

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE GERONTOLOGIA

LARISSA CAYLA CESÁRIO

QUALIDADE DE VIDA, SUPORTE SOCIAL E
FRAGILIDADE EM IDOSOS ATENDIDOS EM CENTRO DE
REFERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

SÃO CARLOS-SP
2020

LARISSA CAYLA CESÁRIO

Qualidade de vida, suporte social e fragilidade em idosos atendidos em Centros de Referência de Assistência Social

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Gerontologia da Universidade Federal de São Carlos, para obtenção do título de Bacharel em Gerontologia.

Orientadora: Dra. Marisa Silvana Zazzetta

São Carlos-SP
2020

APROVADO EM: 14/01/2021

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Marisa Silvana Zazzetta
Orientadora

Prof. Me. Pérola Liciane Baptista Cruz e Silva

DEDICATÓRIA

Àqueles que compartilharam suas experiências de cotidiano para construção deste trabalho.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à toda minha família por lutar para que eu chegasse até aqui.

Agradeço à minha mãe, Mônica, por sua batalha árdua.

Agradeço ao meu pai, Carlos, por acreditar em meus sonhos.

Agradeço aos meus avós, Osmar, Nadir, Antônio e Luzia por me sensibilizarem sobre a velhice e por tanto outros amparos.

Agradeço ao meu companheiro por todo incentivo e apoio.

Agradeço aos meus colegas de curso, principalmente à minha amiga Ana Luiza, por ter sido luz em tantos momentos de escuridão durante a graduação.

Agradeço às minhas colegas de equipe, Gabriela e Isabela, por construírem este trabalho junto comigo.

Agradeço aos meus professores do curso de graduação em Gerontologia por terem me ensinado o poder da reflexão, da construção conjunta do conhecimento e por terem me guiado a tornar-se uma profissional crítica e analítica.

Agradeço à uma professora em especial, minha orientadora Marisa, por abrir meus olhos à tantas realidades diferentes, por me ensinar a ouvir de forma ativa e humanizada, por me amparar nos momentos de dificuldade, por me incentivar a me tornar pesquisadora, por sua gentileza e sensibilidade e por me proporcionar experiências incríveis e únicas durante a graduação.

Agradeço aos Participantes da pesquisa por responderem aos meus questionamentos com paciência e atenção e me receberem gentilmente em suas casas.

Agradeço à Secretaria de Cidadania e Assistência Social do município de São Carlos por autorizar a realização desta pesquisa.

Agradeço à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) pelo fomento desta pesquisa.

Agradeço a Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) por me proporcionar uma formação de qualidade e excelência.

Por fim, agradeço a todos aqueles que participam dia após dia na luta para promover envelhecimento digno e com qualidade à nossa população.

*[...] Pouco importa venha a velhice, que é a velhice?
Teus ombros suportam o mundo
e ele não pesa mais que a mão de uma criança.
As guerras, as fomes, as discussões dentro dos edifícios
provam apenas que a vida prossegue
e nem todos se libertaram ainda.
Alguns, achando bárbaro o espetáculo
prefeririam (os delicados) morrer.
Chegou um tempo em que não adianta morrer.
Chegou um tempo em que a vida é uma ordem.
A vida apenas, sem mistificação.*

Carlos Drummond de Andrade

RESUMO

O envelhecimento em concomitância com fragilidade pode sobrecarregar os sistemas de saúde e assistência social que têm como público-alvo pessoas idosas. Avaliá-los em contexto de vulnerabilidade social contribuirá com dados para a tomada de decisões e melhora de ações e propostas dos equipamentos que atendem esses indivíduos. O objetivo principal do estudo foi analisar a fragilidade de idosos residentes em bairros com vulnerabilidade social e cadastrados em CRAS em relação à qualidade de vida, cognição, percepção de saúde, apoio, relações familiares e sociais. O objetivo secundário foi analisar a sobrecarga de cuidadores familiares e limitações/dificuldades da prestação de cuidados para pessoas idosas. Trata-se de um estudo transversal, observacional, de natureza analítica, com a utilização do método quanti-qualitativo de investigação. As seguintes técnicas foram aplicadas: observação, entrevista semi-estruturada e utilização de instrumentos de avaliação e rastreamento de condições biopsicossociais de pessoas idosas e cuidadores familiares. Os instrumentos aplicados em participantes idosos foram a Escala de Fragilidade de Edmonton para avaliar a fragilidade, WHOQOL-bref e o WHOQOL-old para verificar qualidade de vida, The Montreal Cognitive Assessment para rastrear comprometimento cognitivo, Genograma, Ecomapa e Medical Outcomes Study para verificar rede de suporte e apoio social. Os instrumentos aplicados em participantes cuidadores foram o Zarit Burden Interview para avaliar sobrecarga do cuidador, Fragilidade Subjetiva para verificar a condição de fragilidade da pessoa idosa que é cuidada e três perguntas abertas sobre o processo de cuidar. Os dados foram analisados mediante estatística descritiva com confecção de tabelas de frequência, medidas de posição e dispersão para os quantitativos. Para comparação entre grupos foi utilizado o teste de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis ou o teste exato de Fisher para comparação das variáveis categóricas. Os dados qualitativos foram analisados mediante método de análise de conteúdo. Participaram do estudo 70 pessoas idosas cadastradas em CRAS e 18 cuidadores familiares de pessoas idosas cadastradas em CRAS. A maioria dos participantes idosos (n=70) foram mulheres (87,14%), com idade média de 72,57 anos (dp=7,52), brancos (51,42%), católicos (60%), viúvos (45,72%), aposentados (51,42%), com escolaridade de ensino fundamental incompleto (64,29%). Quanto a fragilidade, 37,20% apresentaram-se frágeis em algum nível. Dos idosos frágeis, 47,05% apresentaram indicativo de declínio cognitivo. Houve correlação negativa forte entre a fragilidade e qualidade de vida no domínio físico (-0,667; $p < 0,001$) e moderada no domínio psicológico (-0,586; $p < 0,001$). Nas análises qualitativas surgiram 3 categorias: arranjos e relações familiares de pessoas idosas, relações de acolhimento e luto e suporte social. A maioria dos participantes cuidadores familiares (n=18) foram mulheres (88,8%), com média de idade de 59 anos (dp=12,13), casados (77,7%), sem renda individual (72,2%) e desempregados (72,2%). Quanto a fragilidade autopercebida pelo cuidador da pessoa idosa, 88,8% dos idosos cuidados são considerados frágeis. Em relação a sobrecarga avaliada, 66,6% apresentaram alguma sobrecarga. Quanto a relatos em dificuldades no cuidado, 77,7% dos entrevistados afirmaram sentir alguma dificuldade para cuidar. Nas análises qualitativas realizadas a partir de relato de cuidadores familiares, surgiram 2 categorias: formas de cuidado e dificuldades no processo de cuidar. Os resultados demonstram que idosos frágeis possuem pior qualidade de vida, no domínio físico e psicológico e precisam de assistência para realização de atividades de vida diária. Cuidadores familiares se demonstraram sobrecarregados e com diversas dificuldades em suas tarefas de cuidado. Os dados qualitativos apontam influências do núcleo familiar na qualidade de vida de pessoas idosas, podendo influenciar positivamente ou negativamente. As tensões identificadas a partir da análise de relatos dos participantes idosos e cuidadores se relacionaram as necessidades advindas de condições sociodemográficas e de saúde e tipos de apoio disponíveis para atender às diferentes demandas e poderá contribuir na elaboração, implementação e avaliação de políticas públicas para este segmento populacional.

Palavras-chave: Idoso fragilizado, Cuidador Familiar, Assistência Social, Política Pública.

RESUMO EM LÍNGUA ESTRANGEIRA

Aging in concomitance with frailty can overload health and social assistance systems that target elderly people. Assessing them in the context of social vulnerability will contribute data for decision making and improvement of actions and proposals of the equipment that serve these individuals. The main objective of the study was to analyze the fragility of elderly people living in neighborhoods with social vulnerability and registered in CRAS in relation to life quality, cognition, health perception, support, family and social relationships. The secondary objective was to analyze the burden of family caregivers and limitations/difficulties in providing care for the elderly. This is a transversal study, observational and analytical, using the quantitative and qualitative method of investigation. The following techniques were applied: observation, semi-structured interview and use of assessment and screening instruments for biopsychosocial conditions of elderly people and family caregivers. The instruments applied to elderly participants were the Edmonton Frail Scale to assess frailty, WHOQOL – bref and WHOQOL-old to verify quality of life, The Montreal Cognitive Assessment to track cognitive impairment, Genogram, Ecomap and Medical Outcomes Study to verify support and social support network. The instruments applied to caregiving participants were the Zarit Burden Interview to assess the caregiver's burden, Subjective Frailty to verify the frailty condition of the elderly person being cared for and three open questions about the care process. The data were analyzed using descriptive statistics with the creation of frequency tables, position and dispersion measures for the quantitative. Mann-Whitney and Kruskal-Wallis tests or Fisher's exact test were used for comparison between groups to compare categorical variables. Qualitative data were analyzed using a content analysis method. The study included 70 elderly people registered in CRAS and 18 family caregivers of elderly people registered in CRAS. Most elderly participants (n = 70) were women (87.14%), with a mean age of 72.57 years (sd = 7.52), white (51.42%), catholic (60%), widowed (45.72%), retired (51.42%), with incomplete elementary schooling (64.29%). As for fragility, 37.20% were fragile at some level. Of the frail elderly, 47.05% had an indication of cognitive decline. There was a strong negative correlation between frailty and quality of life in the physical domain (-0.667; p <0.001) and moderate in the psychological domain (-0.586; p <0.001). In the qualitative analyzes, three categories emerged: family arrangements and relationships of elderly people, welcoming and mourning relationships and social support. Most of the participants in family caregivers (n = 18) were women (88.8%), with a mean age of 59 years (sd = 12.13), married (77.7%), without individual income (72.2 %) and unemployed (72.2). As for the frailty self-perceived by the elderly person's caregiver, 88.8% of the elderly cared for are considered fragile. Regarding the assessed overload, 66.6% had some overload. As for reports of difficulties in care, 77.7% of respondents said they felt some difficulty in caring. In the qualitative analyzes carried out from the report of family caregivers, 2 categories emerged: forms of care and difficulties in the care process. The results demonstrate that fragile elderly people have a worse quality of life, in the physical and psychological domain and need assistance to perform activities of daily living. Family caregivers were overwhelmed and had several difficulties in their care tasks. Qualitative data point to influences from the family nucleus on the quality of life of elderly people, which may influence positively or negatively. The tensions identified from the analysis of reports from elderly participants and caregivers were related to the needs arising from sociodemographic and health conditions and types of support available to meet the different demands and may contribute to the development, implementation and evaluation of public policies for this populational.

