



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

MARTA LÚCIA CRUZ

**VULNERABILIDADE EM IDOSOS RESIDENTES NO CONDOMÍNIO CIDADE
MADURA**

CAMPINA GRANDE/PB

2016

MARTA LÚCIA CRUZ

**VULNERABILIDADE EM IDOSOS RESIDENTES NO CONDOMÍNIO CIDADE
MADURA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharelado em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Fabíola Araújo Leite Medeiros.

CAMPINA GRANDE/PB

2016

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

C957v Cruz, Marta Lúcia.
Vulnerabilidade em idosos residentes no Condomínio Cidade Madura [manuscrito] / Marta Lúcia Cruz. - 2016.
27 p.

Digitado.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2016.
"Orientação: Profa. Dra. Fabíola Araújo Leite Medeiros, Departamento de Enfermagem".

1. Envelhecimento. 2. Vulnerabilidade. 3. Saúde do idoso.
4. Assistência em enfermagem. I. Título.

21. ed. CDD 618.97

MARTA LÚCIA CRUZ

VULNERABILIDADE EM IDOSOS RESIDENTES NO CONDOMÍNIO CIDADE
MADURA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharelado em Enfermagem.

Aprovada em: 25/05/2016

BANCA EXAMINADORA

Fabiola de Araújo Leite Medeiros
Prof. Dr.^a Fabíola Araújo Leite Medeiros. (Orientadora)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Thaíse Alves Bezerra
Prof. Me. Thaíse Alves Bezerra
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Lidiany Galdino Félix
Prof. Me. Lidiany Galdino Félix
Universidade Federal de Campina Grande (UFCG)

À Deus, pela sua maravilhosa graça e por estar sempre presente em minha vida. Porque Dele, por meio Dele e para Ele são todas as coisas, DEDICO.

AGRADECIMENTOS

A Deus por ter me dado saúde e força para enfrentar e superar as adversidades, sem Ele não haveria sentido a magnitude dessa conquista.

A esta universidade, seu corpo docente, direção, coordenação e administração que oportunizaram a janela que hoje vislumbro um horizonte superior.

Aos meus pais José Justino (in memoriam) e Luzia Sabino que sempre me ofereceram apoio nos estudos e são meus exemplos de dignidade, honestidade, caráter e amor.

As minhas filhas, Bruna Eduarda e Camila Cruz, pela ajuda e compreensão nas minhas ausências no seio da família.

Ao meu gato Siviriny, que sempre esteve em minha companhia nas longas noites.

Ao meu companheiro Manoel Gomes, pela sua paciência, seu apoio e ajuda sem a qual teria sido quase que impossível essa conquista.

A minha gerente Maria Nubia de Oliveira, pela sua compreensão e apoio durante o período de minha formação.

A minha orientadora Fabíola de Araújo Leite, pelo suporte no pouco tempo que lhe coube, pela ética, compromisso, dedicação, correções e incentivos.

As professoras participantes da banca examinadora que dividiram comigo este momento tão importante e esperado: Prof. Me. Lidiany Galdino Félix, e a Prof. Me. Thaíse Alves Bezerra.

E a todos que direta ou indiretamente fizeram parte de minha formação, o meu muito obrigada.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	6
2 OBJETIVO.....	9
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	9
4 METODOLOGIA	12
4.1 Tipo do estudo.....	12
4.2 Local, período do estudo e população.....	12
4.3 Amostra e Amostragem.....	13
4.4 Execução da coleta de dados.....	13
4.5 Coleta de dados e instrumento de pesquisa.....	13
4.6 Análise dos resultados.....	14
4.7 Procedimentos éticos.....	14
5 RESULTADOS.....	14
6 DISCUSSÃO.....	18
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	20
ABSTRACT.....	21
REFERÊNCIAS.....	21
APÊNDICE A- FORMULÁRIO SOBRE ASPECTOS DEMOGRÁFICOS E SOCIOECONÔMICOS.....	24
APÊNDICE B- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	25
ANEXO A- INSTRUMENTO VULNERABLE ELDERERS SURVEY (VES-13)	27

VULNERABILIDADE EM IDOSOS RESIDENTES NO CONDOMÍNIO CIDADE MADURA

Marta Lúcia Cruz*

RESUMO

A vulnerabilidade é definida como um conjunto de fatores biológicos, epidemiológicos, sociais e culturais cuja associação predispõe fator de risco para doenças. Está relacionada com o envelhecimento da população, e tem se tornado tema desafiador entre pesquisadores comprometidos com seus desfechos. Objetivou-se com esse estudo avaliar a vulnerabilidade, dos primeiros moradores de um condomínio da maturidade no município de Campina Grande/PB. Trata-se de um estudo transversal, descritivo, com abordagem quantitativa. Participaram da pesquisa 30 moradores, dos quais 16 do sexo feminino e 14 do sexo masculino, todos na faixa etária entre 60 e 84 anos. Os instrumentos utilizados na pesquisa foram o formulário sobre questões sociodemográficas e o Vulnerable Elders Survey. A faixa etária estudada já apresenta no seu perfil, risco de vulnerabilidade fisiológica, e através da análise dos dados, pode-se constatar que 30% dos idosos residentes no “cidade madura”, eram vulneráveis, entre eles 44,4% do sexo masculino, e 55,6% do sexo feminino. Essa pesquisa revela desfechos positivos, uma vez que mostrou a realidade da situação dos condôminos; os desafios da enfermagem para proporcionar uma velhice ativa e saudável àquela população, bem como a triagem na busca de idosos vulneráveis; viabilizar políticas pública satisfatória por parte de gestores de forma a prover dignidade e autonomia aos seus moradores.

Palavras-Chave: Envelhecimento; Idosos; Vulnerabilidade; Enfermagem.

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população é considerado como fenômeno mundial tanto em países desenvolvidos, como também já faz parte da realidade da maioria dos países em desenvolvimento. No Brasil existem cerca de 13 milhões de indivíduos com idade acima de 65 anos, e a estimativa é de que esse grupo alcance 39 milhões em 2040 (PONTES et al, 2014).

Conforme Maia (2011), o envelhecer é um processo fisiológico ininterrupto, possui características peculiares relevantes no desenvolvimento humano que requer atenção integral. Dentro do ciclo vital, ele é um processo natural e heterogêneo.

