

# DOXA

Revista Brasileira de Psicologia da Educação  
Brazilian Journal of Educational Psychology



<sup>1</sup> Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), Jequié – Bahia (BA) – Brasil. Fisioterapeuta.

<sup>2</sup> Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), Jequié – Bahia (BA) – Brasil. Fisioterapeuta. Mestrando pelo Programa de Pós-Graduação em Educação Física (UESB/UESC).

<sup>3</sup> Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), Jequié – Bahia (BA) – Brasil. Enfermeira. Doutora em Enfermagem e Saúde/ UESB. Docente na Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB).

<sup>4</sup> Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), Jequié – Bahia (BA) – Brasil. Fisioterapeuta. MSc, Docente da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia.

<sup>5</sup> Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), Jequié – Bahia (BA) – Brasil. Educador Físico. MSc Doutorando em Difusão do Conhecimento pela UFBA.

<sup>6</sup> Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), Jequié – Bahia (BA) – Brasil. Fisioterapeuta. Doutora em Ciências da Saúde/UFRN. Docente da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia.

## VULNERABILIDADE E CONDIÇÕES DE SAÚDE DE PESSOAS IDOSAS ATENDIDAS NA ATENÇÃO BÁSICA

VULNERABILIDAD Y CONDICIONES DE SALUD DE LAS PERSONAS MAYORES ATENDIDAS EN ATENCIÓN PRIMARIA

VULNERABILITY AND HEALTH CONDITIONS OF ELDERLY PEOPLE CARED FOR IN PRIMARY CARE

Bruna Souza VIEIRA <sup>1</sup>

201710668@uesb.edu.br



David Kaway Santos SENA <sup>2</sup>



davidsena.og@gmail.com



Luana Machado ANDRADE <sup>3</sup>



luana.machado@uesb.edu.br



Claudinéia Matos de ARAÚJO <sup>4</sup>



claudineia.matos@uesb.edu.br



Rodrigo Mercês Reis FONSECA <sup>5</sup>



rodrigo.m.r.fonseca@gmail.com



Luciana Araújo dos REIS <sup>6</sup>



lucianauesb@yahoo.com.br

### Como referenciar este artigo:

Vieira, B. S., Sena, D. K. S., Andrade, L. M., Araújo, C. M., Fonseca, R. M. R., Reis, L. A. (2025). Vulnerabilidade e condições de saúde de pessoas idosas atendidas na atenção básica. *Doxa: Rev. Bras. Psico. e Educ.*, 26, e025009, 2025. 10.30715/doxa. v26i00.20077

Submetido em: 20/03/2025

Revisões requeridas em: 27/04/2025

Aprovado em: 30/05/2025

Publicado em: 06/06/2025

**RESUMO:** O envelhecimento populacional no Brasil tem intensificado a demanda por cuidados integrais na Atenção Básica, especialmente no que se refere à identificação e ao manejo da vulnerabilidade em pessoas idosas. Este estudo teve como objetivo analisar a associação entre vulnerabilidade e condições de saúde de idosos atendidos na Atenção Básica. Trata-se de uma pesquisa exploratória, de abordagem quantitativa, realizada com 225 idosos, utilizando os instrumentos Mini-Exame do Estado Mental (MEEM), Índice de Barthel, Escala VES-13 e Escala de Fragilidade de Edmonton. Os resultados revelaram que a vulnerabilidade esteve significativamente associada à dependência funcional. Por outro lado, a independência nas Atividades Básicas de Vida Diária (ABVDs), a cognição preservada e a ausência de fragilidade mostraram-se fatores protetores. Conclui-se que estratégias voltadas à manutenção da funcionalidade e da cognição devem ser priorizadas na Atenção Básica, a fim de prevenir agravos e promover a autonomia e a qualidade de vida da população idosa.

**PALAVRAS-CHAVE:** Vulnerabilidade. Envelhecimento. Atenção primária.

**RESUMEN:** El envejecimiento poblacional en Brasil ha intensificado la demanda de cuidados integrales en la Atención Básica, especialmente en lo que respecta a la identificación y el manejo de la vulnerabilidad en personas mayores. Este estudio tuvo como objetivo analizar la asociación entre vulnerabilidad y condiciones de salud de personas mayores atendidas en la Atención Básica. Se trata de una investigación exploratoria, con enfoque cuantitativo, realizada con 225 personas mayores, utilizando los instrumentos Mini Examen del Estado Mental (MEEM), Índice de Barthel, Escala VES-13 y Escala de Fragilidad de Edmonton. Los resultados revelaron que la vulnerabilidad estuvo significativamente asociada con la dependencia funcional. Por otro lado, la independencia en las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD), la cognición preservada y la ausencia de fragilidad se mostraron como factores protectores. Se concluye que deben priorizarse estrategias orientadas al mantenimiento de la funcionalidad y la cognición en la Atención Básica, con el fin de prevenir complicaciones y promover la autonomía y la calidad de vida de la población mayor.