Keywords: Frail, Family Caregiver, Social Assistance, Public Policy.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Categorias e Subcategorias criadas a partir da análise de conteúdo na elaboração do Genograma e Ecomapa em idosos cadastrados em CRAS.....	32
Quadro 2: Categorias e Subcategorias criadas a partir da análise de conteúdo de relatos sobre cuidar de familiar idoso cadastrado em CRAS.....	37

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Fluxograma para identificação dos idosos entrevistados cadastrados em CRAS.....	23
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico de idosos da comunidade cadastrados em CRAS.....	26
Tabela 2 - Nível de Fragilidade de idosos cadastrados em CRAS.....	27
Tabela 3 - Tipos de relacionamento de idosos cadastrados no CRAS.....	27
Tabela 4 - Dimensões de apoio do instrumento Medical Outcomes Study de idosos cadastrados no CRAS.....	27
Tabela 5 - Domínios dos instrumentos Whoqol-bref e Whoqol-old em idosos da comunidade.....	28
Tabela 6 - Comparação do nível de fragilidade em relação aos domínios do Whoqol-bref, Whoqol-old e Medical Outcomes Study.....	28
Tabela 7 - Análise da correlação de Spearman entre Escala de Fragilidade de Edmonton e Qualidade de vida e Apoio social de idosos cadastrados nos CRAS.....	30
Tabela 8 - Distribuição das questões avaliadas segundo a Avaliação Subjetiva de Saúde de idosos cadastrados em CRAS.....	31
Tabela 9 - Distribuição das questões avaliadas segunda Satisfação Global com a Vida de idosos cadastrados em CRAS.....	31
Tabela 10 - Perfil sociodemográfico de cuidadores familiares de pessoas idosas cadastradas em CRAS.....	35

LISTA DE SIGLAS

- BPC – Benefício de Prestação Continuada
- CRAS – Centro de Referência de Assistência Social
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- IPVS – Índice Paulista de Vulnerabilidade Social
- IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
- LOAS – Lei Orgânica de Assistência Social
- MOS – Medical Outcomes Study
- OMS – Organização Mundial da Saúde
- PAIF – Proteção e Atendimento Integral à Família
- PSB – Proteção Social Básica
- PSE – Proteção Social Especial
- PNAS – Política Nacional de Assistência Social
- SEADE – Sistema Estadual de Análise de Dados
- SUS – Sistema Único de Saúde
- SUAS – Sistema Único de Assistência Social
- SCFV – Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 OBJETIVOS DO ESTUDO	21
2.1 OBJETIVO GERAL.....	21
2.2 OBJETIVOS SECUNDÁRIOS.....	21
3 MATERIAIS E MÉTODOS	21
3.1 DESENHO DO ESTUDO	21
3.2 LOCAL DO ESTUDO.....	21
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	22
3.4 PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DE DADOS	22
3.5 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS	23
3.6 PROCEDIMENTOS ÉTICOS.....	26
3.7 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DE DADOS.....	26
4 RESULTADOS	26
4.1 PARTICIPANTES IDOSOS.....	26
4.2 PARTICIPANTES CUIDADORES FAMILIARES	35
5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	40
6 CONCLUSÕES	45
REFERÊNCIAS	46
APÊNDICES	49

1 INTRODUÇÃO

A transição demográfica e epidemiológica ocasionou um fenômeno global: o envelhecimento populacional. Como consequência, houve uma queda nas taxas de natalidade e mortalidade, aumento da esperança de vida, alteração na estrutura etária global e modificação dos padrões de mortalidade (KANSO; CAMARANO, 2017). De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) idosos representavam 11,7% da população brasileira em 2015; as projeções estimam que esse valor dobrará para 23,5% em 2039 e alcançará, em 2070, 35% (IBGE, 2016). Um dos desafios para o século XXI é que este processo não seja acompanhado por uma epidemia de pessoas idosas com doenças crônicas e suas sequelas incapacitantes. Dentre as síndromes comuns na velhice, a fragilidade merece atenção especial (DUARTE; LEBRÃO, 2017).

A síndrome da fragilidade é um problema de saúde e deve ser tida como prioridade dentro das Políticas Públicas (PP). Os idosos frágeis demandam maiores cuidados, além de suporte familiar e social. A saúde da comunidade, em geral, se estabelece por meio da relação entre sociedade e Estado. Esse, deve atuar por meio das PP de saúde e de proteção social para que a população tenha maiores oportunidades de acesso a melhor qualidade de vida (NUNES et al., 2015). O Estatuto do Idoso (2003), em seu artigo terceiro, afirma que é responsabilidade e obrigação da família, da comunidade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação de seus direitos (BRASÍLIA, 2017).

O envelhecimento ocorre de maneira heterogênea na sociedade, cada indivíduo envelhece de maneira diferente no contexto em que se está inserido (CAMARGO; KANSO, 2017). Pelo menos seis determinantes tornam-se relevantes no envelhecimento: o pessoal, o social, o comportamental, o econômico, o ambiente físico e os serviços sociais e de saúde (WHO, 2015). Fatores relacionados à pessoa como gênero, etnia e influências macrossociais como acesso à serviços e rede de saúde e social bem como condições socioeconômicas influenciam no processo (ROWE; KAHN, 2015) e têm impacto na saúde. Desigualdade social, ambientes sociáveis, controle do sentido da vida, engajamento, coesão e suporte social, redes sociais e status socioeconômico estão associados ao estado de saúde (ANDREW, 2010).

O conceito de vulnerabilidade vem se modificando ao longo do tempo com as transformações históricas (MAIA, 2011). Associações com termos como pobreza, desigualdade, risco e exclusão são comuns na literatura, entretanto, o termo não se limita aos descritores citados (CUOGUI; LEONETI, 2017). A vulnerabilidade pode ser entendida como

uma condição de risco dos indivíduos frente a acontecimentos diversos de variadas naturezas (ambientais, econômicas, fisiológicas, psicológicas, legais e sociais); exposições as circunstâncias e tensões e às dificuldades em lidar com elas (BRASIL, 2017). Pode assumir diferentes formas e dimensões no ser humano, configurando-se como biológica, psicológica, espiritual ou cultural, social e ambiental (MAIA, 2011).

Amendola (2012, p. 245), definiu a vulnerabilidade social como “aspectos culturais, sociais e econômicos que determinam as oportunidades de acesso à bens e serviços”. É importante compreender que não é apenas o indivíduo, isoladamente, quem recebe influência do processo (LIMA, 2016). A vulnerabilidade social é multidimensional; afeta de diferentes formas e intensidade indivíduos, famílias, grupos e comunidades de maneira dinâmica, a depender das relações culturais, sociais, políticas e econômicas, além da situação das instituições que as pessoas estão atreladas (MAIA, 2011). A vulnerabilidade é multidimensional e assim é exposto nas Orientações Básicas da Vigilância Socioassistencial:

(...) compreender o aspecto multidimensional presente no conceito de vulnerabilidade social, não restringindo esta à percepção de pobreza, tida como posse de recursos financeiros, embora a insuficiência de renda seja obviamente um importante fator de vulnerabilidade. É necessário que a vulnerabilidade seja entendida como uma conjugação de fatores, envolvendo, via de regra, características do território, fragilidades ou carências das famílias, grupos ou indivíduos e deficiências da oferta e do acesso a políticas públicas (BRASIL, s./d.:11).

A vulnerabilidade social pode estar associada a diferentes aspectos, como: ciclo de vida, crise econômica e desastres ambientais, incertezas, rupturas e inseguranças da complexidade da vida social, desproteção por meio da família ou do Estado, deficiência, renda, território, raça, etnia, gênero e orientação sexual. Pode ainda estar relacionada com confinamento, isolamento, violência, abandono, conflitos, preconceito, discriminação e exclusão (BRASIL, 2013; 2017).

Com base nas dimensões demográficas e socioeconômicas, a Fundação SEADE – Sistema Estadual de Análise de Dados (2010), elaborou o Índice Paulista de Vulnerabilidade Social (IPVS) para classificar a vulnerabilidade em níveis. Considerou fatores determinantes da situação de vulnerabilidade social: renda, escolaridade, saúde, arranjo familiar, possibilidades de inserção no mercado de trabalho e acesso a bens e serviços públicos. Esse índice tem por objetivo oferecer à sociedade e ao gestor público uma visão detalhada acerca das condições de vida do seu município, focalizando áreas que necessitem de maior atenção e intervenção.

A proporção de pessoas de 60 anos ou mais de idade no Brasil é de 14,3% e a expectativa de vida ao nascer é de 75,4 anos - para mulheres 79,1 anos e para homens 71,9 anos - (IBGE, 2016). O arranjo familiar é compreendido como:

(...) o tipo de arranjo em que os integrantes, residentes em um mesmo domicílio, eram ligados por laços de parentesco, em grau específico, por meio de sangue, adoção ou casamento, assim como recomendado na publicação *Principles and recommendations for population and housing censuses (2015)*, das Nações Unidas (United Nations) (IBGE, 2016, p. 26).

O tipo de arranjo e núcleo familiar de idosos brasileiros apontam uma demanda emergente para as políticas públicas: a equidade no cuidado de integrantes do segmento populacional de idosos. Dados nacionais apontam que 15,7% de pessoas de 60 anos ou mais vivem sozinhas no Brasil, enquanto 35,8% vivem apenas com companheiro (a). Esses dados indicam futuras dificuldades na dinâmica entre cuidados e cuidadores, circundando uma necessidade urgente de apoio intra e extrafamiliar (IBGE, 2016).

Em relação à condição no domicílio por sexo, em 2014, 79,3% de homens idosos eram chefes de família, enquanto 51,9% de mulheres com idade igual ou superior a 60 anos estavam na mesma condição. A posição desse grupo etário no domicílio é um indicador de seu empoderamento ou de sua dependência ou fragilidade (IPEA, 2016). Quanto à utilização de serviços socioassistenciais o IBGE, em 2013, constatou a existência de 8283 entidades privadas sem fins lucrativos que tinham idosos como público-alvo pessoas idosas. A região sudeste concentrava mais da metade das entidades.

Quanto à saúde a população idosa é a que mais faz uso dos serviços de saúde. O Ministério da Saúde aponta que 73% da população idosa utiliza os serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) e que, cerca de 30% desse grupo tem alguma condição de fragilidade. A Pesquisa Nacional de Saúde de 2013 do IBGE trouxe indicadores importantes referentes a condições de saúde e vulnerabilidades dos idosos, como se detalha a seguir: 55,6% dos entrevistados avaliaram o seu estado de saúde em regular, ruim ou muito ruim; 70,7% não concluíram o ensino fundamental; 29,7% encontravam-se sem acesso simultâneo a água por rede geral, esgotamento por rede geral ou fossa séptica e lixo coletado; 65,2% não tinham acesso à Internet no domicílio e 41,6% não possuíam máquina de lavar (IBGE, 2016). Entre as doenças crônicas mais relatadas, destacam-se hipertensão, colesterol elevado, diabetes, artrite ou reumatismo, doenças do coração e depressão (IPEA, 2016).

A Organização Mundial da Saúde publicou projeções que apontam um aumento em 400% na demanda de cuidados decorrente do aumento da população idosa e de suas

condições de vida, nos países em desenvolvimento. (CAMARANO, 2017). A mesma autora em colaboração com Kanso (2017) projetaram para o contexto brasileiro, o número de idosos a necessitar de cuidados prolongados: poderá crescer de 30 a 50% entre 2010 e 2020, dependendo de melhorias (ou não) nas suas condições de autonomia. Ainda as autoras afirmam que a disponibilidade de cuidadores familiares também se encontra em decréscimo.

Constitucionalmente, a assistência social é dever do Estado e direito do cidadão. A Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS), de 1993, a torna visível como política pública e define em seu primeiro artigo:

A assistência social, direito do cidadão e dever do Estado, é Política de Seguridade Social não contributiva, que provê os mínimos sociais, realizada através de um conjunto integrado de iniciativa pública e da sociedade, para garantir o atendimento às necessidades básicas (BRASIL, 2011).

Em seu segundo artigo, reconhece a pessoa idosa como um dos seus segmentos de atenção prioritária (IPEA, 2016).

A Política Nacional de Assistência Social (PNAS), de 2004, disciplina a gestão e a política de assistência social nos territórios, regulamenta e implementa o Sistema Único de Assistência Social (SUAS). O sistema é organizado através da perspectiva socioterritorial, a qual considera diversidades regionais e locais; se estrutura em níveis e sua base-referência é a família, organização insubstituível de proteção e socialização primárias. As seguranças socioassistenciais afiançadas pela PNAS são: segurança de sobrevivência ou de rendimento e autonomia, segurança de convívio ou vivência familiar e segurança de acolhida (BRASÍLIA, 2007; 2013; IPEA, 2016). Tem como público-alvo:

População que vive em situação de vulnerabilidade social decorrente da pobreza, privação (ausência de renda, precário ou nulo acesso aos serviços públicos, dentre outros) e, ou, fragilização de vínculos afetivos - relacionais e de pertencimento social (discriminações etárias, étnicas, de gênero ou por deficiências, dentre outras) (PNAS, 2004, p. 33).

O SUAS é um sistema federativo que envolve todos os entes governamentais: municípios, estados, Distrito Federal e União. É organizado em níveis de proteção: proteção social básica – serviço caracterizado pelo aspecto antecipador e proativo, evitando agravamento de vulnerabilidades e reduzindo risco social nos territórios por meio da garantia de segurança – e proteção social especial – destinada a casos de violação dos direitos socioassistenciais, subdividida em média e alta complexidade, com intuito de garantir condições dignas de vida – providos por meio de serviços, benefícios, programas, projetos, vigilância socioassistencial e defesa dos direitos (BRASÍLIA, 2013; 2017).

