

AVALIAÇÃO DA VULNERABILIDADE SOCIAL DE PESSOAS IDOSAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM CAMPINAS

Palavras-Chave: idoso, vulnerabilidade social, atenção primária.

Autores(as):

Rayane de Araújo Silva, Faculdade de Enfermagem – UNICAMP

Prof.^a. Dr.^a. Daniella Pires Nunes - UNICAMP

Prof.^a. Dr.^a. Flávia de Oliveira Motta Maia (orientadora), Faculdade de Enfermagem - UNICAMP

INTRODUÇÃO:

Segundo a Organização Mundial da Saúde, o envelhecimento populacional é um fenômeno global impulsionado pelo decréscimo nas taxas de fecundidade e o aumento da longevidade proporcionada pelos avanços na atenção à saúde, controle de doenças transmissíveis e a prevenção de mortes prematuras¹. Estima-se que, até 2030, a população idosa ultrapasse 993 milhões de pessoas no mundo¹. No Brasil, a população de pessoas idosas apresenta um crescimento de 57% ao longo dos últimos 12 anos, representando o equivalente à 10,9% do total da população brasileira².

Esse fenômeno populacional engloba uma ampla gama de aspectos multidimensionais, destacando-se, especialmente, a esfera da saúde, na qual a população idosa se sobrepõe como o principal grupo de usuários dos serviços de atenção básica e de pronto atendimento³.

Os problemas de saúde enfrentados pela população idosa estão majoritariamente ligados a condições crônicas e doenças não transmissíveis⁴, como doenças cardíacas, acidente vascular cerebral, doenças respiratórias crônicas, câncer e demência, onde a maior parte destes, embora de caráter individual, podem surgir e se agravar a partir dos ambientes físicos e sociais^{5,4,7}. Para alguns idosos, as mudanças do seu estado social e de fragilidade física comumente resultam em um declínio psicológico e funcional⁵. Além disso, conforme esse processo de envelhecimento progride, os indivíduos tendem a experimentar uma decadência social se tornando vulneráveis a desfechos de saúde dramáticos⁵.

Os determinantes sociais da saúde (DSS) são os fatores não médicos que influenciam os resultados de saúde, como as condições em que as pessoas nascem, crescem, trabalham, vivem e envelhecem, bem como, o conjunto de forças e sistemas que moldam as condições da vida cotidiana⁶. Os DSS são utilizados amplamente para fazer correlações entre os fatores sociais, econômicos culturais e étnico-raciais do contexto em que o indivíduo está inserido, com os impactos que podem ser observados sobre o olhar do processo saúde-doença, expondo as vulnerabilidades de cada recorte populacional⁶.

A atenção primária, como porta principal de acesso à rede de saúde, precisa compreender as demandas populacionais de forma abrangente. Estudos de saúde que consideram as vulnerabilidades sociais e seus determinantes têm maior capacidade de lidar com as adversidades enfrentadas pela população, permitindo prever e prevenir desfechos de saúde adversos com maior eficácia para os usuários^{6,7}. É necessário que haja uma identificação das vulnerabilidades sociais da crescente população idosa no país, para que assim, o cuidado oferecido consiga alcançar de forma plena os idosos de áreas e condições vulneráveis.

Visando a identificação sistematizada desses indivíduos e a multidimensionalidade das suas vulnerabilidades, objetivase neste projeto avaliar a vulnerabilidade social de pessoas idosas e os DSS associados, na atenção primária à saúde do município de Campinas-SP.

METODOLOGIA:

Trata-se de um estudo epidemiológico com delineamento transversal, que utilizou informações da primeira etapa do estudo “Compreendendo a díade idoso-cuidador: uma análise das condições de saúde, cuidado, acessibilidade e percepções sobre o apoio social” (CAAE: 77201623.4.0000.5404). O estudo está sendo realizado nos Distritos de Saúde do Município de Campinas, no estado de São Paulo.