Para Mallmann, Hammerschmidt e Santos (2012), com o avançar da idade, surgem

* Aluna de Graduação em Enfermagem na Universidade Estadual da Paraíba – Campus I.
E-mail: martalc3@hotmail.com

Transformações biopsicossociais que podem interferir na saúde da pessoa idosa, que por sua vez, perde gradualmente a capacidade para se adaptar ao ambiente, acarretando maior vulnerabilidade e incidência de processos patológicos advindos da situação de fragilidade imposta pelo processo de envelhecimento.

A vulnerabilidade em idosos tem se tornado tema desafiador entre pesquisadores comprometidos com os desfechos da mesma, bem como intervir e identificar tais desfechos em idosos expostos a eventos adversos e que também estão suscetíveis a danos ao bem-estar e saúde (SILVA et al, 2012).

A vulnerabilidade é definida como um conjunto de fatores biológicos, epidemiológicos, sociais e culturais cuja associação predispõe fator de risco para doenças (MALLMANN; HAMMERSCHMIDT; SANTOS, 2012).

Almeida et al (2012) definem vulnerabilidade como resultado de interações multifatorial e complexas entre riscos discretos que desencadeiam ameaças que evoluem e se materializam ao longo do tempo, aliada ao déficit imunitário ou recursos para lidar com situações adversas dessa ameaça.

Os autores supracitados sugerem que a vulnerabilidade seja avaliada conforme exposição de ameaça, bem como estratégias de enfrentamento e resultados. Nessa perspectiva, a exposição aos riscos pode ser estabelecida por situações socioestruturais, políticas, ambientais e individuais.

Ribeiro e Yassuda (2011) afirmam que um fator determinante da qualidade de vida na senescência é a capacidade cognitiva, sem a qual o indivíduo fica predisposto ao comprometimento da função física, social e emocional, que por sua vez se torna um fator de risco para vulnerabilidade.

A capacidade cognitiva de um indivíduo compreende um conjunto de capacidades mentais que permitem compreender e resolver os problemas do cotidiano. (MORAES, 2012).

Pesquisas têm enfatizado o êxito que o estilo de vida desempenha na manutenção do desempenho cognitivo, bem como na prevenção de comorbidades. Outro fator relevante no benefício da capacidade cognitiva é a prática de atividade física, leituras, bem como a prática de algum esporte e participação em atividades religiosas (RIBEIRO; YASSUDA, 2011).

Rinco, Lopes e Domingues (2012) afirmam que quando há ingerência no panorama do envelhecimento, pelos indivíduos e coletividades, conseqüentemente haverá um aumento do risco para o desenvolvimento de vulnerabilidades de natureza biológica, socioeconômica e psicossocial. Os autores consideram ainda que durante o processo vital de envelhecer, há um declínio biológico contínuo, característico da senescência, associados com processos

socioculturais, com desfechos deficitários educacionais, que determinam que na longevidade mais tardia, ou seja, quando o limiar da vida avança os anos, as incapacidades aparecem e as consequentes vulnerabilidades.

Ainda para essas autoras, nos dias atuais, envelhecer é uma questão de subsidiar políticas públicas e como tal deve ter seu foco para o desenvolvimento humano. Uma política focada para o público idoso precisa ser planejada considerando a relação que envolva articulação, continuidade e solidariedade entre os diversos atores e territórios, por em evidência clareza as diretrizes e papéis dos órgãos e setores que serão responsáveis por executar e pelo seu monitoramento (RINCO; LOPES; DOMINGUES, 2012).

A criação de um Estatuto do Idoso no país ainda não garantiu um processo de qualidade de vida às pessoas com mais de 60 anos de idade. Porém, nesse mesmo documento é colocado que a pessoa idosa tem o direito a cidadania e de morar em condições dignas com apoio social. Uma das proposições sociais no Estado da Paraíba, para com a pessoa idosa, foi a fundação de um Condomínio para a Maturidade, denominado Condomínio Cidade Madura (BRASIL, 2003)

Esse tipo de habitação é uma modalidade ainda recente no Brasil, que está presente em poucos estados, a exemplo de Uberlândia (MG), Nova Andradina (MS), Niterói (RJ), Jundiaí (SP), João Pessoa (PB), Francisco Beltrão, Maringá e Guarapuava, estes últimos localizados no estado do Paraná. (TESTON, MARCON, 2014).

No município de Campina Grande, o condomínio Cidade Madura foi inaugurado pelo governo do Estado por meio da Companhia Estadual de Habitação Popular (CEHAP) em maio de 2015, com a finalidade de promover acesso à moradia digna e adequada às necessidades das pessoas com idade igual ou superior a 60 anos. São casas construídas nos moldes de um condomínio fechado, cercadas de uma ampla infraestrutura. O diferencial que o programa é voltado para idosos independentes. Composto de 40 unidades habitacionais, cada edificação abriga duas unidades, projetadas de acordo com as normas de acessibilidade e adaptadas tanto para idosos que deambulam, quanto para aqueles com necessidade de utilização de cadeira de rodas (CARNEIRO, 2016).

Nesse contexto, buscou-se questionar: Os primeiros moradores do Condomínio Cidade Madura apresentam vulnerabilidade em saúde? Como programar atividades que venham postergar as incapacidades sociais e físicas dessas pessoas, garantindo uma melhor condição de vida na sua velhice? Diante de tais questionamentos, realizou-se esse estudo.

2 OBJETIVO

Avaliar a vulnerabilidade dos primeiros moradores de um condomínio da maturidade (Condomínio Cidade Madura) no município de Campina Grande/PB, através da aplicação do instrumento VES-13.

3 FUNDAMENTAÇÕES TEÓRICA

O processo do envelhecimento acontece de forma natural, fisiológica, inerente ao desenvolvimento do ser humano, acompanha suas próprias particularidades, que requer atenção voltada para seu reconhecimento, a fim de que possa ser identificadas anormalidades nesse processo (MAIA, 2011).

Conforme estudos da autora supracitada, desde o ano de 1950, a expectativa de vida tem aumentado numa proporção de 18 anos. De 47 anos em 1950 para 65 anos em 2000, e a projeção para o ano de 2050 é que a expectativa de vida chegue aos 75 anos, evidenciando um aumento da população idosa acima de 80 anos. Os determinantes dessa desenfreada transição demográfica nos países desenvolvidos estão relacionados as melhorias na qualidade de vida, trabalho, bem como o padrão educacional, que por sua vez tende a reduzir a taxa de mortalidade e de fecundidade.