Um dos equipamentos da Proteção Social Básica é o Centro de Referência de Assistência Social – CRAS, o qual consiste na principal forma de entrada do usuário no SUAS. Devem ser instalados, preferencialmente, em territórios que concentram situações de risco social e vulnerabilidade. O CRAS possui duas funções exclusivas e obrigatórias que o diferem das demais unidades da assistência social: oferta Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF) e realiza gestão territorial da rede socioassistencial de proteção básica (BRASIL, 2011). O PAIF deve atender a todas as famílias em situação de vulnerabilidade social do território; famílias com pessoas idosas devem considerar a prioridade no atendimento, pois o processo de envelhecimento pode ocasionar o acirramento das relações intergeracionais em função do aumento de fragilidade ou preconceito com o envelhecimento (BRASÍLIA, 2009; 2013).

Os serviços oferecidos pela PSB têm por objetivo planejar e executar ações antecipadoras à agravos ou ocorrências de situações de risco e vulnerabilidade social. São ofertados nesse nível: Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF), Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV), Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio Para Pessoas com Deficiência e Idosas. Os benefícios oferecidos são: Benefício da Prestação Continuada (BPC) e Benefícios Eventuais (BRASIL, 2017).

O PAIF, citado anteriormente, é o principal serviço para efetivar a proteção social no SUAS. É o momento em que ocorre o primeiro contato dos indivíduos/famílias com um espaço destinado a atividades de socialização, convívio, acesso a informação e aos direitos socioassistenciais. Este serviço é contínuo e deve ser desenvolvido exclusivamente pelo CRAS. O SCFV é um serviço que complementa o PAIF e é realizado conforme o perfil dos participantes (faixa etária, demanda e outros) a partir da formação de grupos, onde os indivíduos podem compartilhar suas dificuldades e experiências a fim de buscar solução para situações de vulnerabilidades (BRASIL, 2012; 2017).

Outro serviço que tem estreita ligação com o PAIF é o Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio Para Pessoas com Deficiência e Idosas, cujo objetivo é favorecer a inclusão de pessoas idosas e/ou com deficiência. Busca fortalecer a participação e autonomia destas pessoas, a fim de prevenir o isolamento, exclusão e situações de risco. O desenvolvimento do serviço é realizado com toda a família para oferecer informações e orientações específicas sobre direitos sociais, além de encaminhamento para outros serviços da rede quando necessário (BRASIL, 2017).

Dentre os Benefícios Socioassistenciais oferecidos pela Assistência Social o BPC é um benefício individual e não vitalício. Garante a concessão de um salário-mínimo mensal às pessoas com 65 anos ou mais e pessoas com deficiência, de qualquer idade, com impedimentos de longo prazo, de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, que comprovarem não possuir meios para prover sua manutenção e nem tê-la provida por sua família. Para receber é preciso que a renda per capita seja menor que $\frac{1}{4}$ do salário-mínimo vigente (BRASIL, 2018).

Os Benefícios Eventuais são um tipo de proteção social de oferta de natureza provisória e complementar. Tem por objetivo enfrentar e prevenir situações provisórias de vulnerabilidade que fragiliza a manutenção dos indivíduos e famílias. As possíveis situações para atendimento deste benefício são de nascimento, morte, situações de vulnerabilidade temporária e de calamidade pública (BRASIL, 2018). O Benefício Eventual gerado a partir de uma situação de calamidade pública são para casos em que há a necessidade de assegurar meios para a sobrevivência da família e de todos os seus membros, para garantir dignidade e autonomia das pessoas atingidas.

Com o avançar da idade, ocorrem diferentes processos nas condições de saúde do idoso com diferentes desfechos (ALVES; DUARTE; LEBRÃO, 2017). No envelhecimento, a fragilidade torna-se uma condição altamente prevalente, representando um problema de saúde pública (CESARI et al., 2016). Os autores destacam que o maior risco para a instalação da síndrome da fragilidade pode ser influenciado pela presença de outros fatores, tais como as condições econômicas desfavoráveis, a baixa escolaridade e a pobreza. A fragilidade é associada, frequentemente, com incapacidades e presença de múltiplas doenças crônicas, todavia, não se limita a essas descrições (DUARTE; LEBRÃO, 2017).

Cesari e colaboradores (2016) apontam que a multimorbidade e a necessidade de apoio social aumentam conforme a idade avança. A fragilidade é uma condição na qual há aumento da vulnerabilidade aos estressores, expondo o indivíduo a maior risco de desfechos negativos em saúde. Idosos residentes na comunidade apresentam elevados fatores de risco para desenvolvimento da síndrome e outros eventos relacionados à saúde. A fragilidade requer uma abordagem multidimensional. Identificar a síndrome como estudo alvo para elaboração e implementação de políticas que contemplem pessoas idosas e seus familiares contribuirá para promoção de medidas preventivas e intervenções eficientes contra condições relacionadas com a idade.

Na atualidade existem diversos instrumentos de avaliação da fragilidade que

possibilitam identificar a condição de fragilidade das pessoas, de suma importância dado que se trata de uma síndrome que tem potencial de reversibilidade com intervenções adequadas. Clegg et al., (2013) afirma que um quarto das pessoas com idade superior a 85 anos evoluem para a fragilidade e possuem maior risco de quedas, invalidez, cuidados de longa duração, alcançando a morte. Porém, cerca de 50% das pessoas com 85 anos e mais pode não ser frágil, o que confirma que um processo individual e heterogêneo sobre o modo em que a fragilidade se desenvolve. A fragilidade possui profundas implicações para o planejamento do cuidado do idoso e serviços que atendam a esse público.

A idade avançada consiste em fator de risco para desenvolvimento da síndrome da fragilidade, mas indivíduos com comorbidades, baixa posição socioeconômica, má alimentação e estilos de vida sedentário caracterizam níveis de risco mais altos. A condição está associada, segundo a literatura, com maiores gastos em saúde e prevê-se um impacto global, particularmente em países de baixa e média renda. A síndrome leva a diminuição da qualidade de vida e desempenho cognitivo ruim (DUARTE et al., 2018; HOOGENDIJK et al., 2019).

A rede de suporte social informal é constituída por relações espontâneas e recíprocas que podem proporcionar bem-estar. Nela, se cultivam sentimentos de segurança, afeto, proteção, cuidados comuns e mútuos, socialização de informações e conhecimento entre seus membros (SOUZA et al., 2017; LEMOS, MEDEIROS, 2017; BRITO, NUNES, DUARTE, LEBRÃO., 2018; GUADALUPE, CARDOSO, 2018). A rede de apoio social, estabelecida através de laços que indivíduos formam ao longo da vida, se efetiva nas relações sociais do cotidiano. Elas podem oferecer ajuda afetiva, material, informativa ou de interação social e se materializam em ajuda concreta e mútua nos aspectos psicológicos, financeiros e social. Configura-se como importante fator na prevenção de isolamento e vulnerabilidade das pessoas idosas (LEE, KIM, 2016; DOMINGUES, ORDONEZ, DA SILVA, 2017; DE SOUZA et al., 2018).

Nesse contexto, a família aparece como importante aliada no suporte e cuidado do idoso frágil e potencialmente frágil, representando um espaço de proteção, interação, apoio e solidariedade na velhice. Contudo, transformações advindas da vida social na contemporaneidade, o aumento da participação da mulher no mercado de trabalho, a responsabilidade pelo cuidado familiar e os conflitos intergeracionais, têm contribuído para a transformação e diversificação das redes de apoio, incluindo os arranjos familiares (DURY et al., 2018; FRANÇA et al., 2018; WIDMER, MYRIAM, CATHERINE, 2018).

Estudos apontam que a ausência de suporte social e familiar de qualidade, potencializa

o desenvolvimento de fragilidade. Por outro lado, uma rede de suporte adequada é considerada um fator protetor contra doenças, influenciando na qualidade de vida e bem-estar (DE LABRA, 2018). O isolamento social constitui-se em importante fator de risco para progressão da fragilidade em idosos. Portanto, todos os indivíduos com fragilidade devem ter acesso a rede de apoio social efetiva para atender suas necessidades, especialmente aqueles com déficit cognitivo (DENT et al., 2019).

O indivíduo frágil é aquele que apresenta mobilidade reduzida, declínio funcional, redução de atividades de vida diária, retardamento de mobilidade, perda de peso não intencional, diminuição de força e exaustão, além de alterações cognitivas. Idosos acamados, portanto, já são caracterizados como frágeis (KOLLER; ROCKWOOD, 2013). Esses, demandam mais cuidados, não apenas de seu núcleo familiar como também de Políticas Públicas (PP) de Assistência Social e de Saúde. Dessa forma, é dever das PP promover um melhor suporte de assistência para esse grupo específico, com o objetivo de atender as necessidades (ROCKWOOD et.al., 2012).

De acordo com dados da Pesquisa Nacional por Domicílios (PNAD) 34,6% dos idosos brasileiros necessitam de cuidados contínuos (IBGE, 2017). O ato de cuidar envolve interesse e preocupação. O cuidador assume a responsabilidade e comprometimento de oferecer suporte e auxílio, fornecer informações e troca de ideias, se responsabilizar e comprometer-se com a manutenção do ambiente de cuidado (DUARTE, D'ELBOX, BERZINS, 2017). Ele pode ser formal – caracterizado pela presença de preparação e formação profissional para cuidar – ou informal, caracterizado pela prestação de assistência de forma não remunerada. O cuidador pode também ser familiar, que assume o papel por denominação de sua família ou iniciativa e tem relação com fatores com gênero, proximidade com o idoso e parentesco. Historicamente, o perfil prevalente de cuidadores de idosos é do sexo feminino, vínculo informal, familiar, na faixa etária entre 50 e 55 anos, cônjuge ou filha (NUNES, BRITO, DUARTE, LEBRÃO, 2018).

Uma revisão da literatura científica realizada por Albuquerque e colaboradores (2019) apontou fatores influenciadores na qualidade de vida de cuidadores de pessoas idosas. São eles: depressão; má qualidade do sono; dificuldades de apoio, suporte social, financeiro, físico e na divisão de tarefas; falta de lazer e atividade física; problemas de saúde pré-existentes nos cuidadores e características sócios demográficas (ALBUQUERQUE et al., 2019).

2 OBJETIVOS DO ESTUDO

2.1 OBJETIVO GERAL

O objetivo principal do estudo foi discutir a fragilidade de idosos residentes em bairros com vulnerabilidade social e cadastrados em CRAS em relação à qualidade de vida, cognição, percepção de saúde, relações familiares e sociais.

2.2 OBJETIVOS SECUNDÁRIOS

Os objetivos secundários do estudo foram analisar a prevalência de fragilidade em pessoas idosas, avaliar condições de saúde, cognição e apoio social, analisar a composição familiar; analisar a sobrecarga de cuidadores familiares e limitações e dificuldades da prestação de cuidados para pessoas idosas.

3 MATERIAIS E MÉTODOS

3.1 DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo observacional, transversal, de natureza analítica com a utilização do método quantiqualitativo de investigação, com o uso das seguintes técnicas: observação e entrevista semi-estruturada com aplicação de instrumentos de avaliação e rastreio de condições de saúde e psicossociais de pessoas idosas cadastradas em serviços da proteção social e seus cuidadores familiares, residentes em áreas com diferentes índices de vulnerabilidade social. Propôs-se ampliar banco de dados de estudo realizado anteriormente pelo Grupo de Pesquisa GEnv – Gestão em Envelhecimento da UFSCar no período de 2012-2013 e 2015-2016, o qual avaliou pessoas idosas em relação à fragilidade, cognição, qualidade de vida e relações sociais e familiares em município do interior paulista e compôs um banco de 247 participantes.

