001
Não	464	88,55	112	78,32	39	60,0	
<b>Tem dor com duração igual ou superior a 3 meses</b>							0,014
Sim	264	51,06	89	62,24	42	64,62	
Não	253	48,94	54	37,76	23	35,38	
<b>Frequenta centros-dia, clubes ou grupos de convivência</b>							0,423
Sim	141	27,33	34	23,94	13	20,63	
Não	375	72,67	108	76,06	50	79,37	
<b>Tem atividade de lazer</b>							0,007
Sim	178	34,50	37	26,06	11	17,46	
Não	338	65,50	105	73,94	52	82,54	
<b>Pratica algum tipo de atividade física pelo menos três vezes por semana</b>							<0,001
Sim	258	50,0	48	33,80	13	20,63	
Não	258	50,0	94	66,20	50	79,37	

|| Desconsideradas as respostas "Outros".

**Fonte:** Dados da pesquisa (2024).

A análise da vulnerabilidade entre pessoas idosas atendidas na Estratégia Saúde da Família no município de Parnamirim revela que fatores sociodemográficos, clínicos e de estilo de vida influenciam diretamente na condição de vulnerabilidade dessa população. Observa-se que o grupo de pessoas idosas classificadas como "frágeis" apresenta uma prevalência significativamente maior de mulheres (78,46%,  $p < 0,001$ ) em comparação aos homens. Esse dado reflete o padrão observado em estudos de envelhecimento, onde mulheres apresentam maior risco de fragilidade, possivelmente devido a uma combinação de fatores, como maior longevidade e maior incidência de doenças crônicas. A escolaridade também mostrou associação significativa com a vulnerabilidade, onde pessoas idosas sem escolaridade formal (36,92%,  $p = 0,018$ ) estão mais presentes no grupo frágil, sugerindo que o nível educacional pode influenciar o acesso à informação, adesão a práticas de autocuidado e, conseqüentemente, o perfil de saúde.

Ao delinear as características sociodemográficas e clínicas, observa-se que a condição conjugal e a presença de hipertensão arterial são fatores associados à vulnerabilidade. Pessoas idosas com companheiro tendem a ser menos frágeis (24,62% dos frágeis não possuem companheiro,  $p=0,003$ ), sugerindo que o suporte emocional e social fornecido pelo parceiro pode atuar como fator de proteção. Já a hipertensão arterial, presente em 75,38% dos idosos frágeis ( $p=0,004$ ), destaca-se como uma condição clínica comum entre os mais vulneráveis, reforçando a importância do controle de doenças crônicas para minimizar a fragilidade e manter a autonomia.

A prevalência de fatores que indicam maior vulnerabilidade, como a piora na memória recente e o esquecimento que interfere nas atividades do cotidiano, foi especialmente alta entre idosos frágeis. Esse grupo apresenta, em proporção significativamente maior, piora do esquecimento (46,15%,  $p<0,001$ ) e dificuldades em atividades diárias devido ao esquecimento (40%,  $p<0,001$ ), o que pode impactar negativamente na qualidade de vida e no cuidado adequado da saúde. Essas limitações cognitivas, quando não tratadas, tendem a agravar o quadro de vulnerabilidade e podem aumentar a dependência de terceiros.

A análise dos fatores associados à vulnerabilidade mostra que o uso de psicotrópicos, a presença de dor crônica e o baixo nível de atividades físicas são mais comuns entre pessoas idosas classificadas como frágeis. O uso de medicamentos psicotrópicos foi significativamente mais alto (24,62%,  $p=0,001$ ), o que pode estar relacionado a um aumento de fragilidade devido ao potencial impacto desses fármacos no estado mental e físico. Além disso, idosos frágeis que relataram dor com duração superior a três meses representam 64,62% ( $p=0,014$ ) do grupo, evidenciando a necessidade de abordagens para o manejo da dor crônica nessa população. A falta de atividade física regular foi outro fator marcante entre os idosos frágeis (79,37%,  $p<0,001$ ), reforçando o papel da atividade física como elemento essencial para a prevenção de fragilidade e promoção da saúde no envelhecimento.

Ao caracterizar o perfil de vulnerabilidade, observou-se que a falta de atividades de lazer e participação em grupos de convivência também se correlaciona com maior vulnerabilidade. Apenas 17,46% das pessoas idosas frágeis têm atividades de lazer ( $p=0,007$ ), sugerindo que o isolamento social e a falta de engajamento em atividades recreativas podem intensificar a

vulnerabilidade. A socialização e a participação em atividades lúdicas são conhecidas por promoverem bem-estar psicológico e físico, o que justifica a necessidade de incentivar a integração das pessoas idosas em grupos de convivência e atividades sociais como forma de reduzir o risco de fragilidade.

No que concerne às comorbidades, neste estudo identificou-se que somente a hipertensão arterial ( $p=0,004$ ) está associada ao estado de vulnerabilidade nas pessoas idosas. A hipertensão arterial é uma doença de alta prevalência na população idosa e associada à fragilidade. A presença dessa condição em pessoas idosas aumenta a vulnerabilidade para desenvolver complicações como quedas e disfunção renal, o que, por sua vez, exponencia a fragilidade das pessoas idosas (Oliveros, 2020). Apesar dessa importância, o rastreio da fragilidade entre pessoas idosas hipertensas não é priorizado durante a avaliação geriátrica (Fariás-Antúnez; Fassa, 2019).

O estudo de Cruz, Beltrame e Dallacosta (2019) mostrou que 46,7% das pessoas idosas com diabetes eram frágeis e Fariás-Antúnez e Fassa (2019) identificaram que a Razão de Prevalência de vulnerabilidade em idosos diabéticos é 2,04 (IC95% 1,59;2,67) em comparação a idosos sem diabetes. No entanto, a presente investigação não encontrou associação entre diabetes e vulnerabilidade. Este achado pode se dar em razão do elevado controle da doença entre a população estudada.

Outro elemento relevante no que concerne à vulnerabilidade das pessoas idosas é a função cognitiva. Metanálise recente sugere que fragilidade cognitiva em pessoas idosas é um preditor de mortalidade (Qiu *et al.*, 2023). Neste estudo, uso de psicotrópico ( $p=0,001$ ), piora do esquecimento nos últimos meses ( $p<0,001$ ) e esquecimento que impede a realização de alguma atividade do cotidiano ( $p<0,001$ ) se mostraram associados à vulnerabilidade em pessoas idosas.

Entre os idosos robustos, 12,07% usavam psicotrópicos e entre os idosos frágeis, 24,62% utilizavam esse tipo de medicação. Bednarczyk *et al.* (2022) mostram que o uso de medicação psicotrópica aumenta com o avanço da idade e está associado com vulnerabilidade, risco de quedas, ocorrência de Acidente Vascular Cerebral e mortalidade.

Os estudos nacionais sobre vulnerabilidade em pessoas idosas investigam de maneira incipiente o uso dessa medicação, assim como a APS

não possui estratégias sistemáticas de monitoramento dos impactos das medicações psicotrópicas nos usuários. Tem-se, nesse contexto, oportunidade de melhoria a ser implementada a partir dos achados apresentados.

Esses resultados são corroborados pela piora progressiva do estado de vulnerabilidade à medida que o esquecimento se torna mais frequente. Faria *et al.* (2013) apontam que a idade atua como modificadora de efeito na associação entre fragilidade e desempenho cognitivo, o que demanda esforços da APS, bem como das políticas públicas vinculadas, quanto à preservação da função cognitiva de pessoa idosa almejando o envelhecimento saudável.

Revisão de literatura recente (Souza *et al.*, 2022) mostra que ações em grupo contribuem para a redução de sintomas depressivos na APS, assim como intervenções de educação em saúde na perspectiva da aprendizagem ativa, visando à alfabetização em saúde, e as oficinas de memória, que fortalecem espaços de socialização.

A dor crônica, com duração igual ou superior a três meses, mostrou associação com a vulnerabilidade nas pessoas idosas participantes deste estudo ( $p=0,014$ ). Este achado é corroborado por Nakai *et al.* (2019), que mostram que a chance de pessoas idosas com dor crônica serem vulneráveis é 1,68 (IC95% 1,03; 2,76) maior em comparação a pessoas idosas sem dor crônica. De maneira similar, Lemos *et al.* (2019) apontam que a dor crônica em pessoas idosas impacta na funcionalidade, vulnerabilidade e qualidade de vida.

Prática de atividade física ( $p<0,001$ ) e de atividades de lazer ( $p=0,007$ ) apresentaram associação com vulnerabilidade nas pessoas idosas deste estudo. Cerca de 34% das pessoas idosas robustas realizam atividades de lazer, enquanto essa frequência é de 17,4% nos idosos vulneráveis. Já a prática de atividade física é relatada por 50% dos idosos robustos e por 20,6% dos idosos vulneráveis.

A pesquisa de abordagem somente quantitativa limita a compreensão da direção dessa relação. Sabe-se que a inatividade física e o lazer incipientes são preditores de vulnerabilidade (Zhao *et al.*, 2022), mas, simultaneamente, a presença de vulnerabilidade limita a capacidade da pessoa idosa realizar atividade física e ter oportunidades de lazer.

Estudos realizados no escopo da APS brasileira mostram que intervenções do tipo grupo de caminhada e exercícios, grupos de coluna e

grupos de jogos são benéficas para estimular a prática física e dirimir os efeitos da fragilidade em pessoas idosas (Rocha *et al.*, 2011; Olympio; Alvim, 2018). Exercícios físicos mostra-se capaz de atenuar a fragilidade em pessoas idosas, quando comparado a outras intervenções (Pillatt; Nielsson; Schneider, 2019).

O panorama de elementos associados à vulnerabilidade de pessoas idosas atendidos na APS revela que existem inúmeros fatores modificáveis que devem ser objeto de intervenção das equipes multiprofissionais e das políticas públicas ligadas à promoção do envelhecimento saudável e digno. Mesmo diante de fatores relevantes de composição não-modificável, como o sexo feminino, existe espaço para intervenção, uma vez que as estratégias de abordagem, monitoramento e acompanhamento devem se adaptar aos grupos mais vulneráveis visando respeitar a equidade enquanto princípio fundamental do Sistema Único de Saúde.

A CPI é o instrumento de coleta e monitoramento de informações mais amplamente acessível no âmbito da APS, devendo ser fortalecido por meio da incorporação de uso em todos os processos que envolvem a pessoa idosa na APS.

