

AVALIAÇÃO DA VULNERABILIDADE CLÍNICO-FUNCIONAL E DO EQUILÍBRIO EM IDOSOS DE SÃO TOMÉ - PR

ASSESSMENT OF CLINICAL-FUNCTIONAL VULNERABILITY AND BALANCE IN ELDERLY INDIVIDUALS FROM SÃO TOMÉ, PR

GABRIELA PIROLA ROVANI¹, CARLA MUNIQUE SOARES DE AGUILA¹, PAULA ROBERTA DA SILVA^{2*}

1. Acadêmica do Curso de Fisioterapia da Faculdade UMFG, Cianorte - PR; 2. Professora Mestre do Curso de Fisioterapia da Faculdade UMFG, Cianorte - PR.

* Rua Ney Braga, 281, Campo Mourão, Paraná, Brasil. CEP 87309-018. paula.silva@umfg.edu.br

Recebido em 29/07/2026. Aceito para publicação em 21/08/2026

RESUMO

O envelhecimento é um processo natural, no Brasil são mais 22,2 milhões de pessoas. Objetivo: Avaliar a vulnerabilidade clínico-funcional, a vulnerabilidade social e familiar e o equilíbrio de idosos participantes da Academia da Saúde do município de São Tomé-PR. Metodologia: Estudo observacional, transversal, descritivo, de abordagem quantitativa realizado com aplicação dos Índices de Vulnerabilidade Clínico-Funcional-20 (IVCF-20), Avaliação da Vulnerabilidade Social e Familiar (IVSF-10) e o risco de queda por meio da Escala de Equilíbrio de Berg em idosos que frequentam a academia de saúde. Resultados: A amostra composta por 10 idosos, 09 sexo feminino e 01 sexo masculino, a maioria branca, idades inferiores a 75 anos. 100% apresentaram escore de 0 a 6 pontos baixa vulnerabilidade clínico funcional. 10% tiveram escore 0 (zero) em todos os itens avaliados. Percepção da saúde 30% consideram sua saúde regular ou ruim, mas pontuaram 0 (Zero) para todos os outros itens avaliados o que é esperado para uma saúde ideal. 100% apresentam autonomia, realizam suas atividades diárias, fazem exercícios e não apresentam comprometimento cognitivo. 60% fizeram de 0 a 4 pontos baixa vulnerabilidade sociofamiliar e 40% pontuaram 5 a 9 pontos moderada vulnerabilidade sociofamiliar. 100% sabem ler e escrever. 20% pontuaram 0 (zero) para todas as variáveis o que indica uma rede de apoio ideal. 100% marcaram de 41 a 56 pontos apresentando um bom equilíbrio. Conclusão: Os idosos apresentam um baixo risco de quedas.

PALAVRAS-CHAVE: Idoso, Equilíbrio, Vulnerabilidade.

ABSTRACT

Aging is a natural process; in Brazil, there are over 22.2 million older adults. Objective: To evaluate the clinical-functional vulnerability, social and family vulnerability, and balance of older adults participating in the "Academia da Saúde" (Health Academy) program in the municipality of São Tomé, Paraná. Methodology: An observational, cross-sectional, descriptive study with a quantitative approach was conducted using the Clinical-Functional Vulnerability Index-20 (IVCF-20) and the Social and Family Vulnerability Assessment (IVSF-10), alongside the Berg Balance Scale to

assess fall risk among older adults attending the health academy. Results: The sample consisted of 10 older adults (9 female, 1 male), mostly white and under 75 years of age. All participants (100%) scored between 0 and 6 points, indicating low clinical-functional vulnerability; 10% scored 0 (zero) on all evaluated items. Regarding health perception, 30% considered their health fair or poor, yet they scored 0 (zero) on all other evaluated items—a result consistent with optimal health. All participants (100%) demonstrated autonomy, performed daily activities, engaged in exercise, and showed no cognitive impairment. Regarding social-family vulnerability, 60% scored between 0 and 4 points (low vulnerability), while 40% scored between 5 and 9 points (moderate vulnerability). All participants (100%) were literate. 20% scored 0 (zero) on all variables, indicating an ideal support network. All participants (100%) scored between 41 and 56 points, demonstrating good balance. Conclusion: The older adults present a low risk of falls.