3.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado no município de São Carlos que, atualmente, conta com população estimada de 254.484 habitantes e se constitui na 31ª maior cidade do interior do estado de São Paulo em número de residentes. Em termos de população idosa a cidade conta com 15,91% de pessoas com 60 anos ou mais e conta com um índice de envelhecimento de

92,78% (IBGE, 2016), superando ambos os indicadores os referentes aos do estado. A Secretaria Municipal de Cidadania e Assistência Social atua na implantação da política de assistência social do município, que conta atualmente com 4 CRAS e 1 Centro Comunitário. Sendo assim, os dados do presente estudo foram coletados em diferentes regiões de vulnerabilidade social, segundo o Índice Paulista de Vulnerabilidade Social-IPVS.

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Participaram do estudo pessoas idosas que foram avaliadas em estudos anteriores e períodos acima mencionados e cujos dados compõem um banco de dados com resultados referentes a 247 pessoas idosas. No presente estudo foram convidados a participar os mesmos usuários dos quatro Centro de Referência de Assistência – CRAS e do Centro Comunitário.

- Os critérios para inclusão de participantes idosos foram:

Possuir 60 anos ou mais, ser cadastrado nos equipamentos acima citados, apresentar capacidade de compreensão e de comunicação verbal.

- Os critérios para exclusão de participantes idosos foram:

Ser idoso acamado ou residente em Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI).

- Os critérios para inclusão de participantes cuidadores foram:

Ser cuidador familiar de pessoa idosa cadastrada em CRAS a mais de três meses.

- Os critérios para exclusão de participantes cuidadores foram:

Ser cuidador formal de pessoa idosa cadastrada em CRAS.

3.4 PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DE DADOS

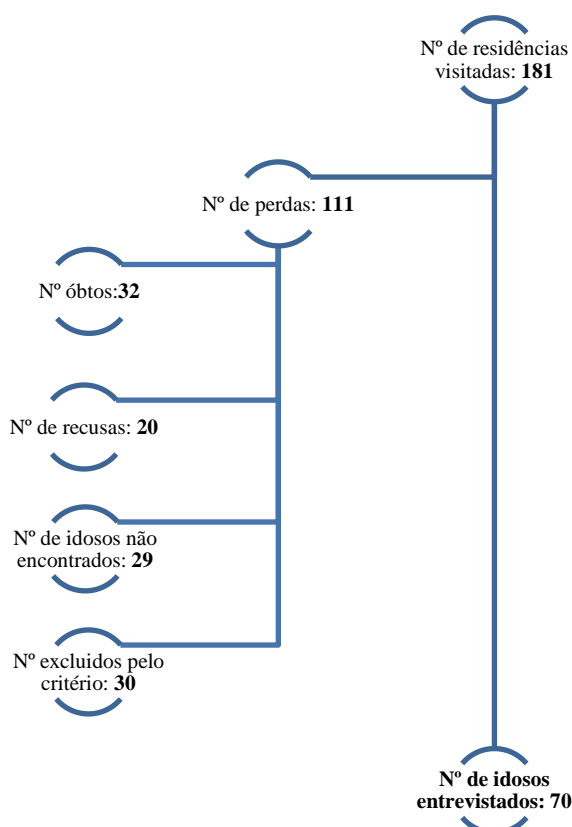
Inicialmente foi realizado contato com a Divisão de Proteção Social Básica e agendado um dia e horário para a apresentação do projeto de continuidade da pesquisa. Posteriormente, foi apresentado aos gestores dos equipamentos. A seguir, foi levantado os usuários que foram avaliados e verificado se continuam cadastrados e morando nos territórios dos CRAS. De posse dessas informações, se deu início às visitas nas residências de pessoas idosas cadastradas, convidando-as para nova participação no estudo e assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A coleta de dados com pessoas idosas foi realizada mediante visita domiciliar com tempo aproximado de uma hora e ocorreu entre abril a setembro de 2019. A coleta de dados com cuidadores familiares ocorreu entre maio e agosto de 2020 mediante entrevista telefônica

devido a situação de pandemia causada pelo coronavírus Covid-19 e teve duração aproximada de 40 minutos.

Foram visitadas 181 residências de pessoas idosas cadastradas nos CRAS localizados no município de São Carlos (Pacaembu, Santa Felícia, Aracy, Santa Eudóxia e São Carlos VIII) e que participaram do estudo anterior. Dessas, trinta e dois idosos faleceram, vinte se recusaram a participar da pesquisa, vinte e nove pessoas não foram encontradas em sua residência ou mudaram de endereço e 30 pessoas foram excluídas pelo critério de exclusão do estudo. No total, setenta pessoas idosas participaram da presente pesquisa, conforme indica a figura a seguir:

Figura 1. Fluxograma para identificação dos idosos entrevistados cadastrados em CRAS, São Carlos, SP, 2019.



3.5 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Os instrumentos para a coleta de dados com pessoas idosas foram:

- Entrevista semi-estruturada com dados sócio-demográficos: nome, idade, gênero, ocupação atual e anterior, aposentadoria, etnia, crença religiosa, naturalidade, ocupação atual e anterior, estado civil, escolaridade, moradia e, renda, motivo do cadastramento e serviços

utilizados no CRAS. Avaliação Subjetiva da Saúde composta por 5 questões relacionadas à saúde e ao nível de atividade.

- Escala de Fragilidade de Edmonton, desenvolvida por Rolfson et al. em 2006 e traduzida e validada no Brasil por Fabrício-Wehbe em 2009. A Escala avalia nove domínios: Cognição, Estado Geral da Saúde, Independência Funcional, Suporte Social, Uso de Medicamentos, Nutrição, Humor, Continência e Desempenho Funcional, compreendendo 11 itens. A pontuação máxima é de 17 pontos, que representa o nível mais elevado de fragilidade. A pontuação é de 0 a 4 pontos: “Não Frágeis”, de 5 a 6 “Aparentemente Vulneráveis”, 7 a 8 “Fragilidade Leve”, 9 a 10 “Fragilidade Moderada” e 11 ou mais pontos “Fragilidade Severa” (FABRÍCIO-WEHBE et al., 2009).

- WHOQOL–bref e o WHOQOL-old, instrumentos para avaliar Qualidade de Vida desenvolvidos pelo The WHOQOL GROUP em 1998 e validados no Brasil por Fleck et al. em 2000. O primeiro instrumento compreende 26 questões, que abordam os domínios físico, psicológico, social e ambiente, que podem atingir até 100 pontos. O instrumento WHOQOLold contém perguntas referentes aos domínios: funcionamento do sensorio; autonomia; atividades passadas, presentes e futuras; participação social; morte e morrer e intimidade e satisfação com a vida.

- MoCA (The Montreal Cognitive Assesstment) criada por Nasreddine em 2005 e traduzida e validada no Brasil por Bertolucci em 2008. Rastreia possível comprometimento cognitivo, nos seguintes domínios visuo-espacial, funções executivas, nomeação, memória, atenção, linguagem, abstração, evocação tardia e orientação. O escore total é de 30 pontos, e a nota de corte 26 pontos. Para pessoas com escolaridade igual ou menor que 12 anos, deve-se adicionar 1 ponto (NASREDDINE et al, 2005; BERTOLUCCI et al, 2008).

- O Genograma e Ecomapa criados por WRIGHT; LEAHEY, 2002 e sugeridos para o uso no Brasil pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2006). O genograma identifica arranjos familiares e relações próximas, distantes e conflituosas, mediante representação gráfica realizada a partir do relato do entrevistado. O Ecomapa identifica locais e equipamentos da comunidade utilizados pelo entrevistado, também trata-se de uma representação gráfica a partir do relato do entrevistado, indicando relações de proximidade.

- Apoio social será utilizado o instrumento criado pelo Medical Outcomes Study (MOS). O instrumento foi desenvolvido por Shernourne e Stewart em 1991 e validado no Brasil por Andrade, 2001. Possui cinco dimensões: 1. Apoio material; 2. Apoio afetivo; 3. Apoio emocional; 4. Apoio de informação e 5. Interação social positiva. Os escores para cada

dimensão variam de 20 a 100 pontos, com exceção da dimensão Apoio Afetivo, que é de 15 pontos. Quanto maior a pontuação, maior o nível de apoio social.

- Instrumento de Fragilidade Social com 5 perguntas auto relatadas referentes a se a pessoa mora sozinho, escolaridade, se conta com confidente, contatos frequentes, atividades sociais, dificuldades financeiras, situação socioeconômica.

- Escala Zarit Burden Interview (ZBI) desenvolvida por Zarit e colaboradores em 1980 e traduzida e validada para a cultura brasileira por Scazufca em 2002. Essa escala avalia a sobrecarga referida do cuidador informal frente a diferentes domínios: saúde, vida social, situação econômica, humor e tipo de relacionamento com a pessoa. A escala possui 22 questões de múltipla escolha e as respostas podem variar de 0 a 88 pontos, sendo que maior a pontuação significa maior sobrecarga, assim: 61 a 88 pontos correspondem à sobrecarga severa; 41 a 60 pontos sobrecarga moderada a severa; 21 a 40 pontos sobrecarga leve a moderada e menos de 21 pontos ausência de sobrecarga ou sobrecarga mínima.

Os instrumentos para a coleta de dados com cuidadores familiares de pessoas idosas foram:

- Entrevista semiestruturada para caracterização sociodemográfica com questões relacionadas à: sexo; idade; estado civil; escolaridade; ocupação atual; renda; forma de obtenção de renda, moradia com o idoso e grau de parentesco com o idoso;

- Três perguntas abertas sobre dificuldades e limitações da prestação de cuidado à pessoa idosa e se existe alguém que ajuda o cuidador principal nas tarefas de cuidado;

- Instrumento de fragilidade autorrelatada desenvolvido por NUNES e colaboradores (2015) para rastrear a síndrome através de perguntas relacionadas à saúde da pessoa idosa e o próprio cuidador familiar responde;

- Escala Zarit Burden Interview (ZBI) desenvolvida por Zarit e colaboradores em 1980 e traduzida e validada para a cultura brasileira por Scazufca em 2002. Essa escala avalia a sobrecarga referida do cuidador informal frente a diferentes domínios: saúde, vida social, situação econômica, humor e tipo de relacionamento com a pessoa. A escala possui 22 questões de múltipla escolha e as respostas podem variar de 0 a 88 pontos, sendo que maior a pontuação significa maior sobrecarga, assim: 61 a 88 pontos correspondem à sobrecarga severa; 41 a 60 pontos sobrecarga moderada a severa; 21 a 40 pontos sobrecarga leve a moderada e menos de 21 pontos ausência de sobrecarga ou sobrecarga mínima.

3.6 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Foram observados os princípios éticos que regem pesquisas com participação voluntária de seres humanos, conforme Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Os participantes foram informados claramente dos objetivos do estudo e o sigilo de suas respostas foi garantido. Nenhum procedimento foi realizado sem o esclarecimento e consentimento prévio de todos os indivíduos abordados. O presente trabalho conta com parecer de Comitê de Ética (CAAE: 09267319.0.0000.5504) que autoriza a realização do projeto e com parecer de Emenda que permite que seja realizada a entrevista com cuidadores, especificamente de forma remota, devido a recomendação de isolamento social causado pela pandemia de coronavírus Covid-19.

3.7 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DE DADOS

Os dados foram analisados mediante estatística descritiva com confecção de tabelas de frequência, medidas de posição e dispersão para os quantitativos. Para comparação entre grupos foi utilizado o teste de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis, o teste qui-quadrado de Pearson, ou o teste exato de Fisher para comparação das variáveis categóricas. Os dados qualitativos foram analisados mediante método de análise de conteúdo.

4 RESULTADOS

4.1 PARTICIPANTES IDOSOS

Participaram deste estudo 70 pessoas idosas moradores de regiões de baixa (15,71%), média (44,29%) e alta (40%) vulnerabilidade social com média de idade de 72,57 anos ($\pm 7,52$), sendo a maioria do sexo feminino (87,14%). 45,71% são idosos viúvos, 51,42% declararam sua etnia como branca. A maioria (64,29%) possuem escolaridade de 1 a 4 anos, são aposentados (51,4%), católicos (60%). 80% dos participantes moravam com algum membro da família. Todos os dados sociodemográficos estão representados na tabela 1.

Tabela 1: Perfil sociodemográfico de idosos da comunidade cadastrados em CRAS, São Carlos, SP, 2019.