A população do estudo foi composta por indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos, cadastrados nos Centros de Saúde de um dos Distritos de Saúde do Município de Campinas. O cálculo amostral baseou-se em amostragem probabilística proporcional ao tamanho dos distritos de saúde, considerando uma proporção esperada de 50%, erro amostral de 5%, intervalo de confiança de 95%, efeito de delineamento de 1,0 e acréscimo de 10% para perdas, resultando em 421 pares idoso-cuidador. A amostra foi estratificada em dois estágios: (1) sorteio aleatório de Centros de Saúde por distrito; (2) sorteio de idosos cadastrados nos CS selecionados. A amostra esperada para esta etapa corresponde a 10% do total calculado (42 participantes).

A coleta domiciliar ocorreu em turnos matutinos e vespertinos, mediante agendamento. A equipe foi composta por estudantes de graduação e pós-graduação em enfermagem e medicina, previamente treinados. Um pré-teste foi realizado com participantes não incluídos na amostra final, visando à padronização dos procedimentos. Os dados foram obtidos por meio de dois instrumentos: (1) um questionário de caracterização sociodemográfica e econômica, e (2) Índice de Vulnerabilidade Social e Familiar-10 (IVSF-10), que avalia duas dimensões de vida da pessoa idosa, sendo elas: suporte familiar e suporte social, onde a classificação dos participantes seguirá por categorias de risco de acordo com a interpretação do score, sendo de 0 a 4 pontos: baixa vulnerabilidade sociofamiliar, 5 a 9 pontos: moderada vulnerabilidade sociofamiliar e 10 pontos ou mais: alta vulnerabilidade sociofamiliar. Para a análise dos resultados, os dados foram tabulados e interpretados por meio de estatística descritiva simples.

Referente aos dados do IVSF-10⁸, por estar em fase inicial de coleta de dados, optou-se por apresentar, neste momento, uma análise parcial com foco nas variáveis individuais que compõem o instrumento, sem contabilizar o score total.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o parecer nº 77201623.4.0000.5404, conforme diretrizes norteadoras da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Após esclarecimento dos termos da pesquisa, os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e receberam uma cópia impressa. O anonimato e confidencialidade das informações coletadas foram garantidas, como estabelecido na Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018 – Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais.

RESULTADOS E DISCUSSÃO:

Foram analisados dados de entrevistas realizadas com 34 idosos usuários dos Centros de Saúde do Município de Campinas, com idades variando entre 61 e 94 anos, média 81 anos (DP 9,48). Esses dados revelam um perfil etário caracterizado pelo envelhecimento avançado, com predominância de indivíduos acima de 80 anos. Há uma tendência de concentração em faixas etárias mais altas, como previsto pelos índices de envelhecimento progressivo do país². Inclusive, a distribuição de sexo aponta para uma predominância feminina entre as pessoas idosas (80%), conforme apontado pela maioria dos estudos e dados populacionais^{1,2,9,10}. Esse fenômeno populacional, conhecido como feminização da velhice, é atribuído a múltiplos fatores, entre eles a maior mortalidade masculina decorrente de doenças como neoplasias e doenças cardiovasculares, além de maior exposição a comportamentos de risco, como o consumo de álcool, tabagismo, acidentes e violências^{9,10}. Enquanto em contrapartida, as mulheres tendem a buscar com mais frequência os serviços de saúde, adotam hábitos de vida mais saudáveis e estão a expostas a condições laborativas menos perigosas. Como consequência desse cenário de maior longevidade feminina,

muitas mulheres vivem por mais tempo em condições de fragilidade biológica e vulnerabilidade social, solidão decorrente da viuvez e maior dependência de recursos e cuidados externos¹⁰.

Quanto à composição domiciliar, a maioria dos idosos entrevistados reside com familiares ou amigos (88,24%), enquanto 11,76% vivem sozinhos. Em relação à vida conjugal, 32,35% referiram ter cônjuge ou companheiro, e 67,65% afirmaram não ter.