Além de buscar apresentar e discutir o perfil de vulnerabilidade das pessoas idosas, este estudo buscou, também, apontar a relevância da coleta e análise sistemática desses dados na APS para que sejam planejadas e implementadas intervenções eficazes voltadas aos grupos em maior risco de vulnerabilidade. Dado que sistemas de prontuário eletrônico ainda não são a realidade da APS no Brasil, a CPI permanece sendo o principal fio de ligação entre as informações dos idosos atendidos na APS e a implementação de intervenções centradas na pessoa idosa em risco de vulnerabilidade.

Vale ressaltar que, a vulnerabilidade social foi identificada em algumas regiões de Parnamirim, o que sugere a necessidade de políticas públicas mais focadas nessas áreas. No entanto, a vulnerabilidade biológica dos idosos foi menor do que o esperado, o que pode ser atribuído à amostra selecionada, que pode não refletir toda a diversidade da população idosa. Além disso, fatores protetores, como acesso a cuidados clínicos e adoção de comportamentos saudáveis, pode ter influenciado esses resultados, atenuando a vulnerabilidade biológica.

Uma limitação importante do estudo foi o uso de dados secundários, que podem não ter capturado todas as condições de saúde dos idosos, como doenças crônicas ou o histórico médico completo. Para futuras pesquisas, seria interessante investigar de forma mais aprofundada as interações entre vulnerabilidade social e biológica, utilizando uma abordagem mais abrangente e longitudinal, que permita analisar os fatores de risco e proteção ao longo do tempo.

Entretanto, este estudo apresenta limitações inerentes ao tipo de delineamento transversal. A coleta de dados em um único momento permitiu uma análise estática e pontual de cada participante. No entanto, fatores relacionados à pessoa idosa estão em constante transformação, demandando monitoramento contínuo para uma compreensão mais ampla de suas dinâmicas. Além disso, a utilização exclusiva de uma abordagem quantitativa restringiu uma análise mais profunda das relações entre os fatores de risco e o estado de vulnerabilidade, dificultando a captura de aspectos subjetivos que poderiam enriquecer os resultados.

Apesar de suas limitações, esta investigação incluiu amostragem ampla e representativa de um território análogo a centenas de outros municípios brasileiros, o que fomenta o potencial de generalização dos resultados.

Os achados apresentados neste estudo apontam para a valorização da CPI enquanto instrumento a ser utilizado, e atualizado, em todos os processos de cuidado voltados a esses usuários. Dada a importância desse recurso, sugere-se que versões futuras incluam mais espaços que estimulem o acompanhamento de fatores de risco-chave, como aqueles que apresentaram associação estatisticamente significativa com a vulnerabilidade.

## CAPÍTULO 3:

### Produto Técnico-Tecnológico (PTT):

O Produto Técnico-Tecnológico (PTT) desenvolvido consiste em um guia prático para orientar profissionais de saúde na utilização adequada da CPI no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS) (**Apêndice B**). Classificado como manual ou protocolo (I), o guia oferece uma abordagem padronizada para a aplicação e análise da caderneta, com foco na identificação de vulnerabilidades e riscos por meio do instrumento VES-13. A proposta é facilitar o uso desse recurso como uma ferramenta de apoio à prática clínica e à gestão da saúde da pessoa idosa.

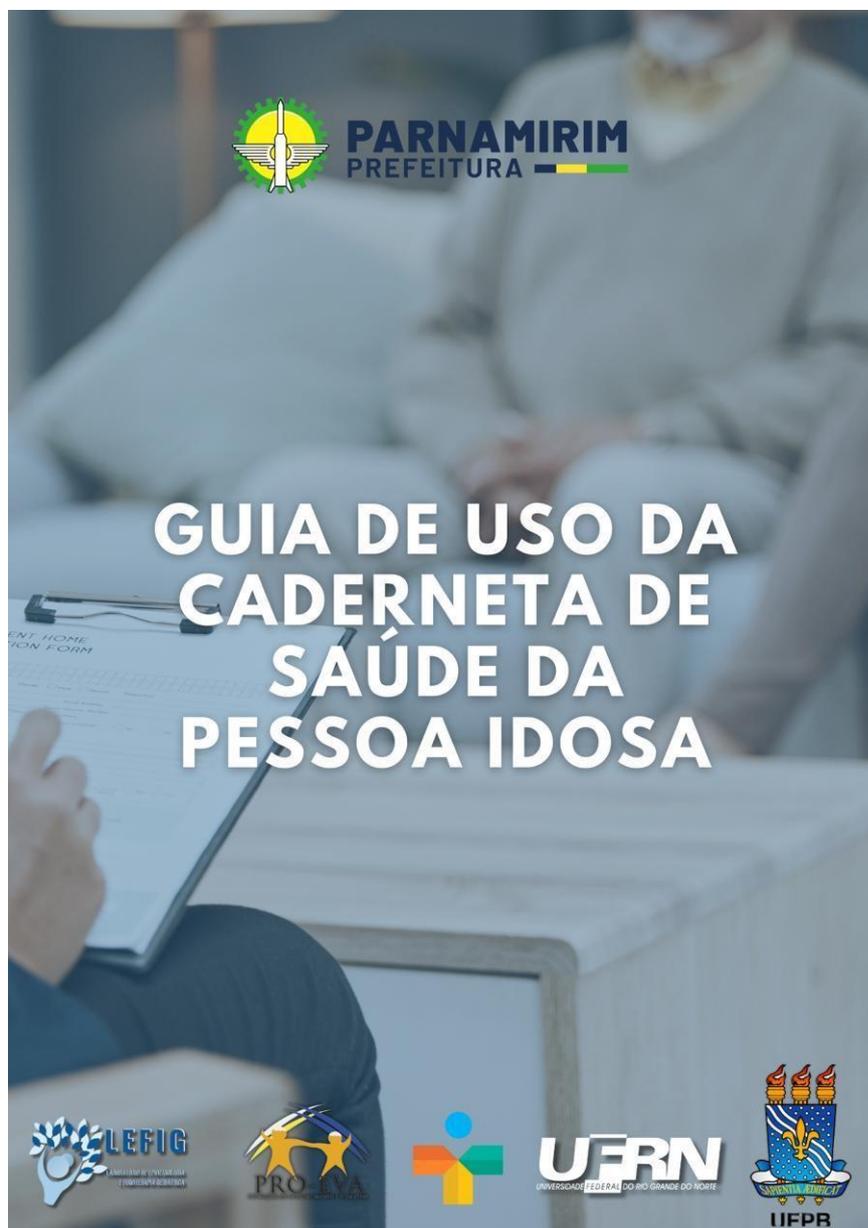
O objetivo principal do PTT é subsidiar os profissionais de saúde com orientações claras e estruturadas, promovendo o uso eficaz da caderneta para coletar, registrar e interpretar dados relevantes sobre as condições de saúde dos idosos. Destina-se especialmente a médicos, enfermeiros, agentes comunitários de saúde e outros trabalhadores da APS, fornecendo suporte para o planejamento e a execução do cuidado, além de embasar ações interdisciplinares e individualizadas voltadas para a redução de vulnerabilidades.

O guia detalha as etapas da aplicação da caderneta, com instruções práticas para coleta de informações e preenchimento correto, destacando a integração do VES-13 como instrumento central na avaliação de fragilidade. Ele também sugere fluxos de trabalho e estratégias para o acompanhamento contínuo, promovendo a identificação precoce de condições clínicas e funcionais que possam impactar negativamente a saúde do idoso.

O desenvolvimento do PTT envolveu um processo participativo com diferentes atores, como gestores, que contribuíram para a viabilização da implementação, e profissionais de saúde, que testaram e validaram o guia em campo. Usuários, especialmente idosos e seus cuidadores, participaram fornecendo dados que ajudaram a ajustar e validar o conteúdo do manual. Esse envolvimento assegurou que o PTT fosse aplicável, acessível e relevante para as necessidades reais do serviço.

Atualmente, o guia ainda não foi disponibilizado para uso nos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) em Parnamirim, Rio Grande do Norte. Contudo, encontra-se aguardando a obtenção do ISBN e será publicado na Biblioteca Municipal de Parnamirim, sendo posteriormente disponibilizado aos profissionais de saúde da região. O guia tem grande potencial para padronizar práticas e qualificar o cuidado à saúde da pessoa idosa, oferecendo um recurso técnico e didático para os profissionais. Seu objetivo é também fortalecer a gestão pública ao proporcionar uma ferramenta prática para a coleta e análise de informações, com capacidade de subsidiar políticas públicas voltadas à promoção do envelhecimento saudável e à redução das desigualdades em saúde (Figura 6).

**Figura 6.** Guia de uso da caderneta de saúde da pessoa idosa (2024).



## **CAPÍTULO 4:**

### **5. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Este estudo destaca as complexas vulnerabilidades enfrentadas pela população idosa atendida pela Estratégia Saúde da Família, envolvendo dimensões de saúde física, mental e social. As principais demandas incluem a presença de comorbidades, limitações cognitivas, dor crônica e sentimentos de tristeza, que apontam para a necessidade de um cuidado integral e contínuo. Adicionalmente, fatores como condições inadequadas no ambiente domiciliar e hábitos de vida sedentários reforçam a urgência de intervenções voltadas à promoção do envelhecimento saudável e à mitigação de riscos.

Nesse contexto, a CPI emerge como um instrumento essencial para a organização do cuidado, permitindo uma abordagem estruturada e sistemática. O Produto Técnico-Tecnológico (PTT) desenvolvido, na forma de um guia prático para a aplicação da caderneta, representa um avanço significativo no suporte à prática profissional e à gestão da saúde na Atenção Primária. Este guia visa não apenas facilitar a utilização da caderneta, mas também ampliar sua efetividade como ferramenta de triagem e acompanhamento, com base no instrumento VES-13, auxiliando na identificação precoce de vulnerabilidades e no planejamento de intervenções individualizadas.

A conclusão desta dissertação reforça a necessidade de ampliar a implementação do guia prático nos serviços de saúde, bem como de promover capacitações para os profissionais da APS, garantindo que a CPI seja utilizada em sua totalidade. Além disso, recomenda-se a continuidade de estudos para avaliar o impacto dessa ferramenta no cuidado à saúde da pessoa idosa, especialmente em relação à sua contribuição para a redução de desigualdades, a promoção de qualidade de vida e o fortalecimento das políticas públicas voltadas ao envelhecimento saudável. Dessa forma, o presente trabalho contribui para o aprimoramento das práticas assistenciais e para o avanço do conhecimento na área de saúde do idoso, fortalecendo o compromisso com um cuidado mais equitativo e humanizado.