KEYWORDS: Elderly, Balance, Vulnerability

1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um processo natural que ocorre durante toda a vida^{1,2}. As mudanças com o passar dos anos traz ao indivíduo alterações biológicas com a deterioração gradual do corpo e sociais geralmente ligadas a reviravoltas ocorridas durante a vida, a cada mudança de fase como aposentadoria, falecimento de cônjuge ou de amigos e familiares próximos, mudanças de domicílio, entre outras³. É considerado idoso, a pessoa com idade de 60 anos ou mais, de acordo com a Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994⁴.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) o envelhecimento da população é uma realidade mundial, a previsão para 2030 é de que a cada seis pessoas uma seja idoso e a previsão é de que entre 2020 e 2050 a população de idosos chegue a 426 milhões de pessoas³.

No Brasil, de acordo com o Censo 2022, a população brasileira é de 203.080.756 habitantes sendo de 60 anos e mais 22,2 milhões de pessoas

(10,9%), uma faixa etária que cresceu 57,4% em 12 anos, desde o último censo⁵.

Segundo a Secretaria de Saúde do Estado (SESA-PR), no Paraná temos mais de 2 milhões de idosos, a população brasileira está envelhecendo rapidamente e está aumentando a longevidade das pessoas no estado^{1,2}.

Com o passar do tempo o organismo humano vai se modificando e altera as capacidades físicas como diminuição da acuidade visual e auditiva, e mentais como a cognição, dificuldade na comunicação, na linguagem no entendimento ao receber e tratar as informações recebidas o que pode levar o idoso ao isolamento social⁶. O idoso apresenta diminuição dos domínios cognitivos e de locomoção⁷.

Ceccon *et al.* (2021)²⁰ descreve um problema em relação a saúde dos idosos é a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, mesmo com atendimento domiciliar pela Atenção Primária em Saúde (APS), muitos profissionais não participam da equipe multiprofissional, ainda é falho os atendimentos voltados a prevenção e promoção de saúde do idoso em seu domicílio²⁰.

Outro obstáculo para a saúde do idoso é a institucionalização, com os motivos mais variados como vontade própria, vínculos familiares fragilizados ou inexistentes, comprometimento da capacidade funcional, dificuldades financeiras, violência familiar, falecimento do cônjuge, enfim, independente do motivo que leva as instituições de longa permanência, a saúde fica comprometida devido ao grande impacto na vida do idoso, geralmente levando a desfecho infeliz²².

De acordo com a OMS³ não existe um perfil típico para os idosos, a capacidade física e mental varia de pessoa para pessoa, a genética, etnia, sexo, nível socioeconômico, alimentação, a realização de atividades físicas durante a vida, a utilização ou não de tabaco, o ambiente físico e social em que vive, pode modificar a forma de envelhecer, influenciando direta ou indiretamente na qualidade do envelhecimento³.

Realizar atividades básicas como preparar sua refeição, se alimentar, tomar banho, gerenciar seu dinheiro, fazer suas compras, faz com que a qualidade de vida do idoso seja maior, a autonomia não só traz comodidade, mas traz saúde física e mental, por isso é uma das principais metas da gerontologia sendo a mobilidade um dos aspectos multidimensionais da avaliação da saúde do idoso, saber se tem apresentado dificuldade de caminhar e se sofreu quedas é importante para avaliação de sua capacidade funcional, mostra como está sua saúde, quanto maior a independência do idoso, melhor será sua saúde⁸.

A avaliação da saúde dos idosos é importante para a saúde pública que mediante aos resultados o município identifica as áreas de maior fragilidade e podem direcionar os recursos para ações de prevenção e promoção de saúde diretamente no que é mais necessário para os idosos. Assim, a Secretaria Estadual de Saúde do Paraná utiliza o índice IVCF-20 para o

rastreamento dos idosos. Segundo Barra *et al*¹¹ este índice não substitui a avaliação geriátrica ampla, considerada o padrão ouro para o diagnóstico geriátrico-gerontológico, mas faz a estratificação da população idosa^{11,12}.

Para o acompanhamento da saúde desta população 60 anos e mais, a SESA-PR disponibilizou para os municípios a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa 2025, onde estão contidos o IVCF-20 e o IVSF-10 considerados os índices de avaliação do idoso mais completos, Avaliação Geriátrica Ampla¹.