**PALABRAS CLAVE:** Vulnerabilidad. Envejecimiento. Atención primaria.

**ABSTRACT:** Population aging in Brazil has intensified the demand for comprehensive care in Primary Health Care, especially regarding the identification and management of vulnerability among older adults. This study aimed to analyze the association between vulnerability and health conditions in elderly individuals assisted in Primary Health Care. It is an exploratory, quantitative study conducted with 225 older adults, using the Mini-Mental State Examination (MMSE), the Barthel Index, the VES-13 Scale, and the Edmonton Frailty Scale. The results revealed that vulnerability was significantly associated with functional dependence. On the other hand, independence in Basic Activities of Daily Living (BADLs), preserved cognition, and the absence of frailty were identified as protective factors. It is concluded that strategies aimed at maintaining functionality and cognition should be prioritized in Primary Health Care in order to prevent health deterioration and to promote autonomy and quality of life for the elderly population.

**KEYWORDS:** Vulnerability. Aging. Primary health care.

Artigo submetido ao sistema de similaridade

 iThenticate®

**Editor:** Dr. Paulo Rennes Marçal Ribeiro

**Editor Adjunto Executivo:** Prof. Dr. José Anderson Santos Cruz

## INTRODUÇÃO

O mundo tem passado por mudanças consideráveis no cenário demográfico e epidemiológico, em decorrência do aumento acentuado no contingente de pessoas idosas e da prevalência de doenças crônicas (Aguiar et al., 2023), sendo evidenciado que o processo de envelhecimento, considerado complexo e gradual, sofre influência de diversos fatores intrínsecos e extrínsecos, abrangendo repercussões nos serviços sociais, previdenciários e de saúde (Cabral et al., 2024).

A condição de longevidade culmina com a ocorrência de alterações fisiológicas, causando comprometimento da capacidade físico-funcional e tornando o indivíduo vulnerável a diversas condições patológicas (Cipriani et al., 2023). No contexto da população brasileira, estima-se que 70% das pessoas idosas brasileiras apresentam, pelo menos, uma doença crônica (Lima-Costa et al., 2018), causando predisposição à vulnerabilidade, relacionada às limitações funcionais (Chaves et al., 2021).

Convém salientar que a vulnerabilidade integra um aspecto multidimensional na avaliação da pessoa idosa, entendida como processo de risco nas condições gerais de saúde, com repercussão direta na qualidade de vida dessa população (Cipriani et al., 2023; Dias et al., 2023). A vulnerabilidade pode ser compreendida como uma condição de aumento de risco de declínio funcional e morte em pessoas idosas (Aguiar et al., 2023), segundo os autores do instrumento *Vulnerable Elders Survey* (VES-13), desenvolvido com o intuito de rastrear os idosos vulneráveis na comunidade.

Este estudo tem como objetivo analisar a associação entre a vulnerabilidade e as condições de saúde de pessoas idosas atendidas na Atenção Básica. Tal análise justifica-se pela necessidade de identificar fatores que contribuem para o agravamento das condições de vida e saúde dessa população, subsidiando ações preventivas e de cuidado direcionadas no contexto da atenção primária.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caráter exploratório-descritivo, com abordagem quantitativa, realizado em uma Unidade de Saúde da Família (USF), situada no município de Jequié (BA).

A amostra foi composta por 225 indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos e cadastrados na USF, sendo excluídos os indivíduos que apresentaram qualquer tipo de limitação cognitiva que inviabilizasse o entendimento e a resposta aos instrumentos da pesquisa, sendo considerado  $score < 17$  do MEEM como ponto de corte (Bertolucci et al., 1994).

O instrumento de pesquisa foi constituído por: MEEM (Bertolucci et al., 1994), Questionário Sociodemográfico e de Condições de Saúde, Índice de Barthel (Mahoney &

Barthel, 1965), Escala de Lawton e Brody (Lawton & Brody, 1969), Escala VES-13 (Maia et al., 2012) e Escala de fragilidade de Edmonton (EFE) (Rolfson et al., 2006).

O MEEM, utilizado para avaliação da função cognitiva, é composto por questões agrupadas em sete categorias, nos domínios da orientação espacial, temporal, memória imediata e de evocação, cálculo, linguagem (nomeação, repetição, compreensão, escrita) e capacidade construtiva visual, obtendo pontuação mínima de zero até um total máximo de 30 pontos (Bertolucci et al., 1994).

As variáveis sociodemográficas e condições de saúde estudadas foram: faixa etária, sexo, estado civil, escolaridade, renda familiar, situação atual de trabalho, presença de dor, intensidade, local da dor, presença de doenças crônicas e medicamentos em uso.

