

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

**LIDIANE MACHADO**

**IDENTIFICAÇÃO DOS IDOSOS VULNERÁVEIS DE UMA UNIDADE BÁSICA DE  
SAÚDE DE PORTO ALEGRE**

**PORTO ALEGRE  
2014**

**LIDIANE MACHADO**

**IDENTIFICAÇÃO DOS IDOSOS VULNERÁVEIS DE UMA UNIDADE BÁSICA DE  
SAÚDE DE PORTO ALEGRE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial ao Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dra. Eliane Pinheiro de Morais

**PORTO ALEGRE  
2014**

Dedico este trabalho:

Aos meus pais, idosos jovens, que amo tanto.

## AGRADECIMENTOS

Enfim, mais uma etapa da minha vida está sendo concluída. Agradeço a Deus por ter me dado força, coragem, perseverança para que eu conseguisse chegar até aqui, e que me dê forças para que eu possa ir muito mais além.

Agradeço meus pais (Milita e Vilmar) e meu irmão (Gilmar) por todo amor e carinho que têm comigo. Por me apoiarem nos momentos difíceis, e me ensinarem que nem tudo acontece como planejamos e por isso devemos aprender a lidar com tais situações, sempre a fim de superá-las. Vocês são um exemplo para mim, e eu tenho muito amor e admiração por vocês.

Minha avó Maria Inácia, minha tia Iracema, minha prima Adriana e toda minha família, que sempre acreditaram no meu potencial.

Meu namorado, amigo e companheiro Lairton, que sempre me incentivou nos estudos, que nos finais de semana lindos de sol ficava ao meu lado enquanto eu estudava e fazia meus trabalhos.

Minha amiga irmã Sara, presente que a UFRGS me deu, que esteve e está ao meu lado nos bons e maus momentos. Sempre disposta a me ouvir, me aconselhar, me ajudar e me fazer sorrir quando estou triste.

Minhas amigas Vanessa e Josiéli, que mesmo distantes nossa amizade sempre prevaleceu. Vocês são muito importantes para mim, sei que posso contar com vocês em qualquer momento.

A UFRGS que me auxiliou com moradia, transporte e alimentação para que eu conseguisse me manter e continuar meus estudos. Sem falar do excelente ensino que me proporcionou, com excelentes professores.

A minha querida orientadora Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Eliane Pinheiro de Moraes, pela paciência, dedicação e disponibilidade para tirar minhas dúvidas no desenvolvimento desse trabalho.

Agradeço a todos, que de alguma forma colaboraram para eu conseguisse chegar até aqui. Obrigada!

## RESUMO

Essa pesquisa foi realizada com base na aplicação do instrumento *The Vulnerable Elders Survey*, para que os idosos, pertencentes à UBS Santa Cecília, fossem classificados como vulneráveis ou não. Por meio desse, foi possível identificar os idosos vulneráveis de algumas microáreas da UBS Santa Cecília/HCPA. Foi realizado um estudo transversal-exploratório-descritivo com abordagem quantitativa, desenvolvido com 84 idosos pertencentes às famílias pesquisadas em um estudo maior. A coleta de dados foi realizada por meio de visitas domiciliares, e também foram coletados dados sócio-demográficos. Para análise de dados foi utilizado o programa SPSS versão 18.0. O trabalho foi encaminhado e aprovado a Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFRGS sob nº 27631 e ao Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA sob o nº 784.520. Os idosos que concordaram participar do estudo e/ou responsáveis assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Dos 84 idosos pesquisados, oito não aceitaram participar do estudo, resultando assim em uma amostra final de 76 idosos. Foram considerados vulneráveis 23 idosos (30,3%) e 53 (69,7%) não vulneráveis. Dos considerados vulneráveis a maioria foi do sexo feminino (73,9%), brancos (82,6%), idade entre 71 e 75 anos (26,1%) e que possuíam renda  $\leq 2$  salários mínimos. É possível envelhecer com saúde, basta o indivíduo dispor de bons hábitos de vida. Esses, cabem aos pais, familiares por meio de ensinamentos, diálogo e também a Atenção Primária que pode mobilizar a população através da promoção e prevenção da saúde, estimulando-os em busca de um envelhecimento senescente.

Descritores: envelhecimento, saúde do idoso, risco.

## LISTA DE TABELAS

- Tabela 1** Características demográficas e socioeconômicas em idosos residentes na área de atuação da Unidade Básica de Saúde Santa Cecília. Porto Alegre, 2014.....18
- Tabela 2** Distribuição dos critérios de pontuação para classificação de vulnerabilidade pelo instrumento *Vulnerable Elders Survey* (VES-13) dos idosos pertencentes ao estudo. Porto Alegre. RS, 2014.....20
- Tabela 3** Características sócio-demográficas relacionadas com a vulnerabilidade e não vulnerabilidade dos idosos participantes do estudo. Porto Alegre. RS, 2014.....21
- Tabela 4** Relação da idade com a percepção de saúde e dificuldades existentes nas Atividades de Vida Diária (AVD) dos idosos participantes do estudo. Porto Alegre. RS, 2014.....23

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	<b>07</b>
<b>2 OBJETIVOS</b>	<b>10</b>
2.1 Objetivo geral	10
2.2 Objetivos específicos	10
<b>3 REVISÃO DE LITERATURA</b>	<b>11</b>
3.1 Contextualizando o Processo do Envelhecimento	11
3.2 Vulnerabilidade	12
<b>4 MÉTODO</b>	<b>15</b>
4.1 Tipo de estudo	15
4.2 Campo de estudo	15
4.3 População e amostra	15
4.4 Coleta de dados	16
4.5 Análise de dados	16
4.6 Aspectos éticos	16
<b>5 RESULTADOS</b>	<b>18</b>
<b>6 DISCUSSÕES</b>	<b>24</b>
<b>7 CONCLUSÕES</b>	<b>29</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>30</b>
<b>APÊNDICE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido</b>	<b>34</b>
<b>ANEXO A- Instrumento para coleta de dados- <i>Vulnerable Elders Survey-VES 13</i></b>	<b>35</b>
<b>ANEXO B- Aprovação COMPEAQ Escola de Enfermagem da UFRGS</b>	<b>36</b>
<b>ANEXO C- Parecer Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA</b>	<b>38</b>

## 1INTRODUÇÃO

A expectativa de vida da população está aumentando, e com isso ocorre o aumento expressivo da parcela da população com 60 anos ou mais que, a partir dessa idade são consideradas idosas (BRASIL, 2003). Conforme as Nações Unidas (FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2012), no ano de 2012, 810 milhões de pessoas tinham 60 anos ou mais, constituindo 11,5% da população global. Esse número, em menos de 10 anos, projeta-se que alcance um bilhão e que duplique em 2050, alcançando dois bilhões de pessoas ou 22% da população global. No Brasil, o censo de 2010 revelou um aumento da população com 60 anos ou mais, sendo que do ano de 1999 até o ano de 2009 esta parcela da população passou de 9,1% para 11,3% (IBGE, 2010a).

Conforme índices do DATASUS (BRASIL, 2012a) em 2012 o Brasil registrava 20.889.849 idosos, a região Sul 3.322.197, o Rio Grande do Sul 1.467.957 e Porto Alegre um total de 213.003 idosos. O aumento dos idosos foi notado em todas as faixas, com destaque para a faixa entre 90 e 99 anos com crescimento de 86%, passando de 2.513 a 4.682 pessoas (PORTO ALEGRE, 2012).

Envelhecer é um processo natural que implica mudanças graduais e inevitáveis relacionadas à idade, e que provoca mudanças biológicas, psicológicas e sociais na vida do idoso (CIOSAK et al. 2011; SANTOS, 2010).

O envelhecimento pode ocorrer de forma natural, chamado de senescência ou de forma patológica, a senilidade. A senescência “é a diminuição progressiva da reserva funcional dos indivíduos, que em condições normais, não costuma provocar problemas, porém algumas alterações podem ter seus efeitos minimizados com a assimilação de um estilo de vida mais ativo”, os idosos apresentam prejuízos significativos, mas não são considerados doentes (BRASIL, 2007, p. 8).

Já a senilidade, também chamada de envelhecimento patológico, está ligada ao estresse emocional, a acidentes e aos agravos das doenças crônicas não transmissíveis, gerando dependência e incapacidade que, segundo Alves et al.(2007), ocasiona maior vulnerabilidade e contribui para a diminuição do bem-estar e da qualidade de vida dos idosos.

Para Morais (2010), ser vulnerável significa estar suscetível a sofrer danos. Segundo o mesmo autor, algumas pessoas e famílias são afetadas por circunstâncias desfavoráveis (pobreza, educação, dificuldades geográficas, doenças crônicas ou outros infortúnios) que as tornam mais expostas, resultando em perda de capacidade ou de liberdade; e têm redução de oportunidades de escolha dos bens essenciais para suas vidas.