O município de São Tomé tem uma população de 5.232 habitantes, está localizado a noroeste do Estado do Paraná, está a aproximadamente 530 quilômetros da Capital, Curitiba e possui uma área de 219,72 km², tem taxa de escolarização de 6 a 14 anos de idade de 99,68%, taxa de mortalidade infantil 0,0/1.000 nascidos vivos, 86% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada (presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio)¹⁶.

A utilização das academias ao ar livre, as ATI's (Academia da Terceira Idade) trazem para os idosos benefícios como socialização, melhora a qualidade de vida e a saúde como relata Harris, *et al.* que em seu estudo descreve que os idosos procuraram as ATS pra tratamento de saúde e buscando a prevenção de doenças e persistiram na prática dos exercícios pelo gosto do convívio com os professores²¹.

Supõe-se que os idosos que frequentas as ATI's tenham boa saúde, mas como está a saúde dos idosos que frequentam a academia de saúde do município de São Tomé-PR e qual o risco de quedas e adoecimento destes idosos?

De acordo com Fhon *et al.* (2012)⁸, há a necessidade de mais estudos que envolvam medidas preventivas de quedas e melhora na capacidade funcional dos idosos.

Assim esta pesquisa é importante para o município visto que vai trazer benefícios para os idosos de São Tomé e vai auxiliar os profissionais da atenção básica de saúde em relação a prevenção de quedas e promoção da saúde de saúde dos idosos.

Embora existam instrumentos validados para avaliação da vulnerabilidade do idoso, poucos estudos investigam essa população em municípios de pequeno porte, especialmente entre idosos participantes de programas públicos de atividade física. Diante desse cenário, esta pesquisa teve como objetivo avaliar a vulnerabilidade clínico-funcional, a vulnerabilidade social e familiar e o equilíbrio de idosos participantes da Academia da Saúde do município de São Tomé - PR.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Estudo observacional, transversal, descritivo, de abordagem quantitativa foi realizado por meio da aplicação dos Índices de Vulnerabilidade Clínico-Funcional-20 (IVCF-20), Avaliação da Vulnerabilidade Social e Familiar (IVSF-10) e o risco de queda por meio da Escala de Equilíbrio de Berg em

idosos do município de São Tomé-PR que frequentam a academia de saúde para atividades físicas. Sendo:

1. Índices IVCF-20 e IVSF-10: utilizado para avaliação da saúde em geral;
2. Escala de Equilíbrio de Berg: avaliação do equilíbrio e risco de quedas.

As avaliações ocorreram nos meses de maio e junho de 2026, antes de cada idoso iniciar suas atividades na academia. As pesquisadoras aplicaram em cada idoso os Índices IVCF-20, IVSF-10 Escala de Equilíbrio de Berg.

A amostra foi composta por todos os idosos que frequentam regularmente a Academia da Saúde de São Tomé, que aceitaram de forma voluntária participar da pesquisa e se enquadravam nos critérios de inclusão e exclusão.

Critérios para a inclusão: idade igual ou maior de 60 anos, condição cognitiva para entender os termos do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Critérios para a exclusão: idade menor de 60 anos, sem condição cognitiva para entender os termos do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Foram entrevistadas 11 pessoas, mas uma foi excluída devido ter 55 anos e não se caracterizar como idoso. A amostra teve um total de 10 idosos que foram entrevistados e avaliados após a assinatura do termo livre e esclarecido. A pesquisa seguiu rigorosos preceitos éticos com a aprovação do CEP - Comitê de Ética em Pesquisas envolvendo seres humanos do CEI - Centro Educacional Integrado Ltda, Sob CAAE: 83789224.0.0000.0092. Número 119853/2024.

A coleta de dados ocorreu no mês de junho, após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos participantes conforme a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Segundo o Manual de aplicação do Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional (IVCF-20): Orientações para profissionais da Atenção Primária à Saúde do Rio Grande do Sul (em nexo):

IVCF-20 é um índice de triagem rápida, de abordagem multidimensional (idade, autopercepção da saúde, atividades de vida diária, cognição, humor, mobilidade, comunicação e comorbidades múltiplas) podendo ser aplicado por qualquer profissional da equipe da APS. É o instrumento referência em rastreabilidade e estratificação da pessoa idosa à nível nacional, sendo sua utilização preconizada desde 2019. Cada idoso é avaliado e recebe uma pontuação que se correlaciona ao risco a sua vulnerabilidade 00 a 06 pontos – ROBUSTO - idoso com baixo risco de vulnerabilidade clínico funcional/ausência de declínio funcional; 07 a 14 pontos - POTENCIALMENTE FRÁGIL- idoso com moderado risco de vulnerabilidade clínico-funcional / possível declínio funcional e ≥ 15 pontos – FRÁGIL - idoso com alto risco de vulnerabilidade clínico-funcional¹⁷.