Tabela 1-*Caracterização por sexo e renda dos idosos entrevistados. Campinas, 2025.*

Característica	Categoria	Frequência (n)	Porcentagem (%)
Sexo	Homens	10	29,41
	Mulheres	24	70,59
Renda	1 a 2 salários-mínimos	12	40
	2 a 3 salários-mínimos	12	40
	Mais de 4 salários-mínimos	6	20

A distribuição de renda na amostra, aponta para uma predominância de 80% concentrando-se em faixa de renda flutuante de 1 a 3 salários-mínimos e apenas 20% com renda maior que 4 salários-mínimos. No que se refere à origem de renda, 82,35% dos idosos relataram ter acesso a benefício previdenciário, 2,94% a benefício assistencial, e 14,71% afirmaram não possuir nenhuma fonte de renda. Essa condição de renda limitada, pode ser causadora de um impacto significativo ao acesso a serviços de saúde, lazer, autonomia, exacerbando quadros de vulnerabilidade social, fortalecendo incertezas e inseguranças perante o outro¹⁰. O valor previsto como salário-mínimo atual, muitas vezes, não aporta as necessidades básicas de consumo, como a alimentação, remédios e transporte.¹³

Em relação à moradia, 76,47% dos idosos afirmaram possuir imóvel próprio, enquanto 23,53% não têm moradia própria. A posse de um imóvel próprio, identificada na maioria dos participantes, se configura como um fator importante e protetivo a saúde, por estar associada a segurança habitacional, a moradia é vista como ponto importante do DSS, pois interfere diretamente na qualidade de vida e exposição a situações de risco.⁶

Estudos associam a fragilidade física a progressão da idade⁵ e, a análise dos dados, permitiu observar uma correlação entre a idade e a necessidade de adaptações domiciliares como barras no banheiro, cozinha, escadas e/ou rampas. Especificamente, 48,15% dos idosos entrevistados residem em um domicílio que necessitou de adaptações, esses dados sugerem uma ligação entre a demanda por um ambiente que comporte as necessidades físicas de acessibilidade e segurança, crucial para a manutenção da autonomia segura. Durante análise foi observado a prevalência de idosos que residem com seus familiares, indicando que as adaptações necessárias transcendem o aspecto puramente estrutural da casa, exigindo muitas vezes, também, uma reestruturação e adaptação por parte da dinâmica familiar, para possibilitar a oferta de cuidados e suporte adequados durante o processo de envelhecimento.

No que tange ao suporte nas atividades de vida diária, 88,24% relataram contar com familiares ou cuidadores que os auxiliam quando necessário, enquanto 11,76% não têm esse suporte. O cuidado da pessoa idosa recair sobre o familiar parte de expectativas e normas culturais sobre o conceito de família e seu papel como familiar, comumente é atribuído a mulher o cuidado do idoso, muitas vezes tendo que renunciar a aspectos importantes de sua vida, como trabalho e ciclo social¹³.

Apenas 21,88% dos idosos afirmaram ser responsáveis por cuidados com pessoas que possam gerar sobrecarga familiar, enquanto a maioria (78,13%) respondeu negativamente, pois tendem a ser o alvo dos cuidados e não quem os oferta nesse período de vida.

Em relação à interação familiar e comunitária, 44,12% relataram satisfação com o convívio e/ou visitas frequentes de familiares ou amigos, enquanto 26,47% declararam insatisfação, e 29,41% não souberam ou não responderam, Observou-se que apenas 19,23% dos participantes relataram participar de eventos ou atividades sociais. A satisfação com interações familiares, sociais e comunitárias são extremamente importantes nessa idade, visto que a pessoa idosa tende a experienciar

perdas muito severas em relação a seu ciclo social devido a perda progressiva de capacidades, o que pode exacerbar o sentimento de solidão, que em indivíduos de idade elevada, pode vir acompanhado de quadros depressivos e isolamento social.¹⁴

A maioria (65,52%) declarou ser capaz de ler e escrever, enquanto 34,48% não são alfabetizados. Esses dados dialogam com o perfil de escolaridade dos participantes: 76,47% possuem o ensino fundamental incompleto e 11,76% não frequentaram a escola. Apenas 2,94% concluíram o ensino médio e outros 2,94% possuem ensino superior. A baixa escolaridade predominante entre os entrevistados pode estar relacionada aos índices de analfabetismo observados, o que reforça a importância de considerar o nível educacional como um marcador social de vulnerabilidade, especialmente na população idosa. A educação é vista como um dos principais DSS, influenciando diretamente o acesso à informação, aos serviços de saúde e à capacidade de exercer autonomia e cuidado com a própria saúde. Nesse sentido, níveis mais baixos de escolaridade estão associados a maior risco de adoecimento, menor adesão a tratamentos e maior exclusão social, agravando o quadro de vulnerabilidade⁶.