Em razão do rápido envelhecimento populacional, as famílias e os serviços de saúde identificaram que as demandas de cuidados com essa parcela da população aumentaram. Associa-se ainda, a este fenômeno demográfico e epidemiológico, o aumento das famílias em situação de vulnerabilidade social e econômica.

Para conhecer a realidade da população de uma área, as Equipes de Saúde da Família realizam o cadastramento das famílias por meio da Ficha A, que são avaliadas na primeira visita domiciliar realizada pelo Agente Comunitário de Saúde. A partir dos dados coletados nessa ficha, é possível avaliar o grau de vulnerabilidade das famílias através da Escala de Risco Familiar, ferramenta criada com base na Ficha A para auxiliar na organização do processo de trabalho da equipe de saúde (COELHO; SAVASSI, 2002).

Coelho e Savassi (2002), autores da escala citada, definem que as famílias são vulneráveis quando possuem uma pontuação de risco familiar igual ou superior a cinco. Para tanto, são identificadas nas famílias as 13 sentinelas: ter pessoa acamada, deficiente físico, deficiente mental, baixas condições de saneamento, desnutrição, drogadição, desemprego, analfabetismo, pessoas com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus, relação morador/cômodo, crianças menores de seis meses e os idosos com 70 anos ou mais.

O grau de vulnerabilidade das famílias foi avaliado na Unidade Básica de Saúde (UBS) Santa Cecília do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) através do projeto intitulado “Avaliação das famílias em risco pertencentes às microáreas da Unidade Básica de Saúde Santa Cecília/HCPA”, por meio de coleta de dados nas Fichas A, com a aplicação da Escala de Risco Familiar. Nesse projeto foram pesquisadas 750 famílias que se encontravam em microáreas com limites definidos desde o primeiro planejamento da UBS e sempre estiveram cobertas por Agentes Comunitários de Saúde. Essas famílias foram classificadas de acordo com o escore da Escala de Risco Familiar de Coelho e Savassi (2002) em: escores de 0 a 4 (sem risco), escore 5 ou 6 é classificado como R1 (risco menor), escore 7 ou 8 como R2 (risco médio) e escore maior que 9 como R3 (risco máximo).

Com a participação da autora como bolsista de Iniciação Científica nesta pesquisa e da observação que em muitas famílias era alto o número de indivíduos com 60 anos ou mais, gerou interesse em realizar esse trabalho e aprofundar o conhecimento sobre os idosos e identificar a vulnerabilidade dos mesmos.

Em decorrência do envelhecimento, os componentes biofisiológicos dos idosos diminuem, contribuindo para uma maior vulnerabilidade. Para que possamos identificá-la, será utilizado o instrumento *Vulnerable Elders Survey*- VES 13, traduzido e adaptado transculturalmente aqui no Brasil afim de identificar a vulnerabilidade ou não desses idosos. O

VES-13 consta de questões relacionadas à idade, a autopercepção da saúde e as dificuldades referidas para a realização de suas atividades de vida diária (MAIA, et al., 2012).

Em virtude do aumento dessa população, dos cuidados e da atenção que essa faixa etária necessita, esse trabalho tem grande relevância para que possamos avaliar as situações sócio-demográficas e de saúde nas quais se encontram os idosos, a fim de saber se os idosos presentes nas famílias vulneráveis ou não, são também identificados como vulneráveis. Desse modo, acredita-se que a enfermagem poderá priorizar os cuidados a essa clientela que mais necessita de atenção, visto que a medida que vai envelhecendo, as chances de desenvolverem problemas de saúde e doenças crônicas aumentam.

Para tanto, elaborou-se a seguinte questão norteadora do estudo: os idosos encontrados nas famílias avaliadas no projeto “Avaliação das famílias em risco pertencentes às microáreas da Unidade Básica de Saúde Santa Cecília/HCPA” são identificados como vulneráveis?

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

Identificar os idosos vulneráveis de microáreas cobertas por Agentes Comunitários de Saúde da UBS Santa Cecília/HCPA.

### **2.2 Objetivos específicos**

Os objetivos específicos serão os seguintes:

- identificar as características sócio-demográficas, a auto-avaliação de saúde e as dificuldades referidas pelos idosos em suas atividades de vida diária;
- identificar a vulnerabilidade dos idosos que vivem nas famílias pesquisadas no projeto “Avaliação das famílias em risco pertencentes às microáreas da Unidade Básica de Saúde Santa Cecília/HCPA”.

### 3 REVISÃO DA LITERATURA

#### 3.1 Contextualizando o Processo do Envelhecimento

Atualmente, a população mundial vem passando por mudanças demográficas e epidemiológicas que contribuem para o envelhecimento populacional, caracterizando o alargamento do topo da pirâmide etária. Estas mudanças tem como resultado o aumento da população de idosos no mundo.

O envelhecimento é um processo que ocorre desde o nosso nascimento, o que se diferencia da velhice que é a condição resultante do nosso processo de envelhecimento. Ele pode ser bem sucedido, com boa saúde física e mental, independência na vida diária, boa integração social, bom suporte familiar e independência econômica, ou não ser bem sucedido com o prejuízo dessas condições, devido aos nossos hábitos de vida e doenças crônicas ocorrentes (LIMA; SILVA; GALHARDONI, 2008).

Com o aumento do número de idosos, das comorbidades existentes e da necessidade de atenção aos cuidados referentes à saúde desse grupo, aumentaram as demandas por políticas públicas de saúde que visassem a melhoria da saúde e da qualidade de vida dessa população. Assim sendo, a Atenção Primária a Saúde (APS) é a porta de entrada para o sistema de saúde, pois é ela quem vai priorizar a prevenção e a promoção da saúde da população de modo que seja integral e contínua (CRUZ, 2008).

A APS, por meio de suas ações de promoção e prevenção da saúde, pode intervir desde cedo na saúde de cada indivíduo, possibilitando a manutenção do desenvolvimento ao longo do curso da vida, favorecendo um envelhecimento saudável e ativo.

Segundo Santos, Andrade e Bueno (2009), o envelhecimento saudável é conquistado por pessoas que desde a juventude se preocuparam em fazer uso de uma dieta adequada, de atividades físicas e não se tornaram dependentes químicos, de fatores debilitantes como o estresse físico e o estresse mental elevado. Isso depende da influência que a pessoa tem durante a sua infância, com o incentivo dos pais ou familiares na alimentação saudável e no incentivo que os mesmos dão quanto às atividades físicas e orientações quanto ao não envolvimento com substâncias ilícitas e lícitas. Se uma criança adpta a esses incentivos prosseguir durante as suas fases de vida, com certeza terá um envelhecimento saudável se comparada a outras, pois sua capacidade funcional na velhice estará melhor conservada, sendo que essa, é um fator indispensável para se usufruir de um envelhecimento saudável. Tê-la preservada, significa que os

idosos terão condições para realizarem suas atividades, ou seja, não serão dependentes, e vão conseguir continuar na comunidade mantendo suas relações e atividades sociais.

Juntamente da conscientização das pessoas em busca de um envelhecimento saudável, existe outro conceito, o de envelhecimento ativo, no qual se designa pela “percepção das pessoas em busca de um bem-estar físico, mental e social; e também a participação das pessoas nas questões sociais, econômicas, culturais, civis e espirituais tendo por objetivo o aumento da expectativa de vida saudável” (OMS, 2005, p.13). Entre os seus determinantes encontram-se: os econômicos, os sociais, os pessoais, o ambiente físico, os serviços sociais e de saúde, os comportamentais, os culturais e os de gênero (OMS, 2005).

Dependendo das atividades e hábitos que cada pessoa tem durante sua vida, o processo de envelhecimento poderá ser comprometido caso ela não tenha tido uma vida saudável e ativa. Nessa fase é comum o surgimento das doenças crônicas tornando os indivíduos dependentes dos serviços de saúde e dos familiares. Também é comum a ocorrência de perdas, e essas situações influenciam nas suas vidas, deixando muitas pessoas deprimidas e depressivas, o que contribui para o agravamento da saúde, a senilidade (FREITAS et al.,2006).

Nem todas as alterações que se sucedem nos idosos decorrem do envelhecimento natural, muitas delas se devem às intercorrências das doenças crônicas existentes. Isso ocorre quando o envelhecimento não é bem sucedido e os riscos dos idosos tornarem-se vulneráveis aumentam, como descrito anteriormente todos estão suscetíveis a sofrerem danos.

### **3.2 Vulnerabilidade**

Para reorganizar a atenção básica, de maneira a priorizar os atendimentos domiciliares das famílias, foi criada a Escala de Risco Familiar, no qual classifica as famílias por meio de escores em sem risco (0 a 4), risco menor (5 ou 6), risco médio (7 ou 8) e risco máximo (> 9) . Quanto maior os escores dessas famílias, maior será a situação de risco, vulnerabilidade que estão submetidas. Para Coelho; Savassi (2002), famílias em situação de risco/ vulnerabilidade seriam as que estão expostas a características que as coloquem sob maior probabilidade de exposição a fatores prejudiciais à saúde que possam vir a causar agravos de ordem física, psicológica ou social.