De acordo com os Instrumentos de avaliação da pessoa idosa na atenção primária da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro:

Índice de Vulnerabilidade Social e Familiar 10 (IVSF-10), complementa o IVSF20, definindo parâmetros mais da fragilidade sociofamiliar do idoso estratificando o risco familiar e assim a vulnerabilidade do idoso. Apresenta 10 questões, que avaliam o suporte social e familiar, sua rede de apoio. Cada questão recebe uma pontuação podendo chegar ao total de 30 pontos: 0 a 4 pontos = baixa vulnerabilidade sociofamiliar; 5 a 9 pontos = moderada vulnerabilidade sociofamiliar; ≥ 10 pontos = alta vulnerabilidade sociofamiliar. Os idosos classificados mais vulneráveis vão necessitar de maior suporte social com a elaboração de plano de cuidado individual¹⁸.

Conforme Centro de Estudos e de Atendimento em Fisioterapia e Reabilitação (CEAFIR):

Escala de Equilíbrio de Berg, avalia o equilíbrio estático e dinâmico e o risco de quedas. São 14 itens, que recebem uma pontuação podendo variar de 0 a 4, sendo 0 o nível mais baixo de função e 4 o nível mais alto podendo chegar ao total de 56 pontos. Os itens são pontuados 0 representa a incapacidade de completar a tarefa e 4 a capacidade de concluir independente a tarefa proposta. Para a interpretação dos dados a pontuação de 0 a 20 representa prejuízo do equilíbrio, idoso mais vulnerável, 21 a 40 equilíbrio aceitável e 41-56 um bom equilíbrio¹⁹.

A análise dos dados ocorreu por estatística descritiva.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra foi composta por 10 (100%) idosos que praticam exercícios físicos na Academia de Saúde de São Tomé - PR, foram entrevistados e avaliados após a assinatura do termo livre e esclarecido. Destes participantes, 09 (90%) eram do sexo feminino e apenas 01 (10%) do sexo masculino, a maioria branca, idosos como mostra a Tabela 1.

Tabela 1. Distribuição das variáveis de caracterização dos idosos. São Tomé - PR.

Variáveis	n	%
Faixa etária		
De 60 a 64 anos	02	20%
De 65 a 69 anos	03	30%
De 70 a 74 anos	03	30%
De 75 a 79 anos	02	20%
Gênero		
Feminino	09	90%
Masculino	01	10%
Cor/Raça		
Branca	07	70%
Preta	02	20%
Parda	01	10%

A maioria (80%) dos idosos deste estudo apresentam idades inferiores a 75 anos o que nos sugere um menor risco de quedas como concorda Pinho et al que identificaram que quanto mais idoso,

maior é o risco de quedas nos idosos¹⁵.

Como em São Tomé, Guerra *et al.* (2017)²⁶ também encontraram uma amostra com predominância do sexo feminino com idade entre 60 a 69 anos e com pouco risco de sofrer quedas²⁶.

Wingerter *et al.* (2020)²⁴ afirmam que o maior risco de quedas está nas mulheres, brancas, de 70 anos ou mais, viúvas e/ou solteiras e quanto aos óbitos por quedas não mostraram um perfil²⁴.

A avaliação do Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional 20 (IVCF 20) identificou 100% dos idosos apresentaram escore de 0 a 6 pontos o que confere baixa vulnerabilidade clínico funcional. Um dos idosos teve escore 0 (zero) em todos os itens avaliados. E chamou a atenção no item percepção da saúde 03 idosos consideram sua saúde regular ou ruim, mas pontuaram 0 (Zero) para todos os outros itens avaliados o que é esperado para uma saúde ideal. Todos os outros itens pontuados como quedas, humor, capacidade aeróbica (velocidade da marcha), internação recente e idade pode ser observado na Tabela 2.

Tabela 2. Distribuição das variáveis pontuadas no IVCF 20. São Tomé - PR.