O Índice de Barthel permite a avaliação das atividades básicas de vida diária (alimentação, banho, vestir-se, asseio pessoal, micção, evacuação, uso do sanitário, transferência cama/poltrona, deambulação e degraus), tendo sua pontuação variando de zero a 100, sendo categorizada como: independência com 100 pontos; dependência leve com pontuação entre 60 e 95; dependência moderada, de 40 a 55 pontos; dependência grave, de 20 a 35 pontos; e dependência total, com pontuação menor que 20 (Mahoney & Barthel, 1965).

Acrescida às atividades de vida diária, a Escala de Lawton e Brody permite a avaliação das atividades instrumentais (uso do telefone, viagens, compras, preparo de refeições, trabalho doméstico, uso de medicamentos e finanças), obtendo variação da pontuação de zero a 21, sendo categorizada como: dependência total, com pontuação menor ou igual a cinco; dependência parcial, ao obter pontuação maior que cinco e menor que 21; e independência, com total de 21 pontos (Lawton & Brody, 1969).

Para avaliar a vulnerabilidade física, utilizou-se a VES-13, composta por quatro indicadores: idade, saúde autorreferida, limitação física e incapacidade (funcional), que totalizam 13 itens. A pontuação final varia de zero a dez pontos, classificando-se em três categorias de risco para fragilidade, sendo: pessoa idosa robusta (pontuação menor ou igual a dois); pessoa idosa pré-frágil (de três a seis pontos); e pessoa idosa frágil (pontuação de sete até 10 pontos) (Mahoney & Barthel, 1965).

A presença de fragilidade foi avaliada por meio da EFE. Por meio dessa escala, foi possível avaliar as pessoas idosas que estavam em risco ou que já apresentavam fragilidade. A EFE avalia diferentes aspectos da saúde e da função do idoso, como cognição, estado geral de saúde, independência funcional, suporte social e outros. Com base na pontuação obtida, as pessoas idosas são classificadas da seguinte forma: pontuação de 0 a 4 — não apresentam fragilidade; pontuação de 5 a 6 — são consideradas aparentemente vulneráveis; de 7 a 8 — apresentam fragilidade leve; de 9 a 10 — fragilidade moderada; e, por fim, pontuação de 11 ou mais — indica fragilidade severa (Rolfson et al., 2006).

Os dados foram analisados por meio do programa estatístico SPSS, versão 21.0, sendo realizadas análises estatísticas descritivas e aplicação do teste do qui-quadrado ( $\chi^2$ ), com estimativas de *Odds Ratio*, considerando o nível de significância  $p \leq 0,05$  e intervalo de confiança de 95%.

Para a análise dos dados, foi utilizada a Razão de Prevalência estimada pelo modelo de regressão de Poisson. O Intervalo de Confiança (IC) aceito para esta pesquisa foi de 95% e os resultados significantes, com  $p$ -valor  $\leq 0,05$ .

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Independente do Nordeste, sob parecer de Protocolo n.º 4.351.219. Para participação no estudo, as pessoas idosas assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## RESULTADOS

No presente estudo, constatou-se maior distribuição do sexo feminino (65,8%), entre 60 a 68 anos (51,1%), com companheiro (51,1%), com escolaridade (92,0%), com dois ou mais salários mínimos (51,1%) e aposentado(a) (65,8%) (Tabela 1).

**Tabela 1:** Caracterização das pessoas idosas conforme dados sociodemográficos. Jequié, Bahia, Brasil, 2025

|                                   | N          | %            |
|-----------------------------------|------------|--------------|
| <b>Sexo</b>                       |            |              |
| Feminino                          | 148        | 65,8         |
| Masculino                         | 77         | 34,2         |
| <b>Faixa etária</b>               |            |              |
| 60 a 68 anos                      | 115        | 51,1         |
| Acima de 68 anos                  | 110        | 48,9         |
| <b>Estado civil</b>               |            |              |
| Com companheiro                   | 115        | 51,1         |
| Sem companheiro                   | 110        | 48,9         |
| <b>Escolaridade</b>               |            |              |
| Sem escolaridade                  | 18         | 8,0          |
| Com escolaridade                  | 207        | 92,0         |
| <b>Renda familiar</b>             |            |              |
| Até um salário                    | 110        | 48,9         |
| Dois ou mais salários             | 115        | 51,1         |
| <b>Situação atual de trabalho</b> |            |              |
| Aposentado(a)                     | 148        | 65,8         |
| Em atividade                      | 77         | 34,2         |
| <b>Total</b>                      | <b>225</b> | <b>100,0</b> |

Fonte: dados da pesquisa.

