O IMPACTO DA VULNERABILIDADE SOCIAL NA FUNCIONALIDADE EM IDOSOS

ALUNA: ANA FLÁVIA SOUSA LEMOS

ORIENTADORA: PROF. ALINE GUIMARÃES CARVALHO

PATOS – PB

2026.1

ANA FLÁVIA SOUSA LEMOS

O IMPACTO DA VULNERABILIDADE SOCIAL NA FUNCIONALIDADE EM IDOSOS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Coordenação de Trabalho de Conclusão de Curso do Centro Universitário de Patos - UNIFIP, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Fisioterapia pela referida instituição.

Orientadora:

Prof. Ma. Aline Guimarães Carvalho

PATOS – PB
2026.1

FICHA CATALOGRÁFICA
Dados de Acordo com AACR2, CDU e CUTTER
Biblioteca Central - UNIFIP

Gr
Lemos, Ana Flávia Sousa.
L486i O Impacto da Vulnerabilidade Social na Funcionalidade em
Idosos. / Ana Flávia Sousa Lemos. – Patos – PB: UNIFIP, 2026.
75 fls.

Orientador (a): Profª. Me. Aline Guimarães Carvalho
Monografia Graduação Bacharelado em Fisioterapia

1.Idosos. 2. Envelhecimento. 3. Vulnerabilidade Social. 5. Funcionalidade. I. Título. II. UNIFIP – Patos - PB

UNIFIP/BC CDU: 615.8
Francisco C. Leite – Bibliotecário. CRB 15/0076

ANA FLÁVIA SOUSA LEMOS

O IMPACTO DA VULNERABILIDADE SOCIAL NA FUNCIONALIDADE EM IDOSOS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Centro Universitário UNIFIP de Patos, como parte dos requisitos para a obtenção do grau de Bacharel em Fisioterapia pela referida instituição.

Aprovado em: 11 / 05 / 2026

PROF. MA. ALINE GUIMARÃES CARVALHO

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE PATOS-UNIFIP

(ORIENTADORA)

PROF. ME. GIOVANI AMADO RIVERA

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE PATOS-UNIFIP

(1° MEMBRO)

PROF. MA. MAYARA LEAL ALMEIDA COSTA

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE PATOS-UNIFIP

(2° MEMBRO)

Dedico esse trabalho a Deus, aos meus pais e a todos que fizeram parte dessa caminhada.

AGRADECIMENTOS

Não podemos pular direto para o final, o caminho é sempre a melhor parte. Chegar ao final de mais uma etapa me faz perceber que sozinho não conquistamos nada, por isso finalizo este trabalho com o coração transbordando de gratidão, ele remete muito mais do que apenas uma pesquisa.

Agradeço primeiramente a Deus, por me permitir viver uma caminhada repleta de amor, com pessoas que nos dias difíceis, tornavam tudo mais leve e feliz. Tua graça e Teu amor se fazem presentes todos os dias e espero caminhar no Teu propósito.

Aos meus pais, Lindiane e Flávio, que desde criança me ensinaram a beleza de voar, o desejo de crescer e conquistar tudo que almejasse, mas nunca me deixaram esquecer que sempre terei um lar para voltar quando necessário. Agradecer diariamente, por uma vida inteira, talvez não seja o suficiente por tudo que fizeram e fazem por mim. Minha mainha, espero ter a metade da tua força, que apesar de tantas dificuldades, sempre fez tanto por mim e Pedro Lucas, e meu beloved, que desde criança, me ensinou que a beleza da vida está nos momentos, tua bondade e alegria fazem o dia de todos ainda mais especiais. Cada conselho, cada gesto, cada sacrifício será sempre lembrado.

A minha família, principalmente meu avô Lourival, minhas avós Inês e Maria do Socorro (*in memoriam*), que sempre me apoiaram nessa jornada. Ao meu irmão, Pedro Lucas, que ressignificou nossos dias com sua chegada, e me ensinou com sua inocência de criança, o valor das pequenas coisas, minha vida é mais completa com você.

Agradeço também a minha segunda família, Bianca, Lara, Pedro Victor e Emilly, por compartilharem a vida comigo, crescer sozinho torna o fardo ainda mais pesado, e vocês fazem que as mudanças sejam sempre um evento a celebrar. Obrigada pela amizade e a cumplicidade de tantos anos, que possamos colecionar ainda mais memórias. Aos meus tios, Ronaldo e França, e a Nina por me acolherem em suas famílias e sempre estarem presente, vocês também são responsáveis por essa conquista.

Aos meus amigos, Pedro Henrique, José Victor, Rafaela, Katarina, Euller, e os demais que não foram citados, obrigada por me escutarem e tornarem meus dias mais leves com as brincadeiras. A Sofya, Daniele, Amanda, Bárbara, Ana Lyvia e Kailany, que apesar da distâncias e dificuldades da vida, sempre se fazem presentes. Obrigada pela amizade de vocês.

Agradeço também aquelas que dividiram a rotina comigo nos últimos cinco anos, meu grupo de estágio e, principalmente, minha amiga Aurila, que desde o início me ajudou,

compartilhou cada sorriso e cada choro, fez dos dias mais cansativos se tornarem divertidos, obrigada por cada momento, por me ouvir todas as vezes que a insegurança e o medo prevaleciam e por compartilhar essa jornada comigo, te levarei sempre no coração.

Por fim, mas não menos importante, a minha orientadora, Aline, pela paciência e pelos ensinamentos nos últimos anos e aos meus professores que também participaram dessa caminhada.

“Tudo que você perde é um passo que você dá”

You’re on your own, kid – Taylor Swift

RESUMO

Introdução: O processo de envelhecimento é uma resposta fisiológica do corpo devido às alterações temporais a que os seres vivos estão submetidos. Entretanto, fatores extrínsecos e o estilo de vida, como alimentação e prática de atividade física, também influenciam diretamente a qualidade de vida das pessoas na terceira idade. Ademais, deve-se ressaltar o ambiente como um vetor importante que impacta diretamente a saúde dos indivíduos, e, dessa forma, evidencia a necessidade de correlacionar a independência e a autonomia durante a terceira idade. A funcionalidade é a capacidade de realizar atividades básicas da vida diária, sendo foco de estudos para compreender as pessoas idosas e como o estilo de vida impacta a qualidade do envelhecimento. **Objetivo:** O estudo teve como objetivo analisar a relação entre vulnerabilidade social e a funcionalidade em pessoas idosas. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa de campo do tipo quantitativa, descritiva e exploratória, com levantamento de dados. O público-alvo foi composto por pessoas idosas que frequentam o Grupo de Idosos do CRAS, no município de São José de Espinharas – PB. A coleta foi realizada de forma presencial, por meio da aplicação de questionário sociodemográfico semiestruturado pelo pesquisador e do questionário de funcionalidade (Índice de Barthel). **Resultados:** Esta pesquisa contou com a participação de 30 voluntários, os dados coletados apontaram maior participação de mulheres (86,7%), entre 60-65 anos (30%), casados (36,7%) ou viúvos (36,7%) e com ensino fundamental incompleto (66,7%). Além disso, apresentou maior número de pessoas que recebem apenas um salário mínimo (46,7%), majoritariamente por aposentadoria (56,7%), 22 participantes (73,3%) relataram alguma doença crônica e residindo com 2 a 3 pessoas (53,3%). No Índice de Barthel, foi observado que 28 participantes (73,4%) possuíam dependência leve, com maior independência para as categorias de toalete (93,3%) e alimentação (93,3%). **Conclusão:** Foi possível ressaltar com a pesquisa que pessoas idosas que vivem em realidade de vulnerabilidade social podem ter influência negativa na sua funcionalidade, refletindo especialmente na realização de AVDs. Entretanto, os resultados obtidos evidenciaram que os fatores fisiológicos, como sexo e idade, são variáreis que repercutiram mais significativamente na funcionalidade dos participantes quando comparadas aos fatores sociodemográficos. Tal repercussão pode ser compreendido devido a semelhança do perfil sociodemográfico e predominância de idosos mais jovens, ocasionando em uma amostra com poucos impactos funcionais.

Palavras-chave: Idosos, Envelhecimento, Funcionalidade, Vulnerabilidade Social.

ABSTRACT

Introduction: The aging process is a physiological response of the body to the natural changes that living beings undergo over time. However, external factors and lifestyle choices, such as diet and physical activity, also directly influence the quality of life of older adults. Furthermore, the environment should be highlighted as an important factor that directly impacts individuals' health, thereby underscoring the need to correlate independence and autonomy in older age. Functionality is the ability to perform basic activities of daily living and is the focus of studies aimed at understanding older adults and how lifestyle impacts the quality of aging. **Objective:** The study aimed to analyze the relationship between social vulnerability and functional ability in older adults. **Methodology:** This is a quantitative, descriptive, and exploratory field study involving data collection. The target population consisted of older adults who attend the CRAS Senior Citizens' Group in the municipality of São José de Espinharas, Paraíba. Data collection was conducted in person, using a semi-structured sociodemographic questionnaire administered by the researcher and the Barthel Index. **Results:** This study involved 30 volunteers; the data collected indicated a higher proportion of women (86.7%), those aged 60–65 (30%), married individuals (36.7%) or widows/widowers (36.7%), and those who had not completed elementary school (66.7%). In addition, a higher number of participants received only the minimum wage (46.7%), primarily due to retirement (56.7%); 22 participants (73.3%) reported having a chronic illness; and 53.3% lived with 2 to 3 people. On the Barthel Index, it was observed that 28 participants (73.4%) had mild dependence, with greater independence in the categories of toileting (93.3%) and eating (93.3%). **Conclusion:** The study highlighted that older adults living in socially vulnerable circumstances may experience a negative impact on their functional ability, particularly in terms of performing activities of daily living (ADLs). However, the results showed that physiological factors, such as sex and age, were variables that had a more significant impact on the participants' functional ability compared to sociodemographic factors. This impact can be explained by the similarity in the sociodemographic profile and the predominance of younger older adults, resulting in a sample with few functional impairments.

Keywords: Elderly People, Aging, Functionality, Social Vulnerability.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Proporção da população brasileira. 09

Quadro 1: Descrição dos resultados do Índice de Barthel Modificado. 24

LISTA DE TABELAS

Tabela 1:	Perfil Sociodemográfico	19
Tabela 2:	Vulnerabilidade Social	21
Tabela 3:	Índice de Barthel Modificado	22

LISTA DE ABREVIATURAS

ABVD – Atividades Básicas de Vida Diária

AIVD – Atividades Instrumentais de Vida Diária

AVD – Atividade de Vida Diária

BPC – Benefício de Prestação Continuada

CRAS – Centro de Referência de Assistência Social

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

MIF – Medida de Independência Funcional

OMS – Organização Mundial da Saúde

SNC – Sistema Nervoso Central

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 01
2 OBJETIVOS 03
2.1 OBJETIVO GERAL..... 03
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS..... 03
3 REFERENCIAL TEÓRICO..... 04
3.1 ENVELHECIMENTO..... 04
3.1.1 Conceito..... 04
3.1.2 Tipos de Envelhecimento..... 05
3.1.3 Alterações Fisiológicas..... 05
3.1.3.1 Sistema Musculoesquelético..... 05
3.1.3.2 Sistema Imunológico..... 06
3.1.3.3 Sistema Cardiovascular..... 07
3.1.3.4 Sistema Respiratório..... 07
3.1.3.5 Sistema Nervoso Central..... 08
3.1.4 Epidemiologia..... 08
3.2 VULNERABILIDADE SOCIAL..... 10
3.2.1 Fatores da Vulnerabilidade Social..... 10
3.2.2 Consequências da Vulnerabilidade Social..... 11
3.3 FUNCIONALIDADE..... 11
3.3.1 Conceito..... 11
3.3.2 Avaliação..... 12
3.3.3 Barthel..... 13
4 METODOLOGIA 14
4.1 TIPO E LOCAL DE ESTUDO 14
4.2 POPULAÇÃO E AMOSTRAGEM 14
4.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO 14
4.4 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS 15
4.5 ANÁLISE DOS DADOS 15
4.6 PROCEDIMENTO ÉTICO 15
5 ARTIGO..... 17
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS 35
REFERÊNCIAS 36

APÊNDICES 41
APÊNCICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO..... 42
APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO..... 45
APÊNDICE C – TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR..... 47
ANEXOS 48
ANEXO A – TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL 49
ANEXO B – INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS..... 50
ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP 52
ANEXO D – NORMAS DA REVISTA COOPEX / UNIFIP..... 57

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um processo fisiológico caracterizado por uma redução da reserva funcional dos seres humanos, que quando associada a doenças, acidentes ou estresse emocional, altera significativamente a qualidade de vida do indivíduo (Brasil, 1994). Ademais, Ferreira *et al.* (2010) conceitua o envelhecimento como um processo gradativo e dinâmico que altera os sistemas componentes do corpo, e consequentemente, reduzindo consideravelmente a capacidade de adaptação do indivíduo ao meio externo.

Dessa forma, a capacidade funcional para as pessoas idosas pode ser associada a realização de atividades básicas, físicas e cognitivas, do cotidiano de forma independente (Aguiar *et al.,* 2019). Paula *et al. (*2013) defendem que a funcionalidade é um reflexo da interação entre as condições de saúde e contexto social no qual está inserido.

A perda da capacidade funcional é uma das principais adversidades em que o idoso pode enfrentar durante a vida, afetando não apenas a saúde do idoso, mas também familiares e a comunidade em que convive. (Brasil, 2006; Matos *et al.,* 2018).

É interessante ressaltar que o país enfrenta uma alteração na população, titulado como transição demográfica, devido à alta expectativa de vida e o processo de envelhecimento acelerado (Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia – SBGG, 2023). Tal fato pode ser explicado devido ao enfoque maior aos estudos e conscientização do processo saúde-doença-cuidado, compreendendo a saúde como um conceito mais amplo e considerando a individualidade de cada pessoa (Sevalho, 2024).

Em contrapartida, é necessário compreender que para classificar o estado de saúde do indivíduo idoso, deve-se levar em consideração alguns fatores potencialmente modificáveis, como os indicadores sociodemográficos, redução da funcionalidade e características de saúde (Santos; Couto; Bastone, 2018).

Fatores como gênero, renda familiar, escolaridade, moradia, histórico familiar, entre outros, tem influência significativa no processo de envelhecimento e no grau de funcionalidade do indivíduo (Paula *et al.,* 2013).

Contudo, segundo a Política Nacional de Assistência Social – PNAS (2004), a concepção de vulnerabilidade social manifesta-se de acordo com a multideterminação de sua origem, não apenas relacionada à ausência de condições financeira, mas também atrelado às fragilidades afetivas e barreiras para acessar os serviços públicos. A justiça social é designada para erradicar fatores que impeçam os indivíduos a usufruírem de seus direitos, apresentando

medidas que considerem a individualidade de cada cidadão, sendo a saúde um volante para o enfrentamento das situações de vulnerabilidade (Carmo; Guizardi, 2018).

Por isso, o processo de envelhecimento não está diretamente relacionado ao adoecimento, com o avanço da tecnologia e no âmbito da saúde, àqueles que tinham acesso aos serviços adequados, apresentavam melhor capacidade funcional e qualidade de vida (Miranda; Mendes; Silva, 2016), salientando a relação inversamente proporcional entre o nível de vulnerabilidade social e qualidade do envelhecimento. E Ferreira, Baham e Araújo (2019) apresentaram o impacto das condições sociais na dependência funcional, dificultando a realização de atividades mais complexas.

Portanto, considerando a realidade socioeconômica como um agente que influencia diretamente a qualidade de vida, objetivo da atual pesquisa será analisar o impacto da vulnerabilidade social e sua relação com a funcionalidade de pessoas idosas.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (2006) compreende que a independência, para a pessoa idosa, é a realização de atividades básicas diárias sem auxílio. Desse modo, a autonomia e independência dos indivíduos da terceira idade são resultantes de elementos como hábitos de vida, genética e fatores sociais. Assim, considerando o constante aumento na expectativa de vida da população brasileira, o presente estudo se faz pertinente em estudar e compreender de que forma idosos que vivem em situações de vulnerabilidade social pode ter sua funcionalidade comprometida.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o impacto da vulnerabilidade social e sua relação com a funcionalidade de pessoas idosas.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Traçar o perfil sociobiodemográfico dos participantes da pesquisa relacionado a: sexo, idade, estado civil, raça, número de filhos, diagnóstico.
- Identificar os fatores de vulnerabilidade social de acordo com a moradia, componentes familiares, renda e saneamento básico que podem afetar a funcionalidade de pessoas idosas.
- Avaliar a independência funcional baseadas no Índice de Barthel considerando tarefas de alimentação, banho, vestiário, higiene pessoal, eliminações vesicais e intestinais, uso de vaso sanitário, transferência da cadeira para cama, deambulação e escada.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 ENVELHECIMENTO

Para a Organização Mundial da Saúde – OMS – (2024) o envelhecimento é um processo fisiológico que apresenta alterações nos componentes e equilíbrio corporal, além de possuir um impacto social significativo, em reflexo da necessidade de promover um envelhecimento saudável à população.