Perfil Sociodemográfico	n (%)	Média	Mínimo	Mediana	Máximo
Idade	70	72,57(7,52)	60	71	96
Sexo feminino	61 (87,14)				
Sexo masculino	9 (12,86)				

Estado civil	
Solteiro	6(8,57)
Casado	22(31,43)
Separado	3(4,28)
Viúvo	32(45,71)
Divorciado	7(10)
Etnia	
Branco	36(51,42)
Negro	12(17,14)
Pardo	20(28,57)
Indígena	2 (2,85)
Religião	
Católico	42 (60)
Evangélico	23 (31,86)
Testemunha de Jeová	2 (2,86)
Outros	3 (4,29)
Escolaridade	
Analfabeto	8(11,43)
Alfabetizado sem escolaridade	8(11,43)
1 a 4 anos de escolaridade	45 (64,29)
5 a 8 anos de escolaridade	7(10)
Mais de 9 anos de escolaridade	2(2,86)
Ocupação atual	
Aposentado	36(51,42)
Não aposentado	34(48,68)
Alta vulnerabilidade social	
CRAS São Carlos VIII	13 (18,57)
CRAS Cidade Aracy	14 (20)
CRAS Santa Eudóxia	1 (1,43)
Média vulnerabilidade social	
CRAS Pacaembu	31(44,29)
Baixa vulnerabilidade social	
CRAS Santa Felícia	11(15,71)
Arranjos de moradia	
Arranjo Unipessoal	14 (20)
Somente com cônjuge	6 (8,6)
2º Geração o mais	49 (70)
Com filhos	36 (51,4)
Com netos	30 (42,9)
Com filhos e netos	18 (25,7)

Fonte: Elaboração dos Autores

Observou-se que 42,8% dos idosos apresentavam algum nível de fragilidade (leve 14,3%, moderada 12,9%, ou severa 10%), 24,3% eram aparentemente vulneráveis e 32,86% não frágeis, conforme apresenta a Tabela 2.

Tabela 2: Nível de Fragilidade segundo a Escala de Fragilidade de Edmonton de idosos cadastrados no CRAS, São Carlos, SP, 2019.

Nível de Fragilidade	N	%
Não frágil	27	38,6
Aparentemente vulnerável	17	24,3
Fragilidade Leve	10	14,3
Fragilidade Moderada	9	12,9
Fragilidade Severa	7	10

Fonte: Elaboração dos Autores

Em relação aos tipos de relacionamento familiar no mesmo lar, vínculos próximos (55,7%), conflituosos (14,3%) e distantes (1,4%) foram citados. Quando questionados sobre o tipo de vínculo com familiares que não moram na mesma casa, 90% citaram vínculos próximos, 44,3% distantes e 28,6% relacionamentos conflituosos. Os dados estão concentrados na Tabela 3, a seguir:

Tabela 3: Tipos de relacionamento de idosos cadastrados no CRAS, São Carlos, SP, 2019.

Tipos de relacionamento	No mesmo lar		Externo ao lar	
	N	(%)	N	(%)
Próximo	39	(55,7)	63	(90)
Distante	1	(1,4)	31	(44,3)
Conflituoso	10	(14,3)	20	(28,6)

Fonte: Elaboração dos Autores

Dentre os tipos de apoio categorizados segundo o instrumento MOS, o afetivo foi o mais pontuado com média de 85,9 ($\pm 16,9$), seguido pelo Apoio material 84,7 ($\pm 21,2$), Apoio Interação social 71,8 ($\pm 26,9$), Apoio de informação 71,6 ($\pm 20,5$) e Apoio emocional 70,7 ($\pm 20,8$).

Tabela 4: Dimensões de apoio do instrumento Medical Outcomes Study (MOS) de idosos cadastrados no CRAS, São Carlos, SP, 2019.

Dimensões	Média	Desvio padrão
Apoio afetivo	85,9	16,9
Apoio material	84,7	21,2
Apoio interação social	71,8	26,9
Apoio de informação	71,6	20,5
Apoio emocional	70,7	20,8

Fonte: Elaboração dos autores

Foram utilizados dois instrumentos para mensuração da qualidade de vida. Os resultados foram separados por domínios de cada instrumento e estão apresentados na tabela a seguir. Observou-se que em relação ao instrumento Whoqol-bref, o meio ambiente foi o domínio menos pontuado com média de 51,33($\pm 14,93$), já no Whoqol-old morte e morrer destaca-se como a maior média 73,58($\pm 21,36$).

Tabela 5: Domínios dos instrumentos Whoqol-bref e Whoqol-old em idosos da comunidade, São Carlos, SP, 2019.

Domínios QV	Média	Dp	Mínimo	Mediana	Máximo
Físico	57,08	17,01	21,43	60,71	100
Psicológico	60,71	15,07	12,5	62,5	87,5
Relação Social	60,97	14,93	16,67	66,67	91,67
Meio Ambiente	51,33	14,93	21,88	53,13	81,25
Whoqol-bref Total	56,61	11,47	29,81	56,74	86,54
Funcionamento do Sensório	66,44	22,58	18,75	68,75	100
Autonomia	58,24	12,52	31,25	56,25	93,75
Atividades*	61,24	13,28	31,25	62,5	87,5
Participação Social	58,65	14,42	25	56,25	93,75
Morte e Morrer	73,58	21,36	25	75	100
Intimidade	66,12	17,05	25	75	100
Whoqol-old Total	63,7	11,25	36,46	64,58	89,58

*Atividades presentes, passadas e futuras

Fonte: Elaboração dos autores

A comparação dos domínios dos instrumentos de qualidade de vida e apoio social com a fragilidade estão expostos na tabela 6.

Tabela 6: Comparação do nível de fragilidade em relação aos domínios do Whoqol-bref, Whoqol-old e Medical Outcomes Study (MOS).

Parâmetros	Nível de fragilidade	n	Média	p-valor
Whoqol-bref				
Domínio Físico	Não Frágil	27	66,38	<0,05
	Vulnerável	17	60,30	
	Frágil ^{a,b}	26	45,33	
Domínio Psicológico	Não Frágil	27	69,60	<0,001
	Vulnerável	17	61,52	
	Frágil ^a	26	50,96	
Domínio Social	Não Frágil	27	65,59	>0,05
	Vulnerável	17	58,82	
	Frágil	26	57,59	
Domínio Meio Ambiente	Não Frágil	27	56,60	<0,05
	Vulnerável	17	50,37	
	Frágil ^a	26	46,48	
Whoqol-old				
Domínio Funcionamento Sensório	Não Frágil	27	73,50	<0,05
	Vulnerável	17	72,06	
	Frágil	25	55,00	
Domínio Autonomia	Não Frágil	27	61,81	<0,05
	Vulnerável	17	60,66	
	Frágil ^a	25	52,75	
Domínio Atividades passadas, presentes e futuras	Não Frágil	27	68,06	<0,05
	Vulnerável	17	59,94	

Domínio Participação Social	Frágil ^a	25	54,75	<0,05
	Não Frágil	27	66,78	
	Vulnerável ^c	17	56,25	
Domínio Morte e Morrer	Frágil ^a	25	51,50	>0,05
	Não Frágil	27	76,5	
	Vulnerável	17	78,68	
Domínio Intimidade	Frágil	25	61,54	<0,05
	Não Frágil	27	76,62	
	Vulnerável	17	65,44	
	Frágil ^a	25	55,25	

Medical Outcomes Study (MOS)

Apoio material	Não Frágil	26	86,15	>0,05
	Vulnerável	17	85,29	
	Frágil	24	82,71	
Apoio afetivo	Não Frágil	26	91,28	>0,05
	Vulnerável	17	80,00	
	Frágil	24	84,44	
Apoio emocional	Não Frágil	26	72,12	>0,05
	Vulnerável	17	70,29	
	Frágil	24	69,58	
Apoio interação social	Não Frágil	26	79,62	>0,05
	Vulnerável	17	65,59	
	Frágil	24	67,92	
Apoio de informação	Não Frágil	26	76,15	>0,05
	Vulnerável	17	65,88	
	Frágil	24	70,83	

Teste Kruskal-Wallis para comparação entre os grupos Não Frágil, Vulnerável e Frágil.

^aDiferenças significativas entre Não Frágil e Frágil

^bDiferenças significativas entre Vulnerável e Frágil

^cDiferenças significativas entre Não Frágil e Vulnerável

Fonte: Elaboração dos Autores

De acordo com os resultados, foi encontrada uma correlação negativa forte entre a fragilidade e o domínio físico do instrumento Whoqol-bref (-0,667; $p < 0,001$) e moderada no domínio psicológico (-0,586; $p < 0,001$). Além de uma correlação moderada em todos os domínios do Whoqol-old exceto Morte e Morrer, conforme os dados da tabela 7.

Tabela 7: Análise da correlação de Spearman entre Escala de Fragilidade de Edmonton e Qualidade de vida e Apoio social de idosos cadastros nos CRAS, São Carlos, 2019.

Escala de Fragilidade de Edmonton	r*	p-valor**
Whoqol-bref		
Domínio físico	-0,667	<0,001
Domínio psicológico	-0,586	<0,001
Domínio relação social	-0,202	0,094
Domínio meio ambiente	-0,180	0,135
Whoqol-old		

Domínio funcionamento do sensório	-0,410	<0,001
Domínio autonomia	-0,331	0,005
Domínio atividades presentes, passadas e futuras	-0,408	<0,001
Domínio participação social	-0,433	<0,001
Domínio morte e morrer	-0,212	0,073
Domínio intimidade	-0,505	<0,001
Medical Outcomes Study (MOS)		
Apoio afetivo	-0,167	0,177
Apoio material	0,069	0,579
Apoio interação social	-0,93	0,454
Apoio de informação	-0,057	0,649
Apoio emocional	-0,64	0,609

*coeficiente de correlação de Spearman

**p-valor <0,05

Fonte: Elaboração dos Autores

Tabela 8: Distribuição das questões avaliadas segundo a Avaliação Subjetiva de Saúde de idosos cadastrados em CRAS. São Carlos, SP, 2019.

Questão	Muito boa	Boa	Regular	Ruim	Muito ruim	Melhor	Igual	Pior
1. De um modo geral, como o senhor avalia a sua saúde no momento atual?	1 (1,43%)	20 (28,57%)	32 (45,71%)	12 (17,14%)	5 (7,14%)			
2. Como o senhor avalia a sua saúde hoje, em comparação com há de um ano atrás?						23 (32,85%)	20 (28,57%)	27 (38,57%)
3. Como o senhor avalia a sua saúde em comparação com a de outras pessoas da sua idade?						36 (51,43%)	21 (30%)	13 (18,57%)
4. Como o senhor avalia o cuidado que dedica à sua saúde?	10 (14,28%)	30 (42,85%)	26 (37,14%)	3 (4,28%)	1 (1,42%)			
5. Como o senhor avalia o seu nível de atividade em comparação com a de um ano atrás?						16 (22,85%)	27 (38,57%)	27 (38,57%)

Fonte: Elaboração dos Autores

Na Avaliação Subjetiva da Saúde, 45,71% dos participantes avaliam a saúde atual como regular; em comparação com a um ano atrás, 38,57% acreditam que a saúde está pior atualmente. Em relação ao cuidado que dedica à saúde, 42,85% dos participantes o consideram bom, e sobre o nível de atividade em comparação com a um ano atrás, 38,57% consideram igual e outros 38,57% consideram pior. Por fim, a tabela 9 apresenta dados sobre as questões avaliadas na Satisfação Global com a vida.