Com o aumento da expectativa de vida, muitas famílias são compostas por idosos. O envelhecer contribui para que o indivíduo torne-se vulnerável em decorrência das doenças crônicas, incapacidade física e déficit cognitivo, fazendo com que os idosos apresentem

dificuldades para a realização de suas atividades. Segundo Ayres et al.(2006), a vulnerabilidade pode ser individual, social e programática.

A vulnerabilidade individual refere que todas as pessoas estão suscetíveis a desenvolvê-la, e vai depender da vida que cada um leva e das informações e hábitos que possui. A vulnerabilidade social compreende os aspectos culturais, sociais, morais, políticos e econômicos, que determinam as oportunidades de acesso a serviços que proporcionarão um bem a sua saúde. Por último, a vulnerabilidade programática refere-se aos recursos sociais necessários para a proteção do indivíduo a riscos, a integridade e ao bem estar físico, mental e social como a família e os serviços de saúde (AYRES et al. 2006).

Para identificar os idosos vulneráveis, alguns instrumentos foram elaborados e outros foram traduzidos e adaptados transculturalmente.

Nos Estados Unidos, foi criado por Saliba et al. (2001), o instrumento *Vulnerable Elders Survey* (VES-13) que verifica a vulnerabilidade do idoso, sendo que um escore maior que 3 será considerado vulnerável e menor que 3 não vulnerável. O estudo foi realizado com uma população de 6.205 idosos com mais de 65 anos, concluindo-se que se trata de um instrumento simples que visa à triagem da população de idosos residentes em comunidades, a fim de identificar os riscos para a deterioração da saúde.

Em outro estudo, Min et al. (2006) aplicaram o mesmo instrumento a uma amostra de 420 idosos residentes em duas organizações de cuidado gerenciado nos Estados Unidos, já identificados como vulneráveis (VES-13 superior a três), tendo como objetivo detectar o risco de deterioração da saúde nessa amostra, no qual concluíram que quanto mais alto for o escore, maior será o risco de deterioração da saúde em um curto período de tempo.

O instrumento VES-13 foi traduzido e adaptado transculturalmente para utilização no Brasil por Maia et al., (2012). Também foi adaptado transculturalmente no nosso país buscando utilizar o contexto da assistência oncológica no qual avaliaram 33 idosos em um hospital de oncologia habilitado pelo Sistema Único de Saúde (LUZ et al., 2013). O instrumento possui estrutura simples e de fácil aplicação, constituído de questões referentes à idade, auto-avaliação de saúde e dificuldades referidas pelos idosos em suas atividades de vida diária. Quanto ao critério de classificação para identificar os idosos vulneráveis, foi utilizado escore  $> 3$  para vulnerável e  $\leq 3$  para não vulnerável, sendo que: idade inferior a 75 anos não pontua, entre 75 e 84 anos pontua 1 e idade  $\geq 85$  anos pontua 3, considerar a saúde ruim ou regular pontua 1, boa, muito boa ou excelente não pontua. Referente as dificuldade para realização de atividades físicas pontua 1 para cada resposta muita dificuldade ou incapaz de fazer, sendo que o máximo nesse

item é para se considerar 2 pontos, e a respeito das condições físicas, considerar 4 pontos para uma ou mais respostas sim.

## **4 MÉTODO**

### **4.1 Tipo de estudo**

Trata-se de um estudo transversal-exploratório-descritivo com abordagem quantitativa. Nos delineamentos transversais todos os fenômenos estudados são contemplados durante um período de coleta de dados. Esses modelos mostram-se apropriados para descrever o estado de fenômenos ou relações entre fenômenos em um ponto fixo. A coleta de dados ocorre em um determinado ponto temporal, em uma única ocasião, única visita domiciliar realizada ao idoso. Esse estudo possui critérios e métodos, e assim fornecerá informações que responderão à questão do projeto e também oportunizará observar os aspectos entre as variáveis pesquisadas (POLIT; BECK, 2011).

### **4.2 Campo do estudo**

Esse trabalho foi desenvolvido nas microáreas cobertas por Agentes Comunitários de Saúde da UBS Santa Cecília/HCPA que pertencem ao Distrito de Saúde Centro do município de Porto Alegre. A Unidade Básica de Saúde Santa Cecília foi criada em 2004 e conta com enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos, nutricionistas, psicólogos e agentes comunitários de saúde. Os profissionais são responsáveis, atualmente, por uma área de abrangência de aproximadamente 40.000 habitantes.

### **4.3 População e amostra**

A população desse trabalho foi de 406 idosos pertencentes às 301 famílias (algumas famílias integram mais de um idoso) do projeto “Avaliação das famílias em risco pertencentes às microáreas da Unidade Básica de Saúde Santa Cecília/HCPA”, o qual avaliou 750 famílias pertencentes às áreas cobertas por Agentes Comunitários de Saúde. A amostra foi calculada com 90% de confiança e um erro aceitável de 10%. O tamanho da amostra foi de 84 idosos, supondo o percentual do idoso vulnerável igual a 32%, porém 8 não aceitaram participar do estudo, restando assim 76 idosos. O tamanho da amostra foi calculado com base no artigo original, de Saliba et al. (2001), intitulado *The Vulnerable Elders Survey: A Tool for Identifying Vulnerable Older People in the Community*, que constava de uma amostra de 6.205 idosos.



Os critérios de inclusão da amostra foram: idosos pertencentes às famílias pesquisadas no estudo maior que aceitaram participar desse trabalho. Critérios de exclusão foram: idosos que não foram encontrados após três tentativas em horários diferentes, que tiveram mudado da área de abrangência ou falecidos no período de coleta.

#### **4.4 Coleta dos dados**

Para a coleta de dados foram realizadas visitas domiciliares, com agendamento prévio para aplicação do instrumento *Vulnerable Elders Survey* (VES-13) (ANEXO A), que consta de questões simples e diretas sobre auto-avaliação de saúde, capacidade funcional, capacidade instrumental e a idade de cada idoso, traduzido e adaptado transculturalmente para utilização no Brasil (MAIA et al., 2012).

Também foram coletados dados sócio-demográficos, por meio de itens acrescentados ao instrumento VES-13, como sexo, idade, renda, etnia, característica do domicílio e com quem mora.

#### **4.5 Análise dos dados**

Os dados foram tabulados e analisados através do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 18.0.

Foi utilizada estatística descritiva, frequência absoluta e relativa, média e desvio padrão e o teste Qui-quadrado para os dados referentes aos escores de vulnerabilidade, atividades de vida diária e dados sócio-demográficos. Foi considerado o valor de  $p \leq 0,05$  como estatisticamente significativo. Os resultados foram disponibilizados em tabelas.

#### **4.6 Aspectos éticos**

O trabalho foi encaminhado e aprovado a Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem (COMPESQ/EEenf) da UFRGS sob nº 27631 (ANEXO B) e ao Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA sob o nº 784.520 (ANEXO C).

Os idosos que concordaram em participar do estudo e/ou responsáveis assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE), atendendo às normas da Resolução nº 466/12 (BRASIL, 2012b) em duas vias, ficando uma com o entrevistado e outra com a

pesquisadora que guardará por cinco anos, juntamente com os instrumentos de pesquisa e, após este prazo, serão destruídos.

Nesse trabalho, também foram preservadas as autenticidades das idéias, conceitos e definições de cada autor, utilizando-se para citações e referências dos autores as normas da Associação Brasileira de Normas e Técnicas (ABNT, 2002a; ABNT 2002b).

## 5 RESULTADOS

A amostra inicial do estudo foi de 84 idosos. Desses, oito não aceitaram participar, resultando assim em uma amostra final de 76 idosos.

A Tabela 1 refere-se às características demográficas e socioeconômicas, destacando-se predominância do sexo feminino (65,8%) e uma média de idades de 71 anos ( $\pm 8,21$ ). Quanto à etnia, a maioria refere ser da raça branca (76,6%). A média da renda mensal entre os moradores é de 3,59 ( $\pm 2,60$ ) salários mínimos<sup>1</sup> e a média de pessoas que residem nos domicílios é de 2,68 ( $\pm 1,54$ ). Dos idosos participantes, 19 (25%) relatam morar sozinhos. A média de cômodos nas suas residências é de 5,57.

**Tabela 1** Características demográficas e socioeconômicas em idosos residentes na área de atuação da Unidade Básica de Saúde Santa Cecília. Porto Alegre, 2014.

<b>Características demográficas e socioeconômicas</b>	<b>N (%)</b>
<b>Sexo</b>	
Feminino	50 (65,8)
Masculino	26 (34,2)
<b>Idade (anos)</b>	71( $\pm 8,21$ )
<b>Etnia</b>	
Branco	58 (76,6)
Negro	11 (14,5)
Pardo	7 (9,2)
<b>Renda (SM)</b>	3,59 ( $\pm 2,02$ )
<b>Com quem mora</b>	
Sozinho	19 (25)
Acompanhado- média e desvio padrão	57 (75)
<b>Cômodos</b>	5,57 ( $\pm 2,60$ )

Fonte: Machado, 2014.