3.1.1 Conceito

Os danos causados aos componentes celulares do corpo durante os anos resultam em uma diminuição funcional, tornando o indivíduo exposto às doenças e vulnerabilidade, é conhecido como envelhecimento biológico (Figueiredo *et al.*, 2024). Rebelatto e Morelli (2007) afirma que o envelhecimento biológico são mudanças acometidas nas estruturas físicas e no funcionamento do organismo, que implica em alterações funcionais ou de sobrevivência do indivíduo. O mesmo autor também apresenta que o envelhecimento biológico diminui a capacidade do corpo em manter o equilíbrio corporal, conhecido como homeostase.

Ademais, ressalta-se que apesar de ser uma fase heterogênea, o envelhecimento é uma etapa presente durante o desenvolvimento humano, ocasionando perdas no âmbito biopsicossocial e, consequentemente, aumentando a exposição a doenças crônicas-degenerativas (Alarcon *et al.*, 2019). Em continuidade ao raciocínio, Araújo, Amaral e Sá (2014) relatam que políticas públicas voltadas as pessoas idosas, hábitos de vida, genética e contexto social em que o indivíduo está inserido são alguns fatores que influenciam no processo de envelhecimento.

Com isso, Rebelatto e Morelli (2007) apresentaram que o envelhecimento é um processo comum a todos os seres vivos, mas que cada ser vivo sofre influências externas diferentes, alterando o nível da qualidade de vida que o idoso irá apresentar. Dessa forma, para que exista um envelhecimento saudável e ativo, é imprescindível a interação e manutenção constante da participação social, segurança e saúde (Aguirre *et al.*, 2024).

Para tanto, Gonçalves e Alves (2024) seguiram o pressuposto que atualmente não deve avaliar o processo de envelhecimento da população brasileira apenas considerando a idade cronológica, tendo em vista as transações sociais gradativas ao longo dos anos, tornando-se

necessário uma avalição mais abrangente para que se torne um instrumento próximo à realidade dos indivíduos.

3.1.2 Tipos de Envelhecimento

O envelhecimento é um processo fisiológico que, naturalmente, existe alterações corporais e não necessariamente a presença de doenças, conhecido como senescência, mas quando acompanhado pelo desenvolvimento de uma ou mais patologia, pode ser definido como senilidade (Ciosak *et al.*, 2011).

Além disso, o Ministério da Saúde (2007) também apresenta que o envelhecimento reduz a reserva funcional dos indivíduos, mas em situações naturais, não gera o adoecimento, e isto é conhecido como senescência. Já a senilidade, é a presença da doença causada por sobrecarga, estresse ou evolução de outras patologias já existente.

Entretanto, Ciosak *et al.* (2011) também evidencia que apesar da senilidade ter a presenta da doença, ambas necessitam de um acompanhamento médico e/ou multiprofissional, para que haja uma regulação contínua de métodos que promovam o bem-estar e qualidade de vida.

Contudo, a senescência representa um processo natural e saudável, caracterizada pela redução sincronizada da reserva funcional com a idade cronológica, em oposição a senilidade, que é um processo não saudável, acompanhado por uma patologia. Em contrapartida, a senilidade não acomete apenas pessoas idosas, mas pode ocorrer de forma precoce, em decorrência a interrupção física ou cognitiva (Silva, 2015).

3.1.3 Alterações Fisiológicas

Durante o processo de envelhecimento, os sistemas componentes do corpo humano sofrem alterações significativas. Há um conhecimento em que existe uma degeneração geneticamente definida, gerando um envelhecimento nas células e interferindo na competência de divisão e restauração (Santos, Andrade e Bueno, 2009).

3.1.3.1 Sistema Musculoesquelético

O sistema musculoesquelético é composto pelo tecido muscular, ossos e ligamentos do corpo, que possibilita a realização de movimentos. O tecido muscular pode ser classificado em

liso – presente nos órgãos e estruturas internas –, cardíaco – presente apenas no coração – e esquelético – ligados aos ossos, permitem a realização dos movimentos controlados e compõe, aproximadamente, 40% do peso corporal – (Silverthorn, 2017).

Com o tempo, as mudanças que acometem o sistema musculoesquelético influenciam na funcionalidade e autonomia dos indivíduos em realizarem suas próprias atividades básicas de vida diária (Zanella *et al.*, 2010). Isso porque há uma perda gradativa da força muscular, diminuição da massa muscular (sarcopenia) e substituição por tecido adiposo, reduzindo a quantidade de fibras do tipo IIb (Filho, Ferreira e César, 2006).

Contudo, outro fator importante é a diminuição na massa óssea (osteopenia), no qual impacta no nível de fragilidade e porosidade do osso, causado pela redução de minerais e propiciando ao aparecimento de diversas patologias (Zanella *et al.*, 2010). A redução da massa óssea é mais significativa em mulheres, subtraindo, aproximadamente, 1% por ano (Motta *et al.*, 2013).

Motta *et al*. (2013) também salienta que as articulações também sofrem algumas alterações, como diminuição dos líquidos entre os tendões e ligamentos, causando uma rigidez, perda da resistência elástica nas cartilagens articulares, possibilitando o aparecimento de deformações.

3.1.3.2 Sistema Imunológico

O sistema imunológico é um agregado de células, moléculas e órgãos responsáveis pela defesa do organismo contra corpos estranhos que podem causar ameaça ao corpo, além do reconhecimento e remoção de células estranhas e células mortas ou danificadas (Silverthorn, 2017).

Uma hipótese a suscetibilidade para o aparecimento de mais patologias durante a fase de envelhecimento pode ser devido a deterioramento do sistema imunológico. A diminuição significativa das principais células de defesa no organismo impossibilita um reconhecimento eficaz dos possíveis antígenos, inviabilizando o combate (Macena, Hermano e Costa, 2018).

Em continuidade, os mesmos autores afirmam que durante o envelhecimento, é característico acontecer processos inflamatórios por motivo de produção exacerbada de citocina por macrófagos, sendo possíveis causadores de doenças relacionadas a idade.

3.1.3.3 Sistema Cardiovascular

O sistema cardiovascular é composto pelo coração, vasos sanguíneos e sangue, que tem como objetivo primário enviar materiais para e de toda parte do corpo, podendo tais materiais ser oxigênio, nutrientes, água, resíduos metabólicos, entre outros (Siverthorn, 2017).

Com o avançar da idade, as paredes artérias vão diminuindo sua capacidade de elasticidade, tornando-se mais rígidas, resultando em maior força aplicada pelo coração para bombear o sangue. Em decorrência a isto, é perceptível o aumento das ondas de pressão do indivíduo, apresentado por um valor sistólico final maior (Zanella *et al.*, 2010).

Ademais, Lin e Kerkelä (2020) defendem que hipertrofia da musculatura cardíaca, rigidez da artéria aorta e outras alterações são comumente observadas durante o processo de envelhecimento, favorecendo o desenvolvimento de patologias que interferem na qualidade de vida do cidadão. Então, uma das patologias mais comum com o processo de envelhecimento é a hipertensão arterial sistêmica (HAS), como apresentada por Oliveiros *et al.* (2020) que salienta a relação diretamente proporcional entre a hipertensão com o avanço da idade, no qual a chance é de 74% de uma pessoa com mais de 80 apresentar tal patologia.

Outro ponto interessante é que a capacidade de capturar o oxigênio dos pulmões e o transporte aos tecidos do corpo também é diminuída, significando mais dificuldade na manutenção dos tecidos, leve cianose em extremidades e mais cautela no momento de realizar atividades físicas (Silva *et al.*, 2023).

3.1.3.4 Sistema Respiratório

O sistema respiratório pode ser dividido em duas partes: trato superior, que envolve boca, cavidade nasal, faringe e laringe e trato inferior que inclui traqueia, brônquios e, principalmente, os pulmões. Tem como objetivos (1) realizar trocas gasosas entre a atmosfera e o sangue, (2) regular a homeostase do pH sanguíneo, (3) proteger contra patógenos e (4) vocalização (Silverthorn, 2017).

Com os anos, a capacidade respiratória vai reduzindo devido a um enfraquecimento na musculatura que compõe o sistema respiratório, principalmente o diafragma e uma rigidez na caixa torácica. Além disso, existe alterações nas fibras também são observadas, aumentando a resistência dos fluxos aéreos e o trabalho respiratório (Zanella *et al.*, 2010).

Motta *et al*. (2013) afirma em concordância ao exposto acima que entre as principais alterações no sistema respiratório deve-se ressaltar a perda da elasticidade pulmonar,

ocasionando maior rigidez e colapso em pequenas porções de alvéolos, além da redução da força muscular e da oxigenação sanguínea devido a diminuição na perfusão.

3.1.3.5 Sistema Nervoso Central

O sistema nervoso central (SNC) é composto pelo encéfalo e medula espinhal, e possui função insubstituível para a vida humana. Os neurônios são responsáveis por enviar estímulos ao cérebro (via aferente) ou enviar uma resposta motora (via eferente) ao órgão, sendo a medula espinhal a via intermediária necessária para a comunicação entre encéfalo e corpo (Silverthorn, 2017).

Para Zanella *et al.* (2010) o envelhecimento também ocasiona mudanças estruturais e químicas no sistema nervoso central. A massa encefálica de idosos com 70 anos é menor quando comparada com pessoas no processo de maturação, e em adição a isto, há a redução no consumo de oxigênio e glicose, influenciando diretamente nas funções cognitivas, principalmente na diminuição de reflexos, alterações motoras e de coordenação.

Além disso, os autores apresentam que a perda na quantidade de neurotransmissores está inclusa como fatores que viabilizam o desenvolvimento de patologias ligadas ao sistema. Logo, declínio de sensibilidade, tátil, olfato, coordenação, equilíbrio, visual, entre outros, é mais observado durante essa fase da vida (Motta *et al.*, 2013).

Corroborando com as informações, Macena, Hermano e Costa (2018) apresenta que o envelhecimento está interligado aos componentes do encéfalo, massa branca e cinzenta, presentes nos lobos em geral, e tal modificação é refletida nas funções motoras primárias, córtex visual e transtornos cognitivos. Em continuidade, salientam que diminuição da massa cefálica, do fluxo sanguíneo, da mielina e outros está vinculado ao sistema nervoso central, e em contrapartida, a sensibilidade e coordenações é decorrente ao aumento densidade das ligações nervosas do sistema nervoso periférico.

3.1.4 Epidemiologia

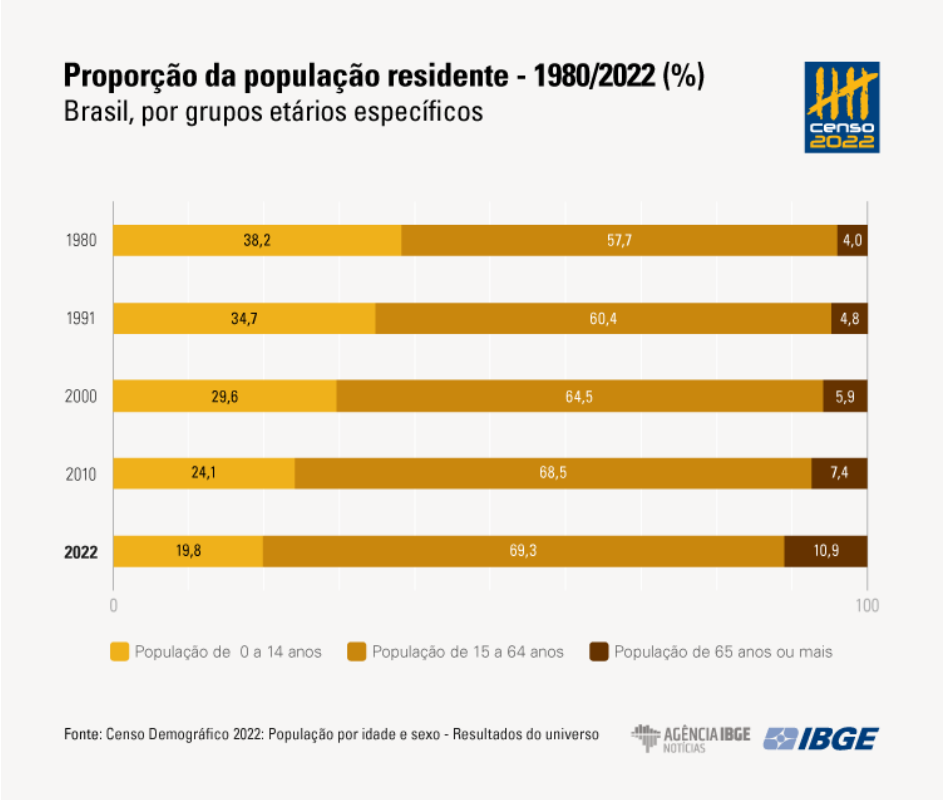
O aumento da expectativa de vida ocorreu após a fusão de diversas ações visando o desenvolvimento social, ambiental e econômico. Outrossim, o aumento da taxa de nascimento e políticas socioambientais, como a urbanização e saúde pública, possibilitaram amenização de vetores que reduzia a expectativa da população (Macena, Hermano e Costa, 2018).

Segundo a OMS, a quantidade de pessoas com mais de 60 anos superou a quantidade de crianças de até 5 anos em 2020, e a expectativa é que em 2050, o número de indivíduos idosos ultrapasse a marca de 2 bilhões de cidadãos, residindo majoritariamente em países em desenvolvimento, o que desafia a saúde pública do mundo (ONU, 2014).

No Brasil, em 1980, pessoas com mais de 65 anos representavam apenas 4,0% da população total, já em 2022 apresentou um crescimento indiscutível, chegando a 10,9% da população brasileira, representando o maior percentual já detectado nos Censos. As regiões Sul e Sudestes representam as regiões com maior população idosa do país, em decorrência ao baixo índice de fecundidade nos últimos anos (BRASIL, 2023).

Ainda sobre o mesmo autor, é relatado que cidades com população de até 5.000 habitantes tem maior índice de envelhecimento e com maior número de indivíduos do sexo masculino quando comparado com cidades mais populosas.

Figura 1 – Proporção da população brasileira



Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2023).

3.2 VULNERABILIDADE SOCIAL

De início, é indiscutível salientar que antigamente uma pessoa com saúde era aquela em que não apresentava nenhum tipo de doença. Mas, em 1946, considerando todos os aspectos que podem levar ao adoecimento, a OMS reformulou o conceito de saúde para um completo bem-estar físico, mental, social e espiritual, não mais apenas a ausenta de patologia (Ministério da Saúde, 2020).

Servalho (2018) conceitua vulnerabilidade como um termo que remete a fragilidade e de atuação interdisciplinar, que no sentido literal de vulnerável, significa algum dano moral ou social. Em contrapartida, Nguyen *et al*. (2019) diz que a vulnerabilidade social é aquela em que considera os aspectos socioeconômicos no qual o indivíduo está incluindo, sendo os marcadores sociais como educação, status social ou renda, e os marcadores da saúde como as características de nascimento, ambiente em que vivem, trabalho, idade, entre outros.

Para Reis e Véras (2024) a vulnerabilidade social é um resultado das situações de trabalho precário, exposição a riscos patológicos, moradias não estruturadas e renda da família, destacando a importância do papel do Estado na aplicação de políticas públicas com a finalidade de melhorar a qualidade de vidas dos cidadãos que vivem em situação de vulnerabilidade. Além disso, o público que vivem em situação de vulnerabilidade social são aqueles que são vítimas das desigualdades sociais e segregados da sociedade, e idosos que vivem nesse contexto implica aumento na demanda de políticas públicas que ofereçam um cuidado integral (Gerhard *et al.*, 2024).

Uma avaliação completa do ambiente em que a pessoa idosa está inserida é de extrema importância para a área da saúde, pois o conjunto de situações sociais gerais é um vetor para o estado de saúde do indivíduo. Logo, ressalta a necessidade de compreender o contexto social para desenvolvimento de políticas públicas que englobem todos os fatores de vulnerabilidade (Lenardt *et. al*., 2025).

3.2.1 Fatores da Vulnerabilidade Social

A vulnerabilidade social pode ser compreendida como uma consequência das desigualdades sociais, com uma população em riscos. Quando é realizado avaliação da vulnerabilidade social, é observado a característica do domicílio, renda per capita e perfil da família, oportunidades de emprego e condições de escolaridade (Lenardt *et al.*, 2025).