Tabela 9: Distribuição das questões avaliadas segunda Satisfação Global com a Vida de idosos cadastrados em CRAS. São Carlos, SP, 2018

Questão	Pouco	Mais ou menos	Muito
1- O senhor está satisfeito com sua vida hoje?	6 (8,57%)	26 (37,17%)	38 (54,28%)
2- Comparando com outras pessoas que tem sua idade, o senhor diria que está satisfeito com a sua vida?	7 (10%)	22 (31,43%)	41 (58,57%)
3- O senhor está satisfeito com a sua memória para fazer e lembrar as coisas de todo dia?	12 (17,14%)	22 (31,43%)	36 (51,43%)
4- O senhor está satisfeito com sua capacidade para fazer e resolver as coisas de todo dia?	13 (18,57%)	15 (21,43%)	42 (60%)
5- O senhor está satisfeito com suas amizades e relações familiares?	6 (8,57%)	11 (15,71%)	53 (75,72%)
6- O senhor está satisfeito com o ambiente em que vive?	14 (20%)	25 (35,70%)	31 (44,30%)
7- O senhor está satisfeito com seu acesso aos serviços de saúde?	20 (28,57%)	15 (21,43%)	35 (50%)
8- O senhor está satisfeito com os meios de transporte de que dispõe?	12 (17,14%)	27 (38,57%)	31 (44,30%)

Fonte: Elaboração do Autores.

Após leitura minuciosa da transcrição das entrevistas, as falas dos participantes idosos foram reunidas em categorias à luz da perspectiva teórica utilizada neste estudo. Assim, foram encontradas 3 categorias destinadas a análise mais aprofundada, das quais emergiram 8 subcategorias, conforme indica o quadro a seguir:

Quadro 1: Categorias e Subcategorias criadas a partir da análise de conteúdo na

elaboração do Genograma e Ecomapa em idosos cadastrados em CRAS, São Carlos, SP.

CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS	RELATOS
1. Arranjos e relações familiares de pessoas idosas	
1.1 Transformações nas composições	<p>“Minha mãe casou duas vezes né, então ele é filho de um pai e eu sou de outro” (P.9).</p> <p>“Olha eu vou falar para você eu casei duas vezes, o segundo casamento durou faz 25 que ele morreu [...] o pai dos meninos foi do meu primeiro casamento” (P.10).</p>
1.2 Relacionamentos harmoniosos	<p>“Meu relacionamento com meu marido? É normal, de marido normal.” (P. 12).</p> <p>“A gente se dá bem porque estamos na precisão, então a gente se dá bem. É uma relação normal é normal, nós não vamos dizer que vamos ficar brigando com criança e nós precisamos da mãe e do pai [...]eles estavam lá sem trabalho e vieram pra cá porque não podem pagar aluguel.” (P.1)</p>
1.3 Conflitos e distanciamento familiar	<p>“Tenho mais conflito com ela, não sei se é por causa da convivência porque a gente fica muito tempo junto” (P4).</p> <p>“Os outros filhos fica uma semana sem vir aqui, nem lembra de mim” (P2).</p> <p>“Faz tempo que minhas irmãs não vem aqui, sou eu que vou lá. Ninguém vem aqui, fazia festa de aniversário, ninguém vem nada, eu vejo porque eu visito” (P3)</p> <p>“Comigo nem tanto, mas com a mulher com a mãe dele, já fomos na delegacia tantas vezes, ele já ameaçou matar eu não sei quantas vezes mas não, já fui na delegacia, ontem mesmo fui na igreja e voltei e a mãe estava chorando aqui porque ele queria bater nela, porque ele quer a mãe dá dinheiro pra droga dá dinheiro e a mãe não quer” (P.7).</p>
2. Relações de acolhimento e luto	
2.1 Acolhimento de familiares	<p>“Então eu que crio né, do jeito que ela faz, falar a verdade ela abandonou os filho doente, é pecado né? cria os filhos têm que cuidar né?” (P. 11)</p> <p>“A mãe faleceu e ele (neto) veio embora pra cá” (P.12).</p>
2.2 Múltiplas perdas	<p>“Mataram ele, mataram meu neto mais velho” (P.14).</p> <p>“Ela morreu também de derrame, grávida de 6 meses. Foi um atrás do outro.” (P.10).</p>
3. Suporte Social	
3.1. Suporte social à distância através de equipamentos de comunicação	<p>“Meu filho, tem dois meses que não vejo, mas converso com ele, ele fala que não tem tempo porque tá trabalhando, sai 11 horas da noite, mas se eu falar que estou precisando de alguma coisa ele vem. Que preciso de remédio que estou doente que preciso de dinheiro ele vem correndo trazer o dinheiro para mim”. (P. 10).</p> <p>“A Internet, eu acho que é a minha melhor amiga [...] eu tenho facebook eu tenho insta, whatsapp e tenho até dois celulares” (P.14).</p>
3.2 Ausência de suporte	<p>“Eu tenho que depender de mim mesmo” (P.10).</p> <p>“Quando preciso de alguma coisa? aaa sou eu mesmo. Eu vou lavando uma roupa, passo, eu esses dias, uma moça trouxe uma toalha de mesa comprida assim, bem grande pra eu engomar, quase ninguém sabe engomar e ficou bem feito, eu passo bem feito também, aí eu tinha falado que era 20 reais, a moça pensou que era 20 cada toalha, mas eu falei que não, mas peguei o dinheiro sabe, compro comida, faço comida pra vizinha e ela me traz um pacote de</p>

	comida também aí vai (P.17)
3.3 Conflitos com instituições públicas	<p>“Faz tempo que não vou, vai lá eles não resolvem nada, eu estou esperando até hoje esse exame aí que o cirurgião pediu, mas não resolveu nada, espera espera espera e nada deles” (P15).</p> <p>“É muito difícil viu, eu nem frequento porque eles não faz nada pra mim, é muito difícil não faz nada pra gente” (P16).</p>

Fonte: Elaboração dos Autores

A primeira categoria observada relaciona-se aos *1. Arranjos familiares de pessoas idosas*. Dentro desse contexto destacou-se as seguintes subcategorias *1.1 Transformações nas composições*, a qual demonstra a experiências de novos matrimônios, vivenciadas por pessoas idosas, demonstrando a formação de arranjos contemporâneos no qual é comum rupturas de núcleos e novos matrimônios. A subcategoria *1.2 Relacionamentos harmoniosos* vai de encontro aos padrões culturais esperados para uma vida em família, na qual há vínculos de cuidado e afeto entre os membros. Por fim, a última subcategoria é a *1.3 Conflito e distanciamento familiar*, cujo agrupamento reúne relatos de condições de transtornos dentro do lar e distanciamento entre familiares. As causas de conflitos são diversas, mas tiveram destaques as por dependência química e prática de violência por algum membro do núcleo familiar de gerações distintas, tanto dos pais para com os filhos como inverso, contudo, a violência sofrida pelo idoso com seus filhos dependentes de substâncias psicoativas e álcool destacou-se, sendo um dos principais motivos para os conflitos relatados dentro dos arranjos familiares, gerando dor, sofrimento e saudades dos que deixaram de ser próximos ou até morreram vítimas dessa condição.

Em seguida, a categoria *2. Relações de acolhimento e luto* reúne relatos que expressam a perda ou acolhimento de um familiar. A primeira subcategoria *2.1 Acolhimento de familiares* demonstra relações de suporte e proteção em situações de necessidade. Pessoas idosas assumem o cuidado de netos órfãos ou abandonados, experiência vivenciada por avós que perderam os filhos e além de conviver com a dor da perda, necessitam recompor-se e dedicar-se a criação e educação dos netos órfãos, e também, de netos abandonados pelos pais em situações conflituosas. A subcategoria *2.2 Múltiplas perdas* reúne falas de pessoas idosas que perderam filhos, cônjuges e netos por diferentes causas (doenças e violências como mais relatadas), mas possuem em comum a participação em arranjos familiares incompletos, cujo marco principal é a ausência de um ente querido.

Por fim, a última categoria destina-se à diferentes formas de suporte identificadas nas redes dos participantes, intitulada *3. Suporte Social*. Dela emergiram três subcategorias. A primeira *3.1 Suporte social à distância através de equipamentos de comunicação* reúne

relatos que demonstram que pessoas idosas possuem uma rede de apoio externa ao lar, que oferece suporte quando necessário e está sempre em contato através de equipamentos de comunicação. Também há relatos de apoio advindo de redes sociais, no qual pessoas idosas expressaram sentir-se cuidados e queridos em ambientes virtuais. A subcategoria 3.2 *Ausência de suporte* reúne falas de participantes que se sentem sem apoio e não possuem ninguém para auxiliá-los. Em caso de necessidade, a provisão é gerada por eles próprios, utilizando-se do trabalho como lavadeira, passadeira ou da aposentadoria para solucionar. A próxima subcategoria demonstra relatos de conflitos e insatisfação entre equipamentos sociais e de saúde e pessoas idosas.

4.2 PARTICIPANTES CUIDADORES FAMILIARES

A coleta de dados com participantes cuidadores de pessoas idosas cadastradas em CRAS foi realizada através de ligação telefônica devido à pandemia causada pelo novo coronavírus Covid-19. O processo foi realizado da seguinte maneira: primeiro efetuou-se ligação telefônica para convidar o futuro participante - nesse momento foi explicado a presente pesquisa, verificou-se a quanto tempo o indivíduo cuida da pessoa idosa (caso seja a menos de três meses ocorre exclusão, conforme critérios de participação), além de solicitação de um endereço de e-mail ou número telefônico com o aplicativo WhatsApp para envio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) da pesquisa. Orientou-se ao participante a ler o TCLE para que na próxima ligação fossem esclarecidas possíveis dúvidas e gravado seu consentimento caso aprove sua participação na pesquisa. A segunda ligação foi realizada para confirmar o aceite na pesquisa, colher o consentimento de participação e, em seguida, colheu-se os dados via ligação telefônica. Foram realizadas 30 ligações telefônicas no período de maio a agosto de 2020. 18 pessoas aceitaram participar da pesquisa. 3 pessoas foram excluídas porque as pessoas idosas de quem cuidavam faleceram. 2 pessoas se recusaram a participar da pesquisa e 7 não atenderem as ligações telefônicas durante o período de coleta de dados.

A maioria dos participantes foram mulheres (88,8%), com média de idade de 59 anos (dp=12,13), casados (77,7%), sem renda individual (72,2%) e desempregados (72,2). Quanto a fragilidade autopercebida pelo cuidador da pessoa idosa, 88,8% dos idosos cuidados são considerados frágeis. Em relação a sobrecarga avaliada, 66,6% apresentaram alguma sobrecarga, sendo 44,4% de leve a moderada e 22,2% de moderada a severa sobrecarga.

Quanto a relatos em dificuldades no cuidado, 77,7% dos entrevistados afirmaram sentir alguma dificuldade para cuidar.

Tabela 10: Perfil sociodemográfico de cuidadores familiares de pessoas idosas cadastradas em CRAS. São Carlos, SP, 2020.

Perfil sociodemográfico	n (%)	Média	Mínima	Máximo
Idade		59,87	36	82
Sexo feminino	16 (88,88)			
Sexo masculino	2 (11,11)			
Estado Civil				
Casado	14 (77,77)			
Solteiro	1 (5,55)			
Divorciado	2 (11,11)			
Viúvo	1 (5,55)			
Escolaridade				
Analfabeto	1 (5,55)			
Alfabetizado sem escolaridade	0			
1 a 4 anos de escolaridade	7 (38,88)			
5 a 8 anos de escolaridade	1 (5,55)			
Mais de 9 anos de escolaridade	9 (50)			
Ocupação Atual				
Desempregado	13 (72,22)			
Autônomo	1 (5,55)			
Aposentado	4 (22,22)			
Renda individual				
Nenhuma	13 (72,22)			
Mais de um salário mínimo	2 (25,00%)			
Obtenção de Renda				
Salário próprio	2 (11,11)			
Salário do marido ou companheiro	7 (38,88)			
Aposentadoria própria	3 (16,66)			
Aposentadoria do marido ou companheiro	5 (27,77)			
Pensão	0			

Outros	1 (5,55)
Fragilidade idoso cuidado	
Frágil	16 (88,88)
Não frágil	2 (11,11)
Sobrecarga do cuidador	
Ausência ou mínima	5 (27,77)
Leve a moderada	8 (44,44)
Moderada a severa	4 (22,22)
Dificuldades para cuidar	
Sim	14 (77,77)
Não	4 (22,22)

Fonte: Elaboração dos autores

Muito dos participantes cumprem outros papéis sociais, são esposas, mães, irmãs, donas de casa com outras responsabilidades e tarefas. Alguns dos entrevistados relataram realizar atividades e tarefas de cuidado mais complexas que outros. É importante compreender que cada indivíduo é um ser único e percebe sua ação de diversos modos. Às vezes, uma mesma atividade/tarefa realizada é percebida de maneira diferente pelos participantes, influenciado por fatores como a saúde, a idade, o suporte (de inúmeras fontes) que recebe, o comportamento do idosos que recebe o cuidado, entre outros. O nível de fragilidade da pessoa idosa impacta a demanda de cuidado que o participante recebe diariamente. As respostas explicitam o dia a dia do cuidador, as dificuldades e barreiras vivenciadas por eles e quem dá suporte e apoio nas atividades de cuidado.