Variáveis	n	%
Idade - 75 a 84 anos	02	20%
Percepção da saúde - Regular ou ruim	03	30%
Humor - Perdeu o interesse ou prazer em atividades anteriormente prazerosas	04	40%
Mobilidade - Marcha: teve 02 ou mais quedas no último ano	02	20%
Mobilidade - Capacidade aeróbica e/ou muscular: velocidade da marcha (4m) > 5 segundos	01	10%
Comorbidades Múltipla: Internação recente nos últimos 6 meses	01	10%

Todos os idosos entrevistados apresentam autonomia, realizam suas atividades do dia a dia, fazem exercícios e não apresentam comprometimento cognitivo, confirma Trindade *et al.* (2013)⁹ que após avaliação da autonomia em idosos, relatam que o comprometimento cognitivo (principalmente a depressão) é mais comum nos idosos institucionalizados e os pesquisadores propõe para que haja um envelhecimento saudável a necessidade de desenvolver políticas de prevenção.

Hackenhaar *et al.* (2023)²⁷ estudando idosos institucionalizados identificaram em sua amostra idade entre 67 a 91 anos e 73,33% eram do sexo feminino, e na avaliação do IVCF-20 a média de 11,73 pontos (40% fragilidade alta e 33,33% fragilidade moderada) e afirmam que a institucionalização aumenta o risco de fragilidade.²⁷

Ferreira & Yoshitmo (2010)¹⁴ mostram que as quedas nos idosos em seu estudo estavam associadas a problemas de saúde como hipertensão arterial sistêmica, insuficiência cardíaca, fibrilação atrial, insuficiência coronariana, infarto agudo do miocárdio, arritmia e taquicardia sinusal, problemas psicológicos e sociais.

Avaliando idosos cadastrados no Serviço Interdisciplinar de Geriatria e Gerontologia do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Silva *et al.* (2009)¹⁰ descreveram que idosos que não necessitam de auxílio para desenvolver suas atividades da vida diária são menos frágeis e que a maior relevância de avaliar o idoso é a possibilidade de novas políticas públicas e ajustamento dos serviços ofertados para a maior necessidade deles.

Guerra *et al.* (2017)²⁶ corrobora com esta pesquisa e descreve que em seu estudo 92,7% dos idosos apresentaram baixo risco de queda, 68,9% não haviam sofrido quedas nos últimos 12 meses, apenas 33% residem sozinhos e 40,2% têm companheiro(a).

Diferente da amostra de São Tomé que todos os idosos praticam exercícios físicos, 60,8% dos idosos do estudo de Guerra *et al.* (2017)²⁶ referiram ser sedentários e 92 (94,8%) relataram a presença de algum problema de saúde.

Melo De Pinho *et al.* (2012)²⁵ demonstram em seu estudo que quanto maior a idade aumenta também os riscos de quedas e a causa das quedas nos idosos foram por fatores externos e reforçam a importância de prevenir as quedas e avaliar os riscos pessoais e do ambiente em que o idoso vive.

Na Avaliação da Vulnerabilidade Social e Familiar (IVSF - 10) observou-se que 06 (60%) dos idosos fizeram de 0 a 4 pontos considerados de baixa vulnerabilidade sociofamiliar e 04 (40%) pontuaram de 5 a 9 pontos de moderada vulnerabilidade sociofamiliar. Todos (100%) dos idosos sabem ler e escrever. Dois (20%) idosos pontuaram 0 (zero) para todas as variáveis o que indica uma rede de apoio ideal. Na tabela 3 pode-se observar os itens pontuados no IVSF-10.

Tabela 3. Distribuição das variáveis pontuadas no IVSF-10. São Tomé - PR.

Variáveis	n	%
Mora sozinho	04	40%
Mora com familiares ou amigos na mesma casa ou lote	03	30%
Não tem companheiro	08	80%
Não tem apoio nas atividades da vida diária	01	10%
Não está satisfeito com a interação familiar e comunitária	01	10%
Renda - não tem acesso a benefícios previdenciários e/ou assistenciais, mas tem acesso renda de terceiros em caso de necessidade	01	10%
Não tem moradia própria	02	20%
Não tem participação social	02	20%

O IVSF-10 avalia a rede social e familiar e nos dos idosos esta avaliação é muito importante visto que a rede social geralmente é prejudicada o que traz dificuldades para os idosos¹.