O difícil acesso a programas públicos somado com situação de infraestrutura precário e população vivendo em situação de vulnerabilidade aumenta ainda mais as desigualdades presentes na sociedade (Gerhard *et al.*, 2024). Para a área da saúde, é importante conhecer a respeito da vulnerabilidade social para entender como a qualidade de vida da sociedade pode ser impactada, mas, principalmente aos idosos, pois o agrupamento de mudanças sociais sem um preparo prévio pode resultar em impactos funcionais, psicológicos e fisiológicos (Lenardt *et al*., 2025).

3.2.2 Consequências da Vulnerabilidade Social

O principal perfil da população da vulnerabilidade social é aquele que, em algum momento histórico, foi segregada da sociedade e se tornou vítima da falta de recursos e/ou oportunidades para mudança social. Exemplo disto é a região nordestina, no qual sofre pela falta de políticas públicas voltadas ao saneamento básico, água tratada, pouca oportunidade de emprego e, consequentemente, população majoritária vivendo em situação de pobreza (Gerhard *et al*., 2024).

Contudo, para Pavarini *et al.* (2009), a alteração no modelo de família historicamente comum na sociedade brasileira está sofrendo alterações devido a mudanças no segmento populacional, influenciando diretamente o perfil emocional e financeiro das pessoas. Logo, o contexto de alterações rápidas e contínuas estão refletidas na qualidade de vida daqueles que se localizam mais propícios aos riscos sociais, como os idosos.

3.3 FUNCIONALIDADE

Compreender a funcionalidade é imprescindível para o desenvolvimento biopsicossocial, tendo em vista que está relacionada com a prática de atividade do cidadão na comunidade e auxilia a produção de intervenções que estimulem o bem-estar e qualidade de vida daqueles que apresentem incapacidade (Rodrigues, 2020).

3.3.1 Conceito

A funcionalidade é um termo amplo que identifica as situações de saúde do indivíduo que abrange os componentes corporais, as atividades que ele consegue realizar, além do papel

social desenvolvido. Sendo assim, aqueles que apresentam alteração na sua funcionalidade, além das limitações na execução de movimentos e participação social, o ambiente que estão inseridos podem se tornar barreira ou facilitador para o desempenho das atividades (Farias e Buchalla, 2005).

Em concordância, para Rodrigues (2020), a funcionalidade é um aglomerado de habilidades que o indivíduo possui para realizar atividades básicas de vida diária de forma autônoma e independente, permitindo também a inclusão e interação social.

Silva *et al.* (2023) destaca que a perda força muscular é gradativa e relacionada ao processo de envelhecimento, porém em indivíduos não considerados ativos, a diminuição da força e massa muscular é mais acentuada, em consequência a pouca ativação muscular em longo período. Logo, além do envelhecimento, a redução da capacidade funcional de realizar as atividades de vida diária de forma autônoma é um desafio que interfere também na saúde mental e qualidade de vida do cidadão (Sampaio, 2020).

3.3.2 Avaliação

Para realizar uma avaliação eficiente, torna-se necessário aplicar instrumentos validados e confiáveis para obter o resultado. Assim, pode-se salientar alguns questionários, conforme elencados por alguns autores:

A escala desenvolvida por Katz visa mensurar as atividades de vida diária realizadas de forma autônoma pela pessoa idosa, sendo as atividades vestir-se, controle de esfíncteres, banhar-se, alimentar-se, vestir-se e realizar transferência da cama para cadeira, ou vice-versa, assim era avaliado seu desempenho funcional, não apenas a capacidade de realizar a ação (Duarte, Andrade e Lebrão, 2007).

Já a Escala de Lawton, por Lawton e Brody, mensura atividades instrumentais de vida diária (AIVD), ou seja, práticas comuns para serem realizadas no cotidiano como usar o telefone, utilizar transporte público, ir ao supermercado, arrumar a casa, lavar e passar roupa, cuidar da financia, realizar trabalhos manuais e tomar medicamentos na hora correta. Esta escala busca compreender também o nível de autonomia e independência da pessoa idosa (Barbosa *et al.*, 2014).

A escala de Medida de Independência Funcional (MIF) é um instrumento de avaliação que inclui desempenho motor, cognitivo e social. Além de observar as questões de ABVD e AIVD, também questiona interação social, resolução de problemas, memória e expressões. Possui um valor mínimo de 18 pontos, que pode chegar até 126 pontos. É interessante para

conhecer o comportamento do idoso como cidadão incluso na sociedade, que participa e interage com a sociedade (Silva *et al.,* 2012).

Por fim, o Índice de Barthel também é considerado um instrumento importante para avaliar a funcionalidade das pessoas idosas. Pinheiros *et al*. (2013) ressalta que o Índice de Barthel é uma escala confiável, de fácil aplicação e amplamente utilizada para compreender a dependência funcional do indivíduo.

3.3.3 Barthel

O Índice de Barthel é um instrumento eficaz utilizando no mundo para avaliar a funcionalidade independente e a mobilidade de pessoas idosas. Foi elaborado em 1965 por Mahoney e Barthel, mas em 2004, passou por validação e adaptações para que se enquadrasse com a realidade social feita por Guimarães e Guimarães (Soriano e Baraldi, 2010).

O instrumento busca analisar a independência do individuo para realizar 10 atividades consideradas básicas para o cotidiano, que inclui alimentação, cuidados pessoais, controle esfincteriano, mobilidade, transferências, entre outros. É um instrumento com alto índice de confiabilidade e é respondido pelo ponto de vista do idoso (Soriano e Baraldi, 2010; Côrrea, Santos, Nakao e Araújo, 2024).

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO E LOCAL DE ESTUDO

O presente estudo tratou-se de uma pesquisa de campo, exploratória com abordagem quantitativa e procedimento transversal a ser realizada no município de São José de Espinharas – PB. Então, quando o pesquisador busca compreender um ambiente através de uma perspectiva de baixo conhecimento é conhecido como uma pesquisa exploratória, que tem intuito de levantar hipóteses sobre o tema (Lörshe, Rambo e Ferreira, 2023).

Já a pesquisa transversal, pode se caracterizar pelo conhecimento da incidência dos casos que são objetos de estudo para o assunto, ou pelo estudo dos casos já existentes que estão relacionados com a pesquisa desenvolvida (Bordalo, 2006).

A pesquisa quantitativa é utilizada para conhecer características de uma sociedade através de questões previamente delimitadas para que ocorra um controle do pesquisador sobre o contexto. Desse modo, é incomum a participação de respostas subjetivas dos entrevistados durante a coleta de dados (Günther, 2006).

4.2 POPULAÇÃO E AMOSTRAGEM

A população foi formada por 50 idosos que participam das atividades promovidas pelo Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) do município e a amostragem foi constituída por 30 idosos que aceitaram voluntariamente participar da pesquisa.

4.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Como critérios de inclusão dos voluntários na pesquisa foi necessário como pré-requisito ter mais de 60 anos, serem residentes da zona urbana do município, participarem das atividades do CRAS e terem assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APÊNDICE A).

Como critérios de exclusão estabeleceu-se questionários incompletos e ter alguma alteração cognitiva que influencie na participação da pesquisa.

4.4 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada com a aplicação de questionário sociobiodemográfico (APÊNDICE B) produzido pelas pesquisadoras, com o intuito de traçar o perfil de idade, sexo, raça, renda mensal, características do domicílio, composição familiar e condições de saúde, a pesquisa também contou com o questionário Índice de Barthel (ANEXO B) para identificar o nível de funcionalidade dos indivíduos.

Dessa forma, Minosso *et al.* (2010) ressalta Índice de Barthel tem como objetivo primordial avaliar a independência da pessoa idosa em realizar atividades de vida diária, levando em consideração a realização de 10 atividades, que incluem marcha, tomar banho, alimentar-se, cuidar da higiene pessoal, vestir-se, transferências de posições e eliminações fisiológicas de resíduos. Os itens são avaliados pela realização autônoma ou com auxílio externo, com uma pontuação máxima de 5 pontos por cada sessão, totalizando 100 pontos no final do questionário. Vale salientar que valores mais próximos de 100 representam idosos mais independentes, que necessitam de pouca ou nenhuma ajuda para realizar as AVD's, da mesma forma que valores mais baixos, entre 0 a 20, representam as pessoas idosas com maior índice de dependência, pois não conseguem realizar as atividades com autonomia

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Como análise opinativa, os dados da amostra foram analisados, tabulados e graficados utilizando *o software Microsoft Excel* e *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* versão 21 com os testes não paramétricos de Mann-Whitney, Kruskal-Wallis e Correlação de Spearman.

4.6 PROCEDIMENTO ÉTICO

A realização deste estudo considerarou a Resolução nº 510/16 do Conselho Nacional de Saúde que rege sobre a ética da pesquisa envolvendo seres humanos direta ou indiretamente, assegurando a garantia de que a privacidade do sujeito da pesquisa será preservada. Este projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Patos - UNIFIP. Após a concessão de sua aprovação, sob o parecer de número 7.664.147, todos sujeitos assinalaram ao TCLE aceitando participar da pesquisa para conseguir ter acesso ao

questionário. A preservação da privacidade dos sujeitos foi garantida por meio do Termo de Compromisso do Pesquisador (APÊNDICE C).

5 ARTIGO A SER SUBMETIDO À REVISTA PBPC.

Revista PBPC (ISSN:2674-9432)

O IMPACTO DA VULNERABILIDADE SOCIAL NA FUNCIONALIDADE EM IDOSOS

THE IMPACT OF SOCIAL VULNERABILITY ON THE FUNCTIONALITY OF ELDERLY PEOPLE

Ana Flávia Sousa Lemos [1]

Aline Guimarães Carvalho [2]

RESUMO: O processo de envelhecimento é um processo individual, gradual e contínuo. O corpo é reflexo das diversas alterações que ocorrem no organismo, como redução da massa corpórea, força muscular, redução na função cognitiva, entre outros. Assim, resulta em uma diminuição significativa na funcionalidade das pessoas idosas. Contudo, apesar de ser um termo amplo, a funcionalidade pode ser compreendida como a capacidade de realizar atividades de vida diária, de forma autônoma e independente, e ter um papel ativo na sociedade. Mas, para avaliar de forma justa a funcionalidade da pessoa idosa, deve-se verificar o contexto social que essa pessoa está inserida e fatores sociodemográficos que influenciam diretamente em sua qualidade de vida. Desta forma, o estudo apresenta como objetivo analisar o impacto da vulnerabilidade social na funcionalidade das pessoas idosas. Trata-se de uma pesquisa de campo do tipo quantitativa-descritiva, com levantamento de dados. Na qual, participaram 30 idosos que participam ativamente das atividades do Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) do município de São José de Espinharas – PB. A coleta foi realizada de forma presencial no CRAS, com aplicação de questionário sociodemográfico semiestruturado pelo pesquisador e Índice de Barthel. O estudo apresentou maior participação feminina (86,7%) com idade entre 60-65 anos (30%), casados (36,7%) ou viúvos (36,7%), ensino fundamental incompleto (66,7%) e autodeclarados pardos (50%). Além disso, viviam com apenas um salário mínimo (46,7%) e recebem majoritariamente aposentadoria (56,7%), também relataram possuir alguma doença crônica (73,3%), fazendo uso de medicamentos, residindo com 2 a 3 pessoas (53,3%), com casa própria (90%). No Índice de Barthel, 28 participantes obtiveram Dependência Leve, apresentando maior nível de independência para alimentação (93,3%) e uso do toalete (93,3%). Por fim, foi possível observar que o sexo e a idade são os fatores que mais influenciaram a funcionalidade da pessoa idoso, mas considerando que a vulnerabilidade social impacta negativamente a capacidade funcional daqueles que estão incluídos nesse cenários, evidenciando a importância de avaliar o contexto social para identificar possíveis fatores de riscos e promover intervenções que buscam fortalecer a autonomia e funcionalidade.

Palavras-chave: Idosos, Envelhecimento, Funcionalidade, Vulnerabilidade Social.

ABSTRACT: The aging process is an individual, gradual, and continuous process. The body reflects the various changes occurring within the organism, such as a reduction in body mass, muscle strength, and cognitive function, among others. This results in a significant decline in

the functionality of older adults. However, although it is a broad term, functionality can be understood as the ability to perform activities of daily living autonomously and independently, and to play an active role in society. However, to fairly assess an older adult's functionality, one must examine the social context in which that person lives and the sociodemographic factors that directly influence their quality of life. Thus, the study aims to analyze the impact of social vulnerability on the functionality of older adults. This is a quantitative-descriptive field study involving data collection. Thirty older adults who actively participate in the activities of the Social Assistance Reference Center (CRAS) in the municipality of São José de Espinharas, Paraíba, took part in the study. Data collection was conducted in person at the CRAS, using a semi-structured sociodemographic questionnaire administered by the researcher and the Barthel Index. The study showed a higher proportion of female participants (86.7%) aged 60–65 years (30%), married (36.7%) or widowed (36.7%), with incomplete elementary school education (66.7%), and self-identified as mixed-race (50%). Additionally, they lived on only one minimum wage (46.7%) and mostly received a pension (56.7%); they also reported having some chronic illness (73.3%), taking medication, living with 2 to 3 people (53.3%), and owning their own home (90%). On the Barthel Index, 28 participants were classified as having Mild Dependency, showing a higher level of independence for eating (93.3%) and using the toilet (93.3%). Finally, it was observed that gender and age are the factors that most influenced the functional ability of older adults; however, considering that social vulnerability negatively impacts the functional capacity of those in this situation, this highlights the importance of assessing the social context to identify potential risk factors and promote interventions aimed at strengthening autonomy and functional ability.

Keywords: Elderly People, Aging, Functionality, Social Vulnerability.

INTRODUÇÃO

O processo de envelhecimento é caracterizado por ser um evento gradual, irreversível, contínuo, indivídual e não patológico que ocorre com todos os seres vivos de forma natural, influenciando em sua capacidade funcional e mental[1]. Ademais, a Organização Mundial da Saúde (OMS)[2] apresenta o envelhecimento como um resultado dos danos moleculares e celulares que ocorrem durante o tempo, e consequentemente há diminuição nos componentes físicos e cogntívos e suceptível ao desenvolvimento patológico.

Com isso, Gonçalves e Alves[3] evidenciaram que a compreenção do processo do envelhecimento da população brasileira deve considerar outros fatores além da idade cronológica, tendo em vista as transações sociais que impactaram significativamente a população. No Brasil, a quantidade de pessoas com mais de 65 anos cresceu exponencialmente nos últimos anos, representando atualmente 10,9% dos brasileiros, salientando a importância da implantação de políticas públicas para estimular um envelhecimento ativo e saudável[4].

É interessante salientar que a alteração no perfil populacional do país, titulado como transição demográfica, é consequente à processo de envelhecimento acelerado e aumento na expectativa de vida dos brasileiros[5]. Dessa forma, observa-se maior atenção à conscientização

dos cidadãos sobre o processo saúde-doença-cuidado, compreendendo a saúde como um conceito amplo e individualizado, além de ressaltar a importância do estilo de vida para a qualidade do envelhecimento[6].

Em contrapartida, fatores extrínsecos também influenciam diretamente na qualidade de vida da pessoa idosa, então, além das alterações genéticas, biológicas e psicológicas que ocorrem durante o processo de envelhecimento, deve-se considerar particularidades do ambiente no qual os indivíduos estão inseridos, como questões sociais, políticas, econômico e cultural[7]. Dessa forma, Figueiredo, Castro e Ferreira[8] apresentam divergência no processo de envelhecimento considerando a renda do país, ressaltando comorbidades presentes principalmente em países de média e baixa renda que influenciam diretamente na interação do cidadão com fatores sociais e ambientais.

Castro *et al.*[1] ressalta que é necessário identificar os fatores de riscos, estimulação da capacidade funcional e cognitiva com um olhar multidimensional da pessoa idosa, além de envolve-los nas atividades sociais para que introduzam políticas que promovam saúde e um envelhecimento de qualidade. Com isso, a funcionalidade pode ser definida como uma ligação ativa entre as estruturas corporais, capacidade de realizar funções, condições de saúde, e caracteristicas socioambientais no qual o indivíduo está inserido[9]. Em concordância, a funcionalidade é considerada um termo abrangente que define a interação do indivíduo para com fatores pessoais, salientando a funções e estruturas do corpo, autonomia, independência, participação e fatores ambientais, sendo considerado como um indicador de saúde[8].

Para Reis e Véras[10] a vulnerabilidade social pode ser conceituada como a somatória das situações de trabalho insalubre, exposição a riscos patológicos, moradias desestruturadas e renda per capita da família, destacando o papel do Estado na aplicação de programas com finalidade de melhorar a qualidade de vidas dos cidadãos que vivem em situação de vulnerabilidade. Além disso, o público que vivem em situação de vulnerabilidade social são vítimas das desigualdades e segregados da sociedade, e idosos que vivem nesse contexto implica em maior cuidado integral garantindo a autonomia e independência[11].