O quadro a seguir descreve as categorias e subcategorias que emergiram da análise dos dados coletados com participantes cuidadores informais de pessoas idosas cadastradas em CRAS. As perguntas foram: 1. Descreva as atividades de cuidado que o Sr. (a) que realiza com seu familiar idoso; 2. Quais as principais dificuldades e/ou limitações que o Sr. (a) encontra no cuidado de seu familiar idoso? 3. Alguma outra pessoa auxilia nos cuidados? Em quais atividades?

Quadro 2: Categorias e Subcategorias criadas a partir da análise de conteúdo de relatos sobre cuidar de familiar idoso cadastrado em CRAS, São Carlos, SP.

CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS	RELATOS
1. Formas de cuidado	
1.1 Cuidados em	Ah a atenção minha é dar comida, chamar... manda tomar um banho,

<p>Atividades de Vida Diária</p>	<p>escovar os dentes ne, eu arrumar a comidinha dele ne, o chá, o café de manhã, a roupa pra ele colocar depois do banho... é isso aí, essa rotina (Cuidador 5, 82 anos).</p> <p>Eu separo todos os remédios, vejo o que ela ta tomando, eu que compro os remédios né, vejo essa parte de médico... eu que faço todas as compras, eu cuido da parte financeira, de tudo o que eles precisam né... ainda mais agora com a pandemia (Cuidador 16, 57 anos).</p>
<p>1.2 Cuidados com a residência e o núcleo familiar</p>	<p>Ah eu faço comida, limpo a casa, lavo a roupa (Cuidador 11, 54 anos).</p> <p>Olha fia vou falar pra você, eu faço tudo, tudo, tudo [...] não dá tempo porque tem roupa, tem comida, tem tudo pra fazer tudo, tudo só eu e a casa é muito grande aqui (Cuidador 13, 78 anos).</p>
<p>1.3 Assistência no cuidado</p>	<p>É só a cada dois dias que ele (sobrinho) vem dar banho, porque não dá pra ele vim todo dia, não dá, ele mora lá no cidade Aracy (Cuidador 13, 73 anos).</p> <p>Quando ela (neta) está em casa ela ajuda a dar medicamento, por ele no banho, fazer uma alimentação pra ele diferente, pra ver se ele se alimenta melhor. Ela que leva ele pra médico, um outro lugar quando precisa... eu sempre vou junto porque eu que cuido ne (Cuidador 03, 62 anos).</p> <p>É, tem mais irmão né... tenho mais irmão, as vezes eles vêm ajudar porque eles vêm de carro eles ajudam também né [...] isso meu irmão que faz, tudo meus irmãos que fazem (compras) (Cuidador 10, 44 anos).</p>
<p>2. Dificuldades no processo de cuidar</p>	
<p>2.1 Dimensão subjetiva do cuidado: sobrecarga emocional e medo</p>	<p>A única coisa uma dificuldade é que a gente perde todo o lazer né, porque é 24 horas pra ela. Você não tem mais... vamos dizer assim... vida né, mas graças a deus a gente leva tudo (Cuidador 12, 52 anos).</p> <p>Mexe com o emocional da gente... então quer dizer, a gente tem que ter muita paciência (Cuidador 10, 44 anos).</p> <p>É eu tenho medo de não poder mais cuidar né porque você vê a idade minha não é brinquedo, 82 anos... tem pessoa que tá com 70 anos e já não faz mais nada, eu tenho dor, mas eu faço as coisas com dor ne(Cuidador 05, 82 anos)</p>
<p>2.2 Dimensão objetiva do cuidado: sobrecarga física, conflitos familiares e comportamento</p>	<p>Ah cansa, né, me irrita tem hora que ela fica gritando ela grita e começa a falar que eu estou judiando dela, que tá com frio (Cuidador 06, 60 anos).</p> <p>Olha, no momento o que eu tenho um pouco mais de dificuldade com ela acaba sendo a teimosia né, ela é muito teimosa (Cuidador 18, 41 anos)</p> <p>Porque que nem eu já tenho problema né... depois que eu tive um problema eu tenho dificuldade até nas mãos, então pra empurrar ele, trocar de cadeira, pra levar ele pro banho né, não é fácil (Cuidador 3, 62 anos).</p> <p>Eu não posso com ele, pelo o amor de deus, eu tenho problema que quando eu faço força já dói o peito já (Cuidador 13, 78 anos).</p> <p>Porque assim, as vezes a gente precisou da família e a família não quis ajudar (Cuidador 6, 60 anos).</p> <p>Olha, é cada coisa que eu tenho que aguentar por causa do filho deles, então eu abandonei dois anos eu larguei. Ai o que que aconteceu, o Dr. Edson ia fazer a visita da semana e ele chegava lá a minha cunhada estava fedendo, ninguém tinha dado banho, ninguém fazia nada... eles estavam passando fome só comendo de marmitex, enfim, abandonados totalmente (Cuidador 04, 66 anos).</p>

Fonte: Elaboração dos autores

A primeira categoria observada relaciona-se aos *1. Formas de cuidado*. É a categoria

na qual os participantes relataram suas tarefas, ações e atividades em relação ao cuidado prestado à pessoa idosa, quem os auxiliam e como os auxiliam neste processo e também relatam outras atividades relacionadas ao ambiente em que o idoso está inserido. A subcategoria *1.1 Cuidados em atividades de vida diária* divide o auxílio à pessoa idosa em dois tipos. Esse cuidado pode ser de maior contato e esforço físico, como o cuidado em Atividades Básicas de Vida Diária (AVBD), que são tarefas básicas de autocuidado. Neste caso, os cuidadores auxiliam as pessoas idosas na realização de atividades como alimentar-se, ir ao banheiro, arrumar-se e cuidar da higiene pessoal, andar e se transferir, escolher roupa e vestir-se. Os participantes relataram ainda prestar cuidado em Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD), que são habilidades mais complexas para se viver de maneira independente e requer maior esforço mental. Lidar com o transporte, gerenciar finanças, preparar refeições, fazer compras, gerenciar medicamento, usar o telefone e outros meios de comunicação e a manutenção de tarefas domésticas e da casa estão entre as AIVD. Essas atividades incluem, muitas vezes, uma relação com outros indivíduos e o meio que se estão inseridos. É importante destacar que as atividades de cuidado se relacionam com o nível de fragilidade da pessoa idosa, uma vez que essa condição influencia no nível de independência do indivíduo.

A subcategoria *1.2 Cuidados com a residência e o núcleo familiar* os participantes expressam a dupla jornada de cuidar da pessoa idosa e também de realizar tarefas do lar como limpar a casa, lavar roupa, fazer comida, organizar a rotina familiar, cuidar de crianças do núcleo familiar entre outras atividades. Essa é uma forma diferente de cuidado com a pessoa idosa, é menos direto e de menor contato é importante, pois está relacionada com a manutenção do ambiente em que se vive. Quem exerce esta tarefa está contribuindo para o cuidado de todos que vivem dentro da residência, conseqüentemente, para a pessoa idosa que ali vive. É complexa pois, na maioria das vezes, demanda tempo e esforço físico. Quando o indivíduo responsável por essas tarefas dentro do lar é o mesmo principal responsável pelas atividades de cuidado com a pessoa idosa, a presença de sobrecarga é comum. Por tanto, a dupla jornada (ou múltiplas jornadas) se caracteriza pela responsabilidade de diferentes tarefas: no cuidado com a pessoa idosa, nas atividades do lar, no papel de pais, no papel de trabalhador, entre outras. A subcategoria *1.3 Assistência no cuidado* reúne fala na qual os participantes relataram receber ajuda de outras pessoas para cuidar de pessoas idosas, em sua maioria familiares como netos (as), sobrinhos (as), irmãos (ãs), noras, filhos (as) entre outros atores. Essa assistência pode ser em AVBD ou AIVD, de acordo com as possibilidades e limitações do cuidador. É importante destacar que em AIVD geralmente o ajudante possui um

instrumento que facilita a ajuda, como um meio de transporte, por exemplo. Muitas vezes o cuidador não possui o instrumento (por exemplo um veículo como carro) e recebe ajuda de outras pessoas que o tenha para que a tarefa (como ir ao médico, fazer compras entre outras) seja cumprida.

Na segunda categoria *2. Dificuldades no processo de cuidar* os participantes relataram as limitações e dificuldades advindas da atividade de cuidar das pessoas idosas. As dificuldades apresentadas pelos cuidadores familiares se relacionaram com sobrecarga física e emocional, a idade avançada de alguns dos participantes, o comportamento da pessoa idosa cuidada, a execução de tarefas que prejudica as condições físicas do cuidador e os conflitos familiares que ocorrem a partir das demandas por cuidado. A subcategoria *2.1 Dimensão subjetiva do cuidado: sobrecarga emocional e medo* reúne relatos que demonstram sobrecarga emocional advinda do cuidado, como os participantes se sentem cansados emocionalmente, limitados para viver a vida de um modo diferente pois se sentem presos com o processo de cuidar, perdem o lazer e renunciam de muitas outras atividades. Ainda nesta subcategoria, os participantes expressam medo de não conseguir cuidar devido as condições de saúde que os limitam nas tarefas de cuidado que assumem. Também expressam a sua preocupação com a idade avançada e com o futuro, pois também os cuidadores participantes são pessoas idosas. Por fim, a subcategoria *2.2 Dimensão objetiva do cuidado: sobrecarga física, conflitos familiares e comportamento* reúne falas que expressam dificuldades dos cuidadores em executar as tarefas de cuidado, como dar banho ou realizar transferência, o que prejudica as condições físicas do cuidador. Nos cuidadores mais idosos e com dificuldades também em sua saúde esta situação pode requerer o auxílio de terceiros. Outras dificuldades relatadas nesta dimensão foram em lidar com a família do idoso e fazer parte dela; filhos que negam cuidar, filhos negligentes que não contribuem com o cuidado, filhos violentos etc. Por fim, o último componente desta subcategoria se relaciona ao comportamento da pessoa cuidada, especialmente quando elas executam comportamento de teimosia e incompreensão sobre as limitações do cuidador e negação para atividades como tomar banho ou se alimentar de maneira adequada ou mesmo negar a alimentação que está sendo oferecida.

5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A síndrome de fragilidade é um constructo que pode ser avaliado de diferentes

métodos. Sua Prevalência em países de baixa e média renda varia entre 3,9% a 51,4% (SIRIWARDHANA et al., 2018). Essa diferença pode estar relacionada a fatores como população estudada, tamanho da amostra, região e, principalmente, instrumentos de avaliação utilizados para identificação da síndrome (FRABÍCIO, 2019; HOOGENDIJK et al., 2019; SIRIWARDHANA et al., 2018). Estudos realizados no Brasil com idosos da comunidade indicam prevalência da fragilidade entre 3% a 58% (LIBERALESSO et al., 2017).

O presente estudo indicou prevalência de fragilidade de 37,2 %. Estudo realizado no país que utilizou a Edmonton Frail Scale (EFS) para avaliação da síndrome indicou prevalência de 41,3% de fragilidade em idosos (ALMEIDA et al., 2017), o que corrobora com os resultados encontrados. Em relação a prevalência de pessoas idosas aparentemente vulneráveis a desenvolver a síndrome de fragilidade, no presente estudo foi encontrado um valor de 24,3% de participantes classificados como aparentemente vulneráveis. Outro estudo realizado com a EFS indica valor próximo ao achado (26,7%), corroborando com dados do trabalho (DE SOUZA; DUTRA, 2014).