Com relação às condições de saúde, verificou-se uma maior distribuição de pessoas idosas com presença de dor (69,3%), localização da dor em dois ou mais segmentos (36,4%), presença de mais de uma doença crônica (52,4%), intensidade de dor ausente a leve (61,3%), uso de medicamentos (85,8%), classificadas como dependentes nas Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVDs) (99,1%) e dependentes nas ABVDs (76,5%). Quanto à vulnerabilidade, um percentual considerável de pessoas idosas foi considerado vulnerável (40,0%) (Tabela 2).

**Tabela 2:** Caracterização das pessoas idosas conforme as condições de saúde. Jequié, Bahia, Brasil, 2025

|                                   | N   | %    |
|-----------------------------------|-----|------|
| <b>Vulnerabilidade</b>            |     |      |
| Não vulneráveis                   | 135 | 60,0 |
| Vulneráveis                       | 90  | 40,0 |
| <b>Presença de doença crônica</b> |     |      |
| Uma doença crônica                | 107 | 47,6 |
| Mais de uma doença crônica        | 118 | 52,4 |
| <b>Uso de Medicamentos</b>        |     |      |
| Sim                               | 193 | 85,8 |
| Não                               | 32  | 14,2 |
| <b>Presença de dor</b>            |     |      |
| Sim                               | 156 | 69,3 |
| Não                               | 69  | 30,7 |
| <b>Localização da dor</b>         |     |      |
| Sem dor                           | 71  | 31,6 |
| Um segmento                       | 72  | 32   |
| Dois ou mais segmentos            | 82  | 36,4 |
| <b>Intensidade da dor</b>         |     |      |
| Ausente a leve                    | 138 | 61,3 |
| Moderada a intensa                | 87  | 38,7 |
| <b>ABVDs</b>                      |     |      |
| Independente                      | 52  | 23,1 |
| Dependente                        | 173 | 76,9 |
| <b>AIVD</b>                       |     |      |
| Independente                      | 2   | 0,9  |
| Dependente                        | 223 | 99,1 |
| <b>Estado nutricional</b>         |     |      |
| Normal                            | 151 | 67,1 |
| Alterado                          | 74  | 32,9 |
| <b>Fragilidade</b>                |     |      |
| Não apresenta                     | 182 | 80,9 |
| Apresenta                         | 43  | 19,1 |

| <b>Sintomas Depressivos</b> |  |     |      |
|-----------------------------|--|-----|------|
| Sem sintomas depressivos    |  | 180 | 80   |
| Com sintomas depressivos    |  | 45  | 20   |
| <b>MEEM</b>                 |  |     |      |
| Sem comprometimento         |  | 79  | 42   |
| Com comprometimento         |  | 109 | 58   |
| <b>Risco de Queda</b>       |  |     |      |
| Sem Risco de Quedas         |  | 70  | 31,1 |
| Com Risco de Quedas         |  | 155 | 68,9 |

*Nota.* ABVDs: Atividades básicas de vida diária; AIVD: Atividades instrumentais de vida diária; MEEM: Mine Exame do Estado Mental.

Fonte: Dados da pesquisa.

Na análise inferencial, foram avaliados os fatores associados à vulnerabilidade em idosos. As doenças crônicas, no modelo bruto, apresentaram associação significativa para indivíduos com mais de uma doença ( $RP = 0,62$ ;  $IC = 0,44\text{--}0,88$ ;  $p < 0,01$ ); entretanto, essa associação não se manteve no modelo ajustado ( $RP = 0,95$ ;  $IC = 0,67\text{--}1,34$ ;  $p = 0,77$ ).

As ABVDs mostraram associação significativa tanto no modelo bruto ( $RP = 0,40$ ;  $IC = 0,30\text{--}0,52$ ;  $p < 0,001$ ) quanto no modelo ajustado ( $RP = 0,73$ ;  $IC = 0,55\text{--}0,97$ ;  $p < 0,04$ ). A independência funcional em ABVDs foi associada a um fator de proteção para a vulnerabilidade em idosos, destacando sua relevância nos desfechos.

A não presença de fragilidade foi um dos fatores mais expressivos, com forte associação no modelo bruto ( $RP = 0,26$ ;  $IC = 0,20\text{--}0,33$ ;  $p < 0,001$ ) e também no ajustado ( $RP = 0,47$ ;  $IC = 0,35\text{--}0,64$ ;  $p < 0,001$ ), indicando sua importância como fator de proteção independente.

O estado nutricional alterado foi significativo no modelo bruto ( $RP = 0,71$ ;  $IC = 0,52\text{--}0,98$ ;  $p = 0,08$ ), mas não se manteve associado no modelo ajustado ( $RP = 0,89$ ;  $IC = 0,65\text{--}1,21$ ;  $p = 0,46$ ), sugerindo que outros fatores podem influenciar a relação entre o estado nutricional e a vulnerabilidade.