Com relação aos critérios de pontuação no VES-13, a Tabela 2 mostra que a maioria (67,7%) dos idosos possui menos de 75 anos, o que resulta a não pontuação do instrumento de

<sup>1</sup>O valor do SM na época da pesquisa é de R\$ 720,00

vulnerabilidade (quanto menos idade, menos vulnerável). A maioria (61,8%) diz considerar sua saúde ruim ou regular.

Em relação à dificuldade para a realização de atividades físicas, tais como: curvar-se, agachar-se ou ajoelhar-se, levantar ou carregar objetos com peso aproximado de 5kg, elevar ou estender os braços acima do nível do ombro, escrever ou manusear e segurar pequenos objetos, andar 400 metros (aproximadamente quatro quarteirões) e fazer serviço doméstico pesado como esfregar o chão e limpar janelas, a maioria (39,5%) relata ter duas ou mais muita dificuldade ou incapaz de fazer dentre as citadas acima.

No que se refere às condições físicas, como sair para fazer compras, lidar com dinheiro, atravessar o quarto andando, realizar tarefas domésticas leves e tomar banho de banheira ou chuveiro, a maior parte dos entrevistados afirma não possuir dificuldades (71,1%).

**Tabela 2** Distribuição dos critérios de pontuação para classificação de vulnerabilidade pelo instrumento *Vulnerable Elders Survey* (VES-13) dos idosos pertencentes ao estudo. Porto Alegre, RS, 2014.

<b>Categorias- pontuação</b>	<b>N (%)</b>
<b>Idade- VES 1</b>	
< 75 anos (não pontua)	51 (67,7)
75- 84 anos (pontua 1)	18 (23,7)
≥ 85 anos (pontua 3)	7 (9,2)
<b>Saúde- VES 2</b>	
Ruim ou regular (pontua 1)	47 (61,8)
Boa, muito boa ou excelente (não pontua)	29 (38,2)
<b>Atividade física- VES 3</b>	
Nenhuma, pouca ou média dificuldade (não pontua)	28 (36,8)
Uma muita dificuldade ou incapaz de fazer (pontua 1)	18 (23,7)
Duas ou mais muita dificuldade ou incapaz de fazer (pontua 2)	30 (39,5)
<b>Condição física VES 4</b>	
Nenhuma dificuldade (não pontua)	54 (71,1)
Uma ou mais dificuldades (pontua 4)	22 (28,9)

Fonte: Machado, 2014.

Na Tabela 3 observa-se que dentre os idosos caracterizados como vulneráveis, 73,9% são mulheres e 82,6% se autodefinem como brancos. Os considerados não vulneráveis também têm o predomínio da população feminina, 62,3%, e também se autodefinem brancos, 73,6%. Quanto à idade, podemos observar que os vulneráveis estão mais representados na faixa etária de 71 a 75 anos (26,1%), e a não vulnerabilidade prevalece em idosos entre 60 e 65 anos (30,2%). Pode-se inferir que quanto mais idosa a pessoa fica, mais suscetível à vulnerabilidade ela se encontra ( $P=0,004$ ), uma vez que há relação estatisticamente significativa entre faixa etária e vulnerabilidade. Quanto à renda mensal dos moradores das residências, dos considerados vulneráveis, 60,9% possuem uma renda familiar de até dois salários mínimos ( $P=0,029$ ) e dos considerados não vulneráveis, maior parte (40,8%) têm uma renda familiar entre três e cinco

salários mínimos. Em relação à razão morador/cômodo, percebe-se que ambos têm a mesma representatividade (0,4), ou seja, as pessoas possuem espaço e conforto em suas residências. Foram considerados vulneráveis (escore >3) 23 idosos (30,3%) e 53 (69,7%) não vulneráveis (escore ≤3).

**Tabela 3** Características sócio-demográficas relacionadas com a vulnerabilidade e não vulnerabilidade dos idosos participantes do estudo. Porto Alegre. RS, 2014.

<b>Variáveis (n)</b>	<b>Vulneráveis (n=23)</b>	<b>Não-vulneráveis (n=53)</b>	<b>P</b>
<b>Sexo</b>			
Feminino (50)	17 (73,9%)	33 (62,3%)	0,471*
Masculino (26)	6 (26,1%)	20 (37,7%)	
<b>Etnia</b>			
Branco (58)	19 (82,6%)	39 (73,6%)	0,760*
Pardo (7)	2 (8,7%)	5 (9,4%)	
Negro (11)	2 (8,7%)	9 (17%)	
<b>Idade</b>			
60-65 anos (19)	3 (13%)	16 (30,2%)	0,004*
66-70 anos (16)	1 (4,3%)	15 (28,3%)	
71-75 anos (19)	6 (26,1%)	13 (24,5%)	
76-80 anos (9)	4 (17,4%)	5 (9,4%)	
81-85 anos (8)	5 (21,7%)	3 (5,7%)	
86-90 anos (2)	2 (8,7%)	0 (0%)	
91-95 anos (3)	2 (8,7%)	1 (1,9%)	
Total	100%	100%	
<b>Renda</b>			
até 2 SM	14 (60,9%)	14 (28,6%)	0,029*
3 a 5 SM	6 (26,1%)	20 (40,8%)	
>5 SM	3 (13%)	15 (30,6%)	
<b>Morador/cômodo</b>	0,4	0,4	0,811*

Fonte: Machado, 2014.

\*Teste Qui-quadrado

A Tabela 4 está relacionada à idade, em faixas etárias, com a percepção de saúde e capacidade de realização de algumas atividades da vida diária. Observa-se em todas as faixas

etárias do item percepção da saúde, tanto considerá-la ruim ou regular (24,2%, 20,7%, 10,3%) respectivamente, quanto boa muito boa ou excelente (25,5%, 21,3%, 12,8%,) respectivamente, obtiveram uma porcentagem equilibrada, contudo entre as idades de 71 a 75 anos (31%) e 86 a 90 anos (6,9%) prevaleceu à percepção ruim ou regular e entre 81 a 85 anos (12,8%) e 91 a 95 anos (6,4%) a percepção boa, muito boa ou excelente. Em relação às realizações de suas AVD (atividades referentes ao instrumento *Vulnerable Elders Survey*, de atividades e condições físicas), no que se refere às atividades físicas, os três primeiros referentes às faixas etárias que obtiveram um percentual de 25% relatam não possuir dificuldades, com uma muita dificuldade ou incapaz a maioria ficou na faixa etária de 60 e 65 anos (38,9%) e com duas ou mais muita dificuldade ou incapaz a maior parte com 26,7% ficou entre a faixa etária de 71 a 75 anos. Nas condições físicas, a maioria também prevaleceu entre os 60 e 75 anos sem dificuldades e com uma ou mais dificuldade grande parte está na população entre 71 e 75 anos (27,3%) e entre 81 e 85 (22,7%).

**Tabela 4** Relação da idade com a percepção de saúde e dificuldades existentes nas Atividades de Vida Diária (AVD) dos idosos participantes do estudo.

Idade	N (%)	Percepção da Saúde		Dificuldade Atividade física		Condição física		P	
		ruim/regular	boa/muito boa/excelente	Nenhuma	Uma ou duas ou mais	Nenhuma	Uma ou mais		
60-65 anos	19 (25,9%)	7 (24,2%)	12 (25,5%)	7 (25,9%)	7 (38,9%)	5 (16,7%)	16 (29,9%)	0,888*	0,008*
66-70 anos	16 (21,9%)	6 (20,7%)	10 (21,3%)	7 (25,9%)	3 (16,7%)	6 (20%)	15 (27,8%)		1 (4,5%)
71-75 anos	19 (25,9%)	9 (31%)	10 (21,3%)	7 (25,9%)	4 (22,2%)	8 (26,7%)	13 (24,1%)		6 (27,3%)
76-80 anos	9 (11,8%)	3 (10,3%)	6 (12,8%)	4 (14,3%)	2 (11,1%)	3 (10%)	5 (9,3%)		4 (18,2%)
81-85 anos	8 (10,5%)	2 (6,9%)	6 (12,8%)	2 (7,1%)	1 (5,6%)	5 (16,7%)	3 (5,6%)		5 (22,7%)
86-90 anos	2 (2,6%)	2 (6,9%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (6,7%)	0 (0%)		2 (9,1%)
91-95 anos	3 (3,9%)	0 (0%)	3 (6,4%)	1 (3,6%)	1 (5,6%)	1 (3,3%)	2 (3,7%)		1 (4,5%)
Total	76 (100%)	100%	100%	100%	100%	100%	100%		100%

\*Teste Qui-quadrado



## 6 DISCUSSÕES

A taxa de natalidade e mortalidade no Brasil estão diminuindo e a expectativa de vida aumentando, caracterizando o envelhecimento populacional. Nesse cenário, temos como destaque a feminização da velhice. No estudo, observou-se uma maior proporção do sexo feminino em relação ao sexo masculino, com 65,8%. Comparando esse resultado com outros estudos, também podemos observar a prevalência das mulheres na população idosa, com 62,2% e 66,9%, respectivamente (SOUZA; MORAIS; BARTH, 2006; PASKULIN et al., 2010). No que se refere às pessoas com 60 anos ou mais, no Brasil as mulheres somam 11,8% da população e em Porto Alegre 17,5%, sendo maioria em relação aos homens (IBGE, 2010b).