Já nos países subdesenvolvidos, a ênfase é dada aos avanços técnico científicos que também trazem redução da fecundidade e mortalidade, todavia de forma desorganizada, uma vez que não acompanha a rapidez do progresso social e econômico, dificultando o acesso dessa população a políticas públicas de boa qualidade (MAIA, 2011).

Segundo citação da Organização Mundial da Saúde (OMS), no Brasil a velhice inicia-se por volta dos 60 anos, já nos países desenvolvidos aos 65 anos. Esses também são critérios mencionados pela Política Nacional do Idoso (Lei n.º 8.842 de 04/01/1994), bem como pelo Estatuto do Idoso (Lei n.º 10.147 de 01/10/2003) (MAIA, 2011).

No processo do envelhecimento, ocorrem mudanças no perfil de morbimortalidade de uma população, podendo predominar doenças e agravos crônicos no lugar de doenças infecciosas antes prevalentes. E essa transição epidemiológica origina mudanças nos padrões de saúde e doença da população (KÜCHEMANN, 2012).

Com o avançar da idade, alterações de natureza biológica, socioeconômica e psicossocial favorecem um aumento do risco para o desenvolvimento de vulnerabilidades, decorrente do declínio biológico típico da senescência, no qual o indivíduo interage com eventos socioculturais, com os efeitos acumulativos de condições deficitárias de educação,

renda e saúde ao longo da vida e com as condições do estilo de vida atual. (RODRIGUES; NERI, 2012).

Para Rodrigues e Neri (2012), a vulnerabilidade compreende a situação de indivíduos ou grupos que, de alguma forma se tornam incapazes de apresentar poder de autodeterminação, comprometendo sua autonomia devido a déficits de poder, inteligência, educação, recursos, força entre outros interesses pessoais.

As autoras supracitadas mencionam ainda três categorias que explicita a vulnerabilidade individual, compreendendo seu aspecto biológico, emocional, cognitivo, atitudinal e referente às relações sociais. A vulnerabilidade social evidenciada através de seus aspectos culturais, sociais e econômicos que deliberam oportunidades de acesso a bens e serviços, e a vulnerabilidade programática reportando aos recursos sociais necessários para a proteção do indivíduo a riscos à integridade e ao bem-estar físico, psicológico e social.

O Protocolo de identificação do idoso vulnerável Vulnerable Elders Survey (VES-13), é um instrumento simples, eficaz, capaz de identificar o idoso vulnerável residente na comunidade, enfatizando dados referentes a idade, auto percepção da saúde, presença de limitações físicas e incapacidades. O idoso vulnerável foi definido como aquele indivíduo que tem risco de declínio funcional ou morte em dois anos (PARANÁ, 2014).

É um questionário simples, de fácil aplicação que pode ser respondido tanto pelo paciente ou pelos familiares/cuidadores, inclusive por telefone. O VES-13 foi desenvolvido nos Estados Unidos, por Saliba et al em 2001. É um instrumento com tempo médio de aplicação de cinco minutos que contemplam questões sobre a idade, saúde, capacidade funcional e condição física (LUZ et al, 2013).

Baseia-se na avaliação das habilidades necessárias para a realização das tarefas do cotidiano. Foi traduzido e adaptado para a língua portuguesa, mostrou-se um instrumento confiável no que diz respeito à estabilidade e à consistência interna de suas medidas. Composto por 13 itens, cada um recebe uma determinada pontuação e o somatório final pode variar de zero a dez pontos. Pontuação igual ou superior a três significa um risco 4,2 vezes maior de declínio funcional ou morte em dois anos, quando comparado com idosos com pontuação menor ou igual a dois, independentemente do sexo e do número ou tipo de comorbidades presentes (PARANÁ, 2014).

Para Maia et al 2012, os critérios estabelecidos para definir vulnerabilidade foram: idade igual ou superior a 65 anos e alto risco de declínio funcional ou óbito em dois anos.

No que se refere às necessidades de saúde dos idosos, que requer uma atenção integral, implementou-se no Brasil, a Política Nacional de Saúde do Idoso - PNSI, que garante direitos

sociais à pessoa idosa, viabilizando condições a fim de promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade e reafirmando o direito à saúde nos diversos níveis de complexidade do Sistema Único de Saúde (SUS) (LIMA et al, 2010).

O SUS preconiza a universalização do acesso, a integralidade da atenção, a equidade, a descentralização da gestão, a hierarquização dos serviços e o controle social. A implantação desse sistema pressupõe a reorganização das práticas sanitárias e a transformação do modelo assistencial e da organização do serviço dessa população (PAZ, et al 2006).

No Brasil, tanto a Constituição Federal de 1988, a Política Nacional do Idoso, bem como o Estatuto do Idoso, considera que o suporte a pessoa idosa, está sobre a responsabilidade da família, da sociedade e do poder público. Nessa perspectiva, caracteriza-se como um direito social, que visa defender sua dignidade e bem-estar e garantir-lhes o direito à vida, à saúde, à habitação, ao transporte, à cidadania, e a liberdade (BRASIL, 1988; BRASIL, 1994; BRASIL, 2003).

Conforme o artigo 37 do Estatuto do Idoso, que reza sobre o direito a habitação, o idoso tem direito à moradia digna, no seio da família natural ou substituta, ou desacompanhado de seus familiares, quando assim o desejar, ou ainda em instituição pública ou privada (BRASIL, 2003).

Dessa forma, para Rodrigues e Neri (2012), órgãos e entidades governamentais deverão promover a elaborar planos, programas e projetos que possam ter as seguintes diretrizes: Promoção do envelhecimento ativo e saudável, atenção integral e integrada, estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção.

Não obstante o Estado subsidiar serviços básicos de saúde para a população estudada, existe ainda uma insuficiência relacionada a serviços e moradia para cuidados de longa duração (KÜCHEMANN, B.A. 2012). Foi pensando nessa problemática que surgiu os chamados condomínios para idosos, os quais representam uma nova modalidade habitacional voltada para idosos de baixa renda, presente em poucas cidades brasileiras, com o objetivo de proporcionar, além de moradia digna, manutenção e promoção da qualidade de vida.