Uma avaliação completa do ambiente em que a pessoa idosa está inserida é de extrema importância para a área da saúde, pois o conjunto de situações sociais gerais é um vetor para o estado de saúde do indivíduo. Logo, ressalta a necessidade de compreender o contexto social para desenvolvimento de políticas públicas que englobem todos os fatores de vulnerabilidade[12].

Por fim, observou-se a escassez de pesquisas que relacionam a funcionalidade com a vulnerabilidade social em pessoas idosas, desse modo, o presente trabalho tem como objetivo principal analisar o impacto da vulnerabilidade social e sua relação com a funcionalidade de

pessoas idosas, além de traçar o perfil sociodemográfico dos participantes da pesquisa relacionado a: sexo, idade, estado civil, raça, número de filhos, diagnóstico, identificar os fatores de vulnerabilidade social de acordo com a moradia, componentes familiares, renda e saneamento básico que podem afetar a funcionalidade de pessoas idosas e avaliar a independência funcional baseadas no Índice de Barthel considerando tarefas de alimentação, banho, vestiário, higiene pessoal, eliminações vesicais e intestinais, uso de vaso sanitário, transferência da cadeira para cama, deambulação e escada.

MATERIAIS E MÉTODOS

O presente estudo trata-se de uma pesquisa de campo do tipo quantitativa-descritiva, com levantamento de dados e período transversal. A pesquisa foi realizada na cidade de São José de Espinharas, no Estado da Paraíba.

A população foi formada por 50 pessoas idosas que participam das atividades promovidas pelo Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) no município de São José de Espinharas no estado da Paraíba, onde foi assinado o Termo de Autorização Institucional (ANEXO A) e a amostragem foi constituída por 30 idosos que aceitaram voluntariamente participar da pesquisa.

Como critérios de inclusão dos voluntários na pesquisa foi necessário como pré-requisito, ter mais de 60 anos, serem residentes da Zona Urbana, participarem das atividades do CRAS e terem assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE. Como critérios de exclusão estabeleceu-se questionários incompletos e ter alguma alteração cognitiva que influencie na participação da pesquisa.

A coleta de dados foi realizada com a aplicação de questionário sociobiodemográfico (APÊNDICE B) produzido pelas pesquisadoras e Índice de Barthel para avaliar o nível de vulnerabilidade social e funcionalidade dos participantes. A aplicação dos instrumentos foi realizada em um encontro único, com explicação prévia sobre as questões abordadas para os idosos que possuiam mais dificuldade de compreensão.

O questionário Índice de Barthel, tem como objetivo primordial avaliar a independência da pessoa idosa em realizar atividades de vida diária, levando em consideração a realização de 10 atividades, que incluem marcha, tomar banho, alimentar-se, cuidar da higiene pessoal, vestir-se, transferência de posições e eliminações fisiológicas de resíduos. Os itens são avaliados pela realização autônoma ou com auxílio externo, com uma pontuação máxima de 5 pontos por cada sessão, totalizando 100 pontos no final do questionário. Vale salientar que valores mais

próximos de 100 representam idosos mais independentes, que necessitam de pouca ou nenhuma ajuda para realizar as AVD's, da mesma forma que valores mais baixos, entre 0 a 20, representam as pessoas idosas com maior índice de dependência, pois não conseguem realizar as atividades com autonomia.

Como análise opinativa, os dados da amostra foram analisados, tabulados e graficados utilizando os *softwares Microsoft Excel* e *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* versão 21 para melhor visualização e análise. Para avaliar, foi realizado o teste de normalidade e nível de significância dos dados obtidos. Após isto, foi aplicado o teste de Regressão Linear Múltipla método stepwise, que consiste em uma avaliação estatística destinada a identificar variáveis independentes que apresentem relação estatística e maior poder explicativo no resultado da variável dependente.

A realização deste estudo considerarou a Resolução nº 510/16 do Conselho Nacional de Saúde que rege sobre a ética da pesquisa envolvendo seres humanos direta ou indiretamente, assegurando a garantia de que a privacidade do sujeito da pesquisa será preservada. Este projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Patos - UNIFIP. Após a concessão de sua aprovação, sob o parecer de número 7.664.147, todos sujeitos assinalaram ao TCLE aceitando participar da pesquisa para conseguir ter acesso ao questionário. A preservação da privacidade dos sujeitos foi garantida por meio do Termo de Compromisso do Pesquisador (APÊNDICE C).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram da pesquisa 30 idosos que frequentam as atividades promovidas pelo CRAS municipal, sendo do sexo feminino (86,7%), com predominância da faixa etária de 60-65 (30%), casados (36,7%) e viúvos (36,7%), com grau de escolaridade mais informado sendo ensino fundamental incompleto (66,7%), pessoas pardas (50%), com dois ou 3 filhos (43,3%).

Tabela 1 – Perfil Sociodemográfico (Continua)

Variáveis	**N = 30**	**F (100%)**
Sexo		
Masculino	4	13,3%
Feminino	26	86,7%
Idade		
60-65	9	30,0%
66-70	6	20,0%
71-75	6	20,0%
76-80	6	20,0%
Acima de 80	3	10,0%
Estado Civil		

Tabela 1 – Perfil Sociodemográfico (conclusão)

Variáveis	N =30	F (100%)
Solteiro	5	16,7%
Casado	11	36,7%
Viuvo	11	36,7%
Divorciado	3	10,0%
Escolaridade		
Analfabeto	3	10,0%
Ensino Fundamental Incompleto	20	66,7%
Ensino Fundamental Completo	2	6,7%
Ensino Médio completo	5	16,7%
Raça		
Branco	9	30,0%
Pardo	15	50,0%
Preto	6	20,0%
Número de Filhos		
1 filho	1	3,3%
Entre 2 ou 3 filhos	13	43,3%
Mais de 3 filhos	11	36,7%
Nenhum	5	16,7%

Fonte: Dados da pesquisa (2025)

Martins e colaboradores[13] apresentaram em sua pesquisa que pessoas do sexo feminino obtiveram maior índice de vulnerabilidade em comparação com pessoas do sexo masculino, corroborando com Welstead e colaboradores[14], que defende o sexo como um fator importante para avaliar o nível de vulnerabilidade do indivíduo. Ressaltando o que Bomfim e colaboradores[18] observaram em sua pesquisa, mulheres mais idosas podem apresentar maior índice de vulnerabilidade devido ao status socioeconomico, relacionando principalmente ao nível de escolaridade e renda. Os mesmos autores também afirmam que a longevidade feminina implica que elas vivam mais tempo com patologias crônicas que favorecam a incapacidade.

Além disso, a idade é um fator que influencia diretamente na vulnerabilidade do indivíduo. Sanglard e colaboradores[15] observam que estar com 80 anos ou mais pode apresentar maior dependência em realizar suas atividades básicas. Entretanto, um fator observado na pesquisa atual foi a predominância de idosos com 60 a 65 anos, sendo os mesmo mais independentes para realizar suas atividades. Desse modo, o aumento da fragilidade está relacionado com o processo de envelhecimento, compreendendo que a idade é uma variavel determinante para verificar o nível de funcionalidade dos indivíduos[14].

Também é interessante salientar que o menor nível de escolaridade também implica em um aumento no risco de vulnerabilidade dos indivíduos[14]. Camargo, Côrrea e Nascimento[16] notaram em sua pesquisa que quanto maior o grau de escolaridade, melhor a capacidade mental em comparação com as pessoas idosas que possuiam menor grau. Em concordância, Sardinha

e colaboradores[17] ressaltaram que pessoas idosas que apresentavam acesso a cuidados médicos especializados, realizam mais atividades para funções cognitivas e mentais e possuem maior participação social, enquanto pessoas idosas com menor nível de escolaridade apresentam mais disposição ao desenvolvimento de transtornos psicológicos. Contudo, os participantes apresentaram dominantemente o ensino fundamental incompleto como o maior nível de escolaridade, enfatizando o risco para maior dependência funcional.

Assim, Sanglard e colaboradores[15] observaram que a raça é apresentada pela literatura como um fator determinante para a funcionalidade do indivíduo, notando que pessoas negras estão mais suceptíveis a desenvolver alguma doença crônica, porém foi observado um menor índice de vulnerabilidade com pessoas declaradas negras ou pardas. Concordando a afirmação, Bortolli e colaboradores[19] realizaram uma pesquisa separando grupos de pessoas com características sociodemográficas semelhantes, e foi possível ressaltar que pessoas brancas possuem maior nível de escolaridade e renda, por isso são menos expostas à fragilidade e redução da funcionalidade. Logo, verificou-se maior participação de idosos autodeclarados pardos na amostra.

Dentre as pessoas avaliadas, 14 participantes (46,7%) recebem um salário mínimo através de benefícios eventuais, ressaltando a aposentadoria (56,7%), sem possui trabalho remunerado (93,3%) e nenhum componente familiar exercer um trabalho remunerado (66,7%). Além disso, 28 (93,3%) utilizam apenas o SUS para assistência à saúde, apresentando alguma doença crônica (73,3%) como Hipertensão Arterial, Diabetes, Arritmia, Artrose, Hipertireoidismo, Hipercolesterolemia, e fazendo uso contínuo de algum medicamento, ressaltando a Losartana, Pregabalina, Metformina, Inalapril, Forxiga, Somalgin, Eutirox, Hidroclorotiazida, Sinvastantina, Ácido Acetilsalicílico, Quetiapina, Clonazepam, Citalopram, Espirolactona, Setralina, Amitriptilina.

Sobre a situação de moradia, 27 (90%) possui casa própria, 16 (53,3%) informaram que moram 2 ou 3 pessoas na residência, com mais de 5 cômodos (63,3%), e apresentam rede de energia, saneamento básico e coleta de lixo diária (100%).

Tabela 2 – Vulnerabilidade Social (continua)

Variáveis	**N = 30**	**F (100%)**
Renda Mensal		
Menos de um salário mínimo	5	16,7%
Um salário mínimo	14	46,7%
Entre um a três salários mínimos	9	30,0%
Mais de quatro salários mínimos	2	6,7%
Possui Trabalho		

Tabela 2 – Vulnerabilidade Social (conclusão)

Variáveis	**N = 30**	**F (100%)**
Sim, em tempo integral	1	3,3%
Sim, em meio período	1	3,3%
Não	28	93,3%
Algum membro da família trabalha		
Sim, em tempo integral	7	23,3%
Trabalho informal	3	10,0%
Não	20	66,7%
Recebe algum benefício eventual		
Aposentadoria	17	56,7%
Benefício de Prestação Continuada (BPC)	6	20,0%
Outros	5	16,7%
Não	2	6,7%
Assistência à saúde		
Sistema Único de Saúde (SUS)	28	93,3%
Plano de saúde	2	6,7%
Doença Crônica		
Sim	22	73,3%
Não	8	26,7%
Uso de medicamento		
Sim	22	73,3%
Não	8	26,7%
Quantos moradores na residência		
1 pessoa	9	30,0%
Entre 2 a 3	16	53,3%
Entre 4 a 5	3	10,0%
Mais de 5	2	6,7%
Situação da moradia		
Casa própria	27	90,0%
Alugada	2	6,7%
Cedida	1	3,3%
Quantos cômodos		
Entre 4 a 5	11	36,7%
Mais de 5	19	63,3%

Fonte: Dados da pesquisa (2025)

A renda é considerada determinante na qualidade de vida e, consequentemente, na funcionalidade do indivíduo, como é apresentado por Bomfim e colaboradores[18]. Também foi observado pelos autores que pessoas com maior renda implica em maior nível de escolaridade, influenciando a adoção de hábitos saldáveis durante a vida. No estudo, avaliou-se que a quantidade de pessoas idosas que vivem apenas com um salário mínimo prevaleceu. Em concordância, Camargo, Corrêa e Nascimento[16] notou que 53,3% dos idosos possuem renda de 5 salários mínimos ou mais, compreendendo que pessoas idosas que apresentam maior renda

familiar tendem a apresentar maior nível funcional quando comparadas com pessoas idosas que recebem apenas 1 salário. Assim, Rocha e colaboradores[20] avaliaram que 75 participantes apresentavam renda de 1 salário mínimo, influenciando diretamente a saúde e cognição dos indivíduos.

Ademais, ressalta-se a prevalência da aposentadoria como o principal fonte de renda dos participantes e, Viana e colaboradores[21] realizaram uma pesquisa evidenciando o índice de vulnerabilidade clínico-funcional de 100 idosos, observando que a única renda de 81% dos participantes é resumida à aposentadoria, não usufruindo de outros benefícios governamentais, como Benefício de Prestação Contínuada (BPC) e/ou Bolsa Família. Corroborando com isto, Silva e colaboradores[22] apresentaram que a principal renda das pessoas idosas é a aposentadoria, seguida pela pensão ou benefícios.

Sanglard e colaboradores[15] perceberam que 200 participantes possuíam alguma doença crônica, ressaltando principalmente a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). Em concordância, Camargo, Côrrea e Nascimento[16] observaram em sua pesquisa que dos 30 participantes, 18 apresentavam alguma patologia crônica, enaltecendo que a mais presente é a HAS e relacionando com o estilo de vida e o impacto que apresenta na capacidade funcional da pessoa idosa. Sardinha e colaboradores[17] notaram que outra patologia frequente é a diabete mellitus, causada pelo pouco acesso à alimentos saudáveis e hábitos inadequadros devido a baixa escolaridade e renda.

Entretanto, é interessante salientar que a quantidade de pessoas que residem na casa é um fator que altera a funcionalidade do indivíduo. Rocha e colaboradores[20] verificaram em sua pesquisa que, apesar de 74 dos participantes relatarem ser solteiro, divorciado ou viúvo, somente 18 vivam sozinhos na residência, ressaltandos que pessoas idosas que vivem sozinhos estão mais propensos a desenvolver patologias, redução na funcionalidade e condição da saúde. Concordando a ele, Viana e colaboradores[21] apresentaram que 82 participantes informaram não morar sozinho, sendo familiares e conjugues os mais frequentes respectivamente.

Sanglard e colaboradores[15] também notaram em seus estudos que pessoas idosas que residem sozinhas apresentavam um declínio funcional e no quadro de saúde. Martins e colaboradores[13] observaram também que pessoas idosas quando residem sozinha tendem a desenvolver um isolamento social, impactando na interação social, realização de atividades e funcionalidade. Contudo, foi observado um percentual maior que 50% dos participantes que informaram não residir sozinhos, mas com 2 ou 3 pessoas.

Para realizar a avaliação da funcionalidade, na tabela 3, foi utilizado o Índice de Barthel modificado para analisar o grau de dependência nas atividades básicas de vida diária

(AVDs).Com pontuação de 0 a 5, onde 0 significa incapaz de realizar tarefada, 1 requer ajuda substancial, 3 ajuda moderada, 4 ajuda mínima, totalmente independente. Sobre a higiene pessoal, 27 (90%) são totalmente independente. No banho, 27 (90%) não necessita de auxílio. Na alimentação, 28 (93,3%) consegue realizar a atividade sem ajuda. Para utilizar o banheiro, 28 (93,3%) são independentes. 18 (60%) relataram que conseguem subir escadas sem auxílio de outra pessoa. Para se vestir, 27 (90%) consegue realizar totalmente independente. 23 (76,6%) também relataram que possuem controle total de bexiga e intestino. Na deambulação, 23 (76,6%) informaram que conseguem se locomover sem auxílio. Por fim, 27 (90%) afirmaram que conseguem se transferir de forma independente.