O comprometimento cognitivo, avaliado pelo MEEM, apresentou associação significativa tanto no modelo bruto ( $RP = 0,30$ ;  $IC = 0,18\text{--}0,49$ ;  $p < 0,001$ ) quanto no ajustado ( $RP = 0,42$ ;  $IC = 0,25\text{--}0,71$ ;  $p < 0,002$ ), sendo um fator relevante para a vulnerabilidade.

Por outro lado, variáveis como uso de medicamentos, presença de dor, intensidade da dor e risco de queda apresentaram valores de  $p < 0,20$  no modelo bruto, mas perderam significância no modelo ajustado ( $p > 0,05$ ), indicando que não possuem associação independente com a vulnerabilidade após o controle das demais variáveis.

**Tabela 3:** Associação entre vulnerabilidade e condições de saúde em idosos. Jequié, Bahia, Brasil, 2025

| Variáveis                   | Vulnerabilidade         |                   |                         |                    |
|-----------------------------|-------------------------|-------------------|-------------------------|--------------------|
|                             | RP Bruta                |                   | RP Ajustada             |                    |
|                             | IC95%                   | P                 | IC95%                   | p                  |
| <b>Doenças Crônicas</b>     |                         |                   |                         |                    |
| Uma Doença                  | 0,62 (0,44–0,88)        | < 0,01            | 0,95 (0,67–1,34)        | 0,77               |
| > Uma Doença                | 1                       |                   | 1                       |                    |
| <b>Uso de Medicamentos</b>  |                         |                   |                         |                    |
| Não                         | 0,42 (0,20–0,89)        | < 0,03            | 1,20 (0,62–2,33)        | 0,58               |
| Sim                         | 1                       |                   | 1                       |                    |
| <b>Presença de dor</b>      |                         |                   |                         |                    |
| Não                         | 0,66 (0,44–0,99)        | < 0,05            | 0,91 (0,59–1,39)        | 0,66               |
| Sim                         | 1                       |                   | 1                       |                    |
| <b>Intensidade da dor</b>   |                         |                   |                         |                    |
| Ausente/leve                | 0,64 (0,47–0,89)        | < 0,01            | 0,94 (0,65–1,38)        | 0,78               |
| Moderada/intensa            | 1                       |                   | 1                       |                    |
| <b>ABVDs</b>                |                         |                   |                         |                    |
| Independente                | <b>0,40 (0,30–0,52)</b> | <b>&lt; 0,001</b> | <b>0,73 (0,55–0,97)</b> | <b>&lt; 0,04*</b>  |
| Com dependência             | 1                       |                   | 1                       |                    |
| <b>AlVD</b>                 |                         |                   |                         |                    |
| Independente                | 1,23 (0,30–4,99)        | 0,76              |                         |                    |
| Com dependência             | 1                       |                   |                         |                    |
| <b>Estado nutricional</b>   |                         |                   |                         |                    |
| Normal                      | 0,71 (0,52–0,98)        | < 0,04            | 0,89 (0,65–1,21)        | 0,46               |
| Alterado                    | 1                       |                   | 1                       |                    |
| <b>Fragilidade</b>          |                         |                   |                         |                    |
| Não apresenta               | <b>0,26 (0,20–0,33)</b> | <b>&lt; 0,001</b> | <b>0,47 (0,35–0,64)</b> | <b>&lt; 0,001*</b> |
| Apresenta                   | 1                       |                   | 1                       |                    |
| <b>Sintomas Depressivos</b> |                         |                   |                         |                    |
| Sem sintomas depressivos    | 0,66 (0,48–0,91)        | < 0,02            | 0,95 (0,68–1,33)        | 0,77               |
| Com sintomas depressivos    | 1                       |                   | 1                       |                    |
| <b>MEEM</b>                 |                         |                   |                         |                    |
| Sem comprometimento         | <b>0,30 (0,18–0,49)</b> | <b>&lt; 0,001</b> | <b>0,42 (0,25–0,71)</b> | <b>&lt; 0,002*</b> |
| Com comprometimento         | 1                       |                   |                         |                    |
| <b>Risco de Queda</b>       |                         |                   |                         |                    |
| Não                         | 0,54 (0,35–0,84)        | < 0,01            | 0,87 (0,56–1,35)        | 0,54               |
| Sim                         | 1                       |                   |                         |                    |

Nota. RP: Razão de prevalência; IC: intervalo de confiança; \*p > 0,05; ABVDs: Atividades básicas de vida diária; AlVD: Atividades instrumentais de vida diária; MEEM: Mine Exame do Estado Mental.

Fonte: dados da pesquisa.