Nesses espaços são valorizados o convívio e a interação com e entre os idosos, apresentam estrutura física planejada e adequada às especificidades e necessidades dessa população, contribuindo para a manutenção de sua autonomia e qualidade de vida, bem como favorecer um estilo de vida positivo ao possibilitar ao mesmo tempo, oportunidades de companheirismo, privacidade e independência. (TESTON, MARCON, 2014).

Para Teston e Marcos (2014), diferentemente de asilos e casas de repouso, os moradores desses Condomínios são independentes, pagam taxa de moradia simbólica, têm

autonomia para entrar e sair e decidem sobre sua organização e funcionamento de forma coletiva.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo do estudo

Trata-se de um estudo transversal, descritivo com abordagem quantitativa. Os estudos transversais são os que medem a prevalência da doença (estudos de prevalência). Nesses estudos, as medidas de exposição e efeito (doença) são realizadas simultaneamente. Os dados obtidos através desse estudo são úteis para análise das necessidades em saúde da população. Essas pesquisas enfatizam características pessoais e demográficas, doenças e hábitos relacionados à saúde. A frequência de doenças ou suas particularidades são examinadas em relação à idade, sexo e grupo étnico (BONITA; BEAGLEHOLE; KJELLSTRÖM, 2010).

De acordo com os autores supracitados, os estudos observacionais permitem que a natureza determine o seu curso, o investigador mede, todavia não intervém. Classificam-se em descritivos e analíticos.

Para Serapioni (2000) a abordagem quantitativa atua em níveis de realidade e tem como propósito trazer à luz dados, indicadores e tendências observáveis.

Segundo Dalfovo et al (2008), este método caracteriza-se pela aplicação da quantificação, tanto nas modalidades de coleta de informações, quanto no tratamento dessas por meio de técnicas estatísticas, desde as mais simples até as mais complexas.

Para a coleta de dados foi utilizado um questionário contendo dados sociodemográficos, e o instrumento Vulnerable Elders Survey (VES-13), a pesquisa foi presencial, realizada nas residências do condomínio “Cidade Madura”.

4.2 Local, período do estudo e população

O estudo foi realizado no Condomínio Cidade Madura, localizado no bairro do Ligeiro, situado no município de Campina Grande/PB. O período estipulado para o levantamento dos dados foi programado para os meses de janeiro a março de 2016.

O condomínio fechado “Cidade Madura” em Campina Grande, foi inaugurado pelo governo do Estado em maio de 2015. Possui uma área de 1,2 hectares, dispõe de unidade de saúde; centro de vivência e redário; uma praça contendo horta comunitária; pista de caminhada. É composto de 40 unidades habitacionais. Cada edificação abriga duas unidades,

projetadas de acordo com as normas de acessibilidade e adaptadas tanto para idosos quanto para a necessidade de utilização de cadeira de rodas.

A unidade de saúde possui um consultório médico, e um consultório odontológico, além de uma sala de curativos, enfermaria e repouso para plantonistas. O centro de vivência com 260,59m² possui um salão, sala de aula, sala de TV, sala de fisioterapia, WCs acessíveis, copa de apoio e um depósito.

Os moradores são escolhidos após um estudo social completo. A pessoa idosa pode morar sozinha ou com seu cônjuge e pagar apenas as despesas referentes à utilização do imóvel, que é de propriedade do Estado. A concessão só será reincidida caso o idoso manifeste interesse ou quando há perda de autonomia ou falecimento, sendo o imóvel cedido para outro idoso.

Para ter direito a participar do programa, é preciso residir preferencialmente na cidade há pelo menos dois anos, ter 60 anos ou mais e possuir renda de até cinco salários mínimos. Também é necessário que a pessoa tenha possibilidade de locomoção e lucidez compatível para a realização das atividades da vida diária.

4.3 Amostra e Amostragem

A população do estudo envolveu 30 idosos que residem no condomínio “Cidade Madura”.

O referido espaço contém 40 residências, e que podem residir no máximo dois idosos por residência; o universo da amostra foi baseada conforme aceitação voluntária, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os critérios de inclusão: ser considerado pessoa idosa (60 anos ou mais); ser morador do condomínio; querer participar da entrevista e ter estado mental preservado.

A amostra foi aleatória simples e da população dos 45 moradores do condomínio, participaram da amostra 30 indivíduos, que concordaram em participar voluntariamente da pesquisa, e apresentavam estado mental preservado para responder as questões do estudo.

4.4 Execução da coleta de dados

A coleta de dados aconteceu baseado na avaliação da vulnerabilidade da pessoa idosa, através da aplicação de um formulário de aspectos demográficos e socioeconômicos e do instrumento (VES-13).

4.5 Coleta de dados e instrumentos de pesquisa

Os dados foram coletados através da visita às residências, mediante técnica de entrevista e avaliação da capacidade funcional utilizando-se o instrumento de coleta (Apêndice A): Dados demográficos e socioeconômicos; e Instrumento de identificação do Idoso Vulnerável (Anexo A). O instrumento de identificação do Idoso Vulnerável desenvolvido por Saliba et al em 2001, tem-se mostrado eficaz na identificação do idoso vulnerável. A avaliação por essa escala pondera pontuação igual ou superior a 3 pontos um risco de 4,2 vezes maior de declínio funcional ou morte, comparado ao idoso com pontuação menor ou igual a 2. Considera também a idade acima de 65 anos, que tem maior risco de declínio funcional (MORAES, 2012; MAIA et al, 2012).

4.6 Análise dos resultados

Os dados foram compilados em um banco de dados, processados em software estatístico, R e analisados mediante a utilização da estatística descritiva. Os dados foram apresentados em tabelas, com frequências absolutas e relativas.

4.7 Procedimentos éticos

Nesta pesquisa foram seguidas às recomendações preconizadas pela Resolução nº 466/12, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde/MS, que dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos, que incorporou, sob a ótica do indivíduo e da coletividade, os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, entre outros, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado. Para tal, este projeto foi submetido à avaliação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba, mediante aprovação do Pré-projeto, segundo protocolo aprovado sob número 5376815.0.0000.5187.

Foi devidamente assinado pelos participantes o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice B).