Tabela 3 – Índice de Barthel Modificado (Continua)

Variáveis	**N = 30**	**F (100%)**
CATEGORIA 1: HIGIENE PESSOAL		
Incapaz de realizar a tarefa	1	3,3%
Alguma assistência é necessária em um ou mais passos da higiene pessoal	1	3,3%
Requer assistência mínima	1	3,3%
Totalmente independente	27	90,0%
CATEGORIA 2: BANHO		
Totalmente dependente para banhar-se	1	3,3%
Requer assistência em todos os aspectos do banho	1	3,3%
Requer supervisão por segurança	1	3,3%
Totalmente independente	27	90,0%
CATEGORIA 3: ALIMENTAÇÃO		
Dependente em todos os aspectos e necessita ser alimentado	1	3,3%
Necessita de ajuda mínima	1	3,3%
Totalmente independente	28	93,3%
CATEGORIA 4: TOALETE		
Totalmente dependente no uso vaso sanitário	2	6,7%
O paciente é capaz de se dirigir e sair do sanitário, vestir-se ou despir-se, cuida-se para não se sujar e pode utilizar papel higiênico sem necessidade de ajuda. Caso necessário, ele pode utilizar uma comadre ou penico, mas deve ser capaz de os esvaziar e limpar.	28	93,3%
CATEGORIA 5: SUBIR ESCADAS		
Incapaz de subir escadas	2	6,7%
Requer assistência em todos os aspectos relacionados a subir escadas	2	6,7%
O paciente é capaz de subir e descer, porém não consegue carregar os dispositivos, necessitando de supervisão e assistência.	4	13,3%
Requer supervisão por segurança.	4	13,3%
Totalmente independente	18	60,0%
CATEGORIA 6: VESTUÁRIO		
Dependente em todos os aspectos	2	6,7%
Requer assistência mínima	1	3,3%

Tabela 3 – Índice de Barthel Modificado (conclusão)

Variáveis	**N = 30**	**F (100%)**
Totalmente independente	27	90,0%
CATEGORIA 7: CONTROLE ESFINCTERIANO (BEXIGA)		
Apresenta incontinência urinária	2	6,7%
Requer ajuda mínima	5	16,7%
Totalmente independente	23	76,6%
CATEGORIA 8: CONTROLE ESFINCTERIANO (INTESTINO)		
O paciente não tem controle de esfíncteres ou utiliza o cateterismo	2	6,7%
Requer ajuda mínima	1	3,3%
Totalmente independente	27	90,0%
CATEGORIA 9: DEAMBULACAO/ CADEIRA DE RODAS		
Totalmente dependente para deambular/conduzir a cadeira de rodas	1	3,3%
Necessita da presença constante de uma ou mais pessoas durante a deambulação/Consegue conduzi-la em pequenas distâncias ou em superfícies lisas, porém necessita de auxílio em todos os aspectos	1	3,3%
Requer assistência de uma pessoa /Requer assistência para manipular a cadeira e transferir-se.	1	3,3%
Requer ajuda mínima	4	13,3%
Totalmente independente	23	76,7%
CATEGORIA 10: TRANSFERÊNCIAS CADEIRA/CAMA		
Incapaz de participar da transferência	1	3,3%
Requer a supervisão de outra pessoa	2	6,7%
Totalmente independente	27	90,0%

Fonte: Dados da pesquisa (2025)

Monteiro, Pereira e Amorim[23] notaram em sua pesquisa que o item de Alimentação foi a atividade na qual os participantes apresentaram maior índice de independência para realizar, enquanto as atividades Subir e Descer Escada e Uso do Banheiro foram as que apresentaram maior nível de dificuldade, evidenciando também que 30% das pessoas idosas demonstraram dependência severa e 30% dependência leve. Em concordância, a pesquisa atual também observou resultados semelhantes para a Alimentação como a atividade mais independente e maior dificuldade para Subir e Descer Escada.

Mamede[24] realizou uma pesquisa com 20 participantes e observou que os itens que apresentaram maior nível de dificuldade foram Subir Escada, onde 35% realiza de forma independente, e Controle Esfincteriano (bexiga), 55% realiza de forma independente. Com isso, 23,4% dos participantes apresentaram algum grau de dependência para Controle Esfincteriano (bexiga).

O quadro 1, mostra a soma das pontuações no Índice de Barthel modificado, no qual é calculada pela soma das pontuações dos itens individuais, com uma pontuação máxima possível de 100, indicando independência funcional completa. Nos dados coletados, observou-se uma frequência de 14 (46,7%) realizando 95 pontos, seguido de 6 (20%) realizando 93 pontos e 2 (6,7%) realizando 90 pontos. No geral, totalizou 28 pessoas com Dependência Leve e apenas 2 pessoas com Dependência Total.

Quadro 1 – Descrição dos resultados do Índice de Barthel Modificado.

Pontuação	**Interpretação dos resultados**	**N=30**	**F (100%)**
100 pontos	Totalmente Independente	0	0
99 a 76 pontos	Dependência leve	28	73,4%
75 a 51 pontos	Dependência moderada	0	0
50 a 26 pontos	Dependência severa	0	0
25 e menos pontos	Dependência total	2	6,7%

Fonte: Índice de Barthel Modificado.

No estudo realizado por Moser, Hembecker e Nakato[25] a pontuação média obtida pelos participantes foi de 95 pontos, porém sobressaiu a categoria de Totalmente Independente, com 39% dos resultados. Já para Oliveira *et. al.*[26] 99,1% dos participantes apresentaram Dependência Leve para realizar Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) e 76,9% para realizar Atividade Básica de Vida Diária (ABVD). Ademais, Mamede[24] observou que 50% dos participantes apresentaram Dependência Leve. Logo, o presente estudo apresentou que os participaram obtiveram majoritariamente uma dependência leve, corroborando com a literatura exposta.

Para a tabulação e análise dos dados, foi conduzida uma regressão linear múltipla, pelo método stepwise no *SPSS*, com o objetivo de identificar preditores do escore total da variável dependente Escore Total de Barthel. As variáveis independentes incluídas foram renda mensal, idade, sexo, presença de doença crônica e se algum membro da família trabalha.

O modelo final explicou aproximadamente 38,9% da variância dos escores de BARTHEL ($R^2 = .39$; R^2 *ajustado* $= .26$; F (5,24) = 3,06; p = .028). Entre os preditores, a idade apresentou associação positiva marginalmente significativa ($B = 14{,}47$; $SE = 7{,}54$; $\beta = .32$; t = 1,92; p = .067), indicando que participantes mais velhos tendem a apresentar maiores escores. O sexo também se mostrou relevante, com efeito negativo marginalmente significativo ($B = -20{,}35$; $SE = 9{,}95$; $\beta = -.34$; t = –2,04; p = .052), sugerindo que indivíduos do sexo masculino obtiveram escores inferiores em comparação às mulheres. As demais variáveis – renda mensal,

presença de doença crônica e trabalho de familiares – não apresentaram associações estatisticamente significativas ($p > .13$).

A análise incremental dos modelos mostrou que a inclusão da variável idade aumentou significativamente o poder explicativo ($\Delta R^2 = .16$; F (1,27) = 5,33; $p = .029$). A adição da variável sexo também contribuiu para o ajuste ($\Delta R^2 = .12$; $F(1,26) = 4,56$; $p = .042$). Entretanto, a inserção de doença crônica e trabalho de familiares não resultou em melhora significativa do modelo ($p = .625$ e $p = .135$, respectivamente). Os diagnósticos de colinearidade indicaram ausência de problemas ($VIF < 1.12$; tolerância > .89), e os resíduos atenderam aos pressupostos de normalidade e homocedasticidade.

Por fim, os resultados sugerem que idade e sexo são os principais preditores dos escores de Barthel, enquanto renda mensal, presença de doença crônica e trabalho de familiares não demonstraram efeito significativo. Todavia, é importante compreender que alguns fatores como perfil sociodemográfico semelhante, prevalência de idosos com idade mais jovem e rotinas mais ativas influenciaram para pouco impacto da vulnerabilidade social na funcionalidade dos participantes, mas ressaltando com a literatura atual que pessoas idosas vítimas da vulnerabilidade social apresentam maior índice de dependência funcional para realizar atividades na rotina.

CONCLUSÃO

Apesar da presença de vulnerabilidade social, a maioria dos idosos apresentou independência funcional, sendo classificada com Dependência Leve, com idade e sexo como principais fatores associados. As dificuldades nas ABVDs foram mais evidentes entre os indivíduos com maior nível de dependência, indicando a necessidade de ações voltadas à promoção da saúde e prevenção de agravos.

Nesse contexto, a Fisioterapia mostra-se fundamental na manutenção e recuperação da funcionalidade, promovendo autonomia e qualidade de vida por meio de intervenções preventivas e reabilitadoras. A avaliação integrada da vulnerabilidade social e da funcionalidade torna-se essencial para o planejamento de estratégias eficazes de cuidado à população idosa.

Por fim, o estudo evidencia a importância da avaliação da vulnerabilidade social associada à funcionalidade, pois permite identificar fatores de risco, planejar intervenções e desenvolver estratégias de promoção da autonomia e melhora da qualidade de vida da população idosa. Recomenda-se a realização de novos estudos com amostras maiores e

acompanhamento longitudinal para melhor compreensão da relação entre vulnerabilidade social e funcionalidade em idosos.

REFERÊNCIAS

1. Castro APR de, Pinto AGA, Guimarães JMX, Torres GMC, Morais APP. Intergeracionalidade e promoção da saúde: reflexões e desafios na atenção à pessoa idosa. Rev bras geriatr gerontol. 2024;27:e230093. Acesso em: 20 de Out 2025. Disponivel: https://doi.org/10.1590/1981-22562024027.230093.pt.

2. Organização Mundial da Saúde. Envelhecimento e Saúde. Organização Mundial da Saúde. 2024. Acesso em: 24 de Outubro de 2025. Disponível em: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health.

3. Gonçalves A, Alves LC. Idade prospectiva e as novas medidas de envelhecimento populacional: indicadores para o Brasil e suas cinco regiões. Rev bras estud popul [Internet]. 2024;41:e0278. Acesso em: 24 de Out 2025. Disponível em: https://doi.org/10.20947/S0102-3098a0278.

4. Brasil, Ministério da Saúde. Censo: número de idosos no Brasil cresceu 57,4% em 12 anos. Ministério da Saúde. 2023. Acesso em: 25 de Outubro de 2025. Disponível em: https://www.gov.br/secom/pt-br/assuntos/noticias/2023/10/censo-2022-numero-de-idosos-na-populacao-do-pais-cresceu-57-4-em-12-anos.

5. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Fragilidade da pessoa idosa: um desafio para profissionais de saúde, família e sociedade. 2023. Acesso em: 24 de Outubro de 2025. Disponível em: https://sbgg.org.br/fragilidade-da-pessoa-idosa-um-desafio-para-profissionais-de-saude-familia-e-sociedade/.

6. Sevalho G. Determinação social da saúde, complexidade, colonialidade e longa duração. Cadernos de Saúde Pública, v. 40, n. 12, p. e00035724, 2024.

7. Helena ET de S, *et al*.. Baixa capacidade funcional está associada a pior status socioeconômico em idosos de estudo populacional no sul do Brasil. Cad saúde colet [Internet]. 2024;32(2):e32020441. Acesso em: 24 de Out de 2025. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1414-462X202432020441.

8. Figueiredo CEMT de, Castro, SS de, Ferreira, MJM. Functioning and associated factors in older adult users of primary health care. Fisioter Pesqui [Internet]. 2025;32:e23017524en. Acesso em: 25 de Out de 2025. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1809-2950/e23017524en.

9. Costa P de A. *et al*.. Associações entre ansiedade e incapacidade funcional em pessoas idosas: estudo transversal. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, v. 26, p. e230073, 2023.

10. Reis ECG dos.; Véras, MPB.. Desigualdades sociais, territórios da vulnerabilidade e mobilidade urbana. Cadernos Metrópole, v. 26, n. 60, p. 537–560, maio 2024. Acesso em: 26 de Out de 2025. Disponível em: https://www.scielo.br/j/cm/a/TcBs56trZdkkrMDYLsMR8jn/?lang=pt.

11. Gerhard F. *et al*.. Retratos da desigualdade socioeconômica em zonas especiais de interesse social. urbe. Revista Brasileira de Gestão Urbana, v. 16, p. e20230248, 2024.

12. Lenardt MH. *et al.*. Índice de vulnerabilidade social, fragilidade física e delirium em idosos hospitalizados. Acta Paulista de Enfermagem, v. 38, p. eAPE0001201, 2025. Acesso em: 26 de Out de 2025. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ape/a/449n3TYSB8V8GGQnC47Lhxy/?lang=pt.

13- Martins MCG, Kwiatkoski M, Martins TCR, Luchesi BM. Avaliação longitudinal da vulnerabilidade clínico-funcional de pessoas idosas da comunidade. Rev Enferm Atenção Saúde [Internet]. 19 de agosto de 2025;15(1). Acesso em: 19 de Fev de 2026. Disponível em: https://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/7418.

14- Welstead M, Jenkins ND, Russ TC, Luciano M, Muniz-Terrera G. A Systematic Review of Frailty Trajectories: Their Shape and Influencing Factors. Gerontologist. 2021 Nov 15;61(8):e463-e475. doi: 10.1093/geront/gnaa061. PMID: 32485739; PMCID: PMC8599181. Acesso em: 20 de Fev de 2026. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8599181/.

15. Sanglard *et. al*. Factors associated with clinical-functional vulnerability of elderly people from a Basic Health Unit. Journal of Human Growth and Development.2023.DOI: https://doi.org/10.36311/jhgd.v33.13675. Acesso em: 4 de Mar de 2026. Disponível em: https://revistas.marilia.unesp.br/index.php/jhgd/article/view/13675.

16. Camargo GL, Corrêa KS, Nascimento LL. Avaliação da funcionalidade e qualidade de vida em idosos com lesões de membros superiores.Rev.Cient.Esc.Estadual Saúde Pública Goiás "Cândido Santiago". 2023;9(9b6):1-15. DOI: https://doi.org/10.22491/2447-3405.2023.V9.9b6. Acesso em: 4 de Mar de 2026. Disponível em: https://www.revista.esap.go.gov.br/index.php/resap/article/view/503.

17. Sardinha *et. al.* Caracterização da funcionalidade familiar de idosos na Saúde da Família: um estudo transversal. Revista de APS. 2022. DOI: https://doi.org/10.34019/1809-8363.2021.v24.34570. Acesso em: 4 de mar 2026. Disponível em: https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/34570.

18 - Bomfim WC, Peixoto SV, Carvalho PF, Mambrini JVM. O papel dos marcadores socioeconômicos nos diferenciais de gênero na limitação funcional em idosos: ELSI-Brasil. Cien Saude Colet [periódico na internet] (2025/set). Acesso em: 4 de mar de 2026. Disponível em: http://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/o-papel-dos-marcadores-socioeconomicos-nos-diferenciais-de-genero-na-limitacao-funcional-em-idosos-elsibrasil/19819?id=19819&id=19819&id=19819&utm_source.

19- Bortolli TT. de; Marques NR.; Prata GM.; Carnaz L. Impacto da renda e escolaridade em indicadores de saúde e funcionalidade em idosos viventes na comunidade. Caderno Pedagógico, [S. l.], v. 22, n. 6, p. e15626, 2025. DOI: 10.54033/cadpedv22n6-185. Acesso em: 6 mar 2026. Disponível em: https://ojs.studiespublicacoes.com.br/ojs/index.php/cadped/article/view/15626..

20- Rocha FB; Rangel RL; Soares LR; Freitas AM; Freitas DJ; Chaves RN. Funcionalidade e condições de saúde em idosos de uma cidade do interior da Bahia / Functionality and health conditions of the elderly in a city in the interior of Bahia. Arq. ciências saúde UNIPAR ; 25(3): 199-206, set-out. 2021. DOI: https://doi.org/10.25110/arqsaude.v25i3.2021.8112. Acesso em: 4 mar 2026. Disponível em: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1348208.

21- Viana MC; Mouanes GC; Abrahão KS; Alves DPA. Índice de Vulnerabilidade Clínico - Funcional (IVFC-20): reconhecimento da pessoa idosa frágil pela Atenção Primária à Saúde / Functional Clinical Vulnerability Index (IVFC-20): the recognition of the fragile elderly person by Primary Health Care. Rev. APS (Online); 28: e282542996, 18/06/2025. DOI: https://doi.org/10.34019/1809-8363.2025.v28.42996. Acesso em: 5 de mar 2026. Disponível em: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1612799

22- Silva AS; Rebêlo VN; Coelho NM; Feitosa MP; Carvalho AM; Silva HN; Silva NB. Funcionalidade de idosos ativos no centro de convivência da terceira idade em Teresina / Functionality of elderly activities at the third age living center in Teresina. Estud. Interdiscip. Envelhec. (Online) ; 26(1): 101-115, jan. 2021. DOI: 10.22456/2316-2171.85601. Acesso em: 5 de mac 2026. Disponível em: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1416942.

23- Monteiro EA, Sampaio HP, Brandão PA. Avaliação da capacidade de idosos através da análise do Índice de Barthel. RECIMA21 [Internet]. 9º de outubro de 2021. DOI https://doi.org/10.47820/recima21.v2i9.718; 2(9):e29718. Acesso em: 12 de março de 2026. Disponível em: https://recima21.com.br/recima21/article/view/718.

24- Mamede LL. Caracterização da dor e funcionalidade em idosos usuários de uma clínica escola de Fisioterapia. Repositório Institucional do Unifip, v. 10, n. 1, 2025. Acesso em: 13 de mar 2026. Disponível em: file:///C:/Users/PC/Downloads/TCC+-+LILIANE+LEITE+MAMEDE%20(1).pdf.

25- Moser AD, Hembecker PK, Nakato AM. Relação entre capacidade funcional, estado nutricional e variáveis sociodemográficas de idosos institucionalizados. Rev bras geriatr gerontol [Internet]. 2021;24(5):e210211. Acesso em: 13 de mar 2026. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1981-22562021024.210211.pt.