Além disso, para aprimorar a aplicabilidade da caderneta, é essencial considerar possíveis mudanças em sua estrutura e formato, tornando-a mais acessível e eficiente para os profissionais da Atenção Primária. A digitalização do instrumento surge como uma alternativa promissora, permitindo um registro mais dinâmico, integração com prontuários eletrônicos e maior facilidade no monitoramento das condições de saúde da população idosa. Ademais, a participação de uma equipe multidisciplinar na utilização da caderneta, incluindo fisioterapeutas, nutricionistas e assistentes sociais, pode ampliar a abordagem do cuidado, garantindo uma avaliação mais abrangente das vulnerabilidades e necessidades dos idosos. Essas adaptações podem contribuir significativamente para a efetividade da CPI, potencializando seu impacto na promoção do envelhecimento saudável e na qualificação da assistência prestada.

## REFERÊNCIAS

- ALSARAH, A.; ALSARA, O.; BACHAUWA, G. Hypertension management in the elderly: What is the optimal target blood pressure? **Heart Views**, v. 20, n. 1, p. 11, 2019.
- ALVARENGA, M. R. M.; OLIVEIRA, M. A. DE C.; FACCENDA, O. Sintomas depressivos em idosos: análise dos itens da Escala de Depressão Geriátrica. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 25, p. 497–503, 2012.
- ALVES, D.S.B.; BARBOSA, M.T.S.; CAFFARENA, E.R.; SILVA, A.S. Caracterização do envelhecimento populacional no município do Rio de Janeiro: contribuições para políticas públicas sustentáveis. **Cadernos de Saúde Coletiva**, v.24, n.1, 2016. doi: 10.1590/1414-462X201600010272
- BARBOSA, K. T. F. et al. Aging and individual vulnerability: a panorama of older adults attended by the Family Health Strategy. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 26, n. 2, 2017.
- BARBOSA, K.T.F.; COSTA, K.N.F.M.; PONTES, M.L.F.; BATISTA, P.S.S.; OLIVEIRA, F.M.R.L.; FERNANDES, M.G.M. Aging and individual vulnerability: a panorama o folder adults attended by the Family Health Strategy. **Texto & Contexto**, v.26, n.2, 2017.

- BARBOSA, K.T.F.; OLIVEIRA, F.M.R.L.; FERNANDES, M.G.M. Vulnerabilidade da pessoa idosa: análise conceitual. **Revista Brasileira de Enfermagem**, n.72, 2019. doi: 10.1590/0034-7167-2018-0728
- BARBOSA, Keylla Talitha Fernandes; OLIVEIRA, Fabiana Maria Rodrigues Lopes de; FERNANDES, Maria das Graças Melo. Vulnerability of the elderly: a conceptual analysis. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S.L.], v. 72, n. 2, p. 352-360, jan. 2019.
- BARROS, A. DA S. X. et al. A Educação no entardecer da vida. **Ensaio: Avaliação e Políticas Públicas em Educação**, 19 maio 2021.
- BATSI, J. A.; ZAGARIA, A. B. Addressing Obesity in Aging Patients. **The Medical clinics of North America**, v. 102, n. 1, p. 65–85, 1 jan. 2018.
- BEDNARCZYK, E. et al. Stakeholders' views on the use of psychotropic medication in older people: a systematic review. **Age and Ageing**, v. 51, n. 3, 1 mar. 2022.
- BELMIN, J.; KHELLAF, L.; PARIEL, S.; JARZEBOWSKI, W.; VALEMBOIS, L; ZEISEL, J. et al. Validation of the French version of the Vulnerable Elders Survey-13 (VES-13). **BMC Medical Research Methodology**, v.20, 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Caderneta de saúde da pessoa idosa: manual de preenchimento / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas**. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008. 24 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos De Atenção Básica - n.º 19: Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa**. 1 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em:  
[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/evelhecimento\\_saude\\_pessoa\\_idosa.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/evelhecimento_saude_pessoa_idosa.pdf). Acesso em: 08 ago. 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde**, 2023..Disponível em:  
[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/evelhecimento\\_saude\\_pessoa\\_idosa.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/evelhecimento_saude_pessoa_idosa.pdf). Acesso em: 08 ago. 2023.

BRASIL. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.** Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 13 jun. 2013.

CABRAL, J. F. et al. Vulnerabilidade e fatores associados em idosos atendidos pela Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 9, p. 3227–3236, set. 2019.

CABRAL, Juliana Fernandes et al. Vulnerabilidade e fatores associados em idosos atendidos pela Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 24, n. 9, p. 3227-3236, set. 2019.

CLEMSON, L. et al. Environmental interventions for preventing falls in older people living in the community. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 2023, n. 2, 2019.

CRUZ, R.R.; BELTRAME, V.; DALLACOSTA, F.M. Envelhecimento e vulnerabilidade: análise de 1.052 idosos. **Revista Brasileira de Gerontologia**, v.22, n.3, 2019. doi: <https://doi.org/10.1590/1981-22562019022.180212>

DELLAROZA, M. S. G. et al. Caracterização da dor crônica e métodos analgésicos utilizados por idosos da comunidade. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 54, p. 36–41, 1 fev. 2008.

DERHUN, F. M. et al. O centro de convivência para idosos e sua importância no suporte à família e à Rede de Atenção à Saúde. **Escola Anna Nery**, v. 23, p. e20180156, 11 fev. 2019.

DONOVAN, N. J.; BLAZER, D. Social Isolation and Loneliness in Older Adults: Review and Commentary of a National Academies Report. **The American Journal of Geriatric Psychiatry**, v. 28, n. 12, p. 1233–1244, 19 ago. 2020.

DOURADO, T. E. P. S. et al. Associação entre atividade física de lazer e conhecimento e participação em programas públicos de atividade física entre idosos brasileiros. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 24, 9 mar. 2021.

DRAMÉ, M.; GODAERT, L. The Obesity Paradox and Mortality in Older Adults: A Systematic Review. **Nutrients**, v. 15, n. 7, p. 1780, 6 abr. 2023.

e-SUS, 2023. Acessado 02 de setembro de 2023 em: <http://e-sus.parnamirim.rn.gov.br:8080/relatorios/consolidados/cadastro->

individual?iframeUrl=%2Fpec%2Fuser%2Frelatorios%2Fconsolidados%2Fcada  
stroIndividual%3FdXNcklkPTMyMTgmbG90YWNhb0lkPTEyNjUyOA%3D%3D

FARÍAS-ANTÚNEZ, S.; FASSA, A. G. Prevalência e fatores associados à fragilidade em população idosa do Sul do Brasil, 2014. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 28, n. 1, abr. 2019.

FASSA, E. et al. Atenção a pessoas idosas: desempenho de intervenções conduzidas por profissionais do Mais Médicos. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 23, p. e170795, 25 mar. 2019.

FOM, M. et al. Adaptação transcultural do Vulnerable Elders Survey -13 (VES-13): contribuindo para a identificação de idosos vulneráveis Anciano Envejecimiento Vulnerabilidad Cuestionarios Adaptación transcultural cross-cultural adaptation of the vulnerable elders survey-13 (ves-13): helping in the identification of vulnerable older people. **Rev Esc Enferm USP**, v. 46, p. 116–138, 2012.

FREITAS, Fabiana Ferraz Queiroga et al. Fragilidade em idosos na Atenção Primária à Saúde: uma abordagem a partir do geoprocessamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 25, n. 11, p. 4439-4450, nov. 2020.

FRIED, L. P. et al. Frailty in Older Adults: evidence for a phenotype. **The Journals Of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences**, [S.L.], v. 56, n. 3, p. 146-157, 1 mar. 2001. Oxford University Press (OUP). <http://dx.doi.org/10.1093/gerona/56.3.m146>.

FRIEDRICH, B. et al. A system for monitoring the functional status of older adults in daily life. **Scientific Reports**, v. 13, n. 1, 31 jul. 2023.

GIEHL, M. W. C. et al. Atividade física e percepção do ambiente em idosos: estudo populacional em Florianópolis. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, p. 516–525, 1 jun. 2012.

GONÇALVES, R. S. dos S. A.; DE ANDRADE, L. E. L.; FERNANDES, S. G. G.; DE ALBUQUERQUE, I. S.; GUERRA, R. O.; MACIEL, Álvaro C. C. Relato de experiência e resultados preliminares do estudo pro-eva: uma proposta para o manejo da caderneta de saúde da pessoa idosa. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, [S. l.], v. 27, n. 1, 2023. DOI: 10.22456/2316-2171.105228.

IBGE. **Censo 2022: número de pessoas com 65 anos ou mais de idade cresceu 57,4% em 12 anos** | Agência de Notícias. Disponível em:

<<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/38186-censo-2022-numero-de-pessoas-com-65-anos-ou-mais-de-idade-cresceu-57-4-em-12-anos>>.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo Brasileiro de 2022. Rio de Janeiro: IBGE, 2022. Acessado em 03 de setembro de 2023.

KARAYIANNIS, C. C. Hypertension in the older person: is age just a number? **Internal Medicine Journal**, v. 52, n. 11, p. 1877–1883, nov. 2022.

LEMOS, B. DE O. et al. The impact of chronic pain on functionality and quality of life of the elderly. **Brazilian Journal Of Pain**, v. 2, n. 3, 2019.

LINDEMANN, I.L.; REIS, N.R.; MINTEM, G.C.; MENDOZA-SASSI, R.A. Autopercepção da saúde entre adultos e idosos usuários da Atenção Básica de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.24, n.1, 2019.

LINI, E. V. et al. Prevalence of self-referred chronic pain and intercurrents in the health of the elderly. **Revista Dor**, v. 17, n. 4, p. 279–282, 2016.

LOURENÇO, Roberto Alves et al. Consenso brasileiro de fragilidade em idosos: conceitos, epidemiologia e instrumentos de avaliação. **Geriatrics, Gerontology And Aging**, [S.L.], v. 12, n. 2, p. 121-135, jun. 2018.

LOZUPONE, M. et al. Social Dysfunction in Older Age and Relationships with Cognition, Depression, and Apathy: The GreatAGE Study. **Journal of Alzheimer's Disease**, v. 65, n. 3, p. 989–1000, 11 set. 2018.

MAIA, F.O.M.; DUARTE, Y.A.O.; SECOLI, S.R.; SANTOS, J.L.F.; LEBRÃO, M.L. Adaptação transcultural do Vulnerable Elders Survey – 13 (VES-13): contribuindo para a identificação de idosos vulneráveis. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, v.46, 2012. doi: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000700017>

MAIA, Luciana Colares et al. Fragilidade em idosos assistidos por equipes da atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 25, n. 12, p. 5041-5050, dez. 2020. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320202512.04962019>.

MARIA, Z R; GURGEL, M. **Rouquayrol**. [s.l.] **Medbook**, 2021.