O Brasil é um país miscigenado, porém a raça branca ainda é maioria nos indivíduos idosos, com 12,6% no Brasil e 16,3% em Porto Alegre (IBGE, 2010c). Em um estudo realizado com idosos institucionalizados do estado de Minas Gerais, o percentual foi de 67% declarados brancos (LISBOA; CHIANCA, 2012). Esses dados estão de acordo com o encontrado nesse trabalho, no qual a população que se autodefine branca é de 76,6%.

Quanto à renda mensal das famílias pertencentes aos idosos dessa pesquisa, a média em salários mínimos é de 3,59 ( $\pm 2,02$ ), o que vai ao encontro de outro estudo, realizado em Ribeirão Preto (SP) com 574 idosos, no qual a média da renda familiar foi de 3,24 salários mínimos (GRATÃO et al., 2013). No Brasil a média de renda mensal das famílias com 16 anos ou mais que trabalham, e por isso contribuem financeiramente na renda familiar, é de 1,87 salários mínimos e, em Porto Alegre, uma média de 3,26, o que equivale os dados da capital com o do presente estudo (IBGE, 2010d).

Referente à média de idade dos participantes desse trabalho, o achado é de 71 anos ( $\pm 8,21$ ), dado similar a um estudo realizado com uma população de idosos que tiveram a mesma faixa etária dessa pesquisa (a idade mínima encontrada foi de 60 anos e a idade máxima encontrada foi de 94 anos), obtiveram uma média de idade de 71,3 anos ( $\pm 7,4$ ) (PASKULIN et al., 2010). A média de expectativa de vida da população brasileira, segundo dados do IBGE, (2013) passou para 74,6 anos em 2012. Podemos relacionar esses dados ao citado no decorrer desse trabalho, no qual as pessoas que adquirem uma vida ativa e saudável, livres de problemas de saúde que podem os acometer, devido os maus hábitos de vida, como as doenças crônicas não transmissíveis, podem ter uma expectativa de vida maior.

Quando questionado aos participantes da pesquisa sobre morarem sozinhos ou acompanhados, 25% afirmaram morar sozinhos e o restante (75%) referiram morar acompanhados, com uma média de 2,68 ( $\pm 1,54$ ) pessoas. Resultado semelhante a outros estudos

nos quais 18,7% e 21% de idosos referiram morar sozinhos (PAIVA et al., 2011; PASKULIN et al., 2010). Complementando com mais um estudo, 12,2% dos idosos residem sozinhos e a média dos que convivem com mais alguém é de 3,1 ( $\pm 1,8$ ) (SOUZA; MORAIS; BARTH, 2006).

Segundo Rigo; Teixeira (2005), pessoas que moram sozinhas são mais carentes, estão restritas de um suporte familiar, diferentemente das que residem acompanhadas e, por isso, práticas de atividades que envolvam interações sociais se tornam importantes na vida desses idosos, de modo que tenham uma melhor condição de saúde. Essas práticas foram encontradas no estudo de Costa (2013), no qual foi constatado que os idosos estabelecem estratégias para se morar só, como manter proximidade nas relações afetivas, morar próximo dos que o apoiam, buscar apoio da família, amigos e vizinhos, ser fonte de apoio para família, praticar atividades na comunidade, atividades de lazer, rezar, orar para ter saúde e não ficarem sozinhos. Esse estudo foi desenvolvido com idosos que também pertencem à UBS Santa Cecília/ HCPA, e observou que eles aprendem a morar sozinhos, elaborando suas estratégias para permanecerem bem e com saúde.

Foram encontrados nesse estudo uma média de 5,57 ( $\pm 2,60$ ) cômodos nos domicílios. Dado semelhante a outro no qual a média era de cinco a seis cômodos (JOIA; RUIZ; DONALISIO, 2007).

Quanto aos critérios de pontuação para classificação de vulnerabilidade pelo instrumento *Vulnerable Elders Survey* (VES-13), no item idade foram encontrados 67,7% de idosos com idade <75 anos, 23,7% entre 75 e 84 anos e 9,2% com idade  $\geq 85$  anos, o que se contrapõe a outro estudo no qual também utilizaram o VES-13, mas para avaliar o comprometimento da saúde dos idosos que têm câncer e estão em tratamento. Nesse, 38% têm idade < 75 anos, 38% está entre 75 e 84 anos e 24% com idade  $\geq 85$  anos. Ressalta-se que esse estudo foi realizado com 50 idosos com idade  $\geq 70$  anos, o que interfere nas diferenças dos resultados (MOHILE et al., 2007)

No segundo item que diz respeito ao comparar a sua saúde com a saúde de outras pessoas que têm a mesma idade que a sua, 61,8% relataram ter uma saúde ruim ou regular e 38,2% disseram que era boa, muito boa ou excelente. Em contrapartida, estudo de Mohile, et al. (2007), revelou que 34% dos idosos consideram ruim ou regular sua saúde e 66% boa, muito boa ou excelente. Observa-se aqui que pessoas que estão em tratamento devido ao câncer referem uma melhor consideração à saúde se comparadas aos idosos desse trabalho, no qual a maioria referiu problemas cardiovasculares e diabetes.

Quanto às atividades físicas, 36,8% possui pouca, média ou nenhuma dificuldade, 23,7% uma muita dificuldade ou incapaz de fazer e 39,5% duas ou mais muita dificuldade ou incapaz

de fazer. Em relação ao estudo de Mohile et al. (2007), os dados novamente não se enquadram pois 48% possui pouca, média ou não possui dificuldade, 12% possui uma muita dificuldade ou incapaz de fazer e 40% possui duas ou mais muita dificuldade ou incapaz de fazer. Associa-se aqui, que no envelhecimento tanto a senescência quanto a senilidade trazem como conseqüências incapacidades físicas a saúde do idoso, se serão maiores essas dificuldades para alguns será em decorrência dos hábitos que tiveram durante o decorrer de suas vidas.

Nas condições físicas, 71,1% não apresentaram dificuldade e 28,9% possuem uma ou mais dificuldades. Resultado semelhante foi encontrado na pesquisa de Mohile et al. (2007), onde 70% não possuíram dificuldades e 30% possuem alguma dificuldade. No estudo de Mohile, et al. (2007), 50% dos idosos foram considerados vulneráveis, por meio da aplicação do instrumento VES-13. É similar a pesquisa desse trabalho, quanto mais velho mais suscetível a vulnerabilidade.

O *Vulnerable Elders Survey* (VES-13) é um instrumento novo no Brasil, e por isso não foram encontrados estudos referentes à sua utilização no país. No entanto, no exterior tem-se realizado estudos com esse instrumento, devido a sua praticidade e rapidez, porém estão relacionados com a deterioração da saúde e com o risco de morte. Na amostra multivariada do estudo realizado para validar esse instrumento, Saliba et al. (2001) identificaram 32% da população como vulnerável, ou seja, segundo dados analisados constatou-se que esses possuem um risco quatro vezes maior de deterioração, declínio funcional e morte em relação aos considerados não vulneráveis. O VES-13 tem sido utilizado na oncologia para a avaliação da saúde do paciente, visto que é um instrumento de rastreamento rápido, pois a Avaliação Geriátrica Global que eles costumam utilizar para determinado fim é bastante demorada (MOHILE et al., 2007).

Estudo realizado no estado de Santa Catarina por Santos et al. (2007), mostrou que a prevalência de incapacidades funcionais são maiores no sexo feminino (37,1%) e na população autodefinida branca (32,5%). O que vai ao encontro do nosso estudo no qual a maioria são mulheres (73,9%), maior parte da população estudada se autodefiniu branca (82,6%) e são consideradas vulneráveis, o que podemos associar à vulnerabilidade das mesmas as incapacidades para as atividades de vida diária (maior parte das questões presentes no instrumento VES-13). Porém, a amostra de mulheres e a autodefinição branca dos participantes da pesquisa consideradas não vulneráveis, também prevaleceu no sexo feminino e na população autodefinida branca, 62,3% e 73,6% respectivamente. Pode-se relacionar a não vulnerabilidade ser maior em mulheres devido às diferenças de posicionamento em relação às doenças, pois as

mulheres procuram com mais frequência os serviços de saúde (FELICIANO; MORAES; FREITAS, 2004).

A idade, está relacionada com a maior vulnerabilidade dos idosos, 26,1% entre 71 e 75 anos e 21,7% entre 81 e 85 anos, enquanto que a maior parte dos considerados não vulneráveis ficaram entre os 60 e 65 anos (30,2%). Dado similar ao encontrado no estudo citado acima no qual as incapacidades são maiores, quanto maior for sua idade. Entre 60 e 69 anos 23,6%, entre 70 e 79 anos 35% e 80 anos ou mais 47,7% de incapacidade (SANTOS, et al. 2007).