26- Oliveira P, *et al*. Age-adjusted health conditions, frailty, and functionality among older adults in primary care. Mundo Saude [Internet]. 2026 Jan. 8;50. Acesso em: 15 de mar 2026. Disponível em: https://revistamundodasaude.emnuvens.com.br/mundodasaude/article/view/1818.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos resultados obtidos, foi possível traçar o perfil sociodemográfico dos participantes, observando predominância do sexo feminino, faixa etária entre 60 e 65 anos, baixa escolaridade, renda mensal de até um salário mínimo e dependência de benefícios previdenciários, especialmente a aposentadoria. Esses fatores são descritos pela literatura como importantes determinantes sociais da saúde, podendo influenciar diretamente a funcionalidade, a qualidade de vida e o processo de envelhecimento.

Em relação aos fatores de vulnerabilidade social, observou-se que a maioria dos idosos não possui trabalho remunerado, depende do Sistema Único de Saúde para assistência à saúde e apresenta alguma doença crônica, com destaque para hipertensão arterial e diabetes mellitus. Apesar disso, a maior parte dos participantes possui moradia própria, reside com familiares e apresenta acesso a saneamento básico, energia elétrica e coleta de lixo, fatores que contribuem positivamente para as condições de vida e saúde dessa população.

No que se refere à funcionalidade, avaliada por meio do Índice de Barthel Modificado, verificou-se que a maioria dos idosos apresentou independência para a realização das atividades básicas de vida diária, sendo classificados predominantemente com dependência leve. As atividades com maior nível de independência foram alimentação, higiene pessoal, banho e transferências, enquanto subir escadas e controle esfincteriano apresentaram maior nível de dificuldade, resultados semelhantes aos encontrados na literatura.

A análise estatística demonstrou que a idade e o sexo foram os principais preditores da funcionalidade, indicando que indivíduos mais velhos e do sexo feminino apresentaram melhores escores no Índice de Barthel nesta amostra. Por outro lado, renda, presença de doença crônica e trabalho de familiares não apresentaram associação significativa com a funcionalidade, embora sejam fatores descritos na literatura como importantes componentes da vulnerabilidade social.

Dessa forma, destaca-se que a vulnerabilidade social é um fenômeno multifatorial, que envolve aspectos econômicos, sociais, familiares e de saúde, e que pode influenciar diretamente a funcionalidade e a independência da pessoa idosa, sendo fundamental a atuação de políticas públicas e programas sociais, como os desenvolvidos pelo CRAS, para promoção da saúde, prevenção de incapacidades e manutenção da autonomia dessa população.

REFRÊNCIAS

AGUIAR, B. M. et al.. Evaluation of functional disability and associated factors in the elderly. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 22, n. 2, p. e180163, 2019.

AGUIRRE, F. B., et. al., Relação entre o envelhecimento ativo e o índice de desenvolvimento humano: as diversidades do envelhecimento no Brasil. **Geriatr Gerontol Aging** ; 18: e0000172, Apr. 2024. Disponível em: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1572535. Acesso em: 22 de Abril de 2025.

ALARCON, M. F. S. et al.. Financial abuse: circumstances of occurrences against older adults. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 22, n. 6, p. e190182, 2019.

ARAÚJO, L. F. de; AMARAL, E. de B.; SÁ, E. C. do N. Análise semântica da violência na velhice sob a perspectiva de estudantes de ensino médio. **Revista Kairós-Gerontologia**, [S. l.], v. 17, n. 2, p. 105–120, 2014. DOI: 10.23925/2176-901X.2014v17i2p105-120. Disponível em: https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/21334. Acesso em: 25 abr. 2025.

BARBOSA, B. R. et al.. Avaliação da capacidade funcional dos idosos e fatores associados à incapacidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 8, p. 3317–3325, ago. 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/hcBn67RFRt3brvSNp5YsDFh/. Acesso em: 01 de maio de 2025.

BORDALO, A. A. Estudo transversal e/ou longitudinal. **Rev. Para. Med.**, Belém , v. 20, n. 4, p. 5, dez. 2006 . Disponível em <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-59072006000400001&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em 01 maio 2025.

BRASIL, Ministério da Saúde. Censo: número de idosos no Brasil cresceu 57,4% em 12 anos. **Ministério da Saúde**. 2023. Disponível em: https://www.gov.br/secom/pt-br/assuntos/noticias/2023/10/censo-2022-numero-de-idosos-na-populacao-do-pais-cresceu-57-4-em-12-anos. Acesso em: 27 de Abril de 2025.

BRASIL, Ministério da Saúde. O que significa ter saúde?. **Ministério da Saúde**. 2020. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-brasil/eu-quero-me-exercitar/noticias/2021/o-que-significa-ter-saude. Acesso em: 27 de Abril de 2025.

BRASIL, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Norma Operacional Básica NOB/SUAS. **Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome**. 2005. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/PNAS2004.pdf. Acesso em: 29 de Abril de 2025.

BRASIL. Portaria GM nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa- PNSI. **Diário Oficial da União**. 20 out. 2006. p. 142.

CARMO, M. E. DO .; GUIZARDI, F. L.. O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 3, p. e00101417, 2018.

CIOSAK, S. I. et al.. Senescência e senilidade: novo paradigma na atenção básica de saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. spe2, p. 1763–1768, dez. 2011.

CORRÊA, L. P. C.; SANTOS, P. L. dos; NAKAO, R. T.; ARAÚJO, M. M. F. de. A pessoa idosa como cuidador informal de outro idoso: sobrecarga, depressão e dependência. **Estud. Interdiscip. Envelhec.** (Online) ; 29: 1-13, maio. 2024. Disponível em: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1585685.

DUARTE, Y. A. DE O.; ANDRADE, C. L. DE .; LEBRÃO, M. L.. O Índex de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 41, n. 2, p. 317–325, jun. 2007. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reeusp/a/35KzF4DTCvJbfbhs5nFQyVG.

FARIAS, N.; BUCHALLA, C. M.. A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde da organização mundial da saúde: conceitos, usos e perspectivas. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 8, n. 2, p. 187–193, jun. 2005.

FERREIRA, O. G. L. et al.. O envelhecimento ativo sob o olhar de idosos funcionalmente independentes. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 44, n. 4, p. 1065–1069, dez. 2010.

FIGUEIREDO, M.C.; FREIRE, M.E.; PONTES, M.L.; ARAÚJO, C.R.; MONTEIRO, E.A. Imobilidade e síndrome da imobilidade: implicações para a saúde da pessoa idosa. **Enferm Foco**. 2024;15:e-202441. DOI: https://doi.org/10.21675/2357-707X.2024.v15.e-202441. Disponível em: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1571715. Acesso em: 21 de Abril de 2025.

FILHO, M.L.M; CESAR, E.; FERREIRA, R.W. Os benefícios do treinamento de força na autonomia funcional do indivíduo idoso. **Revista de Educação Física / Journal of Physical Education** 134(134):57-68. 2006. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/281406687_Os_beneficios_do_treinamento_de_forca_na_autonomia_funcional_do_individuo_idoso. Acesso em: 26 de Abril de 2025.

GERHARD, F. et al.. Retratos da desigualdade socioeconômica em zonas especiais de interesse social. urbe. **Revista Brasileira de Gestão Urbana**, v. 16, p. e20230248, 2024.

GONÇALVES, A.; ALVES, L. C.. Idade prospectiva e as novas medidas de envelhecimento populacional: indicadores para o Brasil e suas cinco regiões. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 41, p. e0278, 2024.

GÜNTHER, H.. Pesquisa qualitativa versus pesquisa quantitativa: esta é a questão?. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 22, n. 2, p. 201–209, maio 2006. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ptp/a/HMpC4d5cbXsdt6RqbrmZk3J/?lang=pt.

LENARDT, M. H. et al.. Índice de vulnerabilidade social, fragilidade física e delirium em idosos hospitalizados. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 38, p. eAPE0001201, 2025. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ape/a/449n3TYSB8V8GGQnC47Lhxy/?lang=pt

LIN, R.; KERKELÄ, R. Regulatory Mechanisms of Mitochondrial Function and Cardiac Aging. **Int. J. Mol. Sci**. 2020, 21, 1359. https://doi.org/10.3390/ijms21041359. Disponível em: https://www.mdpi.com/1422-0067/21/4/1359.

LÖSCHE, S.; RAMBO, C. A.; FERREIRA, J. L. A pesquisa exploratória na abordagem qualitativa em educação. **Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação**, v. 18, n. 00, p. e023141, 2023. DOI: 10.21723/riaee.v18i00.17958. Disponível em: https://periodicos.fclar.unesp.br/iberoamericana/article/view/17958/17247

MACENA , W. G.; HERMANO, L. O.; COSTA, T. C. Alterações fisiológicas decorrentes do envelhecimento . **Revista Mosaicum**, [S. l.], v. 15, n. 27, p. 223–238, 2018. DOI: 10.26893/rm.v15i27.64. Disponível em: https://revmosaicum.org/mosaicum/article/view/64. Acesso em: 26 abr. 2025.

MATOS, F. S. et al.. Redução da capacidade funcional de idosos residentes em comunidade: estudo longitudinal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 10, p. 3393–3401, out. 2018.

MINOSSO, J. S. M. et al.. Validação, no Brasil, do Índice de Barthel em idosos atendidos em ambulatórios. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 23, n. 2, p. 218–223, mar. 2010. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ape/a/7n8WhRb6Wvcs3QdrWx3ywJn/?lang=pt.

MIRANDA, G. M. D.; MENDES, A. DA C. G.; SILVA, A. L. A. DA .. Population aging in Brazil: current and future social challenges and consequences. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 19, n. 3, p. 507–519, maio 2016.

MOTTA, L., B., da. Saúde da Pessoa Idosa: Fisiologia do Envelhecimento. **Universidade Federal do Maranhão - UNA-SUS/UFMA**. 2013.

NAÇÕES UNIDAS NO BRASIL, ONUBR. Mundo terá 2 bilhões de idosos em 2050; OMS diz que 'envelhecer bem deve ser prioridade global'.2014. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/mundo-tera-2-bilhoes-de-i-dosos-em-2050-oms-diz-que-envelhecer-bem-deve-ser-prioridade-glo-bal/>Acesso em: 27 de abril de 2025.

NGUYEN, T. N. et al. "Social Vulnerability in Patients with Multimorbidity: A Cross-Sectional Analysis." **International journal of environmental research and public health** vol. 16,7 1244. 8 Apr. 2019, doi:10.3390/ijerph16071244. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6480630/

OLIVEIROS, E. et. al.. Hypertension in older adults: Assessment, management, and challenges. **Clin Cardiol**. n. 43(2):99-107. doi: 10.1002/clc.23303. 2019. Disponível em: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7021657/#clc23303-bibl-0001

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Envelhecimento e Saúde. **Organização Mundial da Saúde.** 2024. Disponível em: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health. Acesso em: 28 de Abril de 2025.

PAULA, A.F.M., RIBEIRO, L.H.M., D'ELBOUX, M.J. e GUARIENTO, M.E. Avaliação da capacidade funcional, cognição e sintomatologia depressiva em idosos atendidos em ambulatório de Geriatria**. Rev Bras Clin Med**. nº 11(3):212-8. 2013. Disponível em: https://www.sbcm.org.br/ojs3/index.php/rsbcm/article/view/4/2.

PAVARINI, S. C. I. et al.. Family and social vulnerability: a study with octogenarians. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 17, n. 3, p. 374–379, maio 2009. Disponivel em: https://www.scielo.br/j/rlae/a/znRSJC39vJq6jwSZQMmGnpK/?lang=pt#

PINHEIRO, I.; RIBEIRO, N.; PINTO, A.; SOUSA, D.; FONSECA, E.; FERRAZ, D. Correlação do índice de Barthel modificado com a classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde. **Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento.** São Paulo, v.13, n.1, p. 39-46, 2013.

REBELATTO, J. R.; MORELLI, J. G. da S. Fisioterapia Geriátrica: a Prática da Assistência ao Idoso. 2. ed. **Barueri: Manole**, 2007. E-book. p.A. ISBN 9788520444108. Disponível em: https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788520444108/. Acesso em: 15 mai. 2025.

REIS, E. C. G. DOS .; VÉRAS, M. P. B.. Desigualdades sociais, territórios da vulnerabilidade e mobilidade urbana. **Cadernos Metrópole**, v. 26, n. 60, p. 537–560, maio 2024. Disponível em: https://www.scielo.br/j/cm/a/TcBs56trZdkkrMDYLsMR8jn/?lang=pt

RODRIGUES, Ana Carolina Rost de Borba Galimberti. Comportamentos Funcionais e Adaptativos: Reflexões acerca dos conceitos e suas implicações clínicas. **Boletim SBNp**, São Paulo, SP, v. 3, n. 12, p. 1-23, 2020. Disponível em: file:///C:/Users/anafl/Downloads/02-boletim-dez-2020.pdf.

SANTOS, E. C. dos; COUTO, B. de M.; BASTONE, A. de C. Fatores associados à autoavaliação negativa da saúde em idosos cadastrados nas Unidades Básicas de Saúde. **ABCS Health Sciences**, [S. l.], v. 43, n. 1, 2018. DOI: 10.7322/abcshs.v43i1.999. Disponível em: https://www.portalnepas.org.br/abcshs/article/view/999. Acesso em: 6 mar. 2025.

SANTOS, F. H. DOS.; ANDRADE, V. M.; BUENO, O. F. A.. Envelhecimento: um processo multifatorial. **Psicologia em Estudo**, v. 14, n. 1, p. 3–10, jan. 2009.

SEVALHO, G. Determinação social da saúde, complexidade, colonialidade e longa duração. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 40, n. 12, p. e00035724, 2024.

SEVALHO G. O conceito de vulnerabilidade e a educação em saúde fundamentada em Paulo Freire. **Interface (Botucatu)** [Internet]. 2018. (64):177–88. Available from: https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0822

SILVA, D. J. DA . et al.. Physical fitness according to the level of physical activity in older people: a cross-sectional analysis. **Fisioterapia em Movimento**, v. 36, p. e36134, 2023. Disponível em: https://www.scielo.br/j/fm/a/bnsp7jjRwZQFB7sN5SSRWYS/?lang=pt.

SILVA, G. A. DA . et al.. Avaliação funcional de pessoas com lesão medular: utilização da escala de independência funcional - MIF. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 21, n. 4, p. 929–936, out. 2012. Disponível em: https://www.scielo.br/j/tce/a/BBQdWD5VzJqbmZ4vPGP6dbQ/?lang=pt

SILVA, J. L. da. Envelhecimento contemporâneo, na ótica do assistente social. **SES-SP**. São Paulo; s.n. 45 p. 2015. Disponível em: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1082895.

SILVERTHORN, Dee U. Fisiologia humana. 7. ed. Porto Alegre: **ArtMed**, 2017. E-book. p.Capa. ISBN 9788582714041. Disponível em: https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788582714041/. Acesso em: 10 mai. 2025.

SORIANO, F.F.S., BARALDI, K. Escalas de avaliação funcional aplicáveis a pacientes pós acidente vascular encefálico. **ConScientiae Saúde** ;9(3):521-530. 2010. Disponível em: C:/Users/anafl/Downloads/mayarafa,+cnv9n3_6c2227.pdf. Acesso em: 29 de Abril de 2025.

Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG). Fragilidade da pessoa idosa: um desafio para profissionais de saúde, família e sociedade. 2023. Disponível em:

https://sbgg.org.br/fragilidade-da-pessoa-idosa-um-desafio-para-profissionais-de-saude-familia-e-sociedade/. Acesso em: 26 de Abril de 2025.

ZANELLA, A. L. et. al. Processo do envelhecimento humano. **Revista Brasileira de Fisiologia do Exercício** - Volume 9 Número 2 - abril/junho. 2010. Disponível em: https://convergenceseditorial.com.br/index.php/revistafisiologia/article/view/3478/5453. Acesso em: 26 de Abril de 2025.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Nome da Pesquisa: O impacto da vulnerabilidade social na funcionalidade em idosos
Pesquisadores responsáveis: Aline Guimarães Carvalho e Ana Flávia Sousa Lemos

Informações sobre a pesquisa:

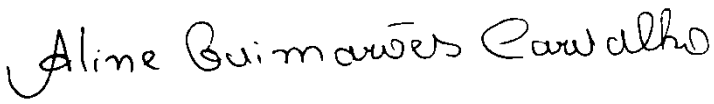
Você está sendo convidado/a para participar de um estudo, cujo título é: O impacto da vulnerabilidade social na funcionalidade de idosos, tendo como objetivo traçar o perfil sociobiodemográfico dos participantes da pesquisa relacionados a idade, sexo, estado civil, raça, número de filhos e diagnóstico; identificar os fatores de vulnerabilidade social de acordo com a moradia, componentes familiares, renda e saneamento básico que podem afetar a funcionalidade da pessoa idosa; avaliar a independência funcional baseadas no Índice de Barthel considerando tarefas de alimentação, banho, vestiário, higiene pessoal, eliminações vesicais e intestinais, uso de vaso sanitário, passagem da cadeira para cama, deambulação e escada. Para conseguirmos realizar o estudo será necessária a sua participação no questionário. Diante do ponto de vista social e institucional, essa pesquisa servirá para agregue conhecimentos sobre como as pessoas idosas que estão expostas a uma realidade de vulnerabilidade social podem ter comprometimento no processo de envelhecimento, principalmente alterações significativas em sua capacidade de realizar funções do cotidiano. Além disso, o objetivo da pesquisa não apresenta caráter apenas acadêmico, mas busca influenciar no bem-estar das populações e planejamento de intervenções que promovam conscientização e medidas para um processo de envelhecimento saudável e qualidade de vida.
Quanto aos riscos de participação nesta pesquisa, destacamos que existem alguns riscos mínimos oferecidos aos voluntários, como: possibilidade de constrangimento ao responder o questionário; desconforto; medo; vergonha; cansaço. No entanto, teremos muito cuidado na elaboração do conteúdo e no modo de aplicação do questionário, deixarei o entrevistado o mais à vontade possível, para que ele se sinta confortável na minha presença e não se sinta em nenhum momento coagido, farei tudo que for possível para manter o sigilo prometido e esclarecer os benefícios e a importância desta pesquisa. Destacamos que as informações coletadas serão utilizadas unicamente para fins científicos, por tanto, serão garantidos o absoluto sigilo e confidencialidade diante das informações que nos forem repassadas. O participante manifestará, através deste termo, o seu consentimento livre e esclarecido, cuja assinatura deverá ser feita em duas vias, sendo uma sua e outra do pesquisador.