MEDINA, Maria Guadalupe et al. Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer?. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 36, n. 8, p. 1-5,

ago. 2020. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00149720>.

NACAMURA, P. et al. Uso de psicotrópicos por pessoas idosas com hipertensão: prevalência e fatores associados. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v.24, n.2, 2021. doi: <https://doi.org/10.1590/1981-22562021024.200287>

NAKAI, Y. et al. Association between Chronic Pain and Physical Frailty in Community-Dwelling Older Adults. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 16, n. 8, p. 1330, 1 jan. 2019.

NEVES, R. G. et al. Atenção à saúde de pessoas com diabetes e hipertensão no Brasil: estudo transversal do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, 2014. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 30, n. 3, 2021.

NEVES, R. G. et al. Atenção oferecida aos idosos portadores de hipertensão: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 7, 7 ago. 2017.

NOIA, A. S. et al. Fatores associados ao uso de psicotrópicos por idosos residentes no Município de São Paulo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. spe, p. 38–43, out. 2012.

OLIVEROS, E. et al. Hypertension in older adults: Assessment, management, and challenges. **Clinical Cardiology**, v. 43, n. 2, p. 99–107, 2020.

OLYMPIO, P. C. DE A. P.; ALVIM, N. A. T. Board games: gerotechnology in nursing care practice. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. suppl 2, p. 818–826, 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Painel do Coronavírus da OMS (COVID-19)**. 2021. Disponível em: <https://covid19.who.int/more-resources>. Acesso em: 11 set. 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **World report on ageing and health**. **Geneva, 2004**. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/186463>. Acesso em: 08 ago. 2023.

PEREIRA, I. F. DA S. et al. Padrões alimentares de idosos no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 3, p. 1091–1102, mar. 2020.

PEREIRA, X. DE B. F. et al. Prevalência e fatores associados ao déficit cognitivo em idosos na comunidade. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 23, n. 2, 2020.

PILLATT, A. P.; NIELSSON, J.; SCHNEIDER, R. H. Efeitos do exercício físico em idosos fragilizados: uma revisão sistemática. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 26, n. 2, p. 210–217, jun. 2019.

PITILIN, E. DE B. et al. Fatores associados às atividades de lazer de idosos residentes na zona rural. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, p. e20190600, 13 jul. 2020.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019. 670 p.

QIU, Y. et al. Relationship Between Cognitive Frailty and Mortality in Older Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. **Journal of the American Medical Directors Association**, v. 24, n. 11, p. 1637-1644.e8, nov. 2023.

RIBEIRO, A. Q. et al. Prevalence and factors associated with physical inactivity among the elderly: a population-based study. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 19, n. 3, p. 483–493, 1 jun. 2016.

RIBEIRO, E. G. et al. Self-perceived health and clinical-functional vulnerability of the elderly in Belo Horizonte/Minas Gerais. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, p. 860–867, 2018.

RIBEIRO, P.C.C.; YASSUDA, M. **Cognição, estilo de vida e qualidade de vida na velhice**. In A. L. Neri (Org.), *Qualidade de vida na velhice: enfoque multidisciplinar*. 2007. Campinas: Editora Atheneu.

ROCHA, B. L. DA; BEZERRA, P. C. DE L.; MONTEIRO, G. T. R. Prevalência de sintomas depressivos e fatores associados em idosos de Unidades de Atenção Primária à Saúde em Rio Branco, Acre. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 24, n. 3, 2021.

ROCHA, S. V. et al. Atividade física no lazer e transtornos mentais comuns entre idosos residentes em um município do nordeste do Brasil. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 60, n. 2, p. 80–85, 2011.

RODRIGUES, Thays Stefanon; MORESCHI, Claudete; GRECO, Patrícia Bitencourt Toscani; ESPÍNDOLA, Roselaine Boscardin; REMPEL, Claudete. *Estratégia Saúde da Família: qualidade de vida de pessoas idosas*.

**Enfermagem em Foco**, [S.L.], v. 12, n. 1, p. 93-99, 11 jun. 2021. Conselho Federal de Enfermagem - Cofen. <http://dx.doi.org/10.21675/2357-707x.2021.v12.n1.4080>.

SALIBA, D.; ELLIOT, M.; RUBENSTEIN, L.Z.; SOLOMON, D.H.; YOUNG, R.T.; KAMBERG, C.J. The Vulnerable Elders Survey: a tool for identifying vulnerable older people in the community. **Journal of American Geriatric Society**, v.49, n.12, 2001.

SALIBA, Debra et al. The Vulnerable Elders Survey: a tool for identifying vulnerable older people in the community. **Journal Of The American Geriatrics Society**, [S.L.], v. 49, n. 12, p. 1691-1699, dez. 2001. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1046/j.1532-5415.2001.49281.x>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11844005/>. Acesso em: 08 ago. 2023.

SANTIAGO, Anny Gabrielle Mesquita et al. Utilização da caderneta de saúde da pessoa idosa na atenção primária: revisão integrativa / use of the child's health chair in primary care. **Brazilian Journal Of Health Review**, [S.L.], v. 4, n. 4, p. 14397-14411, 2 jul. 2021. South Florida Publishing LLC. <http://dx.doi.org/10.34119/bjhrv4n4-003>. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/32247>. Acesso em: 08 ago. 2023.

SANTOS, A. A. D.; PAVARINI, S. C. I.; BRITO, T. R. P. Perfil dos idosos com alterações cognitivas em diferentes contextos de vulnerabilidade social. **Escola Anna Nery**, v. 14, n. 3, p. 496–503, set. 2010.

SANTOS, K. DE L.; SILVA JÚNIOR, E. G. DA; EULÁLIO, M. DO C. Concepções de idosos com hipertensão e/ou diabetes sobre qualidade de vida. **Psicologia em Estudo**, v. 28, p. e53301, 3 jul. 2023.

SANTOS, V.P.; LIMA, W.R.; ROSA, R.S.; BARROS, I.M.C.; BOERY, R.N.S.O. et al. Perfil de saúde de idosos muito velhos em vulnerabilidade social na comunidade. **Revista Cuidarte**, v.9, n.3, 2018.

SCHMEER et al. Dissecting Aging and Senescence—Current Concepts and Open Lessons. **Cells**, v. 8, n. 11, p. 1446, 15 nov. 2019.

SCOLARI, G. A. DE S. et al. A participação no centro de convivência para idosos: repercussões e desafios. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, p. e20190226, 29 jul. 2020.

Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.** 110 p. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/estrategia-saude-da-familia/legislacao/politica-nacional-atencao-basica-2012.pdf/>. Acesso em: 11 set. 2023.

SI, C. et al. Senescência e senilidade: novo paradigma na Atenção Básica de Saúde. **Rev Esc Enferm USP**, v. 45, n. 2, p. 1763–1771, 2011.

SOUZA, A. P. DE et al. Ações de promoção e proteção à saúde mental do idoso na atenção primária à saúde: uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, p. 1741–1752, 4 maio 2022.

TISSOT, J. T.; VERGARA, L. G. L. Estratégias para prevenção de quedas no ambiente de moradia da pessoa idosa com foco no aging in place. **Ambiente Construído**, v. 23, p. 25–37, 9 jun. 2023.

TOMÁS, M. T. et al. Functional Capacity and Levels of Physical Activity in Aging: A 3-Year Follow-up. **Frontiers in Medicine**, v. 4, 9 jan. 2018.

VICTOR, J. F. et al. Perfil sociodemográfico e clínico de idosos atendidos em Unidade Básica de Saúde da Família. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 22, p. 49–54, 1 fev. 2009.

WILKINSON, D. J.; PIASECKI, M.; ATHERTON, P. J. The age-related loss of skeletal muscle mass and function: Measurement and physiology of muscle fibre atrophy and muscle fibre loss in humans. **Ageing Research Reviews**, v. 47, p. 123–132, nov. 2018.

ZAITUNE, M. P. DO A. et al. Fatores associados à prática de atividade física global e de lazer em idosos: Inquérito de Saúde no Estado de São Paulo (ISA-SP), Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, p. 1606–1618, 1 ago. 2010.

ZHAO, W. et al. Effect of physical activity on the risk of frailty: A systematic review and meta-analysis. **PLOS ONE**, v. 17, n. 12, p. e0278226, 1 dez. 2022.

ZORZI, V.N.; MARTINS, S.S.; MACEDO, D.A.; SANGIONI, L.A. Promoção de Saúde Mental na atenção primária: o papel dos grupos de saúde na perspectiva de usuários e profissionais. **Interface (Botucatu)**, v.28, 5 julho 2024. doi: 10.1590/interface.230447

APÊNDICES

**APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS**

Instrumento de Coleta de Dados		
<b>Identificação de preenchimento</b>		
<b>Responsável pela extração de dados:</b>		<b>Data da extração de dados:</b>
<b>Identificação do participante</b>		
<b>Nome:</b>		
<b>Sexo:</b>	<b>Idade:</b>	<b>Raça:</b>
<b>Religião:</b>		<b>Situação conjugal:</b>
<b>VES-13</b>		
<b>Autopercepção de saúde</b> Excelente ( ) Muito boa ( ) Boa ( ) Regular ( ) Ruim ( )		
<b>Curvar-se, agachar ou ajoelhar-se</b> Nenhuma dificuldade ( ) Muita dificuldade ( )		
<b>Levantar ou carregar objetivos</b> Nenhuma dificuldade ( ) Muita dificuldade ( )		
<b>Elevar ou estender os braços acima do nível do ombro</b> Nenhuma dificuldade ( ) Muita dificuldade ( )		
<b>Escrever ou manusear pequenos objetos</b> Nenhuma dificuldade ( ) Muita dificuldade ( )		
<b>Andar 400 metros</b> Nenhuma dificuldade ( ) Muita dificuldade ( )		
<b>Fazer serviço doméstico pesado</b> Nenhuma dificuldade ( ) Muita dificuldade ( )		
<b>Por causa da saúde ou condição física, deixou de fazer compras</b> Sim ( ) Não ( )		
<b>Por causa da saúde ou condição física, deixou de controlar seu dinheiro</b> Sim ( ) Não ( )		
<b>Por causa da saúde ou condição física, deixou de caminhar</b> Sim ( ) Não ( )		
<b>Por causa da saúde ou condição física, deixou de realizar tarefas domésticas leves</b> Sim ( ) Não ( )		
<b>Por causa da saúde ou condição física, deixou de tomar banho sozinho</b> Sim ( ) Não ( )		
<b>Pontuação total:</b>		
<b>Classificação:</b>		
<b>Dados clínicos</b>		
<b>Diagnóstico médico</b>	<b>Hipertensão</b> Sim ( ) Não ( )	<b>Diabetes</b> Sim ( ) Não ( )
<b>Hábitos de vida</b>		
<b>Realiza atividade física</b> Sim ( ) Não ( )	<b>Realiza trabalho voluntário</b> Sim ( ) Não ( )	<b>Frequente centros de convivência</b> Sim ( ) Não ( )
<b>Atividade de lazer</b> Sim ( ) Não ( )	<b>Faz pelo menos 3 refeições por dia</b>	<b>Consome bebidas alcoólicas</b>