## DISCUSSÃO

O termo “vulnerabilidade” tem por significado “possibilidade de ser ferido” (Sousa et al., 2022). Já no contexto da saúde, especialmente em estudos sobre pessoas idosas, geralmente se refere ao “estado do indivíduo que, por alguma razão, é incapaz de aproveitar as oportunidades disponíveis em diferentes dimensões, a fim de melhorar o seu bem-estar ou prevenir a sua deterioração” (Barbosa & Fernandes, 2020, p. 2).

Constatou-se, na presente pesquisa, uma prevalência significativa de pessoas idosas que apresentaram vulnerabilidade, dados esses corroborados por estudo realizado em Várzea Grande (MT), no qual se percebeu uma prevalência de 49% de vulnerabilidade (Oliveira et al., 2021).

Essa elevada prevalência de vulnerabilidade entre as pessoas idosas brasileiras pode ser explicada, entre outras coisas, pelos problemas socioeconômicos que os países em desenvolvimento enfrentam, fazendo com que o processo de envelhecimento não ocorra de maneira homogênea e semelhante para todas as pessoas (Moura et al., 2023).

No presente estudo, a independência para realizar ABVDs demonstrou ser um fator de proteção para a vulnerabilidade, com uma associação significativa na análise ajustada. Esse achado é condizente com a literatura, que indica que a definição da capacidade funcional da pessoa idosa e o seu nível de independência, autonomia e qualidade de vida são determinantes para a classificação dos indivíduos mais vulneráveis (Rodrigues & Alvarenga, 2021; Santos et al., 2022).

Um estudo conduzido por Barbosa et al. (2017), realizado com pessoas idosas assistidas pela Estratégia de Saúde da Família do município de João Pessoa (PB), revelou que uma grande parcela das pessoas idosas vulneráveis apresentava dificuldade para realizar ABVDs, como atravessar o quarto (80,3%) e tomar banho sozinhas (74,7%).

Esses resultados reforçam que a vulnerabilidade é diretamente relacionada ao nível de dependência funcional das pessoas idosas. Além disso, a vulnerabilidade pode prejudicar a autonomia da pessoa idosa, ou seja, pode comprometer a sua capacidade de fazer escolhas sobre a própria vida e de se integrar socialmente (Perseguino et al., 2021).

Nesse contexto, a fragilidade surge como um fator crucial, uma vez que os resultados apontaram que as pessoas idosas consideradas não frágeis apresentaram um menor risco de se tornarem vulneráveis. A fragilidade é um estado clínico com múltiplas causas e fatores associados, caracterizado pelo declínio físico, cognitivo e social (Freitas et al., 2020). Contudo, é importante notar que, embora a fragilidade seja um fator de risco para a vulnerabilidade, ela não é exclusivamente resultante do processo de envelhecimento, como será discutido a seguir.

Trata-se de um estado de vulnerabilidade física e funcional, com maior risco de eventos adversos, que pode acometer o indivíduo em qualquer fase da vida. Na velhice, as pessoas

idosas classificadas como fragilizadas estão mais propensas aos eventos de quedas, incapacidade funcional, riscos de hospitalizações e morte. Dessa forma, necessitam de assistência frequente para evitar a ocorrência de desfechos clínicos negativos (Dias et al., 2023). Esses fatores são cruciais para entender a relação entre fragilidade e vulnerabilidade, pois, como veremos a seguir, o estado de fragilidade aumenta o risco de dependência e morte.

Esses fatores podem ajudar a explicar os resultados encontrados neste estudo, uma vez que a fragilidade é um estado de mudança multidimensional em que há perda da resistência diante de estressores externos, o que aumenta o risco de dependência e/ou morte do indivíduo, contribuindo para o aumento da vulnerabilidade (Aguiar et al., 2023). Contudo, a fragilidade não se limita apenas ao aspecto físico; ela também envolve componentes psicológicos que, se não tratados, podem exacerbar ainda mais a vulnerabilidade do idoso.

A manutenção da saúde da pessoa idosa, portanto, não envolve apenas aspectos físicos, mas também a consideração de fatores psicológicos. As mudanças psicológicas ocorridas no processo de envelhecimento podem reduzir a capacidade de adaptação ao ambiente, tornando o indivíduo mais vulnerável. Esse aspecto emocional e psicológico é fundamental para a compreensão completa da fragilidade e da vulnerabilidade, como discutido nas seções anteriores (Perseguino et al., 2021).

Nesse sentido, o comprometimento cognitivo é outro dano associado ao processo de envelhecimento. Trata-se de alterações cognitivas que acontecem ao longo do tempo e, embora não sejam caracterizadas como um problema quantificável, são graduais e progressivas. Nos debates atuais sobre a vulnerabilidade, temas envolvendo o comprometimento cognitivo são constantes, tratados como um alerta à saúde pública (Freitas et al., 2020).