O estudo proposto terá como benefícios da presente pesquisa se sobressaem aos riscos, a curto prazo, já observaremos: aumentará o repertório de conhecimento a respeito dos impactos da vulnerabilidade para a saúde, especialmente em como as pessoas idosas são impactadas em consequência de viverem em situação de vulnerabilidade social.

Na condição de participante, você está livre para negar-se a realizar ações que não considere convenientes e, até mesmo, abandonar o estudo a qualquer momento, em conformidade com a resolução 510/2016, que em seu Capítulo III, Artigo 9º.

Você também terá direito a manter contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Patos - Paraíba (Rua Horácio Nóbrega, S/N – Belo Horizonte – Patos – Paraíba) através do telefone 0.55.83.3421.7300 – ramal 276 ou pelo e-mail cep@fiponline.edu.br

Agradecemos pela sua atenção e participação, manifestadas com assinatura deste termo



Pesquisador responsável

Contato com o/a Pesquisador/a responsável:

Aline Guimarães Carvalho
Centro Universitário de Patos
(83) 98640-7619
Alinecarvalho@fiponline.edu.br

Eu, _____, portador de RG: _____, abaixo assinado, tendo recebido as informações acima, concordo em participar da pesquisa, pois estou ciente de que terei de acordo com a Resolução 510/2016 - Cap. III – Artigo 9º todos os meus direitos abaixo relacionados:

I. Ser informado sobre a pesquisa;
II. Desistir a qualquer momento de participar da pesquisa, sem qualquer prejuízo;
III. Ter sua privacidade respeitada;
IV. Ter garantida a confidencialidade das informações pessoais;
V. Decidir se sua identidade será divulgada e quais são, dentre as informações que forneceu, as que podem ser tratadas de forma pública;
VI. Ser indenizado pelo dano recorrente da pesquisa, nos termos da Lei; e
VII. O ressarcimento das despesas diretamente decorrentes de sua participação na pesquisa.

Tenho ciência do exposto acima e desejo participar da pesquisa.

Patos, _____de _____ de _____.

_____

Assinatura do entrevistado

APÊNDICE B - Instrumento de Coleta de Dados

Questionário Sociodemográfico

CÓDIGO: _____

Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino

Idade: ( ) 60 à 65 anos ( ) 66 à 70 anos ( ) 71 à 75 anos ( ) 76 à 80 anos

Estado Civil: ( ) Solteiro(a) ( ) Casado(a) ( ) Viúvo(a) ( ) Divorciado(a)

Raça: ( ) Branca ( ) Parda ( ) Preta ( ) Amarela ( ) Indígena ( ) Outros

Nº de filhos: ( ) 1 filho ( ) entre 2 a 3 filhos ( ) mais de 3 filhos

Escolaridade: ( ) Analfabeto(a) ( ) Ensino Fundamental Incompleto ( ) Ensino Fundamental Completo ( ) Ensino Médio Incompleto ( ) Ensino Médio Completo
( ) Ensino Superior Incompleto ( ) Ensino Superior Completo ( ) Pós-graduação / Mestrado / Doutorado

Renda mensal: ( ) Menos de um salário mínimo ( ) Um salário mínimo ( ) Entre um a três salários ( ) Mais de quatro salários

Possui trabalho remunerado atualmente? ( ) Sim, em tempo integral ( ) Sim, em meio período ( ) Trabalho informal ( ) Não

Alguém da família possui trabalho remunerado atualmente? ( ) Sim, em tempo integral ( ) Sim, em meio período ( ) Trabalho informal ( ) Não

Recebe algum benefício eventual? ( ) Aposentadoria ( ) Benefício de Prestação Continuada – BPC ( ) Outro

Assistência à saúde ( ) SUS ( ) Plano de saúde particular
Obs._____

Possui doenças crônicas: ( ) Sim ( ) Não
Qual (is): _____

Faz uso de algum medicamento? ( ) Sim ( ) Não
Qual (is)? _____

O domicílio está localizado em: ( ) Zona Rural ( ) Zona Urbana

Quantas pessoas moram na residência? ( ) 1 pessoa ( ) entre 2 e 3 pessoas ( ) entre 4 a 5 pessoas ( ) mais de 5 pessoas

Situação de moradia ( ) Casa própria ( ) Alugada ( ) Cedida

Quantos cômodos tem no domicílio? ( ) 1 cômodo ( ) entre 2 e 3 cômodos ( ) entre 4 e 5 cômodos ( ) mais de 5 cômodos

Qual é a forma de abastecimento de água utilizada no domicílio? ( ) Rede geral de distribuição ( ) Poço ( ) Nascente ( ) Cisterna ( ) Outro

De que forma é feito o escoamento do banheiro? ( ) Rede coletora de esgoto ( ) Fossa ( ) Vala a céu aberto ( ) Outro

O lixo do seu domicílio é: ( ) Coletado diretamente ( ) Queimado ( ) Jogado em terreno baldio ( ) Outro

A forma de iluminação do domicílio: ( ) Elétrica com medidor próprio ( ) Elétrica com medidor comunitário ( ) Outra forma

APÊNDICE C – Termo de Compromisso do Pesquisador

Título do projeto: O impacto da vulnerabilidade social na funcionalidade em idosos

Pesquisador responsável: Aline Guimarães Carvalho

Instituição: Centro Universitário de Patos - UNIFIP

Telefone para contato: (83) 98640-7619

Local da coleta de dados: Centro de Referência de Assistência Social – CRAS

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos sujeitos da pesquisa cujos dados serão coletados em "questionários" (Ex: questionário, entrevista, preenchimento de formulário). Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas em poder do pesquisador por um período de 5 anos sob a responsabilidade da Srta. Ana Flávia Sousa Lemos.

Patos, ____ de _____ de _____

Ana Flávia Sousa Lemos

Nome e assinatura do acadêmico

Aline Guimarães Carvalho

Nome e assinatura do orientador

ANEXOS

ANEXO A – Termo de Autorização Institucional

ANEXO A – Termo de Autorização Institucional

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

Eu Maria Alves dos Santos,
coordenadora do CRAS-Centro de Referência de Assistência Social do município de São José de Espinharas, venho por meio deste autorizar o desenvolvimento na referida instituição da pesquisa intitulada "O IMPACTO DA VULNERABILIDADE SOCIAL NA FUNCIONALIDADE EM IDOSOS", sob responsabilidade da aluno (a) Ana Flávia Sousa Lemos e orientadora Aline Guimarães Carvalho, como requisito para a conclusão do curso de Fisioterapia do Centro Universitário de Patos UNIFIP. Declaro, também, que não recebi ou receberei qualquer tipo de pagamento por esta autorização bem como os participantes também não receberão qualquer tipo de pagamento.

Patos-PB, 04 de Junho de 2025.

Maria Alves dos Santos
Responsável Institucional

Maria Alves dos Santos
SEC. DE ASSISTÊNCIA SOCIAL, TRABALHO, CIDADANIA E HABITAÇÃO
CPF 059.290.244-03

ANEXO B – INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

Índice de Bartel

Escala Modificada de Barthel

Nome: _____D.N___/___/_____HD: ____

CATEGORIA 1: HIGIENE PESSOAL
1. O paciente e incapaz de realizar higiene pessoal sendo dependente em todos os aspectos. **2.** Paciente necessita de assistência em todos os passos da higiene pessoal. **3.** Alguma assistência e necessária em um ou mais passos da higiene pessoal. **4.** Paciente e capaz de conduzir a própria higiene, mas requer mínima assistência antes e/ou depois da tarefa. **5.** Paciente pode lavar as mãos e face, limpar os dentes e barbear, pentear ou maquiar-se.
CATEGORIA 2: BANHO
1. Totalmente dependente para banhar-se. **2.** Requer assistência em todos os aspectos do banho. **3.** Requer assistência para transferir-se, lavar-se e/ou secar-se; incluindo a inabilidade em completar a tarefa pela condição ou doença. **4.** Requer supervisão por segurança no ajuste da temperatura da água ou na transferência. **5.** O paciente deve ser capaz de realizar todas as etapas do banho, mesmo que necessite de equipamentos, mas não necessita que alguém esteja presente.
CATEGORIA 3: ALIMENTACAO
1. Dependente em todos os aspectos e necessita ser alimentado. **2.** Pode manipular os utensílios para comer, usualmente a colher, porém necessita de assistência constante durante a refeição. **3.** Capaz de comer com supervisão. Requer assistência em tarefas associadas, como colocar leite e açúcar no chá, adicionar sal e pimenta, passar manteiga, virar o prato ou montar a mesa. **4.** Independência para se alimentar um prato previamente montado, sendo a assistência necessária para, por exemplo, cortar carne, abrir uma garrafa ou um frasco. Não é necessária a presença de outra pessoa. **5.** O paciente pode se alimentar de um prato ou bandeja quando alguém coloca os alimentos ao seu alcance. Mesmo tendo necessidade de algum equipamento de apoio, é capaz de cortar carne, serve-se de temperos, passar manteiga, etc.
CATEGORIA 4: TOALETE
1. Totalmente dependente no uso vaso sanitário. **2.** Necessita de assistência no uso do vaso sanitário **3.** Pode necessitar de assistência para se despir ou vestir, para transferir-se para o vaso sanitário ou para lavar as mãos. **4.** Por razões de segurança, pode necessitar de supervisão no uso do sanitário. Um penico pode ser usado a noite, mas será necessária assistência para seu esvaziamento ou limpeza. **5.** O paciente é capaz de se dirigir e sair do sanitário, vestir-se ou despir-se, cuida-se para não se sujar e pode utilizar papel higiênico sem necessidade de ajuda. Caso necessário, ele pode utilizar uma comadre ou penico, mas deve ser capaz de os esvaziar e limpar;
CATEGORIA 5: SUBIR ESCADAS
1. O paciente é incapaz de subir escadas. **2.** Requer assistência em todos os aspectos relacionados a subir escadas, incluindo assistência com os dispositivos auxiliares. **3.** O paciente é capaz de subir e descer, porém não consegue carregar os dispositivos, necessitando de supervisão e assistência. **4.** Geralmente, não necessita de assistência. Em alguns momentos, requer supervisão por segurança. **5.** O paciente é capaz de subir e descer, com segurança, um lance de escadas sem supervisão ou assistência mesmo quando utiliza os dispositivos.
CATEGORIA 6: VESTUARIO
1. O paciente é dependente em todos os aspectos do vestir e incapaz de participar das atividades. **2.** O paciente é capaz de ter algum grau de participação, mas é dependente em todos os aspectos relacionados ao vestuário **3.** Necessita assistência para se vestir ou se despir. **4.** Necessita assistência mínima para abotoar, prender o soutien, fechar o zipper, amarrar sapatos, etc. **5.** O paciente é capaz de vestir-se, despir-se , amarrar os sapatos, abotoar e colocar um colete ou órtese, caso eles sejam prescritos.
CATEGORIA 7: CONTROLE ESFINCTERIANO (BEXIGA)
1. O paciente apresenta incontinência urinária. **2.** O paciente necessita de auxílio para assumir a posição apropriada e para fazer as manobras de esvaziamento. **3.** O paciente pode assumir a posição apropriada, mas não consegue realizar as manobras de esvaziamento ou limpar-se sem assistência e tem freqüentes acidentes. Requer assistência com as fraldas e outros cuidados. **4.** O paciente pode necessitar de supervisão com o uso do supositório e tem acidentes ocasionais. **5.** O paciente tem controle urinário, sem acidentes. Pode usar supositório quando necessário.

CATEGORIA 8: CONTROLE ESFINCTERIANO (INTESTINO)

1. O paciente não tem controle de esfíncteres ou utiliza o cateterismo.
2. O paciente tem incontinência, mas é capaz de assistir na aplicação de auxílios externos ou internos.
3. O paciente fica geralmente seco ao dia, porém não à noite e necessita dos equipamentos para o esvaziamento.
4. O paciente geralmente fica seco durante o dia e a noite, porém tem acidentes ocasionais ou necessita de assistência com os equipamentos de esvaziamento.
5. O paciente tem controle de esfíncteres durante o dia e a noite e/ou é independente para realizar o esvaziamento.

CATEGORIA 9: DEAMBULACAO

1. Totalmente dependente para deambular.
2. Necessita da presença constante de uma ou mais pessoas durante a deambulação.
3. Requer assistência de uma pessoa para alcançar ou manipular os dispositivos auxiliares.
4. O paciente é independente para deambular, porém necessita de auxilio para andar 50 metros ou supervisão em situações perigosas.
5. O paciente é capaz de colocar os braces, assumir a posição ortostática, sentar e colocar os equipamentos na posição para o uso. O paciente pode ser capaz de usar todos os tipos de dispositivos e andar 50 metros sem auxilio ou supervisão.

Não pontue esta categoria caso o paciente utilize cadeira de rodas

CATEGORIA 9: CADEIRA DE RODAS *

1. Dependente para conduzir a cadeira de rodas.
2. O paciente consegue conduzi-la em pequenas distâncias ou em superfícies lisas, porém necessita de auxílio em todos os aspectos.
3. Necessita da presença constante de uma pessoa e requer assistência para manipular a cadeira e transferir-se.
4. O paciente consegue conduzir a cadeira por um tempo razoável e em solos regulares. Requer mínima assistência em espaços apertados.
5. Paciente é independente em todas as etapas relacionadas a cadeira de rodas (manipulação de equipamentos, condução por longos percursos e transferências).

Não se aplica aos pacientes que deambulam.

CATEGORIA 10: TRANSFERENCIAS CADEIRA/CAMA

1. Incapaz de participar da transferência. São necessárias duas pessoas para transferir o paciente com ou sem auxílio mecânico.
2. Capaz de participar, porém necessita de máxima assistência de outra pessoa em todos os aspectos da transferência.
3. Requer assistência de oura pessoa para transferir-se.
4. Requer a presença de outra pessoa, supervisionando, como medida de segurança.
5. O paciente pode, com segurança, aproximar-se da cama com a cadeira de rodas, freiar, retirar o apoio dos pés, mover-se para a cama, deitar, sentar ao lado da cama, mudar a cadeira de rodas de posição, e voltar novamente para cadeia com segurança. O paciente deve ser independente em todas as fases da transferência.