Quanto à renda familiar dos idosos participantes desse estudo, fica evidente que quanto menor ela for, mais vulneráveis os idosos serão considerados. Segundo Moraes (2010), pessoas, famílias com baixa renda estão propícias a se tornarem vulneráveis, pois a vulnerabilidade está associada à suscetibilidade a sofrer danos. Esses danos podem ser em decorrência da falta de acesso aos serviços de saúde, de saneamento, de educação, da insuficiência de alimentação e isso leva ao comprometimento da saúde da família e dos idosos. Com no máximo dois salários mínimos tem-se 60,9% da população pesquisada. Novamente cito os autores Santos et al. (2007), no qual relataram nos seus estudos que as pessoas de classe econômica B e C têm 22,9% de incapacidade funcional e as da classe D e E 37,3%.

A razão morador/cômodo não obteve significância para ser considerada a vulnerabilidade ou não desse estudo, pois em ambos obtiveram resultado de 0,4 morador por cômodo, ou seja, se utilizarmos a Escala de Coelho e Savassi, um escore <1 equivale a não pontuação no instrumento da Escala de Risco Familiar que desenvolveram. Esses resultados mostram que as pessoas possuem mais conforto e espaço em suas residências, sendo um fator positivo para a não pontuação de vulnerabilidade dessas famílias de ou com idosos (COELHO E SAVASSI, 2002).

Com o avanço da idade, surgem deteriorações na saúde do idoso. Podem ser em decorrência do comprometimento cognitivo, com conseqüência da perda da capacidade funcional, devido às doenças crônicas não transmissíveis e condições sócio-econômicas (CERQUEIRA, 2003; ALVES et al., 2007).

A maior porcentagem de idosos que consideram sua saúde ruim ou regular ficou entre 71-75 anos (31%), e dos que consideram boa, muito boa ou excelente ficou entre 60-65 anos (25,5%). Estudo realizado por Costa; Barreto; Giatti (2003), mostra que os idosos entre 70-79 anos consideram sua saúde ruim ou regular (43,7%) e entre 60-69 anos consideram boa, muito boa ou excelente (27,4%). Apesar da diferença nas distribuições das faixas etárias dos estudos, em ambos pode-se perceber que os idosos mais jovens possuem uma melhor percepção de saúde se comparados aos mais velhos, isso pode estar relacionado a deterioração da saúde conforme o avanço da idade. Ressalta-se aqui, que a idade não está relacionada com a pessoa considerar sua

saúde ruim/regular ou boa/ muito boa/ excelente ( $P=0,492$ ), talvez a insignificância encontrada esteja relacionada ao número de indivíduos pesquisados e ao fato de as faixas etárias estarem distribuídas em uma proporção menor do que as encontradas no outro estudo, por exemplo. Optamos por essa distribuição, por considerarmos que uma maior diferença interfere no estado de saúde do idoso em consequência da diminuição das reservas funcionais.

Nas atividades físicas, nenhuma dificuldade prevaleceu entre os 60-75 anos com 25% em cada uma das três primeiras faixas etárias, uma dificuldade (38,9%) entre 60-65 anos e duas ou mais dificuldades (26,7%) entre 71-75 anos, que aumentaram conforme o aumento da idade. Porém, esse quesito também não obteve relevância para se considerar vulnerável ou não ( $P=0,888$ ), podendo estar relacionado às distribuições de faixas etárias e o número da população pesquisada, como citado anteriormente.

Nas condições físicas, idosos entre 60 e 75 anos tiveram uma maior representatividade a não apresentar dificuldade, e entre 71 e 75 anos e 81 e 85 anos apresentam maior porcentual com uma ou mais dificuldade. Não foi encontrado estudo com faixas etárias semelhantes a essas, porém outros revelam e confirmam os resultados dizendo que quanto maior for a idade, maiores serão as dificuldades. A pesquisa de Duca; Silva; Hallal (2009) realizada com 598 idosos residentes em Pelotas (RS) relata que os idosos entre 60-64 anos possuem 15,3% de incapacidade funcional, entre 65-69 anos 18,8%, entre 70-74 anos 31,3%, entre 75-79 anos 27,3% e  $\geq 80$  anos 54,6% de incapacidade funcional. E, na pesquisa de Giacomini et al.(2008), os idosos que referem algum grau de dificuldade para realizar as atividades de vida diária, aumentam conforme aumenta sua idade: entre 60-69 anos 5,7%, entre 70-79 anos 9,6% e  $\geq 80$  anos 14,5%. Nesse item, há relação entre vulnerabilidade e condições físicas foi significativa ( $P=0,008$ ), o que demonstra que quanto mais prejudicadas fisicamente, pelo envelhecimento, mais vulneráveis se tornam as pessoas idosas.

## 7 CONCLUSÕES

O presente estudo possibilitou identificar os idosos vulneráveis pertencentes à Unidade Básica de Saúde Santa Cecília/ HCPA, por meio da aplicação do instrumento VES-13 e também identificar o perfil sócio-demográfico dos mesmos, pois esse também interfere nas condições de saúde do idoso, podendo acarretar em uma maior vulnerabilidade.

Entre os 76 idosos participantes do estudo, 23 (30,3%) foram identificados como vulneráveis e o restante, ou seja, a maioria 53 idosos (69,7%) como não vulneráveis. Dessa forma, podemos considerar que a maior parte dessa população possui boas condições para suas atividades de vida diária, mesmo que a maioria tenha tido uma percepção de saúde ruim ou regular (61,8%).

O envelhecimento causa mudanças inevitáveis a todos nós, conseqüentemente diminuição das reservas cognitivas, funcionais, que limitam o idoso para a realização de suas atividades diárias, tornando-os muitas vezes dependentes para as mesmas. Idosos que se tornam dependentes, devido às impossibilidades para as realizações de suas atividades, em decorrência de problemas de saúde, por doenças crônicas não transmissíveis, por condições de moradia, renda e em própria decorrência do envelhecimento podem ser identificados como vulneráveis.

Mesmo com todas essas problematizações, é possível envelhecer com saúde, basta o indivíduo dispor de uma vida saudável e ativa. Para isso, é de fundamental importância a influência desde cedo pelos pais, familiares sobre bons hábitos de vida, alimentação saudável, práticas de atividades físicas. Cabe também a Atenção Básica, mobilizar a população desenvolvendo a promoção e prevenção da saúde, estimulando-os em busca de um envelhecimento senescente.

Novos estudos podem ser desenvolvidos com a aplicação desse instrumento, o ideal seria com uma população maior para que o resultado seja mais significativo, visto que no estudo foram obtidos resultados sem significância devido ao tamanho amostral. Contudo, o uso desse instrumento serviu de forma para que possamos qualificar o processo de trabalho da equipe na Atenção Básica, visto que sabendo quais são os idosos identificados como vulneráveis, poderemos priorizar o atendimento aos que mais necessitam.

## REFERÊNCIAS

ALVES, L. C. et al. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.8, p. 1924-1930, ago. 2007.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 10520**: informação e documentação: citações em documentos: apresentação. Rio de Janeiro, 2002a.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 6023**: informação e documentação: referências: elaboração. Rio de Janeiro, 2002b.

AYRES, J. R. C. M. et al. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: CAMPOS, G.W.S. et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz, Hucitec, 2006, p. 375-417.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 2012**. Estabelece as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos de 12 de dezembro de 2012b.

BRASIL. Decreto-lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. **Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências, edição nacional**, Brasília, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Indicadores demográficos**. In: DATASUS, Rede interagencial de informações para a saúde. Brasília, 2012a. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2012/a14.def>>. Acesso em: 12 abr. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa: Normas e Manuais Técnicos** Cadernos de Atenção Básica, série A., n. 19; Brasília-DF, 2007.

CERQUEIRA, A. T. A. R. Deterioração cognitiva e depressão. In: LEBRÃO, M. L.; DUARTE, Y. A. O. **O projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial**. 1. ed. Brasília: OPAS, 2003. Disponível em: <http://livros01.livrosgratis.com.br/op000002.pdf>. Acesso em: 14 nov. 2014.

CIOSAK, S. I. et al. Senescência e senilidade: novo paradigma na Atenção Básica de Saúde. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. esp. 2, dez. 2011.

COELHO, F.L.G.; SAVASSI, L.C.M. Aplicação de escala de risco familiar como instrumento de priorização das visitas domiciliares. **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade**, v. 1, n. 2, p. 19-26, 2002.

COSTA, F. M. **Estratégias desenvolvidas pelos idosos para morarem sozinhos**. Porto Alegre: UFRGS, 2013. Dissertação (Mestrado)- Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

COSTA, M. F. L.; BARRETO, S. M.; GIATTI, L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo

descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 735-743, maio/jun. 2003.