Corroborando os achados da literatura, as pessoas idosas participantes desta pesquisa que não apresentaram comprometimento cognitivo mostraram menor probabilidade de serem vulneráveis. Com o avanço da idade, é comum ocorrerem mudanças cognitivas decorrentes do processo fisiológico do envelhecimento. No entanto, quando essas alterações se tornam mais intensas do que o habitual, podem comprometer a capacidade do idoso de realizar tarefas do cotidiano, reduzir sua autonomia e gerar sobrecarga aos cuidadores. Tais comprometimentos podem indicar o surgimento de condições mais severas, como demências e transtornos depressivos, impactando de forma expressiva a participação do idoso no convívio familiar e na vida social (Rodrigues & Alvarenga, 2021).

Embora este estudo tenha fornecido informações valiosas sobre a vulnerabilidade e as condições de saúde de pessoas idosas atendidas na Atenção Básica, algumas limitações devem ser consideradas. A amostra do estudo foi restrita a idosos residentes em Jequié (BA), o que pode limitar a generalização dos resultados para outras regiões do Brasil. Além disso, o uso de instrumentos de autorrelato, como a escala de fragilidade, pode introduzir viés, uma vez que as respostas podem ser influenciadas pela percepção pessoal dos participantes.

Pesquisas futuras podem explorar a relação entre a vulnerabilidade e as condições de saúde em diferentes regiões do país, com amostras mais diversificadas para aumentar a representatividade dos resultados. Também seria interessante investigar o impacto de intervenções específicas na fragilidade dos idosos, com ênfase em programas de reabilitação e apoio psicológico.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados do presente estudo mostram que a vulnerabilidade em pessoas idosas atendidas na Atenção Básica está associada à dificuldade na realização das ABVDs. Por outro lado, a independência funcional, a preservação do estado cognitivo e a ausência de fragilidade configuram-se como fatores protetores relevantes para a vulnerabilidade, contribuindo para a autonomia e a qualidade de vida da população idosa.

Esses achados respondem diretamente ao objetivo da pesquisa ao identificarem os principais fatores associados à vulnerabilidade, fornecendo informações para a prática clínica e para o planejamento de intervenções no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS). Nesse sentido, torna-se essencial que os profissionais da APS realizem avaliações periódicas, utilizando instrumentos validados, com o objetivo de detectar precocemente sinais de dependência funcional, declínio cognitivo e fragilidade.

Com base nos dados obtidos, recomenda-se o desenvolvimento de ações interdisciplinares voltadas à manutenção da funcionalidade, como programas de reabilitação física, estimulação cognitiva e apoio psicossocial. Além disso, estratégias de educação em saúde que envolvam familiares e cuidadores também podem contribuir para a prevenção da vulnerabilidade e promoção da autonomia.

Como melhoria, sugere-se a implementação de protocolos de rastreamento da fragilidade e da cognição nos serviços de atenção básica, capacitando os profissionais para o manejo adequado dessas condições. Políticas públicas que incentivem o envelhecimento saudável, com foco na prevenção de incapacidades e no fortalecimento das redes de apoio social, devem ser priorizadas.

## REFERÊNCIAS

- Aguiar, E. G., Salomé, G. M., & Ferreira, L. M. (2023). Síndrome de fragilidade, sentimento de impotência e capacidade funcional em idosos portadores de úlcera venosa. *Revista Brasileira de Cirurgia Plástica*, 38, e0681. <https://doi.org/10.5935/2177-1235.2023RBCP681-PT>.
- Barbosa, K. T. F. et al. (2017). Aging and individual vulnerability: a panorama of older adults attended by the family health strategy. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 26(2), e2700015. <https://doi.org/10.1590/0104-07072017002700015>.
- Barbosa, K. T. F., & Fernandes, M. G. M. (2020). Elderly vulnerability: concept development. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(3), e20190897.
- Bertolucci, P. H. F., Brucki, S. M. D., Campacci, S. R., & Juliano, Y. (1994). O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 52(1), 1–7. <https://doi.org/10.1590/S0004-282X1994000100001>
- Cabral, J. F., Silva, A. M. C., Mattos, I. E., Neves, Á. Q., Luz, L. L., Ferreira, D. B., Santiago, L. M., & Carmo, C. N. (2024). Vulnerabilidade e fatores associados em idosos atendidos pela Estratégia Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(9), 3227–3236.
- Chaves, A. C. M., Lemos, F. F., Grigorini, A. E. O., Machado, J. C. B., & Chaves, M. T. (2021). Síndrome de fragilidade em idosos: prevalência e correlação com características clínicas, cognitivas e funcionais. *Brazilian Journal of Health Review*, 4(3), 11506–11523. <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n3-145>
- Cipriani, L. M. et al. (2023). Vulnerabilidade social na população idosa usuária da Atenção Primária à Saúde de um município do Rio Grande do Sul. *Semina: Ciências Biológicas e da Saúde*, 44(1), 3–14. <https://doi.org/10.5433/1679-0367.2023v44n1p3>
- Dias, A. L. P., Pereira, F. A., Barbosa, C. P. L., Araújo-Monteiro, G. K. N., Santos-Rodrigues, R. C., & Souto, R. Q. (2023). Risco de quedas e a síndrome da fragilidade no idoso. *Acta Paulista de Enfermagem*, 36, eAPE006731. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2023AO006731>
- Freitas, F. F. Q., et al. (2020). Fragilidade em idosos na Atenção Primária à Saúde: uma abordagem a partir do geoprocessamento. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(6), 4439–4450. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.15562018>
- Lawton, M. P., & Brody, E. M. (1969). Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*, 9(3), 179–186. [https://doi.org/10.1093/geront/9.3\\_Part\\_1.179](https://doi.org/10.1093/geront/9.3_Part_1.179)
- Lima-Costa, M. F. (2019). Envelhecimento e saúde coletiva: Estudo Longitudinal da Saúde dos Idosos Brasileiros (ELSI-Brasil). *Revista De Saúde Pública*, 52(Suppl 2), 2s. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.201805200supl2ap>
- Maia, F. O. M., Duarte, Y. A. O., Secoli, S. R., Santos, J. L. F., & Lebrão, M. L. (2012). Adaptação transcultural do Vulnerable Elders Survey-13 (VES-13): contribuindo para a identificação de idosos vulneráveis. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46(Esp.), 116–122. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000700017>
- Mahoney, F. I., & Barthel, D. W. (1965). Functional evaluation: the Barthel index. *Maryland State Medical Journal*, 14, 61–65.