	Sim ( ) Não ( )	Sim ( ) Não ( )
<b>Tabagismo</b> Sim ( ) Não ( )	<b>Ingere água suficiente</b> Sim ( ) Não ( )	<b>Consome carnes, peixes ou ovos diariamente</b> Sim ( ) Não ( )
<b>Antropometria</b>		
<b>Peso</b>	<b>Altura</b>	<b>Perímetro de panturrilha</b>

APÊNDICE B – GUIA DE USO PARA A CADERNETA DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA



**PARNAMIRIM**  
PREFEITURA

**GUIA DE USO DA  
CADERNETA DE  
SAÚDE DA  
PESSOA IDOSA**



**UFERN**  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE





**PARNAMIRIM**  
PREFEITURA

**REALIZAÇÃO**



**ISABELLE SILVA DE ALBUQUERQUE**

**LAURA BEATRIZ ALVES COSTA**

**MARIANNA MACÊDO REFORÉDO DA NÓBREGA**

**NATHÁLYA MAYZA RODRIGUES DA SILVA**

**ORIENTAÇÃO: DRA. SABRINA GABRIELLE GOMES FERNANDES MACÊDO**

**ORIENTAÇÃO: PROF. DR. ÁLVARO CAMPOS CAVALCANTI**

**PROF. DR. ANDRÉ LUIS BONIFACIO DE CARVALHO**



**UFERN**  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE





**PARNAMIRIM**  
PREFEITURA

## O objetivo desta cartilha é...

Promover o uso da caderneta de saúde do idoso como ferramenta essencial para monitorar e registrar continuamente a saúde, facilitando o acompanhamento de condições e tratamentos. Esse acompanhamento sistemático ajuda a identificar mudanças, prevenindo complicações e promovendo o bem-estar da pessoa idosa.

Público-alvo: Profissionais da saúde que atuam no atendimento a idosos (equipe multiprofissional- médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, entre outros).



**UFERN**  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE



# O que é a Caderneta de Saúde do Idoso?

A caderneta de saúde da pessoa idosa, é um instrumento proposto para auxiliar no bom manejo da saúde desses indivíduos, sendo utilizada tanto pelas equipes de saúde, quanto pelos idosos, por seus familiares e cuidadores. Seu principal objetivo é qualificar a atenção oferecida às pessoas idosas no SUS.

A Caderneta permite o registro e o acompanhamento, por um período de cinco anos, de informações tais como:

- Dados pessoais e contatos: nome, idade, nº do cartão do SUS, endereço, contato de familiares e/ou cuidadores
- História de doenças e hospitalizações:
- Vacinas:
- Uso de medicamentos:
- Estado nutricional:
- Exames periódicos:



# Como Usar a Caderneta no Dia a Dia?

## Para Médicos

- Registro de consultas:

Sempre registre a data da consulta e o motivo principal que levou o idoso a buscar atendimento. Anote as principais queixas relatadas pelo paciente, além de detalhes sobre seu histórico médico relevante (doenças crônicas, tratamentos anteriores, alergias, etc.). Além disso, registre as informações do exame físico, destacando achados importantes, como sinais vitais, avaliação do estado geral e outras observações pertinentes.

- Exames complementares

Quando o médico solicitar exames laboratoriais, de imagem ou outros, anote no campo apropriado da caderneta. Registre o tipo de exame, a justificativa e a data da solicitação. E assim que os resultados estiverem disponíveis, faça o registro detalhado, incluindo valores de referência e observações importantes para o acompanhamento do paciente. A caderneta deve ser sempre atualizada com esses dados para facilitar o monitoramento contínuo.



# Como Usar a Caderneta no Dia a Dia?

## Para Médicos

- Diagnósticos:

Ao determinar um diagnóstico, seja claro e preciso na sua descrição. Registre a doença ou condição identificada, conforme o CID (Código Internacional de Doenças), e quaisquer comorbidades que possam impactar o tratamento. Caso o paciente tenha condições crônicas (hipertensão, diabetes, doenças cardíacas, etc.), mantenha um registro detalhado sobre o controle e evolução dessas condições.

- Medicações:

Anote todas as prescrições feitas, incluindo o nome genérico do medicamento, dosagem, forma de uso e a duração do tratamento. Caso haja alterações no regime de medicamentos, registre essas mudanças de forma clara. Se o idoso utilizar múltiplos medicamentos, fique atento às possíveis interações. Anote qualquer ajuste necessário e orientações sobre o uso correto.



# Como Usar a Caderneta no Dia a Dia?

## Para Enfermeiros

- Pressão arterial:

A pressão arterial deve ser medida regularmente, conforme a necessidade clínica do paciente, principalmente para a pessoa idosa com histórico de hipertensão ou doenças cardíacas.

- Preenchimento da caderneta:

Registre a data em que a pressão arterial foi medida. Anote os dois valores obtidos: a pressão sistólica (valor superior) e a diastólica (valor inferior), em mmHg. Marque a classificação dos valores conforme as diretrizes clínicas, como: Pressão arterial normal (< 120/80 mmHg), Hipertensão (classifique conforme estágio: estágio 1 ou 2), Hipotensão (caso os valores estejam abaixo de 90/60 mmHg).



# Como Usar a Caderneta no Dia a Dia?

## Para Enfermeiros

- Glicemia

A glicemia deve ser monitorada periodicamente, especialmente em idosos com diabetes ou com fatores de risco para a doença. As medições podem ser feitas em jejum ou pós-prandiais, conforme orientação médica.

- Preenchimento da caderneta:

Registre a data e o horário em que a glicemia foi medida (ex.: glicemia de jejum ou pós-refeição). Anote o valor obtido, em mg/dL. Compare os valores com as faixas recomendadas, como: Glicemia normal em jejum: 70-99 mg/dL, Glicemia pós-prandial: < 140 mg/dL, Glicemia alta (hiperglicemia) ou baixa (hipoglicemia) – se o valor for fora da faixa normal, registre e observe sintomas.



# Como Usar a Caderneta no Dia a Dia?

## Para Fisioterapeutas

- **Avaliação da mobilidade:**  
Capacidade de deambulação, amplitude de movimento (ADM), equilíbrio (utilize testes clínicos, como o teste de equilíbrio de Berg ou o Timed Up and Go (TUG), e registre os resultados) e força muscular.
- **Registro de alterações:**  
Caso observe alterações significativas na mobilidade durante o acompanhamento (ex: piora no equilíbrio, diminuição da marcha, dor ao movimentar-se), faça uma anotação clara na caderneta e revise o plano de cuidados conforme necessário.
- **Estado funcional**  
Faça uma avaliação completa do estado funcional do idoso, considerando: Capacidade para realizar atividades da vida diária (AVDs) (vestir-se, alimentar-se, tomar banho, ir ao banheiro e locomover-se), Escala de independência funcional (como a Escala de Barthel), mobilidade dentro de casa.



# Como Usar a Caderneta no Dia a Dia?

## Para Fisioterapeutas

- Plano de exercícios e reabilitação

Defina objetivos claros e específicos, como melhorar a força muscular, aumentar a mobilidade, prevenir quedas ou melhorar a resistência. Descreva os exercícios prescritos, como: Exercícios de fortalecimento muscular, alongamentos, treino de equilíbrio, atividades aeróbicas leves, entre outros. Registre a frequência (dias por semana) e a duração (tempo por sessão) dos exercícios recomendados. Determine a intensidade dos exercícios (leve, moderada ou intensa) e a estratégia para progressão conforme o paciente melhora. Registre a evolução do plano, ajustando conforme necessário (aumento de carga, intensidade ou duração).

- Observações e evolução:

Acompanhe a evolução do paciente nas sessões de fisioterapia, registrando a melhora ou a manutenção do estado funcional e da mobilidade. Se o paciente atingir um novo marco (ex.: começou a subir escadas sem auxílio, aumentou o tempo de caminhada), anote esses progressos.



# Como Usar a Caderneta no Dia a Dia?

## Para Nutricionistas

No início do acompanhamento, é importante realizar uma avaliação completa do estado nutricional do idoso. Registre dados essenciais, como:

Peso e altura para, depois, calcular o Índice de Massa Corporal (IMC), que é um indicador importante do estado nutricional.

Índice de Massa Corporal (IMC): Calcule o IMC do paciente e classifique-o conforme as diretrizes:

- Abaixo do peso (IMC  $< 18,5$  kg/m<sup>2</sup>),
- Peso normal (IMC entre 18,5 e 24,9 kg/m<sup>2</sup>),
- Sobrepeso (IMC entre 25 e 29,9 kg/m<sup>2</sup>),
- Obesidade (IMC  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup>).

- Outros indicadores nutricionais:

Se necessário, registre outros dados como a circunferência da cintura, dobras cutâneas ou bioimpedância, para avaliar a distribuição de gordura corporal e a massa magra. Além disso, um tópico avaliado na CSPI é o perímetro da panturrilha, pois ele é um indicador de redução de massa muscular e é um sinal de alerta para avaliação da pessoa idosa.



# Como Usar a Caderneta no Dia a Dia?

## Para Nutricionistas

- Acompanhamento do Peso

O peso do idoso deve ser monitorado regularmente, especialmente em casos de perda ou ganho de peso não intencional, que pode ser um sinal de alerta para diversas condições clínicas, como desnutrição ou retenção de líquidos.

- Plano alimentar e orientações nutricionais

Defina metas claras, como melhorar o estado nutricional (aumento de peso em casos de desnutrição ou controle de peso em casos de obesidade), controle de doenças específicas (como diabetes ou hipertensão) ou melhoria da qualidade da alimentação. É importante trazer informações sobre os tipos de alimentos e porções recomendadas, frequência e horários das refeições e com relação a hidratação, que é um fator crucial para o idoso, especialmente em casos de risco para desidratação ou distúrbios renais.



# Como Usar a Caderneta no Dia a Dia?

## Para Dentistas

- Avaliação do estado bucal

Durante a consulta odontológica, o dentista deve realizar uma avaliação completa da saúde bucal do idoso, registrando na caderneta a condição dos dentes, saúde das gengivas, presença de próteses dentárias (verificar se as próteses estão bem ajustadas, se há necessidade de reparos ou substituição), higiene bucal, problemas de mastigação (identificar dificuldades para mastigar alimentos, que podem indicar problemas em dentes ou próteses) e a presença de lesões bucais.