5 RESULTADOS

Na **Tabela 1**, dos 30 participantes da pesquisa, (53,3%) pertenciam ao sexo feminino e (46,6%) ao sexo masculino. A faixa etária prevalente esteve entre os 60-74 anos, equivalendo-se a (76,7%), (23,3%). Em relação a escolaridade, (26,7%) não estudou; (3,3%) dizia ser alfabetizado; (33,3%) estudou durante 4 anos de sua vida; (20%) estudou entre 4-8 anos; e (16,7%) frequentou a escola formal em mais de oito anos consecutivos. Discorrendo

sobre a renda, (90%) eram aposentados; (76,7%) e (76,7%) não possuía dependentes.

Tabela 1 - Aspectos demográficos e socioeconômicos de idosos, moradores do Condomínio Cidade Madura, Campina Grande/PB, Brasil, 2016.

Aspectos demográficos e socioeconômicos	Idosos (Condomínio Cidade Madura)	
	N	%
Sexo		
Masculino	14	46,7
Feminino	16	53,3
Idade		
60-74	23	76,7
75-84	7	23,3
Escolaridade		
Analfabeto	8	26,7
Semianalfabeto	1	3,3
Até 4 anos	10	33,3
Entre 5-8 anos	6	20,0
+ 8 anos	5	16,7
Estado Civil		
Solteiro	8	26,6
Casado	9	30,0
Divorciado	2	6,7
Viúvo	9	30,0
Outros	2	6,7
Religião		
Católica	17	56,7
Evangélica	11	36,7
Espírita	1	3,3
Outros	1	3,3
Aposentadoria		
Sim	27	90,0
Não	3	10,0
Renda		
Menos de um salário	1	3,3
Um salário mínimo	23	76,7
Um salário e meio	6	20,0
Nº de dependentes		
0	23	76,7
1-3	7	23,3

Fonte: Formulário: Condições de Saúde, 2016.

Na **Tabela 02**, dos 30 participantes da pesquisa, (53,3%) referiram sua saúde como BOA, em relação a pessoas com sua idade.

Tabela 2 - Frequência de condições de saúde dos idosos moradores do Condomínio Cidade Madura, Campina Grande/PB, Brasil, 2016.

Frequência/ocorrência	N	%
Saúde		
Ruim	2	6,7
Regular	9	30,0
Boa	16	53,3
Muito boa ou excelente	3	10,0

Fonte: VES-13, 2016.

Com relação as dificuldades em exercer atividades físicas na rotina diária, a **tabela 3** demonstra a realidade da população estudada, onde (23,2%) apresentam dificuldade de movimentos como curva-se, agachar-se e ajoelhar-se; (13,3%) para andar 400 metros.

Tabela 3 - Frequência acerca das dificuldades de realizar atividades físicas* dos idosos moradores do Condomínio Cidade Madura, Campina Grande/PB, Brasil, 2016.

Variáveis/escores	Pontuação 1		Não pontuou	
	N	%	N	%
Curvar-se, agachar ou ajoelhar	7	23,2	23	76,8
Levantar ou carregar objetos com peso aproximado de 5 quilos	0	0	30	100
Elevar ou estender os braços acima do nível do ombro	0	0	30	100
Escrever ou manusear e segurar pequenos objetos	2	6,6	28	93,4
Andar 400 metros (aproximadamente quatro quarteirões)	4	13,3	26	86,7

Fazer serviço doméstico pesado como esfregar o chão ou limpar janelas	2	6,6	28	93,4
---	---	-----	----	------

*Considera que o escore para essa avaliação: 1 ponto para cada resposta “muita dificuldade” ou “incapaz de fazer”.

Fonte: VES-13, 2016.

A **Tabela 4**, apresenta as dificuldades postas pela condição de saúde e a relação com as atividades rotineiras instrumentais de vida, (30%) referiram dificuldades para fazer compras; (16,7%) para lidar com dinheiro; (10%) atravessar o quarto andando.

Tabela 4 - Distribuição de moradores do condomínio Cidade Madura, quanto a sua condição de saúde e a dificuldade em realizar as atividades rotineiras e instrumentais de vida*, Campina Grande/PB, Brasil, 2016.

Variáveis/escores	Pontuação 1		Não pontuou	
	n	%	n	%
Fazer compras	9	30,0	21	70,0
Lidar com dinheiro	5	16,7	25	83,3
Atravessar o quarto andando	3	10,0	27	90,0
Realizar tarefas domésticas	2	6,7	28	93,3
Tomar banho de banheira e chuveiro sozinho	1	3,3	29	96,7

*Considera que o escore para essa avaliação: 4 pontos para uma ou mais respostas “sim”.

Fonte: VES-13, 2016.

Quanto a situação de vulnerabilidade, a **Tabela 5** detalha por sexo o percentual de idosos vulneráveis e não vulneráveis, onde descreve como **vulneráveis**, homens (44,4%); Mulheres (55,6) e **não vulneráveis**, homens (47,6%); mulheres (52,4%). Observou-se que, (30%) dos idosos foram considerados **vulneráveis**, enquanto que 21 (70%) não **vulneráveis**.

Tabela 5 - Distribuição de moradores do condomínio Cidade Madura, quanto a situação de vulnerabilidade, por sexo*, Campina Grande/PB, Brasil, 2016.

Vulnerabilidade	N	%
Vulneráveis		
Homem	4	44,4
Mulher	5	55,6
Não vulneráveis		
Homem	10	47,6
Mulher	11	52,4

Fonte: VES-13, 2016.

6 DISCUSSÃO

Esse estudo teve por objetivo, diagnosticar a vulnerabilidade ou o risco de vulnerabilidade em saúde em idosos, o que de acordo com a própria pesquisa, há o que se promover e investigar o que está transtornando a pessoa idosa em relação a suas queixas de saúde, prevendo iniciativas que venham otimizar a dinâmica do envelhecimento ativo em espaços como este, destinados a pessoa idosa em convívio coletivo.

Acima dos 85 anos, de acordo com a pontuação prevista no VES-13, o idoso já obtém pontuação acima de 3 pontos, o que determinará um risco de 4,2 vezes maior de declínio funcional ou morte em dois anos (MORAES, 2012). Dessa forma, conforme a **Tabela 1**, os moradores do condomínio ainda se encontram numa faixa etária que exclui essa pontuação inicial do instrumento, todavia, determina diante da faixa etária, um perfil vulnerável a diversidade de situações advinda com a velhice.