- Moura, R. F., Cesar, C. L. G., Goldbaum, M., Okamura, M. N., & Antunes, J. L. F. (2023). Fatores associados às desigualdades das condições sociais na saúde de idosos brancos, pardos e pretos na cidade de São Paulo, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 28(3), 897–907. <https://doi.org/10.1590/1413-81232023283.08582022>
- Moraes, E. N., Lanna, F. M., Azevedo, R. S., Carmo, J. A., & Machado, C. J. (2016). Atributos do índice de vulnerabilidade clínico funcional-20 (IVCF-20) e sua aplicação na rede de atenção à saúde do idoso. *Revista de Saúde Pública*, 50, 1–28. <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050000193>
- Oliveira, O. D. et al. (2021). Prevalência e fatores associados à vulnerabilidade em idosos: uma revisão. *Revista Enfermagem Atual In Derme*, 95(34), e-021071. <https://revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/807>
- Perseguino, M. G., Okuno, M. F. P., & Horta, A. L. M. (2021). Vulnerabilidad y calidad de vida de los mayores en la comunidad en diferentes situaciones de cuidado familiar. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 75(4), 1–7. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0143>
- Rodrigues, I. I., & Alvarenga, M. R. M. (2021). Vulnerabilidade funcional e queda de idosos: quais fatores estão associados? *Enfermagem em Foco*, 11(6), 72–77. <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2020.v11.n6.3357>
- Rolfson, D. B., Majumdar, S. R., Tsuyuki, R. T., Tahir, A., & Rockwood, K. (2006). Validity and reliability of the Edmonton Frail Scale. *Age and Ageing*, 35(5), 526–529. <https://doi.org/10.1093/ageing/afl041>
- Santos, F. S., et al. (2022). Evaluation of body mass index, functional capacity and respiratory muscle strength in a group of elderly people – cross-sectional study. *Brazilian Journal of Development*, 8(5), 34869–34886. <http://doi.org/10.34117/bjdv8n5-144>
- Sousa, C. R., Coutinho, J. F. V., Freire Neto, J. B., Barbosa, R. G. B., Marques, M. B., & Diniz, J. L. (2022). Factors associated with vulnerability and fragility in the elderly: a cross-sectional study. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 75(2), e20200399. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0399>

*CRediT Author Statement*

---

**Reconhecimentos:** Não.

**Financiamento:** Programa de Pós-Graduação em Educação Física (Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB/ Universidade Estadual de Santa Cruz – UESC).

**Conflitos de interesse:** Não.

**Aprovação ética:** A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Independente do Nordeste sob parecer de Protocolo n.º 4.351.219.

**Disponibilidade de dados e material:** Não estão.

**Contribuições dos autores:** Bruna Souza Vieira participou da idealização do estudo. David Kaway Santos Sena contribuiu com a redação do manuscrito. Rodrigo Mercês Reis Fonseca foi responsável pela análise dos dados. Luciana Araújo dos Reis, Claudineia Matos de Araújo e Luana Machado Andrade participaram do processo de revisão, correção e ajustes do texto final.

---

**Processamento e edição: Editora Ibero-Americana de Educação.**

Revisão, formatação, normalização e tradução.