- Orientações para o idoso

Além dos cuidados clínicos, o dentista também deve fornecer orientações importantes para o idoso sobre como manter uma boa saúde bucal no cotidiano. Estas orientações podem ser registradas na caderneta de saúde, garantindo que o paciente tenha acesso às informações e possa seguir as recomendações adequadas.



# Benefícios da Caderneta de Saúde do Idoso

- Acompanhamento continuado: Facilita a continuidade do cuidado, principalmente em casos onde há mudanças de profissionais ou atendimentos em diferentes unidades de saúde;
- Monitoramento de doenças crônicas: Como diabetes, hipertensão, e outras condições comuns na terceira idade;
- Prevenção e promoção da saúde: Facilita a identificação precoce de alterações de saúde e orientações preventivas;
- Facilita a comunicação entre os Profissionais de Saúde e o Idoso/Família: Uma ferramenta que possibilita a troca de informações clara e acessível.



# VES-13: Como usar?

O VES-13 é um instrumento simples e eficaz, capaz de identificar o idoso vulnerável residente na comunidade, com base na idade, auto-percepção da saúde, presença de limitações físicas e incapacidades. Pode ser respondido pelos próprios profissionais de saúde, pela pessoa idosa ou pelos familiares/cuidadores.

## Como aplicar e pontuar o VES-13?

O instrumento está dividido em 4 itens:

### I) IDADE

Cada faixa etária corresponde a uma pontuação. Assim, pessoas idosas entre 60 e 74 anos não pontuam; entre 75 e 84 anos recebem 1 ponto; e com 85 anos ou mais marcam 3 pontos.

### II) AUTO-PERCEPÇÃO DE SAÚDE

Se a pessoa idosa considerar sua saúde "excelente", "boa" ou "muito boa", não deve ser registrado nenhum ponto neste item. Caso responda "regular" ou "ruim", recebe 1 ponto

### III) LIMITAÇÕES FÍSICAS

São avaliadas 6 atividades físicas. A pessoa idosa recebe 1 ponto por cada atividade que relate ter "muita dificuldade" ou ser "incapaz de fazer". Contudo, a pontuação máxima neste item é de 2 pontos, mesmo que a pessoa apresente muita dificuldade em todas as 6 atividades listadas.

### IV) INCAPACIDADES

É questionado se a pessoa idosa deixou de fazer alguma das 5 atividades listadas em função de sua saúde ou condição física. Caso responda "sim" a uma ou mais perguntas, devem ser registrados 4 pontos.

# Desafios Comuns e Como Superá-los

- Esquecimento do idoso: Incentivar o indivíduo e a família a trazer a caderneta a todas as consultas;



- Preenchimento correto: Enfatizar a importância de preencher todos os campos, de forma legível e organizada;



- Integração com sistemas de saúde: Como a caderneta pode ser integrada com registros digitais de saúde.



# Dicas Práticas para o Uso

- Orientar o idoso e sua família sobre como conservar e utilizar a caderneta;
- Enfatizar a importância de sempre levar a caderneta a qualquer consulta ou atendimento;



## Exemplo Prático

Esse tópico, tem como principal objetivo exemplificar de maneira simbólica como é realizado o preenchimento de uma das seções da caderneta, o exemplo ilustra o controle da pressão arterial. Deverá ser anotado a data e o valor obtido na aferição.

### 3. CONTROLE DE PRESSÃO ARTERIAL

Data	P.A.	Data	P.A.	Data	P.A.
20/10/2024	128/78	23/10/2024	132/80	26/10/2024	128/68
21/10/2024	135/85	24/10/2024	128/78	27/10/2024	130/82
22/10/2024	128/68	25/10/2024	140/88	28/10/2024	135/85



# Orientações Éticas e Legais

- Respeitar a privacidade e confidencialidade das informações da pessoa idosa;
- Reforçar a importância do consentimento informado no compartilhamento de dados;

## Recursos Adicionais





## Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de utilização da caderneta da pessoa idosa. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_utilizacao\\_caderneta\\_pessoa\\_idosa.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_utilizacao_caderneta_pessoa_idosa.pdf). Acesso em: 7 nov. 2024;
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. 5. ed. Brasília: Editora Saúde, 2018. p 6-7;



Prefeitura Municipal  
de Pamamirim



## ANEXOS

### ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
RIO GRANDE DO NORTE -  
LAGOA NOVA CAMPUS  
CENTRAL - UFRN



#### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

##### DADOS DA EMENDA

**Título da Pesquisa:** DESENVOLVIMENTO E IMPLANTAÇÃO DE UM SISTEMA DE AVALIAÇÃO GERIÁTRICA GLOBAL, BASEADO NA SAÚDE E FUNCIONALIDADE, NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE

**Pesquisador:** SABRINA GABRIELLE GOMES FERNANDES MACEDO

**Área Temática:**

**Versão:** 6

**CAAE:** 96595018.0.0000.5537

**Instituição Proponente:** Departamento de Fisioterapia

**Patrocinador Principal:** FUNDACAO NORTE RIO GRANDENSE DE PESQUISA E CULTURA

##### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 6.816.505

**Apresentação do Projeto:**

Número do Parecer: 6.705.918

DADOS DO PARECER

Resposta às pendências elencadas no parecer número 6.608.041.

Trata-se da segunda versão de análise da emenda solicitada ao protocolo de pesquisa. As pendências elencadas referiam-se a esclarecimentos sobre a situação atual da pesquisa, número de pessoas arroladas, número previsto e número realizado, atualização de dados na plataforma Brasil, novo termo de confidencialidade com a equipe de pesquisa, além de correções e ajustes no TCLE sobre assistência a ser prestada em caso de danos.

**Objetivo da Pesquisa:**

Os objetivos do estudo são:

\* Objetivo Primário:

Analisar o desenvolvimento e implantação de um sistema de avaliação geriátrica global

**Endereço:** Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Av. Sen. Salgado Filho, 3000.

**Bairro:** Lagoa Nova

**CEP:** 59.078-900

**UF:** RN

**Município:** NATAL

**Telefone:** (84)99193-6266

**E-mail:** cepufrn@reitoria.ufrn.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
RIO GRANDE DO NORTE -  
LAGOA NOVA CAMPUS  
CENTRAL - UFRN



Continuação do Parecer: 6.816.505

informatizado, baseado na saúde e funcionalidade para a atenção básica em saúde.

\*Objetivo Secundário:

- Validar a plataforma digital de avaliação geriátrica ampla, e construir novos indicadores em saúde do idoso.
  - Analisar a aplicabilidade do instrumento proposto;
  - Estabelecer algoritmos e indicadores para o acompanhamento e avaliação da saúde do idoso, bem como o impacto das ações na implementação do monitoramento;
  - Analisar a evolução da saúde do idoso, um ano após a implementação de um sistema de avaliação geriátrica global;
- Solicita-se o acréscimo dos seguintes objetivos específicos:
- Verificar os de estresse, depressão e ansiedade em idosos comunitários.
  - Avaliar as informações de saúde (número de passos, minutos ativos, horas de sono, frequência cardíaca) de idosos comunitários através de um dispositivo vestível (smartwatch).
  - Avaliar a presença de desfechos adversos em saúde após 60 meses da avaliação inicial.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

A previsão de riscos estabelecida foi:

Não haverá qualquer procedimento que determine risco à sua vida ou saúde durante a participação nessa pesquisa, porém, durante os testes físicos caso sinta algum desconforto, a senhora contará com a assistência de médicos e enfermeiros das próprias unidades básicas de saúde capacitados para atendimento, em qualquer situação que necessite desta assistência durante as avaliações. Ainda assim, na ocorrência de qualquer prejuízo, comprovadamente decorrente desta pesquisa, a senhora será indenizada pelos pesquisadores responsáveis, caso solicite. Além disso, há um pequeno risco de você sentir pequenas irritações no braço onde

**Endereço:** Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Av. Sen. Salgado Filho, 3000.  
**Bairro:** Lagoa Nova **CEP:** 59.078-900  
**UF:** RN **Município:** NATAL  
**Telefone:** (84)99193-6266 **E-mail:** cepufrn@reitoria.ufrn.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
RIO GRANDE DO NORTE -  
LAGOA NOVA CAMPUS  
CENTRAL - UFRN



Continuação do Parecer: 6.816.505

está em contato com braceleta do relógio, caso isso ocorra, você poderá entrar em contato com os profissionais da Equipe de Saúde ou com os pesquisadores responsáveis para prestar a assistência necessária.

Foram apresentados como benefícios:

A pesquisa traz benefícios diretos aos idosos, pois aborda uma avaliação geral da saúde dos seus participantes, assim como aconselha o Ministério da Saúde, levando em consideração não só na doença, mas sim todos os determinantes que contribuem para o seu processo de saúde/doença. Além evidenciar aos profissionais de saúde que trabalham nas unidades de saúde as condições de vida da sua população de idosos para possíveis ações terapêuticas. Ao final de todas as avaliações você receberá um relatório completo sobre sua condição de saúde com explicações e orientações para evitar o aparecimento de futuras doenças.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

As respostas não foram claramente atendidas, mas foram acatadas pelo CEP. Deve-se observar que ocorreram mudanças na execução no projeto que não foram apreciadas pelo CEP, o que incorre em desvio ético por parte dos pesquisadores, como alterar o número de participantes do estudo sem justificativa prévia ou os devidos esclarecimentos. Importa lembrar que está se reafirmando um compromisso na execução de uma proposta de pesquisa junto a este Comitê e a realização de pesquisas que fogem ao que está sendo aprovado por esta instância, incorre em grave falha ética que pode comprometer a avaliação posterior de documentos referentes a este protocolo de pesquisa, além de gerar responsabilidades para o pesquisador.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Foram ajustadas as datas do cronograma para esta nova etapa.

**Recomendações:**

Cumpra ao pesquisador enviar os relatórios parcial e final da pesquisa. Ver modelos em <[www.cep.propesq.ufrn.br](http://www.cep.propesq.ufrn.br)>.

Qualquer mudança no protocolo aprovado, antes deverá ser solicitada através de emenda, via

**Endereço:** Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Av. Sen. Salgado Filho, 3000.  
**Bairro:** Lagoa Nova **CEP:** 59.078-900  
**UF:** RN **Município:** NATAL  
**Telefone:** (84)99193-6266 **E-mail:** cepufrn@reitoria.ufrn.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
RIO GRANDE DO NORTE -  
LAGOA NOVA CAMPUS  
CENTRAL - UFRN



Continuação do Parecer: 6.816.505

Plataforma Brasil. Ver manuais em <[www.cep.propesq.ufrn.br](http://www.cep.propesq.ufrn.br)>.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Após a análise ética das respostas às pendências, este CEP decide por aprovar o protocolo de pesquisa em tela.