CONCLUSÕES:

Os resultados parciais apresentados neste estudo evidenciam um quadro relevante da população idosa usuária da APS, que enfrenta diversas formas de vulnerabilidade social, expressas por condições como envelhecimento avançado, baixa renda, escolaridade limitada e fragilidade no suporte familiar e comunitário. Esses aspectos, quando somados, aprofundam desigualdades e impactam diretamente na saúde, na autonomia e na qualidade de vida dessas pessoas.

Reconhecer e olhar com cuidado para esses determinantes sociais, de forma a incorporá-los de maneira sistemática na prática da APS não é apenas algo necessário, mas que precisa ser colocado em prática de maneira sistematizada. Avaliar as vulnerabilidades permite o planejamento de intervenções mais adequadas e eficazes, assim como humaniza o cuidado, antecipando riscos, reafirmando assim, o papel da APS como ponto de apoio fundamental para a construção de um processo de envelhecimento mais digno e equitativo.

BIBLIOGRAFIA

1. Department of Economic and Social Affairs. **World Population Prospects 2022: Summary of Results. New York: United Nation, Population Division; 2022.** eISBN: 9789210014380.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Panorama Censo 2022** [Internet]. Brasília: IBGE; 2023
3. Cesário VAC, Santos MM dos, Mendes TC de O, Souza Júnior PRB de, Lima KC de. **Tendências de acesso e utilização dos serviços de saúde na APS entre idosos no Brasil nos anos 2008, 2013 e 2019.** Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2021 Sep;26(9):4033–44. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.08962021>
4. Organização Mundial da Saúde. **Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde.** Genebra: OMS; 2015.
5. Ayeni A, Sharples A, Hewson D. **The Association between Social Vulnerability and Frailty in Community Dwelling Older People: A Systematic Review.** Geriatrics (Basel). 2022 Sep 26;7(5):104. doi: 10.3390/geriatrics7050104. PMID: 36286207; PMCID: PMC9601580.
6. Buss PM, Pellegrini Filho A. **A saúde e seus determinantes sociais.** Physis: Revista de Saúde Coletiva. 2007 Abril;17(1):77–93
7. Mah JC, Penwarden JL, Pott H, Theou O, Andrew MK. **Social vulnerability indices: a scoping review.** BMC Public Health. 2023 Jun 28;23(1):1253. doi: 10.1186/s12889-023-16097-6. PMID: 37380956; PMCID: PMC10304642.

8. **Manual de Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa para a Atenção Primária à Saúde: Aplicações do IVCF-20 e do ICOPE, Linha de Cuidado: Saúde da Pessoa Idosa; 2023.**
9. WHO Social determinants of health.
10. Carmo ME do, Guizardi FL. **O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social.** Cad Saúde Pública [Internet]. 2018;34(3):e00101417. Available from: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00101417>
11. Feraldi, A., Zarulli, V. **Patterns in age and cause of death contribution to the sex gap in life expectancy: a comparison among ten countries.** *Genus* 78, 23 (2022). <https://doi.org/10.1186/s41118-022-00171-9>
12. Sobrinho LC dos SL, Mendes AL de AC, Lima AAMR, Vieira FC, Mendes MSO da C, Cavalcanti TAS, Lacerda WW. **Envelhecimento populacional e feminização da velhice no contexto da atenção à saúde do idoso no Brasil.** Braz. J. Hea. Rev. [Internet]. 2024 Mar. 26 [cited 2025 Aug. 1];7(2):e68369. Available from: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/68369>
13. Minayo MC de S. **Cuidar de quem cuida de idosos dependentes: por uma política necessária e urgente.** Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2021Jan;26(1):7–15. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.30872020>
14. Carmona CF, Couto VVD, Scorsolini-Comin F. **A EXPERIÊNCIA DE SOLIDÃO E A REDE DE APOIO SOCIAL DE IDOSAS.** *Psicol Estud* [Internet]. 2014Oct;19(4):681–91. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-73722395510>
15. Brasil. Portaria nº 2436 de 21 de setembro de 2017. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** Diário Oficial da União. 2017; 21 set.
16. Portaria nº 344 de 1º de fevereiro de 2017.
17. Rabelo, Dóris Firmino , et al. **Racismo E Envelhecimento Da População Negra.** 2018.