CRUZ, A. A atenção primária a saúde no Brasil. **Jornal do Conselho Nacional de Secretários de Saúde**, n. 35, p. 04-11, jul/ago. 2008. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/periodicos/consensus35.pdf>. Acesso em: 25 abr. 2014.

DUCA, G. F. D.; SILVA, M. C.; HALLAL, P. C. Incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais da vida diária em idosos. **Rev. Saúde Pública**, v. 43, n. 5, p.796-805, 2009.

FELICIANO, A. B.; MORAES, S. A.; FREITAS, I. C. M. O perfil do idoso de baixa renda no Município de São Carlos, São Paulo, Brasil: um estudo epidemiológico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20 n.6, nov./dez. 2004.

FREITAS, E. V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Envelhecimento no Século XXI: celebração e desafio- Resumo Executivo**, Nova Iorque, 2012. Disponível em: <<http://www.unfpa.org.br/sumario%20envelhecimento%20sec%20xx.pdf>>. Acesso em: 15 abr. 2014.

GIACOMIN, K. C. et al. Estudo de base populacional dos fatores associados à incapacidade funcional entre idosos na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 1260-1270, jun. 2008.

GRATÃO, A. C. M. et al. Dependência funcional dos idosos e a sobrecarga do cuidador. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 47, n. 1, p. 137-144, 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA ESTATÍSTICA (IBGE). **Expectativa de vida**. IBGE; 2013. Disponível em: <http://teen.ibge.gov.br/noticias-teen/7827-expectativa-de-vida>. Acesso em: 15 nov. 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA ESTATÍSTICA (IBGE). **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. Estudos e pesquisas, informação demográfica e sócio-econômica**, n. 27, p. 1-317, 2010a.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA ESTATÍSTICA (IBGE). **Tabela - Proporção de pessoas de 0 a 14 anos, 15 a 29 anos, 55 anos ou mais e 60 anos ou mais (%)**. IBGE, 2010c. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/apps/snig/v1/?loc=0,431490&cat=118,-1,-2,3,4,8&ind=73>. Acesso em: 15 nov. 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA ESTATÍSTICA (IBGE). **Tabela- Rendimento médio/mediano de todas os trabalhos das pessoas de 16 anos ou mais de idade ocupadas (reais de 2010)**. IBGE; 2010d. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/apps/snig/v1/?loc=0,431490&cat=118,-1,-2,-3,85&ind=80>. Acesso em: 15 nov. 2014.



INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA ESTATÍSTICA (IBGE). **Tabela -Proporção de pessoas de 0 a 14 anos, 15 a 29 anos, 55 anos ou mais e 60 anos ou mais (%)**. IBGE; 2010b. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/apps/snig/v1/?loc=0,431490&cat=118,2,-2,8&ind=73>, Acesso em: 15 nov. 2014.

JOIA, L. C.; RUIZ, T.; DONALISIO, M. R. Condições associadas ao grau de satisfação com a vida entre a população de idosos. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 1, fev. 2007.

LIMA, A.M.M.; SILVA, H.S.; GALHARDONI, R. Envelhecimento bem-sucedido: trajetórias de um constructo e novas fronteiras. **Interface - Comunic., saúde, educ.** v.12, n. 27, p. 795-807, out./dez. 2008.

LISBOA, C. R.; CHIANCA, T. C. M. Perfil epidemiológico, clínico e de independência funcional de uma população idosa institucionalizada. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v. 65, n. 3, maio/jun. 2012.

LUZ, L. L. et al. Primeira etapa da adaptação transcultural do instrumento The Vulnerable Elders Survey (VES-13) para o português. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 3, p. 621-628, mar. 2013.

MAIA, F. O. M. et al. Adaptação Transcultural de Vulnerable Elders Survey-13 (VES-13): contribuindo para a identificação dos idosos vulneráveis. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. esp, p. 116-122, 2012.

MIN, L.C. et al. Higher vulnerable elders survey scores predict death and functional decline in vulnerable older people. **J Am Geriatr Soc.** California, v. 54, n. 3, p. 507-511, mar. 2006.

MOHILE, S. G. et al. A pilot study of the vulnerable elders survey-13 compared with the comprehensive geriatric assessment for identifying disability in older patients with prostate cancer who receive androgen ablation. **Câncer**, v. 109, n. 4, p. 802-810, fev. 2007.

MORAIS, I. M. Vulnerabilidade do doente *versus* autonomia individual. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.** Recife, v. 10, dez. 2010. Suplemento.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Trad. de Suzana Gontijo. Brasília, 2005.

PAIVA, A. T. G. et al. Avaliação da funcionalidade de famílias com idosos. **Cogitare Enferm.** v. 16, n. 1, p. 22-28, jan./mar. 2011.

PASKULIN, L. M. G. et al. Percepção de pessoas idosas sobre qualidade de vida. **Acta Paul Enferm.** v. 23, n. 1, p. 101-107, 2010.

POLIT, D.F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. Avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PORTO ALEGRE. **OBSERVAPOA**. População da capital envelheceu 32% na última década; 2012. Disponível em: <[http://observapoa.com.br/default.php?reg=276&p\\_secao=17](http://observapoa.com.br/default.php?reg=276&p_secao=17)>. Acesso em: 08 abr. 2014.

RIGO, M. L. N. R.; TEIXEIRA, D. C. Efeitos da atividade física na percepção de bem-estar de idosas que residem sozinhas e acompanhadas. **UNOPAR Cient., Ciênc. Biol. Saúde**, Londrina, v. 7, n. 1, p. 13-20, out. 2005.

SALIBA, D. et al. The vulnerable Elders Survey: a tool for identifying vulnerable older people in the community. **J Am Geriatr Soc.** California, v. 49, n. 12, dez. 2001.

SANTOS, F. H.; ANDRADE, V.M.; BUENO, O.F.A.; Envelhecimento: um processo multifatorial. **Psicol. Estud**, Maringá, v. 14, n.1, jan./mar. 2009.

SANTOS, K. A. et al. Fatores associados com a incapacidade funcional em idosos do Município de Guatambu, Santa Catarina, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 11, p. 2781-2788, nov. 2007.

SANTOS, S. S. C; Concepções teórico-filosóficas sobre envelhecimento, velhice, idoso e enfermagem gerontogeriatrica. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v. 63, n. 6, p.1035-1039, nov./dez. 2010.

SOUZA, L. M.; MORAIS, E. P.; BARTH, Q. C. M.; Características demográficas, socioeconômicas e situação de saúde de idosos de um programa de saúde da família de Porto Alegre, Brasil. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, v. 14, n. 6, nov./dez. 2006.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL**  
**ESCOLA DE ENFERMAGEM**  
**APÊNDICE–Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Este é um convite para você participar da pesquisa: “Avaliação dos idosos vulneráveis através do instrumento *Vulnerable Elders Survey* (VES-13) de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) de Porto Alegre”, que é coordenada pela Professora Doutora Eliane Pinheiro de Moraes e pela acadêmica de enfermagem Lidiane Machado. Sua participação é voluntária, o que significa que você poderá desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento, sem que isso lhe traga nenhum prejuízo ou penalidade. Não está previsto nenhum pagamento ou ressarcimento pela participação no estudo, bem com qualquer favorecimento em relação ao atendimento na UBS Santa Cecília/HCPA.

O objetivo deste estudo é conhecer a vulnerabilidade dos idosos, através da aplicação de um instrumento de rastreamento, com questões simples e diretas, traduzido e adaptado transculturalmente para utilização no Brasil, que consta de questões de dados sócio-demográficos, auto-avaliação de saúde e atividades de vida diária de cada idoso. Será feito em apenas uma visita domiciliar, previamente agendada.

Não são conhecidos riscos pela participação no estudo, mas poderá haver desconforto em responder as questões do instrumento na entrevista. Quanto ao benefício da pesquisa será identificar os idosos vulneráveis para dar maior visibilidade a essa parcela da população, visando o fortalecimento de ações programáticas na área da saúde do idoso na Unidade Básica de Saúde Santa Cecília.

Os dados são confidenciais e serão armazenados em local seguro por cinco anos. Os resultados serão apresentados de forma a não identificar os participantes. A divulgação dos mesmos será apenas em eventos científicos. O entrevistado ficará com uma das vias, deste termo, e a outra ficará com a pesquisadora. Esse documento será guardado juntamente com os instrumentos de pesquisa.

O Sr(a) poderá, a qualquer momento, esclarecer suas dúvidas com o pesquisador responsável Profa Eliane Pinheiro de Moraes, no telefone 33597926, ou com o Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA, situado no 2º andar do HCPA, sala 2227, ou através do telefone 33597640, das 8h às 17h, de segunda à sexta-feira.

Declaro que compreendi como o estudo/ projeto será realizado, e concordo em participar voluntariamente da pesquisa.