Inouye *et al.* (2010)²⁸ identificaram que idosos funcionais, autônomos apresentaram um índice alto de suporte familiar, mas a vulnerabilidade social afeta a

todos os idosos, a redução do trabalho limita os relacionamentos sociais, o lazer e a qualidade de vida é afetada pelas dificuldades financeiras, aposentadoria insuficiente para suas necessidades básica e em muitos casos morar com familiares e a pouca renda aumenta a vulnerabilidade, gera estresse e situações e sobrecarga emocional.

Com amostra parecida com este estudo, em uma pesquisa com idosos que residem em uma comunidade rural no Rio Grande do Sul, 80,6% mulheres, a maioria entre 60 a 69 anos de idade, com baixo poder aquisitivo a rede de apoio identificada foi diferente da encontrada em São Tomé onde a maioria dos entrevistados mora sozinho, no Rio Grande do Sul, 98% que residem com familiares de três gerações (idoso, filhos e netos) o que facilita o cuidado com transporte, proteção, tarefas de casa e agrícolas, companhia para o idoso não ficar sozinho, a rede de apoio social para esta comunidade estudada era a Igreja Católica o que difere com a encontrada em São Tomé a maioria dos entrevistados moram sozinhos²⁹.

Silveira & Paskulin (2014)³⁰ também, diferem do estudo em São Tomé, dos seus entrevistados, a maioria do sexo feminino, entre 60 e 69 anos que pacientes que deram entrada na emergência no hospital de Porto Alegre - RS, classificada como laranja (de acordo com o Protocolo de Manchester), possuía baixo poder aquisitivo, residindo com duas ou três gerações, possuíam rede de apoio formal pouco atuante sendo a mais citada a rede de saúde³⁰.

Na avaliação da Escala de Equilíbrio de Berg, os 10 idosos (100%) marcaram de 41 a 56 pontos apresentando um bom equilíbrio como observa-se na Figura 1.

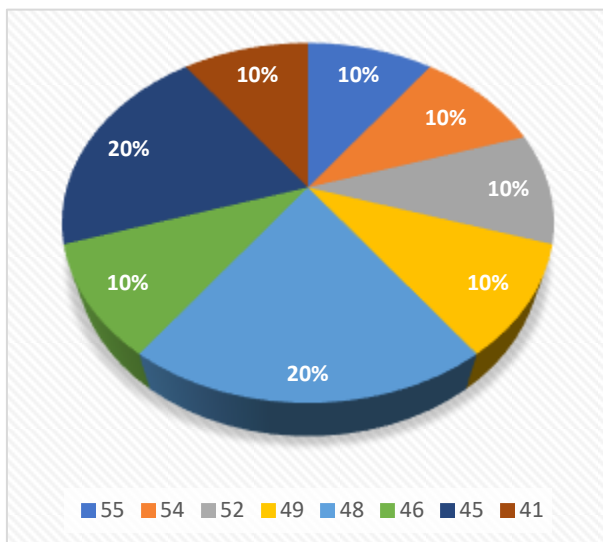


Figura 1. Distribuição da pontuação atingida pelos idosos na avaliação da Escala de Equilíbrio de Berg. São Tomé - PR, 2026.

Ferreira & Yoshitoe (2010)¹⁴ afirmam que as quedas em idosos são fatos comuns, e apresentam consequências a saúde física, psicológica e social. Indicam ainda que é necessária avaliação constante dos idosos para identificar os fatores de risco e realizar

atividades de prevenção, promoção e reabilitação da saúde, principalmente força muscular, equilíbrio e capacidade funcional, do idoso¹⁴.

Wingerter *et al.* (2020)²⁴ identificaram que dos idosos internados 14,7% faleceram devido a quedas em seu domicílio e ressaltam que quanto mais velho, maior é o risco de uma queda levar ao óbito²⁴. Corrobora Pinho *et al.* que identificaram que quanto mais idoso, maior é o risco de quedas e medidas preventivas são essenciais para manter a saúde dos idosos¹⁵.

Confirma Messias & Neves (2009)²³ que mostram que os riscos de quedas estão não só em atividades que exigem esforço físico, mas também em atos simples como sentar-se ou levantar-se de camas ou cadeiras e o risco aumenta com situações que as próprias pessoas causam como deixar objetos pela casa levando o idoso a tropeçar ou escorregar como tapetes, carpetes, superfícies molhadas, escadas sem corrimão, mostram ainda a importância de identificar estes fatores para prevenir as quedas²³.