Corroborando com Maia (2011), a escolaridade do brasileiro continua baixa, e que representa um fator de risco para vulnerabilidade, uma vez que ter mais anos de estudo está associado a estilo de vida mais saudáveis, bem como ter consciência de procurar serviços preventivos de saúde. Em relação a renda, essa autora afirma também que a mesma está associada a vulnerabilidade, e nesse estudo foi visto que (n=23) idosos recebiam um salário mínimo.

Com relação ao estado civil, pode-se observar um percentual elevado de idosos morando só. Para Almeida; Litvoc e Perez (2012), morar sozinho constitui um fator de risco para vulnerabilidade do idoso, pois não ter ninguém que ajude sugere isolamento social, ameaçando sua permanência no domicílio e até mesmo sua vida.

Os participantes desse estudo estão de acordo com os critérios de risco definidos pela (OMS), que define como vulneráveis ao adoecimento, incapacidades e morte, os idosos com 80 anos e mais, mulheres idosas, sobretudo solteiras e viúvas, os que moram sozinhos, os socialmente isolados, os sem filhos e aqueles que contam com recursos econômicos muito escassos (ALMEIDA, M.H.M; LITVOC, J; PEREZ, M.P, 2012).

Ao analisar os dados obtidos pelo instrumento VES-13, verificou-se que dos itens relacionados a percepção dos idosos quanto ao seu estado de saúde atual, verificada e obtida pelas entrevistas, percebeu-se que (36,6%) afirmaram que sua saúde está classificada como regular ou ruim em relação a pessoas com sua idade.

Com relação as dificuldades em exercer atividades físicas na rotina diária, Ferreira et al 2012, afirmam que a atividade física independentemente de ser decorrente de uma atividade desportiva ou ligada ao trabalho profissional, pode ser usada como um procedimento capaz de retardar e até mesmo reverter um processo patológico em andamento e, por conseguinte ser benéfico aos idosos, tais como a socialização, a melhoria da autoestima, o estímulo à criatividade, o combate à insônia e a promoção de um envelhecimento ativo e saudável.

O próprio condomínio, apresenta estrutura física compatível a ações de saúde (quando possui na sua área de convívio, um setor destinado a uma equipe de saúde com posto de pronto atendimento central), além de uma área destinada a atividade física e lazer (CARNEIRO, 2015).

Há uma necessidade urgente de otimizar as ações e determinar uma equipe de saúde mais ativa para esse grupo populacional, prevendo que essa iniciativa, poderá trazer benefícios em relação a postergação de riscos para declínio funcional e dependência a pessoa idosa que lá reside.

Considerando que a moradia no Condomínio não dispõe de cuidadores, e a população estudada, tem um baixo poder aquisitivo, com renda familiar abaixo de dois salários mínimos, há de se realizar continuamente iniciativas no local com o próprio apoio da atenção primária, através de visitas mais continuada da Estratégia Saúde da Família (ESF) da área de abrangência do condomínio, para garantir que o risco da vulnerabilidade em saúde, não

determine vulnerabilidades maiores que poderão levar ao risco de declínio funcional e até morte, por escassez de redes de apoio a pessoa idosa.

Observou-se que em relação as dificuldades postas pelas condições de saúde e a relação com as atividades rotineiras instrumentais de vida, a maioria se apresenta independente. Convém descrever que há um percentual que apresenta vulnerabilidade referida à sua condição de saúde atual e execução de atividades instrumental a vida diária, como fazer compras, lidar com dinheiro, atravessar o quarto andando, realizar tarefas domésticas e tomar banho sozinho.

Observou-se ainda um percentual de vulnerabilidade em 30% dos idosos. 70% não estão enquadradas como pertencentes ao grupo de vulneráveis em saúde, uma vez que a partir da pontuação acima de 3 pontos, já é classificado como vulnerável ao declínio funcional (de acordo com VES-13 citado por MORAIS, 2012).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse estudo permitiu avaliar a vulnerabilidade de idosos residentes em um condomínio, através da aplicação do instrumento VES-13, por meio da avaliação dos resultados obtidos.

Apesar de o condomínio apresentar uma boa estrutura física e ambiental, há uma lacuna no que se refere ao cuidado com o idoso, pois evidencia-se que o mesmo se torna um pouco solitário longe da família, uma vez que não é permitido a vivência de familiar como filhos e/ou netos, o que por sua vez pode gerar solidão e possíveis danos à integridade mental. É de fundamental importância conduzir outras análises a fim de averiguar possíveis vulnerabilidades e com isso, proporcionar aos condôminos dignidade e autonomia compatível com o que reza as políticas públicas de saúde.

O que surge são reflexões acerca da condição do morar só no condomínio da maturidade: quem dará suporte instrumental de vida a esses idosos, prevendo declínios funcionais ao longo dos anos, em relação ao próprio envelhecimento natural? Ou o que poderá ser feito para contínua avaliação de vulnerabilidades e promoção de redes de apoio a esse condomínio, uma vez que referenda a maturidade como proposta de funcionamento?

É preciso que se cobre dos atuais gestores, o cumprimento do compromisso com as Políticas, Estatuto e Programas que asseguram os direitos dessa crescente população, e assim postergar situações de vulnerabilidades, corroborando com o cumprimento da equidade, integralidade e universalidade, diretrizes norteadoras do SUS.

Apesar das limitações do estudo, pois não foi fácil encontrar artigos sobre o tema em condomínios, nem tão pouco conseguir que todos os moradores participassem, ele suscita a enfermagem desafios, no desenvolvimento de estratégias que venham postergar as incapacidades físicas e sociais, mesmo na presença de doenças e limitações.

ABSTRACT

VULNERABILITY IN ELDERLY RESIDENTS IN CONDOMINIUM MATURE CITY

Marta Lúcia Cruz*

Vulnerability is defined as a set of biological, epidemiological, social and cultural association whose predisposes risk factor for disease. It's related to the aging population, and has become challenging subject among researchers committed to their outcomes. The objective of this study was to evaluate the vulnerability of the first residents of a maturity condominium in the city of Campina Grande / PB. This is a cross-sectional, descriptive study with a quantitative approach. The participants were 30 residents, including 16 females and 14 males, all aged between 60 and 84 years. The instruments used in the research were the form of sociodemographic questions and the Vulnerable Elders Survey. The studied age group already has in their profile, risk of physiological vulnerability, and through data analysis, it can be seen that 30% of elderly residents in the "mature city", were vulnerable, including 13.3% male and 16.6% female. This research reveals positive outcomes since it showed the reality of the situation of the joint owners; the challenges of nursing to provide an active and healthy old age to that population, as well as screening in the search for vulnerable older people; enable satisfactory public policies by managers in order to provide dignity and autonomy to its residents.