Este Comitê ressalva a importância da atualização dos ajustes estabelecidos durante a execução do protocolo de pesquisa, mediante as resoluções vigentes e que regem as Pesquisas envolvendo Seres Humanos.

Protocolo de pesquisa aprovado.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Em conformidade com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde - CNS e com o Manual Operacional para Comitês de Ética - CONEP é da responsabilidade do pesquisador responsável:

1. Elaborar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido — TCLE — em duas vias, rubricadas em todas as suas páginas e assinadas, ao seu término, pelo convidado a participar da pesquisa, ou por seu representante legal, assim como pelo pesquisador responsável, ou pela (s) pessoa (s) por ele delegada(s), devendo as páginas de assinatura estar na mesma folha (Res. 466/12 - CNS, item IV.5d);
2. Desenvolver o projeto conforme o delineado (Res. 466/12 - CNS, item XI.2c);
3. Apresentar ao CEP eventuais emendas ou extensões com justificativa (Manual Operacional para Comitês de Ética - CONEP, Brasília - 2007, p. 41);
4. Descontinuar o estudo somente após análise e manifestação, por parte do Sistema CEP/CONEP/CNS/MS que o aprovou, das razões dessa descontinuidade, a não ser em casos de justificada urgência em benefício de seus participantes (Res. 446/12 - CNS, item III.2u);

**Endereço:** Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Av. Sen. Salgado Filho, 3000.  
**Bairro:** Lagoa Nova **CEP:** 59.078-900  
**UF:** RN **Município:** NATAL  
**Telefone:** (84)99193-6266 **E-mail:** cepufrn@reitoria.ufrn.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
RIO GRANDE DO NORTE -  
LAGOA NOVA CAMPUS  
CENTRAL - UFRN



Continuação do Parecer: 6.816.505

5. Elaborar e apresentar os relatórios parciais e finais (Res. 446/12 - CNS, item XI.2d);
6. Manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa (Res. 446/12 - CNS, item XI.2f);
7. Encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto (Res. 446/12 - CNS, item XI.2g) e,
8. Justificar fundamentadamente, perante o CEP ou a CONEP, interrupção do projeto ou não publicação dos resultados (Res. 446/12 – CNS, item XI.2h).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_2185620_E1.pdf	09/04/2024 16:48:38		Aceito
Outros	Pendencia_04.pdf	09/04/2024 16:48:00	SABRINA GABRIELLE GOMES FERNANDES MACEDO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Atualizado_2024.pdf	09/04/2024 16:46:06	SABRINA GABRIELLE GOMES FERNANDES MACEDO	Aceito
Outros	Termo_de_confidencialidade.docx	25/01/2024 20:27:54	SABRINA GABRIELLE GOMES FERNANDES MACEDO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_novo.pdf	25/01/2024 20:21:07	SABRINA GABRIELLE GOMES FERNANDES MACEDO	Aceito
Outros	emenda_CEP_dez.pdf	11/12/2023 09:27:57	SABRINA GABRIELLE GOMES FERNANDES MACEDO	Aceito
Outros	Relatorio_Parcial.pdf	11/12/2023 09:27:39	SABRINA GABRIELLE GOMES	Aceito

**Endereço:** Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Av. Sen. Salgado Filho, 3000.  
**Bairro:** Lagoa Nova **CEP:** 59.078-900  
**UF:** RN **Município:** NATAL  
**Telefone:** (84)99193-6266 **E-mail:** cepufrn@reitoria.ufrn.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
RIO GRANDE DO NORTE -  
LAGOA NOVA CAMPUS  
CENTRAL - UFRN



Continuação do Parecer: 6.816.505

Outros	Relatorio_Parcial.pdf	11/12/2023 09:27:39	FERNANDES MACEDO	Aceito
Outros	Carta_de_Respostas_as_Pendencias.pdf	11/12/2023 09:27:07	SABRINA GABRIELLE GOMES FERNANDES MACEDO	Aceito
Declaração de concordância	Declaracao_de_concordancia.pdf	27/09/2023 23:37:02	Edgar Adre de Andrade	Aceito
Solicitação Assinada pelo Pesquisador Responsável	EMENDA_TROCA.pdf	26/07/2023 13:53:50	Luiz Eduardo Lima de Andrade	Aceito
Outros	carta_comite.pdf	08/10/2018 09:41:27	Luiz Eduardo Lima de Andrade	Aceito
Outros	cartaCEP_Modificado.pdf	06/10/2018 12:55:52	Luiz Eduardo Lima de Andrade	Aceito
Cronograma	cronograma_Modificado.pdf	06/10/2018 12:55:19	Luiz Eduardo Lima de Andrade	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle_modificado.pdf	06/10/2018 12:55:02	Luiz Eduardo Lima de Andrade	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_mod.pdf	06/10/2018 12:53:29	Luiz Eduardo Lima de Andrade	Aceito
Outros	anuencia.pdf	30/07/2018 22:39:38	Luiz Eduardo Lima de Andrade	Aceito
Outros	Declarao_de_no_incipio_2018.pdf	30/07/2018 22:37:08	Luiz Eduardo Lima de Andrade	Aceito
Outros	Formulrio_CEP.pdf	30/07/2018 22:36:49	Luiz Eduardo Lima de Andrade	Aceito
Outros	Termo_de_confidencialidade_2018.pdf	30/07/2018 22:34:52	Luiz Eduardo Lima de Andrade	Aceito
Outros	termo_de_confidencialidade.pdf	10/07/2018 15:22:40	Luiz Eduardo Lima de Andrade	Aceito
Outros	Carta_de_Anuencia.pdf	21/05/2018 21:08:07	Luiz Eduardo Lima de Andrade	Aceito
Outros	Resultado_final_FNI_2017.pdf	21/05/2018 21:03:01	Luiz Eduardo Lima de Andrade	Aceito
Outros	ANEXO_Propostas_Classificadas.pdf	21/05/2018 21:01:58	Luiz Eduardo Lima de Andrade	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto_.pdf	21/05/2018 20:57:04	Luiz Eduardo Lima de Andrade	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	12/05/2018 12:03:53	Luiz Eduardo Lima de Andrade	Aceito
Outros	formulario_cep.pdf	12/05/2018 11:47:16	Luiz Eduardo Lima de Andrade	Aceito

**Endereço:** Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Av. Sen. Salgado Filho, 3000.  
**Bairro:** Lagoa Nova **CEP:** 59.078-900  
**UF:** RN **Município:** NATAL  
**Telefone:** (84)99193-6266 **E-mail:** cepufrn@reitoria.ufrn.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
RIO GRANDE DO NORTE -  
LAGOA NOVA CAMPUS  
CENTRAL - UFRN



Continuação do Parecer: 6.816.505

Outros	declaracao_ao_inicio.pdf	12/05/2018 11:46:08	Luiz Eduardo Lima de Andrade	Aceito
--------	--------------------------	------------------------	---------------------------------	--------

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

NATAL, 10 de Maio de 2024

---

**Assinado por:**  
**PAULA FERNANDA BRANDÃO BATISTA DOS SANTOS**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Av. Sen. Salgado Filho, 3000.  
**Bairro:** Lagoa Nova **CEP:** 59.078-900  
**UF:** RN **Município:** NATAL  
**Telefone:** (84)99193-6266 **E-mail:** cepufrn@reitoria.ufm.br

## ANEXO B – VULNERABILIDADE CLÍNICA - VES 13

### Vulnerabilidade Clínica – VES-13 (Maia et al, 2012)

1. Idade \_\_\_\_\_

**PONTUAÇÃO:** 1 PONTO PARA IDADE 75-84  
3 PONTOS PARA IDADE ≥ 85

2. Em geral, comparando com outras pessoas de sua idade, você diria que sua saúde é:

Ruim\* (1 PONTO)  
Regular\* (1 PONTO)  
Boa  
Muito Boa ou  
Excelente

**PONTUAÇÃO:** 1 PONTO PARA REGULAR ou RUIM

3. Em média, quanta dificuldade você tem para fazer as seguintes atividades físicas:

	Nenhuma dificuldade	Pouca dificuldade	Média dificuldade	Muita dificuldade*	Incapaz de fazer*
Curvar-se, agachar ou ajoelhar-se	( )	( )	( )	( )*	( )*
Levantar ou carregar objetos com peso aproximado de 5 quilos?	( )	( )	( )	( )*	( )*
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?	( )	( )	( )	( )*	( )*

**PONTUAÇÃO:** 1 PONTO PARA CADA RESPOSTA "MUITA DIFICULDADE\*\*" OU "INCAPAZ DE FAZER\*\*" NAS QUESTÕES 3a ATÉ 3f. CONSIDERAR NO MÁXIMO DE 2 PONTOS.

4. Por causa de sua saúde ou condição física, você tem alguma dificuldade para:

a. fazer compras de itens pessoais (como produtos de higiene pessoal ou medicamentos?)

( ) SIM → Você recebe ajuda para fazer compras?	( ) SIM*	( ) NÃO
( ) NÃO		
( ) NÃO FAÇO COMPRAS → Isto acontece por causa de sua saúde?	( ) SIM*	( ) NÃO

b. lidar com dinheiro (como controlar suas despesas ou pagar contas)?

( ) SIM → Você recebe ajuda para lidar com dinheiro?	( ) SIM*	( ) NÃO
( ) NÃO		
( ) NÃO LIDO COM DINHEIRO → Isto acontece por causa de sua saúde?	( ) SIM*	( ) NÃO

c. atravessar o quarto andando? É PERMITIDO O USO DE BENGALA OU ANDADOR.

( ) SIM → Você recebe ajuda para andar?	( ) SIM*	( ) NÃO
( ) NÃO		
( ) NÃO ANDO → Isto acontece por causa de sua saúde?	( ) SIM*	( ) NÃO

d. realizar tarefas domésticas leves (como lavar louça ou fazer limpeza leve)?

( ) SIM → Você recebe ajuda para tarefas domésticas leves?	( ) SIM*	( ) NÃO
( ) NÃO		
( ) NÃO FAÇO TAREFAS DOMÉSTICAS LEVES → Isto acontece por causa de sua saúde?	( ) SIM*	( ) NÃO

e. tomar banho de chuveiro ou banheira?