Guerra *et al.* (2017)²⁶ em Goiânia que avaliou o risco de quedas em idosos obteve dados parecidos com o estudo em São Tomé, os idosos demonstraram, baixo risco de quedas, um terço teve ao menos um episódio de queda no último ano. Mesmo tendo pouco risco, as quedas são imprevistos que podem ocorrer e merecem a atenção do idoso, da família, da rede de apoio social e formal (profissionais) para avaliar riscos e prevenir estes acidentes²⁶.

Corrobora Moraes *et al.* (2016)¹³ quando relatam que o IVCF-20 é indicado para triagem dos idosos na Atenção Básica, e resalta que os casos de idosos frágeis necessitam de atendimento multiprofissional, além da equipe de saúde nas unidades básicas, é necessário também o compartilhamento do caso com o atendimento especializado e realização de projeto terapêutico interdisciplinar para atendimento específico as necessidades de cada idoso¹³.

4. CONCLUSÃO

Esse estudo procurou avaliar o risco de quedas dos idosos que realizam atividades físicas na Academia da Saúde do município de São Tomé-PR, podemos concluir que os idosos apresentam um baixo risco de quedas e que a avaliação da saúde e dos riscos é primordial para a prevenção e cuidados o que está diretamente ligado a qualidade de vida do idoso.

Por se reconhecer as limitações deste estudo, por ser um município de pequeno porte o que levou a um estudo com a amostra reduzida não serão feitas generalizações e os índices IVCF-20 e IVSF-10 não relataram as doenças e comorbidades dos idosos. Mas a descrição é importante para o avanço do envelhecimento, para o desenvolvimento de ações e atividades de prevenção.

5. REFERÊNCIAS

- [1]. PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Atenção à Saúde. P223a Avaliação multidimensional do idoso / SAS. - Curitiba : SESA,