Nome do participante da pesquisa: \_\_\_\_\_

Assinatura do participante da pesquisa: \_\_\_\_\_

Nome do Coordenador da pesquisa: \_\_\_\_\_

Assinatura do Coordenador da pesquisa: \_\_\_\_\_

## ANEXO A- Instrumento de coleta de dados- *Vulnerable Elders Survey- VES-13*

Dados sócio-demográficos:

Sexo:

Renda:

Etnia:

Característica do domicílio:

Com quem mora:

### APÊNDICE A - Versão Final do VES-13

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 B- Aprovação COMPESQ Escola de Enfermagem da UFRGS

Sistema Pesquisa - Pesquisador: Lidiane Machado			
<b>Dados Gerais:</b>			
<b>Projeto Nº:</b>	27631	<b>Título:</b>	IDENTIFICACAO DOS IDOSOS VULNERAVEIS DE UMA UNIDADE BASICA DE SAUDE DE PORTO ALEGRE
<b>Área de conhecimento:</b>	Enfermagem de Saúde Pública	<b>Início:</b>	15/08/2014 <b>Previsão de conclusão:</b> 20/12/2014
<b>Situação:</b>	Projeto em Andamento		
<b>É subprojeto do projeto:</b>	22961 - AVALIACAO DAS FAMILIAS EM RISCO PERTENCENTES AS MICROAREAS DA UNIDADE BASICA DE SAUDE (UBS) SANTA CECILIA/HCPA	<b>Não possui subprojetos</b>	
<b>Origem:</b>	Escola de Enfermagem Departamento de Assistência e Orientação Profissional	<b>Projeto Isolado</b>	
<b>Local de Realização:</b>	não informado	<b>Projeto sem finalidade adicional</b> <b>Projeto não envolve aspectos éticos</b>	
<b>Não apresenta relação com Patrimônio Genético ou Conhecimento Tradicional Associado.</b>			
<b>Objetivo:</b>	<div style="border: 1px solid gray; padding: 5px;"> <p>Geral: Identificar os idosos vulneráveis de algumas microáreas cobertas por Agentes Comunitários de Saúde da UBS Santa Cecília/HCPA.</p> <p>Específicos:- identificar as características sócio-demográficas, a auto-avaliação de saúde e as dificuldades referidas pelos idosos em suas atividades de vida diária;identificar a vulnerabilidade dos idosos que vivem nas famílias pesquisadas no projeto "Avaliação das famílias</p> </div>		
<b>Palavras Chave:</b>			
IDOSO; VULNERABILIDADE; ATENÇÃO PRIMÁRIA			

Geral: Identificar os idosos vulneráveis de algumas microáreas cobertas por Agentes Comunitários de Saúde da UBS Santa Cecília/HCPA.

Específicos:- identificar as características sócio-demográficas, a auto-avaliação de saúde e as dificuldades referidas pelos idosos em suas atividades de vida diária;identificar a vulnerabilidade dos idosos que vivem nas famílias pesquisadas no projeto "Avaliação das famílias em risco pertencentes as microáreas da Unidade Básica de Saúde Santa Cecília/HCPA".

**Palavras Chave:**

IDOSO; VULNERABILIDADE; ATENÇÃO PRIMÁRIA

**Equipe UFRGS:**

**Nome:** ELIANE PINHEIRO DE MORAIS  
 Coordenador - Início: 15/08/2014 Previsão de término: 20/12/2014  
**Nome:** LIDIANE MACHADO  
 Outra: - Início: 15/08/2014 Previsão de término: 20/12/2014

**Avaliações:**

**Comissão de Pesquisa de Enfermagem - Aprovado** em 09/07/2014 [Clique aqui para visualizar o parecer](#)

**Anexos:**

<a href="#">Projeto Completo</a>	<b>Data de Envio:</b> 27/06/2014
<a href="#">Documento de Aprovação</a>	<b>Data de Envio:</b> 27/06/2014
<a href="#">Documento de Aprovação</a>	<b>Data de Envio:</b> 27/06/2014

Projeto relevante do ponto de vista social, envolvendo a situação do envelhecimento da população e suas características, sanitário, por tratar de um tema e de uma questão importante no cotidiano da atenção básica, e educacional, por permitir o envolvimento da estudante do curso de enfermagem na pesquisa e no desenvolvimento da capacidade de investigação em questões relevantes do cotidiano do sistema de saúde. Demonstra exequibilidade e potencial de produção de conhecimento útil, ainda mais se considerada a produção na área da Professora Orientadora e o envolvimento prévio da aluna em pesquisas similares. Sugere-se o atendimento das seguintes recomendações: esclarecer complementarmente às informações já existentes no projeto a forma de seleção dos participantes da amostra e a alteração do TCLE, incluindo os telefones de contato das pesquisadoras e a identificação do Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA.

## ANEXO C- Parecer Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE  
PORTO ALEGRE - HCPA /  
UFRGS



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Identificação dos idosos vulneráveis de uma Unidade Básica de Saúde de Porto Alegre.

**Pesquisador:** Eliane Pinheiro de Moraes

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 33932214.4.0000.5327

**Instituição Proponente:** Hospital de Clínicas de Porto Alegre

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 784.520

**Data da Relatório:** 03/09/2014

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo transversal-exploratório-descritivo com abordagem quantitativa. Esse projeto será desenvolvido nas microáreas cobertas por Agentes Comunitários de Saúde da UBS Santa Cecília/HCPA que pertencem ao Distrito de Saúde Centro do município de Porto Alegre. Para a coleta de dados serão realizadas visitas domiciliares, com agendamento prévio para aplicação do Instrumento Vulnerable Elders Survey (VES-13).

#### Objetivo da Pesquisa:

**Objetivo Primário:**

Identificar os idosos vulneráveis de algumas microáreas cobertas por Agentes Comunitários de Saúde da UBS Santa Cecília/HCPA.

**Objetivo Secundário:**

Identificar as características sócio-demográficas, a auto-avaliação de saúde e as dificuldades referidas pelos idosos em suas atividades de vida diária; Identificar a vulnerabilidade dos idosos que vivem nas famílias pesquisadas no projeto "Avaliação das famílias em risco pertencentes as microáreas da Unidade Básica de Saúde Santa Cecília/HCPA".

**Endereço:** Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F

**Bairro:** Bom Fim

**CEP:** 90.035-003

**UF:** RS

**Município:** PORTO ALEGRE

**Telefone:** (51)350-7840

**Fax:** (51)350-7840

**E-mail:** cephcpa@hcpa.ufrgs.br

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE  
PORTO ALEGRE - HCPA /  
UFRGS



Continuação do Parecer: 704.520

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Quanto ao benefício da pesquisa será identificar os idosos vulneráveis para dar maior visibilidade a essa parcela da população visando o fortalecimento de ações programáticas na área da saúde do idoso na Unidade Básica de Saúde Santa Cecília.

Quanto ao risco dessa pesquisa envolvendo os participantes será o desconforto em responder as questões do instrumento na entrevista.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa relevante e de aplicação prática imediata.

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

Pesquisador apresenta nova versão de TCLE adequado às normas e diretrizes vigentes, em condições de aprovação.

**Recomendações:**

Nada a recomendar.

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

1- Apresentar nova versão do TCLE, conforme detalhado no campo Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória.

Resposta dos pesquisadores: o TCLE foi adequado segundo orientações da consultora da UARP/GPPG, com a inclusão dos dados de identificação do pesquisador e do Comitê de Ética do HCPA, bem como correções no texto.

PENDÊNCIA ATENDIDA.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Lembramos que a presente aprovação (versão do projeto de 24/07/2014; TCLE de 18/08/2014 e demais documentos submetidos até a presente data, que atendem às solicitações do CEP) refere-se apenas aos aspectos éticos e metodológicos do projeto. Para que possa ser realizado o mesmo deverá estar cadastrado no sistema WebGPPG em razão das questões logísticas e financeiras.

O projeto somente poderá ser iniciado após aprovação final da Comissão Científica, através do

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F  
Bairro: Bom Fim CEP: 90.035-003  
UF: RS Município: PORTO ALEGRE  
Telefone: (51)3350-7640 Fax: (51)3350-7640 E-mail: cephcpa@hcpa.ufrgs.br



HOSPITAL DE CLÍNICAS DE  
PORTO ALEGRE - HCPA /  
UFRGS



Continuação do Protocolo: 784.520

Sistema WebGPPG.

Qualquer alteração nestes documentos deverá ser encaminhada para avaliação do CEP. Informamos que obrigatoriamente a versão do TCLE a ser utilizada deverá corresponder na íntegra à versão vigente aprovada.

A comunicação de eventos adversos ocorridos no estudo deverá ser realizada através do Sistema GEO – Gestão Estratégica Operacional, disponível na Intranet do HCPA.

PORTO ALEGRE, 09 de Setembro de 2014

---

Assinado por:  
José Roberto Goldim  
(Coordenador)

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F  
Bairro: Bom Fim CEP: 90.035-003  
UF: RS Município: PORTO ALEGRE  
Telefone: (51)350-7840 Fax: (51)350-7840 E-mail: cephcpa@hcpa.ufrgs.br