Keywords: Aging; Elderly; Vulnerability; Nursing

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M.H.M; LITVOC, J; PEREZ, M.P. Dificuldades para atividades básicas e instrumentais de vida diária, referidas por usuários de um centro de saúde escola do município de São Paulo. **Rev. bras. geriat. gerotol.** v.15, n. 2, pp 187-200, Rio de Janeiro, 2012.

BONITA, R. BEAGLEHOLE,T. Epidemiologia básica. 213 p. 2.ed. - São Paulo, Santos, 2010.

BRASIL. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Cap. II, Sessão I, Art.3º, inciso I. Brasília, 1994.

_____. Lei nº 10.741, de 1 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do idoso e dá outras providências. Brasília, 2003.

_____. Constituição da República Federativa do Brasil. Cap. VII. Art. 230, Da Família, da Criança, do Adolescente, do Jovem e do Idoso. Brasília, 1988.

CARNEIRO, J. Cidade Madura- Campina Grande condomínio residencial exclusivo para idosos. Disponível em: <<[DALFOVO, M.S. LANA, R.A. SILVEIRA, A. Métodos quantitativos e qualitativos: um resgate teórico. **Rev. Interdisciplinar Científica Aplicada**, v. 2, n.4, p.01- 13, Sem II. Blumenau 2008.](http://www.agendaparaiba.com/cidade-madura-campina-grande-ganha-condominio-residencial-exclusivo-para-idosos/#>> Acesso em: 09 de mar de 2016.</p></div><div data-bbox=)

FERREIRA, O. G. L. et al. Envelhecimento ativo e sua relação com a independência funcional. **Texto contexto - Enferm.** v. 21, n.3, pp. 513-518, Florianópolis, 2012.

KUCHEMANN, B. A. Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. **Rev. Soc. Estado.** 2012, v. 27, n.1, pp 165-180.

LIMA, T. J. V. et al. Humanização na Atenção à Saúde do Idoso. **Saúde soc.** v. 19, n.4, pp.866-877. São Paulo, 2010.

LUZ, L.L. Primeira etapa da adaptação transcultural do instrumento The Vulnerable Elders Survey (VES-13) para o Português. **Cad. de Saúde pública**, v. 29, n. 3, pp. 621-628, rio de Janeiro, 2013.

MAIA, F.O.M. Vulnerabilidade e envelhecimento: Panorama dos idosos residentes no município de São Paulo. Estudo SABE. **Tese** (Doutorado) escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo,193 p. São Paulo, 2011.

MAIA, F.O.M. et al. Adaptação transcultural do Vulnerable Elders Survey -13 (VES-13) contribuindo para a identificação de idosos vulneráveis. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 46, (esp) São Paulo, 2012.

MALMANN, D.G. HAMMERSCHMIDT, K.S.A. SANTOS, S.S.C. Instrumento de avaliação de quedas para idosos (IAQI): enfermeiro analisando vulnerabilidade e fragilidade. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** v. 15, n. 3, pp. 517-527, Rio de Janeiro, 2012.

MORAES, E.N. Atenção à Saúde do Idoso: Aspectos Conceituais: Organização Pan-Americana da Saúde, 98 p. Brasília, 2012.

PARANÁ. Secretaria de estado da Saúde. Oficina do APSUS, Caderno 9. Saúde do Idoso na Atenção Primária à Saúde. Curitiba, 2014.

PAZ, A.A. SANTOS, B.R.L. EIDT, O.R. Vulnerabilidade e envelhecimento no contexto da saúde, **Acta Paul. De Enferm.** v. 19, n.3, pp. 338-342. Vitória, 2006.

PONTES, L.B. et al. Prevalência de insuficiência renal em pacientes idosos com câncer em um centro de tratamento oncológico. **Einstein**, São Paulo, v.12 n. 3, pp. 300-303, 2014.

RINCO, M; LOPES, A; DOMINGUES, M.A. Envelhecimento e Vulnerabilidade Social: discussão conceitual à luz das políticas públicas e suporte social. **Rev. Temática Kairós Geront.** “Vulnerabilidade/Envelhecimento e Velhice: Aspectos Biopsicossociais”. v. 15, n. 6; pp. 79-95, São Paulo, 2012.

RIBEIRO, P.C.C. YASSUDA, M.S. Cognição, Estilo de vida e Qualidade de vida na velhice: Enfoque multidisciplinar. **Coleção Velhice e Sociedade**, 2º ed. Alínea, pp.189-202. São Paulo, 2011.

RODRIGUES, N.O. NERI, A.L. Vulnerabilidade social, individual e programática em idosos da comunidade: dados do estudo FIBRA, **Saúde coletiva** v.17, n.8, pp. 2129-2139, Campinas, São Paulo, 2012.

SALIBA, D. et al. The Vulnerable Elders Survey: A Tool for Identifying Vulnerable Older People in the Community. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 49, n. 12, 2001.

SERAPIONI, M. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a integração. **Ciências e saúde coletiva**. Escola de saúde pública do Ceará. v. 5, n.1, pp. 187-192, Fortaleza, 2000.

SILVA, H.S et al. Vulnerabilidade na velhice: definição e intervenções no campo da Gerontologia. **Rev. Temática Kairós Gerontol.** “Vulnerabilidade/Envelhecimento: Aspectos Biopsicossociais”, v. 15, n. 6, pp 97-116. São Paulo, 2012.

TESTON, E. F; MARCON S.S. Qualidade e condições de vida sob a ótica dos residentes de um condomínio do idoso. **Rev. Gaúcha Enferm.** v. 35, n. 1, pp. 124-130, Porto Alegre, 2014.