Tabela 9: Pontuação do Índice de Barthel Modificado

Item	Incapaz de realizar a tarefa	Requer ajuda substancial	Requer moderada ajuda	Requer mínima ajuda	Totalmente independente
Higiene Pessoal	0	1	3	4	5
Banho	0	1	3	4	5
Alimentação	0	2	5	8	10
Toalete	0	2	5	8	10
Subir escadas	0	2	5	8	10
Vestuário	0	2	5	8	10
Controle de Bexiga	0	2	5	8	10
Controle intestino	0	2	5	8	10
Deambulação	0	3	8	12	15
Ou cadeira de rodas*	0	1	3	4	5
Transferência cadeira/cama	0	3	8	12	15
					100

Interpretação do Resultado	75 a 51 pontos - **dependência moderada**
100 pontos – **totalmente independente**	50 a 26 pontos – **dependência severa**
99 a 76 pontos – **dependência leve**	25 e menos pontos – **dependência total**

ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE PATOS - UNIFIP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O IMPACTO DA VULNERABILIDADE SOCIAL NA FUNCIONALIDADE EM IDOSOS
Pesquisador: Aline Guimarães Carvalho
Área Temática:
Versão: 2
CAAE: 89440725.6.0000.5181
Instituição Proponente: CENTRO EDUCACIONAL DE ENSINO SUPERIOR DE PATOS LTDA
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 7.664.147

Apresentação do Projeto:
De acordo com dados apresentados pela proponente do estudo, através do projeto de pesquisa, especificamente no enquadramento metodológico, verifica-se: "O presente estudo trata-se de uma pesquisa de campo, exploratória com abordagem quantitativa e procedimento transversal a ser realizada no município de São José de Espinharas ¿ PB. Então, quando o pesquisador busca compreender um ambiente através de uma perspectiva de baixo conhecimento é conhecido como uma pesquisa exploratória, que tem intuito de levantar hipóteses sobre o tema (Lörshe, Rambo e Ferreira, 2023). Já a pesquisa transversal, pode se caracterizar pelo conhecimento da incidência dos casos que são objetos de estudo para o assunto, ou pelo estudo dos casos já existentes que estão relacionados com a pesquisa desenvolvida (Bordalo, 2006). A pesquisa quantitativa é utilizada para conhecer características de uma sociedade através de questões previamente delimitadas para que ocorra um controle do pesquisador sobre o contexto. Desse modo, é incomum a participação de respostas subjetivas dos entrevistados durante a coleta de dados (Günther, 2006). A população será formada por 50 idosos que participam das atividades promovidas pelo Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) do município e a amostragem será constituída pelos 30 primeiros voluntários que aceitarem fazer parte da pesquisa, considerando critério de acessibilidade. Como critérios de inclusão dos voluntários na pesquisa será necessário como pré-requisito ter idade mínima de 60 anos, serem residentes da zona urbana do município, estar cadastrado em



unidades de saúde da atenção primária e participarem das atividades do CRAS, apresentar algum grau de vulnerabilidade social, capacidade cognitiva preservada ou com comprometimento leve.

Quanto aos critérios de exclusão, ter alguma alteração cognitiva que influencie na participação da pesquisa e não responderem a todas as perguntas do questionário. A coleta de dados dar-se-á com a aplicação do questionário sociodemográfico produzido pelas pesquisadoras e o Índice de Barthel com os habitantes da cidade de São José de Espinharas, sendo o questionário sociodemográfico composto por perguntas a respeito da idade, sexo, raça, renda mensal, características do domicílio e composição familiar e condições de saúde. Dessa forma, Minosso et al. (2010) ressalta Índice de Barthel tem como objetivo primordial avaliar a independência da pessoa idosa em realizar atividades de vida diária, levando em consideração a realização de 10 atividades, que incluem marcha, tomar banho, alimentar-se, cuidar da higiene pessoal, vestir-se, transferências de posições e eliminações fisiológicas de resíduos. Os itens são avaliados pela realização autônoma ou com auxílio externo, com uma pontuação máxima de 5 pontos por cada sessão, totalizando 100 pontos no final do questionário. Vale salientar que valores mais próximos de 100 representam idosos mais independentes, que necessitam de pouca ou nenhuma ajuda para realizar as AVD¿s, da mesma forma que valores mais baixos, entre 0 a 20, representam as pessoas idosas com maior índice de dependência, pois não conseguem realizar as atividades com autonomia. Como análise opinativa, os dados da amostra serão analisados, tabulados e graficados utilizando o software Microsoft Excel e Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 21 para melhor visualização e análise. Para avaliar, será realiza o teste de normalidade, para verificar o nível de significância dos dados obtidos. Após isto, será determinado se será utilizado os testes não paramétricos de Mann-Whitney, Kruskal-Wallis e Correlação de Spearman, ou testes paramétricos que são teste T, ANOVA e Correlação de Pearson. A realização deste estudo considerará a Resolução n° 510/16 do Conselho Nacional de Saúde que rege sobre a ética da pesquisa envolvendo seres humanos direta ou indiretamente, assegurando a garantia de que a privacidade do sujeito da pesquisa será preservada. Este projeto será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Patos. Após a concessão de sua aprovação, todos os sujeitos envolvidos na pesquisa assinarão ao TCLE, que será impresso em duas vias, uma para o pesquisado e outra para o pesquisador ou todos sujeitos assinalarão o item aceito a participar da pesquisa para conseguir ter acesso ao questionário. A preservação da privacidade dos sujeitos será garantida por meio do Termo de Compromisso do Pesquisador.



Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar o impacto da vulnerabilidade social e sua relação com a funcionalidade de pessoas idosas.

Objetivo Secundário:

Traçar o perfil sociobiodemografico dos participantes da pesquisa relacionados a idade, sexo, estado civil, raça, número de filhos, diagnóstico;

Identificar os fatores de vulnerabilidade social de acordo moradia, componentes familiares, renda e saneamento básico que podem afetar a funcionalidade de pessoas idosas;

Avaliar a independência funcional baseadas no Índice de Barthel considerando tarefas de alimentação, banho, vestiário, higiene pessoal, eliminações vesicais e intestinais, uso do vaso sanitário, passagem da cadeira para cama, deambulação e escada.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS:

Admite-se nesta pesquisa alguns riscos mínimos oferecidos aos voluntários, como: possibilidade de constrangimento ao responder o questionário; desconforto; medo; vergonha; cansaço. No entanto, teremos muito cuidado na elaboração do conteúdo e no modo de aplicação do questionário, deixarei o entrevistado o mais à vontade possível, para que ele se sinta confortável na minha presença e não se sinta em nenhum momento coagido, farei tudo que for possível para manter o sigilo prometido e esclarecer os benefícios e a importância desta pesquisa.

BENEFÍCIOS:

Os benefícios da presente pesquisa se sobressaem aos riscos, a curto prazo, já observaremos: aumentará o repertório de conhecimento a respeito dos impactos da vulnerabilidade para a saúde, especialmente em como as pessoas idosas são impactadas em consequência de viverem em situação de vulnerabilidade social.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Verifica-se direcionamento metodológico adequado à realização de um trabalho com relevância acadêmica, científica e social.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentam-se de acordo com os termos previstos pela NORMA OPERACIONAL 001/2013, bem

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE PATOS - UNIFIP

como a RESOLUÇÃO 510/2016.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Favorável à realização do trabalho.

Considerações Finais a critério do CEP:

Com base nos parâmetros estabelecidos pelas RESOLUÇÕES 466/2012 , 510/2016 e 580/2018 do CNS/MS regulamentando os aspectos relacionados a ÉTICA ENVOLVENDO ESTUDOS COM SERES HUMANOS, o Comitê de Ética em pesquisa do UNIFIP - Centro Universitário de Patos, considera que o protocolo em questão está devidamente APROVADO para sua execução. Este documento tem validade de CERTIDÃO DE APROVAÇÃO para coleta dos dados propostos ao estudo. Destacamos que a CERTIDÃO PARA PUBLICAÇÃO só será emitida após o envio do RELATÓRIO FINAL do estudo proposto, via Plataforma Brasil.

O Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Centro Universitário - UNIFIP ¿ Patos - Paraíba aprova o RELATÓRIO FINAL, relacionado a este protocolo de pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2576508.pdf	25/06/2025 07:42:43		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.doc	25/06/2025 07:42:24	Aline Guimarães Carvalho	Aceito
Outros	QUEST2.docx	08/06/2025 18:09:38	Aline Guimarães Carvalho	Aceito
Outros	QUEST.docx	08/06/2025 18:09:17	Aline Guimarães Carvalho	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	08/06/2025 18:08:54	Aline Guimarães Carvalho	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.docx	08/06/2025 18:08:14	Aline Guimarães Carvalho	Aceito
Declaração de Pesquisadores	CP.pdf	08/06/2025 18:07:59	Aline Guimarães Carvalho	Aceito
Declaração de Instituição e	AI.docx	08/06/2025 18:07:44	Aline Guimarães Carvalho	Aceito

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE PATOS - UNIFIP

Continuação do Parecer: 7.664.147

Infraestrutura	AI.docx	08/06/2025 18:07:44	Aline Guimarães Carvalho	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	08/06/2025 18:07:30	Aline Guimarães Carvalho	Aceito
Folha de Rosto	folhafla.pdf	08/06/2025 18:07:16	Aline Guimarães Carvalho	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

PATOS, 25 de Junho de 2025

Assinado por:
Flaubert Paiva
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Horácio Nóbrega S/N - Bloco "G" - 2º Andar
Bairro: Belo Horizonte **CEP:** 58.704-000
UF: PB **Município:** PATOS
Telefone: (83)3421-7300 **Fax:** (83)3421-4047 **E-mail:** cep@fiponline.edu.br

ANEXO D – Normas da Revista PBPC

Normas

RESUMO DAS INFORMAÇÕES MAIS ÚTEIS PARA SUBMISSÃO

Resumo: 320 palavras, podendo exceder esse número quando for muito necessário. O resumo pode ser estruturado ou não. Caso o resumo ultrapasse as 320 palavras, uma justificativa deve ser enviada ao Editor do jornal.

Número de autores: O limite de autores por publicação é de 10.

Formatação: Não há necessidade de se preocupar com o processo de formatação, basta seguir o template que o BJIHS disponibiliza.

Número de laudas ou caracteres do texto: Não há limites

Referências: o texto pode ser referenciado em ABNT ou Vancouver. Não há limites para o número de referências.

Envio: Os artigos devem ser enviados pelo sistema de submissão do jornal**. Artigos enviados pelo email serão avaliados e caso aceito o autor correspondente será convidado a submeter o artigo pelo sistema de submissão do jornal.**

Artigos enviados pelo sistema de submissão que não tiverem todos os seus coautores devidamente inseridos no momento da submissão serão excluídos e o autor correspondente convidados a submeter novamente o artigo com todos os coautores devidamente preenchidos.

Durante o processo de submissão na Plataforma do jornal o Autor deve preencher corretamente a aba **NOME e SOBRENOME**, não inserindo em hipótese nenhuma o nome completo na aba **NOME** e não deixando em hipótese nenhuma a aba **SOBRENOME** vazia, pois isso gera inconsistência irreparável ao DOI do artigo na Plataforma Lattes, não podendo o autor utilizar este DOI em seu Lattes. A correção deste problema só é possível com uma nova numeração de DOI, que custará ao autor responsável o valor de R$ 50,00

É desejável que a aba **SOBRENOME** contenha apenas o último sobrenome do autor, para melhores fins de citação do artigo e na Plataforma Lattes.

CATEGORIAS E REQUISITOS DE MANUSCRITO

Artigos originais de pesquisa: Artigos inéditos com estudos originais em todas as áreas das ciências.

Artigos de revisão: Artigos que abordem os temas mais atuais da literatura médica vigente. Estas revisões podem ser Artigos de revisão ou Artigos de Revisão Sistemática. Artigos de Revisão crítica só serão aceitos caso sejam solicitados pelo Editor Chefe.

Relatos de casos: Casos em todas as áreas das ciências

Comunicações curtas: Resultados importantes ou anúncio de pesquisa, em um formato conciso e para publicação rápida.

Anais de conferências: Também podem ser considerados para publicação, a critério do Editor-Chefe.

Cópias e compartilhamentos CC: Só podem ser submetidas pelo corpo editorial do BJIHS e devem seguir rigorosamente todos os protocolos e diretrizes Creative Commons.

Cartas ao Editor: Podem ser submetidas pelo sistema de submissão do jornal ou enviadas via email. Cabe exclusivamente ao Editor Chefe aceitar ou não a publicação de uma carta enviada a redação do jornal.

Opinião: Artigo com a opinião de autores relevantes na literatura.

Experiência: Artigo narrando a experiência sobre algum fato relevante.

PREPARAÇÃO DA APRESENTAÇÃO

Cartas de apresentação

As cartas de apresentação não são obrigatórias; no entanto, elas podem ser fornecidas a critério do autor.

Partes do manuscrito

O manuscrito deve ser submetido em arquivo único, contendo texto imagens e tabelas.

Arquivo do texto principal

O arquivo de texto deve ser apresentado na seguinte ordem:

i.. Um título informativo curto, contendo as principais palavras-chave.
ii. Um título de curta duração com menos de 120 caracteres;
iii. Os nomes completos dos autores;
iv. As afiliações institucionais dos autores
v. agradecimentos, se houver;
vi. Resumo e palavras-chave;
vii. Texto principal;
viii. Referências;
ix. Tabelas (cada tabela completa com título e notas de rodapé);
x. Legendas das figuras;
xi. Apêndices (se relevante).

Figuras e informações de suporte devem ser fornecidas no mesmo arquivo do texto e podem vir no final ou no meio do texto.

Agradecimentos

As contribuições de qualquer pessoa que não atenda aos critérios de autoria devem ser listadas, com permissão do colaborador, na seção Agradecimentos. Suporte financeiro e material também deve ser mencionado. Graças a revisores anônimos, não são adequados.

Declaração de conflito de interesse

Os autores serão solicitados a fornecer uma declaração de conflito de interesses durante o processo de envio. Os autores que enviaram devem garantir a ligação com todos os co-autores para confirmar o acordo com a declaração final.

Resumo

Os resumos preferencialmente devem ter no máximo 320 palavras. Pode ser estruturado ou não. Deve ter introdução, objetivos, material e métodos, resultados, conclusões e nenhuma outra informação. Os nomes comerciais de produtos não devem ser incluídos no resumo.

Todo resumo em português ou espanhol deve obrigatoriamente ser seguido de um resumo em Inglês com palavras-chave também em inglês e todo resumo em inglês deve obrigatoriamente vir seguido de um resumo e palavras-chave em português.

Palavras-chave

Forneça de 3 a 8 palavras-chave separadas por uma vírgula.

Texto principal de artigos originais de pesquisa

O texto principal deve incluir Introdução, Material e Métodos, Resultados, Discussão e Conclusão.

Introdução: Resuma a lógica e o objetivo do estudo, fornecendo apenas referências estritamente pertinentes. Não revise a literatura existente extensivamente. Declare claramente a hipótese e objetivos do artigo.

Material e Métodos: O material e os métodos devem ser apresentados em detalhes suficientes para permitir a confirmação das observações. Os métodos publicados devem ser referenciados e discutidos apenas brevemente, a menos que modificações tenham sido feitas. Indique os métodos estatísticos utilizados, se aplicável.

Resultados: apresente seus resultados em uma sequência lógica no texto, tabelas e ilustrações. Não repita no texto todos os dados nas tabelas e ilustrações. As observações importantes devem ser enfatizadas.

Discussão: Resuma as descobertas sem repetir detalhadamente os dados fornecidos na seção Resultados. Relacione suas observações com outros estudos relevantes e aponte as implicações dos resultados e suas limitações. Cite outros estudos relevantes.

Conclusão: Uma breve e sucinta análise sobre qual conclusão chegou o trabalho.

Texto Principal de Comunicações Curtas

As comunicações breves são limitadas a duas páginas impressas, incluindo ilustrações e referências, e não precisam seguir a divisão usual em material e métodos, etc. mas devem ter um resumo.

Referências

- As referências podem ser numeradas no estilo Vancouver ou escritas estilo ABNT.

- Obrigatoriamente a numeração deve convergir com o numeral citado no corpo do artigo.

- Caso a citação no corpo do texto seja numerada, a forma como referenciar o estudo na categoria REFERÊCIA será no estilo Vancouver e caso a citação seja escrita no corpo do texto, a forma como referenciar o estudo deve ser ABNT.

Tabelas

As tabelas devem ser independentes e complementar, e não duplicar, as informações contidas no texto. Eles devem ser fornecidos como arquivos editáveis, não colados como imagens. As legendas devem ser concisas.

Legendas

As legendas devem ser concisas.

Figuras

Todas as figuras devem esclarecer o texto e seu número deve ser reduzido ao mínimo. Os detalhes devem ser grandes o suficiente para manter sua clareza após a redução no tamanho. Cada figura deve ter uma legenda.

Embora os autores sejam encorajados a enviar imagens da mais alta qualidade possível, para fins de revisão por pares, uma grande variedade de formatos, tamanhos e resoluções são aceitos.

Formatação

Não é necessário preocupar-se com a formatação do texto, basta seguir o modelo de artigo.

Tamanho e tipo de fonte, espaço entre linhas, colunas e etc. não devem ser levados em consideração no texto do artigo, pois caso o artigo seja aceito o próprio sistema de editoração do jornal já deixa o texto adequado as normas.

Apêndices

Os apêndices serão publicados após as referências.

Informações de Apoio

Informações de suporte são informações que não são essenciais para o artigo, mas fornecem maior profundidade e histórico. Está hospedado online e aparece sem editar ou digitar. Pode incluir tabelas, figuras, vídeos, conjuntos de dados, etc.

Submissão de manuscritos revisados

Ao enviar manuscritos revisados, solicita-se aos autores que realcem as revisões em amarelo, em vez de usar os recursos de alteração de faixa. Além disso, uma carta de resposta do autor deve ser fornecida, incluindo uma resposta detalhada a cada ponto de cada revisor.