( ) SIM → Você recebe ajuda para tomar banho de chuveiro ou banheira?	( ) SIM*	( ) NÃO
( ) NÃO		
( ) NÃO TOMO BANHO DE CHUVEIRO OU BANHEIRA → Isto acontece por causa de sua saúde?	( ) SIM*	( ) NÃO

**PONTUAÇÃO:** CONSIDERAR 4 PONTOS PARA UMA OU MAIS RESPOSTAS "SIM"\* NAS QUESTÕES 4a ATÉ 4e

**CLASSIFICAÇÃO FINAL:**  
NÃO VULNERÁVEL = pontuação ≤ 3  
VULNERÁVEL = pontuação ≥ 3

# ANEXO C - FICHA ESPELHO DA CADERNETA DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA

## FICHA ESPELHO DA CADERNETA DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA

### 1. IDENTIFICAÇÃO



Nome: \_\_\_\_\_ Nome Social: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  Feminino  Masculino Estado civil \_\_\_\_\_

Raça/Cor:  Branca  Preta  Parda  Amarela  Indígena  Não declarada

Endereço: \_\_\_\_\_

Telefones: \_\_\_\_\_ Pessoa de Referência: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Unidade de saúde de Referência: \_\_\_\_\_ CNS: \_\_\_\_\_ Nº Prontuário: \_\_\_\_\_

Data de entrega da Caderneta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Responsável pela entrega: \_\_\_\_\_

### 2. AVALIAÇÃO CLÍNICA

Doenças prévias ou já diagnosticadas:

Acidente Vascular cerebral  Anemia  Asma  Diabetes  Hipertensão arterial  Doença arterial coronariana

Insuficiência cardíaca  Doença pulmonar obstrutiva crônica  Úlcera gastrointestinal  Epilepsia  Depressão

Ansiedade  Incontinência Urinária  Declínio cognitivo ou Demência  Outras: \_\_\_\_\_

Mais de 2 internações no último ano:  Sim  Não Motivo 1ª \_\_\_\_\_ Motivo 2ª \_\_\_\_\_ Motivo 3ª \_\_\_\_\_

Cirurgia (s) prévia (s):  Sim  Não Tipo: \_\_\_\_\_ Ano: \_\_\_\_\_

#### Dados antropométricos

	20__	20__	20__	20__	20__
Peso					
Altura					
IMC= peso/altura <sup>2</sup>					
Perímetro da Panturrilha (PP) esquerda					

Emagrecimento não intencional no último ano:

Sim  Não Quanto: \_\_\_\_\_ kg

Glicemia Jejum \_\_\_\_\_

Glicemia casual \_\_\_\_\_

#### Polifarmácia: uso concomitante de 5 ou mais medicamentos?

DATA / /	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO	DATA / /	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO
DATA / /	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO	DATA / /	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO
DATA / /	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO	DATA / /	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO

#### Presença de dor com duração igual ou superior à 3 meses?

DATA	LOCALIZAÇÃO DA DOR	INTENSIDADE (LEVE, MODERADA, INTENSA)	DATA	LOCALIZAÇÃO DA DOR	INTENSIDADE (LEVE, MODERADA, INTENSA)

#### Avaliações odontológicas realizadas

/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
-----	-----	-----	-----	-----

#### Hábitos de vida

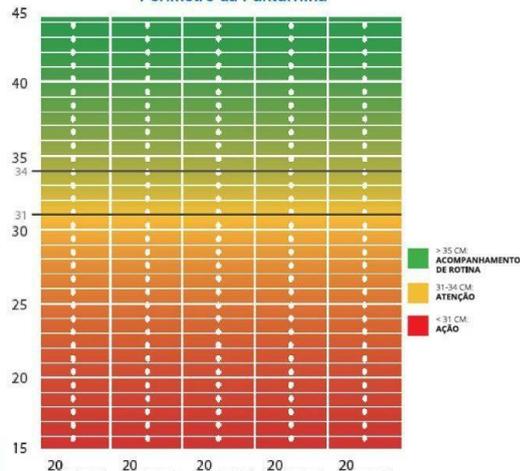
Fumante:  Sim  Não

Faz uso de álcool:  Sim  Não

Prática atividade física:  Sim  Não

Atividades sociais ou algum tipo de lazer:  Sim  Não

#### Perímetro da Panturrilha



Data da queda (mês/ano)	Qual foi o local da queda?		A queda causou alguma fratura?		Você parou de realizar alguma atividade por medo de cair novamente?	
	Dentro de casa	Fora de casa	Sim/Qual?	Não	Sim	Não

Deficiência:  Sim  Não

Auditiva  Visual  Intelectual / Cognitiva

Física  Outra: \_\_\_\_\_

### 3. AVALIAÇÃO PSICOSSOCIAL

Sabe ler e escrever:  Sim  Não  
 Escolaridade:  Nenhuma  De 1 a 3 anos  De 4 a 7 anos  8 anos ou mais

Trabalha atualmente ou possui algum tipo de atividade remunerada:  Sim  Não  
 Aposentado:  Sim  Não  
 Recebe algum tipo de benefício:  Sim  Não Qual: \_\_\_\_\_

#### Suporte Familiar

Mora só  
 Mora com cônjuge  
 Mora com familiares /parentes  
 ILPI  
 Outros: \_\_\_\_\_

Em caso de necessidade, conta com alguém para acompanhá-lo à UBS:  Sim  Não

Acesso a serviços:  
 Acesso a transporte público:  Sim  Não  
 Acesso fácil a supermercado, farmácia, padaria, etc.:  Sim  Não

#### Alteração de Cognição

(Questões dirigidas à pessoa idosa, familiar ou cuidador)

Alguém (família ou amigo) falou que você está ficando esquecido?  
 Sim  Não  
 O esquecimento está piorando nos últimos meses?  Sim  Não  
 O esquecimento está impedindo a realização de alguma atividade do cotidiano?  Sim  Não

#### Alteração de Humor

(Questões dirigidas à pessoa idosa, familiar ou cuidador)

No último mês, você ficou com desânimo, tristeza ou desesperança?  Sim  Não  
 No último mês, você perdeu o interesse em atividades anteriormente prazerosas?  Sim  Não

### 4. AVALIAÇÃO FUNCIONAL

#### PROTOCOLO DE IDENTIFICAÇÃO DO IDOSO VULNERÁVEL (VES-13)

		20	20	20	20	20
<b>1. Idade</b>						
60 a 74 anos	0 pontos					
75 a 84 anos	1 ponto					
≥ 85 anos	3 pontos					
<b>2. Auto percepção de saúde:</b>		20	20	20	20	20
Em geral, comparando com outras pessoas de sua idade, você diria que sua saúde é:						
Excelente   0 pontos						
Bom   0 pontos						
Muito bom   0 pontos						
Ruim   1 pontos						
Regular   1 pontos						
<b>3. Limitação física</b>						
Em média, quanta dificuldade você tem para fazer as seguintes atividades físicas:						
Pontuação:						
As respostas "muita dificuldade" ou "incapaz de fazer" valem 1 ponto cada. Todavia, a pontuação máxima nesse tópico é de 2 pontos, ainda que a pessoa tenha marcado ter "muita dificuldade" ou ser "incapaz de fazer" as 6 atividades listadas.						
	A	B	C	D	E	
Curvar-se, agachar ou ajoelhar-se	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20
Levantar ou carregar objetos com peso aproximado de 5 kg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20
Elevar ou estender os braços acima do nível do ombro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20
Escrever ou manusear e segurar pequenos objetos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20
Andar 400 metros (aproximadamente quatro quarteirões)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20
Fazer serviço doméstico pesado, como esfregar o chão ou limpar janelas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20
<b>Chave de respostas:</b>						
A   Nenhuma dificuldade		B   Pouca dificuldade		C   Média (alguma) dificuldade		
D   Muita dificuldade		E   Incapaz de fazer (não consegue fazer)				
<b>4. Incapacidades</b>						
Pontuação: As respostas positivas ("sim") valem 4 pontos cada. Todavia, a pontuação máxima nesse tópico é de 4 pontos, mesmo que a pessoa idosa tenha respondido "sim" para todas as perguntas.						
Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de fazer compras?		20	20	20	20	20
<input type="checkbox"/> Sim.						
<input type="checkbox"/> Não ou não faz compras por outros motivos que não a saúde.						
Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de controlar seu dinheiro, seus gastos ou pagar contas?						
<input type="checkbox"/> Sim.						
<input type="checkbox"/> Não ou não controla o dinheiro por outros motivos que não a saúde.						
Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de caminhar dentro de casa?						
<input type="checkbox"/> Sim.						
<input type="checkbox"/> Não ou não caminha dentro de casa por outros motivos que não a saúde.						
Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de realizar tarefas domésticas leves, como lavar louça ou fazer limpeza leve?						
<input type="checkbox"/> Sim.						
<input type="checkbox"/> Não ou não realiza tarefas domésticas leves por outros motivos que não a saúde.						
Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de tomar banho sozinho(a)?						
<input type="checkbox"/> Sim.						
<input type="checkbox"/> Não ou não toma banho sozinho(a) por outros motivos que não a saúde.						

0 a 2 pontos: Acompanhamento de rotina  
 ≥ 3 pontos: Atenção/Ação

PONTUAÇÃO TOTAL

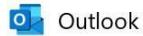
Classificação segundo Funcionalidade:  Perfil 1  Perfil 2  Perfil 3

Perfil 1: Idosos que realizam suas atividades de forma independente e autônoma.  
 Perfil 2: Idosos que realizam suas atividades de forma adaptada, modificada ou com o auxílio de terceiros.  
 Perfil 3: Idosos totalmente dependentes de terceiros.

## ANEXO D – COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DE ARTIGO

26/11/2024, 11:19

Email – Isabelle Albuquerque – Outlook



---

### [Revista de APS] Agradecimento pela submissão

---

De Portal de Periódicos UFJF <noreply.periodicos@ufff.br>

Data Ter, 26/11/2024 12:06

Para Isabelle Silva de Albuquerque <isabelleab@outlook.com>

Isabelle Silva de Albuquerque:

Obrigado por submeter o manuscrito, "Perfil de vulnerabilidade de idosos atendidos na Estratégia Saúde da Família: estudo descritivo " ao periódico Revista de APS. Com o sistema de gerenciamento de periódicos on-line que estamos usando, você poderá acompanhar seu progresso através do processo editorial efetuando login no site do periódico:

URL da Submissão: <https://periodicos.ufff.br/index.php/aps/authorDashboard/submission/46688>

Usuário: isabellealbuquerque13

Se você tiver alguma dúvida, entre em contato conosco. Agradecemos por considerar este periódico para publicar o seu trabalho.

Revista de APS - Secretaria

Revista de APS

UFJF