APÊNDICES
APÊNDICE A- FORMULÁRIO SOBRE ASPECTOS DEMOGRÁFICOS E
SOCIOECONÔMICOS

APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO POR ESCALAS DE AVALIAÇÃO DA VULNERABILIDADE DO IDOSO DO CONDOMÍNIO CIDADE MADURA
TRABALHO DE PESQUISA INTITULADO: **VULNERABILIDADE EM IDOSOS NO CONDOMÍNIO CIDADE MADURA.**

I – Identificação: Dados sociais e demográficos

Identificação da ficha: _____

Sexo: () M () F

Idade: _____

Data de Nascimento: ___/___/___

Estado civil: () casado () solteiro () viúvo () separado () outros

Escolaridade: () analfabeto () até 4 anos () 4 a 8 anos () 8 anos ou mais

Aposentado: () sim () não

Ocupação antes de se aposentar: _____

Religião: _____

Renda familiar: _____

N. de dependentes: _____

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO –TCLE (maior de 18 anos)

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, _____, em pleno exercício dos meus

direitos me disponho a participar da Pesquisa **“VULNERABILIDADE EM IDOSOS RESIDENTES NO CONDOMÍNIO CIDADE MADURA”**

Declaro ser esclarecido e estar de acordo com os seguintes pontos:

O trabalho terá como objetivo geral avaliar a vulnerabilidade dos primeiros moradores do Condomínio Cidade Madura, do município de Campina Grande/PB, visando parâmetros para otimização do envelhecimento ativo para promoção de qualidade de vida entre pessoas idosas.

Ao voluntário só caberá a autorização para realização de entrevistas semiestruturadas com uso de um gravador de voz e não haverá nenhum risco ou desconforto ao voluntário.

- Ao pesquisador caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial, revelando os resultados ao médico, indivíduo e/ou familiares, cumprindo as exigências da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.

- O voluntário poderá se recusar a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho ora proposto, não havendo qualquer penalização ou prejuízo para o mesmo.

- Será garantido o sigilo dos resultados obtidos neste trabalho, assegurando assim a privacidade dos participantes em manter tais resultados em caráter confidencial.

- Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro aos participantes voluntários deste projeto científico e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros ao voluntário e, portanto, não haveria necessidade de indenização por parte da equipe científica e/ou da Instituição responsável.

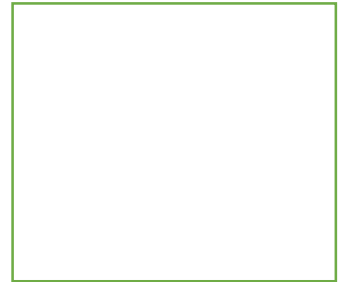
- Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimentos, o participante poderá contatar a equipe científica no número **(083) 99922-0247** com **Fabíola Araújo Leite Medeiros**.

- Ao final da pesquisa, se for do meu interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados, com o pesquisador, vale salientar que este documento será impresso em duas vias e uma delas ficará em minha posse.

- Desta forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimentos e, por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, dato e assino este termo de consentimento livre e esclarecido

Assinatura do pesquisador responsável

Assinatura do Participante



Assinatura Dactiloscópica do participante da pesquisa
(OBS: utilizado apenas nos casos em que não seja
Possível a coleta da assinatura do participante da
Pesquisa).

CAMPINA GRANDE,

____/____/____

ANEXO

ANEXO A- INSTRUMENTO VULNERABLE ELDER'S SURVEY (VES-13)

Versão Final do VES-13

1. Idade _____

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

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

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

PONTUAÇÃO: 1 PONTO PARA REGULAR ou RUIM

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

	Nenhuma dificuldade	Pouca dificuldade	Média dificuldade	Muita dificuldade*	Incapaz de fazer*
Curvar-se, agachar ou ajoelhar-se	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> *	<input type="checkbox"/> *
Levantar ou carregar objetos com peso aproximado de 5 quilos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> *	<input type="checkbox"/> *
Elevar ou estender os braços acima do nível do ombro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> *	<input type="checkbox"/> *
Escrever ou manusear e segurar pequenos objetos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> *	<input type="checkbox"/> *
Andar 400 metros (aproximadamente quatro quarteirões)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> *	<input type="checkbox"/> *
Fazer serviço doméstico pesado como esfregar o chão ou limpar janelas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> *	<input type="checkbox"/> *

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

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

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

<input type="checkbox"/> SIM → Você recebe ajuda para fazer compras?	<input type="checkbox"/> SIM*	<input type="checkbox"/> NÃO
<input type="checkbox"/> NÃO		
<input type="checkbox"/> NÃO FAÇO COMPRAS → Isto acontece por causa de sua saúde?	<input type="checkbox"/> SIM*	<input type="checkbox"/> NÃO

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

<input type="checkbox"/> SIM → Você recebe ajuda para lidar com dinheiro?	<input type="checkbox"/> SIM*	<input type="checkbox"/> NÃO
<input type="checkbox"/> NÃO		
<input type="checkbox"/> NÃO LIDO COM DINHEIRO → Isto acontece por causa de sua saúde?	<input type="checkbox"/> SIM*	<input type="checkbox"/> NÃO

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

<input type="checkbox"/> SIM → Você recebe ajuda para andar?	<input type="checkbox"/> SIM*	<input type="checkbox"/> NÃO
<input type="checkbox"/> NÃO		
<input type="checkbox"/> NÃO ANDO → Isto acontece por causa de sua saúde?	<input type="checkbox"/> SIM*	<input type="checkbox"/> NÃO

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

<input type="checkbox"/> SIM → Você recebe ajuda para tarefas domésticas leves?	<input type="checkbox"/> SIM*	<input type="checkbox"/> NÃO
<input type="checkbox"/> NÃO		
<input type="checkbox"/> NÃO FAÇO TAREFAS DOMÉSTICAS LEVES → Isto acontece por causa de sua saúde?	<input type="checkbox"/> SIM*	<input type="checkbox"/> NÃO

e. tomar banho de chuveiro ou banheira?

<input type="checkbox"/> SIM → Você recebe ajuda para tomar banho de chuveiro ou banheira?	<input type="checkbox"/> SIM*	<input type="checkbox"/> NÃO
<input type="checkbox"/> NÃO		
<input type="checkbox"/> NÃO TOMO BANHO DE CHUVEIRO OU BANHEIRA → Isto acontece por causa de sua saúde?	<input type="checkbox"/> SIM*	<input type="checkbox"/> NÃO

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

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