2018. Acesso em abril de 2026. Disponível em: <https://www.saude.pr.gov.br>
- [2]. PARANÁ. Secretaria de Saúde do Estado do Paraná. Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, 2025. Disponível em: <https://www.saude.pr.gov.br/Noticia/Cuidado-integral-Parana-ja-distribuiu-400-mil-Cadernetas-de-Saude-da-Pessoa-Idosa>. Acesso em abril de 2026.
- [3]. OMS, Organização Mundial de Saúde, Envelhecimento e Saúde. Publicado em 1 de outubro de 2025. Acesso em 02 de maio de 2026. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- [4]. OAB NATAL/RN. Cartilha da Pessoa Idosa Natal/RN Edição 2016/2018. Acesso em 02 de maio de 2026. Disponível em: <https://www.oabrn.org.br/arquivos/cartilhas/cartilha--idoso.pdf>
- [5]. IBGE a, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2022. Acesso em 02 de maio de 2026. Disponível em: <https://educa.ibge.gov.br/jovens/conheca-o-brasil/populacao/18318-piramide-etaria.html>
- [6]. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007
- [7]. Inácio BB, *et al.* Efeito da idade nos domínios cognitivo, psicológico e locomotor em idosos da comunidade. *Revista Foco*. Curitiba (PR). 2023; 16(4):e1688:01-13.
- [8]. Fhon JRS, *et al.* Quedas em idosos e sua relação com a capacidade funcional. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2012; 20(5).
- [9]. Trindade APNT, *et al.* Repercussão do declínio cognitivo na capacidade funcional em idosos institucionalizados e não institucionalizados. *ISSN 0103-5150. Fisioter. Mov., Curitiba*. 2013; 26(2):281-9.
- [10]. Silva SLA, *et al.* Avaliação de fragilidade, funcionalidade e medo de cair em idosos atendidos em um serviço ambulatorial de Geriatria e Gerontologia. *Fisioterapia e Pesquisa*, São Paulo. 2009; 16(2):120-5.
- [11]. Barra RP. Fragilidade e espacialização de pessoas idosas do município de Uberlândia com IVCF-20 *Rev Saúde Pública*. 2023; 57(Supl 3):9s.
- [12]. Melo Batalha LH, *et al.* Aprimoramento da atenção a idosos: utilização do IVCF-20 para estratificação e desenvolvimento de fluxo na UBS Palmeiras, Ibirité. *Revista Interdisciplinar de Extensão*. 2024; 8(17): Dossiê Práticas, Pesquisas e Extensão: O Mundo Que Queremos - Eu, Você, Nós! Acesso em outubro de 2025. Disponível em: <https://periodicos.pucminas.br/conecte-se/article/view/34826/23380>
- [13]. Moraes EM, *et al.* Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional-20 (IVCF-20): reconhecimento rápido do idoso frágil. *Rev Saúde Pública*. 2016; 50:81.
- [14]. Ferreira DCO, Yoshitmo AY. Prevalência e características das quedas de idosos institucionalizados. *Rev Bras Enferm*, Brasília Bras Enferm, Brasília. 2010; 63(6):991-7.
- [15]. Pinho TAM, *et al.* Avaliação do risco de quedas em idosos atendidos em Unidade Básica de Saúde. *Rev Esc Enferm USP* 2012; 46(2):320-7 www.ee.usp.br/reecusp/
- [16]. IBGE b, Instituto Brasileiro de Geografia e estatística Panorama das cidades. Acesso em 02 de maio de 2026. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/sao-tome/panorama>
- [17]. RGS. Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul. Departamento de Atenção Primária e Políticas de Saúde. Manual de aplicação do Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional (IVCF-20): Orientações para profissionais da Atenção Primária à Saúde / elaborado por Jaqueline Colombo Ely e Thaissa Araújo de Bessa. Porto Alegre: ESP/SES, 2023; 36p.: il.
- [18]. SMSRJ. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde. Instrumentos de avaliação da pessoa idosa na atenção primária. Acesso em 02 de maio de 2026. Disponível em: https://subpav.org/aps/uploads/publico/repositorio/Livro_InstrumentosAvaliacaoIdosoNaAPS_PDFDigital_20240507.pdf
- [19]. UNESP. Faculdade de Ciências e Tecnologia - Câmpus de Presidente Prudente. Centro de Estudos e de Atendimentos em Fisioterapia e Reabilitação (CEAFIR). ESCALA DE EQUILIBRIO DE BERG. Acesso em 02 de maio de 2026. Disponível em: <https://www2.fct.unesp.br/docentes/fisio/augustocesinando/AVALIACAO%20FISIOTERAPEUTICA%20NEUROLOGICA/Escala%20de%20Equilibrio%20de%20Berg.pdf>
- [20]. Ceccon RF, *et al.* Atenção Primária em Saúde no cuidado ao idoso dependente e ao seu cuidador. *Rev. Ciência & Saúde Coletiva*. 2021; 26(1):99-108, DOI: 10.1590/1413-81232020261.30382020
- [21]. Harris ERA, *et al.* Motivos da adesão de idosos às Academias da Terceira Idade. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol*. 2020; 23(2):e200117
- [22]. Lopes VM, *et al.* O que levou os idosos à institucionalização? *Rev enferm. UFPE online.*, Recife. 2018; 12(9):2428-35. ISSN: 1981-8963.
- [23]. Messias MG, Neve, RF. A influência de fatores comportamentais e ambientais domésticos nas quedas em idosos. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol*. 2009; 12(2):275-282
- [24]. Wingerter DG, *et al.* Mortalidade por queda em idosos: uma revisão integrativa. *Revista Ciência Plural*. 2020; 6(1):119-136
- [25]. Melo de Pinho TA, *et al.* Avaliação do risco de quedas em idosos atendidos em Unidade Básica de Saúde. *Rev Esc Enferm USP*. 2012; 46(2):320-7
- [26]. Guerra HS, *et al.* Avaliação do risco de quedas em idosos da comunidade. *Rev. Saúde. Com*. 2017; 13(2):879-86. DOI 10.22481/rsc.v13i2.434

- [27]. Hackenhaar E da S, *et al.* Estratificação do risco de quedas e identificação da fragilidade de idosos de uma casa geriátrica: estudo observacional. Revista Foco |Curitiba (PR). 2023; 16(10)e3365:01-15. DOI: 10.54751/revistafoco.v16n10-114
- [28]. Inouye K. Percepções de Suporte Familiar e Qualidade de Vida entre Idosos Segundo a Vulnerabilidade Social. Rev. Psicologia: Reflexão e Crítica. 2010; 23(3):582-592.
- [29]. Bertuzzi D, Paskulin LGM, De Moraes EP. Arranjos e rede de apoio familiar de idosos que vivem em uma área rural Texto Contexto Enferm, Florianópolis. 2012; 21(1):158-66.
- [30]. Silveira V Da C, Paskulin L. Perfil e rede de apoio de idosos internados na emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Estud. interdiscipl. envelhec. Porto Alegre. 2014; 19(2):377-96.