A média de idade entre os participantes deste estudo foi de 72,57 anos ($\pm 7,52$), com predominância do sexo feminino (87,14%). A alta prevalência de fragilidade neste estudo pode ser explicada pelo predomínio de mulheres e também a baixa escolaridade, sendo que 64,3% possuíam de 1 a 4 anos de escolaridade. A idade avançada, o baixo nível de escolaridade e o sexo feminino são componentes comuns em indivíduos frágeis e fatores preponderantes para o aparecimento da síndrome (HOOGENDIJK et al., 2019; CHEN, GAN, HOW, 2018; LIBERALESSO et al., 2017; HAJEK et al., 2016; MELLO et al., 2014).

A relação causal entre fragilidade e cognição ainda não foi claramente estabelecida na literatura. Alguns estudos apontam que pessoas idosas classificadas como frágeis apresentam um desempenho cognitivo pior do que os não frágeis. (FRABÍCIO, 2019; ROBERTSON, SAVVA, KENNY, 2013; NERI et al., 2013). Esses dados corroboram com resultados encontrados neste estudo, no qual o domínio Cognição da EFS foi o que obteve maior pontuação. Além disso, 72,85% dos participantes apresentaram indicativo de declínio cognitivo segundo o instrumento MoCA, e desses, 47,05% apresentam algum nível de fragilidade.

A fragilidade não apresentou associação significativa com Apoio social, contudo, observou-se um alto relato de apoio afetivo ($85,97 \pm 16,9$) e apoio material ($84,7 \pm 21,2$). Idosos que possuem um maior contato com familiares e amigos tendem a ter um melhor apoio

social (CHON, LEE, KIM, LEE, 2018). Neste estudo a maioria dos participantes moravam com algum membro da família (80%) e relacionamentos próximos no mesmo lar (55,7%) e externos ao lar (90%) foram citados pela maioria.

Foi encontrada uma correlação negativa moderada entre fragilidade e qualidade de vida. Esses dados estão em consonância com as características multifatoriais da fragilidade que provocam desequilíbrio homeostático do organismo, resultando no declínio do sistema fisiológico, além de alterações cognitivas e psicológicas (CHEN, GAN, HOW, 2018; FERRIOLLI, MORIGUTI, FORMIGHIERI, 2017). Além disso, a fragilidade e comprometimento cognitivo comprometem a saúde do idoso afetando, conseqüentemente, a capacidade funcional e autonomia, além de resultar na diminuição da qualidade de vida (GRDEN et al., 2015).

Dessa forma, quanto maior o nível de fragilidade maior será o prejuízo na qualidade de vida do idoso. Nesse mesmo sentido, revisão sistemática com meta-análise realizada com 22 estudos trouxe evidências de que há associação entre fragilidade e menor qualidade de vida em idosos da comunidade (CROCKER et al., 2019). Ademais, o presente estudo possibilitou identificar em quais domínios esse prejuízo foi maior, dando destaque os domínios físico e psicológico (Whoqol-bref) e todos os domínios do Whoqol-old exceto Morte e Morrer.

Estudo realizado com 348 idosos residentes na comunidade no estado do Mato Grosso demonstrou que 14,66% dos participantes moravam sozinhos e 85,34% moravam com outras pessoas, com arranjos familiares principalmente bigeracionais. As pessoas idosas que moravam com alguém se apoiavam na família, e a expectativa do cuidado foi direcionada à nora ou filha (SANT'ANA; D'ELBOUX, 2019).

As transformações em arranjos familiares brasileiros são uma realidade e vêm sendo estudadas há algum tempo por pesquisadores. Estudos indicam que a estratificação socioeconômica de pessoas idosas pode influenciar nas formas de apoio informais que ocorrem entre as famílias. Esse apoio pode vir tanto da pessoa idosa para as gerações mais jovens ou vice e versa, mas a primeira forma é mais comum, especialmente no que tange a apoio material/financeiro dentro do lar. Importantes mudanças nos papéis sociais dentro das famílias se destacam, e isso pode ser explicado pelo acesso a renda proveniente de pensões ou aposentadorias, o que leva a pessoa idosa a ser responsável por grande parte da renda familiar ou o chefe do domicílio (TEIXEIRA; RODRIGUES, 2009).

As transformações nas relações familiares na contemporaneidade se deram,

principalmente, pelas mudanças sociodemográficas. As mulheres idosas brasileiras apresentam maior expectativa de vida e isso pode ser explicado por três fatores: ampliação da cobertura da previdência, avanços tecnológicos da medicina e maior acesso aos serviços de saúde. Esse fator leva ao processo de feminilização da velhice. Mas isso por si só não explica as modificações na estrutura familiar e suas relações. Os arranjos vem se modificando desde a metade do século XX em decorrência da elevada taxa de divórcios e separações, diminuição da natalidade, aumento da participação feminina no mercado de trabalho, ascensão de famílias monoparentais e aumento da expectativa de vida (FERREIRA, 2017).

Historicamente, o perfil prevalente de cuidadores de idosos é do sexo feminino, vínculo informal, familiar, na faixa etária entre 50 e 55 anos, cônjuge ou filha (NUNES, BRITO, DUARTE, LEBRÃO, 2018). Esses dados corroboram com os encontrados no presente estudo. A maioria dos participantes cuidadores são do sexo feminino (88,8%), com média de idade pouco a mais da revisão proposta: 59 anos (dp=12,13), todos com vínculo informal e familiar, e 50% são filhas ou cônjuge da pessoa idosa.

Uma revisão da literatura científica realizada por Alburquerque e colaboradores (2019) apontou fatores influenciadores na qualidade de vida de cuidadores de pessoas idosas. São eles: depressão; má qualidade do sono; dificuldades de apoio, suporte social, financeiro, físico e na divisão de tarefas; falta de lazer e atividade física; problemas de saúde pré-existentes nos cuidadores e características sócio demográficas (ALBUQUERQUE et al., 2019). No presente estudo foi identificado a partir da análise de conteúdo de depoimentos de cuidadores familiares a dificuldade de apoio no cuidado da pessoa idosa, de suporte social e físico, a sobrecarga nas divisões de tarefa e a perda do tempo de lazer.

Os cuidadores participantes do estudo relataram dificuldades no processo de cuidar de seu familiar idoso. Estudos apontam a importância de que os cuidados domiciliares sejam realizados a partir de um preparo para capacitar e instrumentalizar o cuidador, especialmente nos casos que o indivíduo se torna cuidador familiar sem pretensão. A educação e orientação a esse público pode ser executada por serviços de atendimento básico em saúde e na assistência social, de modo a garantir a distribuição de informações essenciais para o ato de cuidar (FERREIRA et al., 2014).

Por fim, como limitação do estudo, destaca-se o tamanho amostral, o qual impede a generalização dos dados para além da população em análise. Além disso, os instrumentos utilizados não foram desenvolvidos para aplicação em pessoas idosas em situação de vulnerabilidade social.

6 CONCLUSÕES

Conclui-se que os participantes idosos que apresentavam algum nível de fragilidade possuíam pior qualidade de vida, principalmente nos domínios físico e psicológico. A fragilidade não se associou estatisticamente ao apoio social recebido, contudo, os dados qualitativos trouxeram novas evidências, indicando a necessidade de tomada de decisão, mesmo em indivíduos não frágeis e com bom nível de apoio social. Compreender a fragilidade de pessoas idosas cadastradas na assistência social possibilitará identificar demandas específicas desse grupo e auxiliar na implementação e gestão de ações direcionadas para o segmento populacional. Destaca-se a importância de equipamentos sociais e de saúde assistir essa população para identificar precocemente a síndrome de fragilidade, a fim de se criar mecanismos de monitoramento e prevenção.

As tensões identificadas a partir da análise de relatos dos participantes idosos e cuidadores se relacionaram as necessidades advindas de condições sociodemográficas e de saúde e tipos de apoio disponíveis para atender às diferentes demandas. A fragilidade leva a uma condição na qual há cada vez mais carência por cuidado e auxílio para atividades de vida diária. Os cuidadores que atendem as necessidades de pessoas idosas compartilham de demandas por apoio na prestação de cuidados e essa tensão pode ser diminuída através da elaboração e implementação de políticas públicas que apoiem e instrumentalizem cuidadores familiares para a realização de suas atividades.

O profissional gerontólogo está apto a atuar no contexto de vulnerabilidade e é importante sua inserção nestes contextos, uma vez que sua visão holística possibilita reconhecer demandas individuais, familiares e da comunidade. Portanto, é de suma relevância um olhar que integre as diferentes dimensões envolvidas no processo de envelhecimento e velhice, englobando não somente políticas de saúde e assistência social como outros equipamentos que contemplem lazer, esporte e cultura. Esse estudo possibilitou um olhar amplo sobre a pessoa idosa e seu entorno, seus cuidadores familiares, compreendendo limitações e dificuldades vivenciadas pelos participantes. Ademais, foi possível conhecer o perfil de pessoas idosas que vivem em contexto de vulnerabilidade social e seus cuidadores informais familiares.

REFERÊNCIAS

- AIRES M. Sobrecarga de cuidadores informais de idosos dependentes na comunidade em municípios de pequeno porte. **Rev Gaúcha Enferm.** v41(esp). 2020.
- ALBUQUERQUE F. Q. O. et al. Qualidade de vida em cuidadores de idosos: uma revisão integrativa. **Rev Enferm Atual In Derme**, v. 87, n.25, 2019.
- ALMEIDA CARNEIRO, J. et al. Frailty in the elderly: prevalence and associated factors. **Rev Bras Enferm**, v. 70, n. 4, 2017.
- BARDIN L. **Análise de conteúdo**. São Paulo. Edições 70, 2016.
- BRASIL, CapacitaSUAS Caderno 1. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Centro de Estudos e Desenvolvimento de Projetos Especiais da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. **Assistência Social: Política de Direitos à Seguridade Social**. Brasília: MDS, 2013, 144 p.
- BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social. Secretaria Nacional de Assistência Social. Guia para técnicos e gestores da assistência social: **O Benefício da Prestação Continuada (BPC)**. Brasília, 2018.
- BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social. Secretaria Nacional de Assistência Social. Departamento de Benefícios Assistenciais e Previdenciários. **Orientações Técnicas sobre Benefícios Eventuais no SUAS**. Brasília, 2018.
- BRASIL, CapacitaSUAS Caderno 1. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Centro de Estudos e Desenvolvimento de Projetos Especiais da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. **Assistência Social: Política de Direitos à Seguridade Social**. Brasília: MDS, 2013, 144 p.
- BRASIL. Ministério do Desenvolvimento social. **Centro de Referência de Assistência Social – Cras**, 2015.
- BRITO T. R. P., NUNES D. P. I., DUARTE Y. A. O., LEBRÃO M.L. Redes sociais e funcionalidade em pessoas idosas: evidências do estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento (SABE). **Rev Bras Epidemiol**, v. 21, s.2 , 2018.
- CAMARANO, A. A. **Cuidados para a população idosa e seus cuidadores: Demandas e alternativas**. Nota Técnica N°64. Ministério da Economia. Instituto de Pesquisa e Economia Aplicada – IPEA: Diretoria de Estudos e Políticas Sociais. Brasília, 2020.
- CHEN, C. Y., GAN, P., HOW, C. H. Approach to frailty in the elderly in primary care and the community. **Singapore medical journal**, v.59, n.5, p. 240, 2018.
- CHON, D., LEE, Y., KIM, J., LEE, K. E. The Association between Frequency of Social Contact and Frailty in Older People: Korean Frailty and Aging Cohort Study (KFACS). **Journal of Korean medical science**, v. 33, n. 51, 2018.
- CROCKER, T. F. et al. Quality of life is substantially worse for community-dwelling older people living with frailty: systematic review and meta-analysis. **Quality of Life Research**, v. 16, n.1, 2019.

DE SOUZA O. F.; DUTRA GESUALDO, G. Assessment of the frailty level of elderly people with chronic kidney disease undergoing hemodialysis. **Acta Paul Enferm**, v. 27, n. 1, 2014.

DUARTE, Y. A. O.; LEMBRÃO, M. L. Fragilidade e envelhecimento. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017. 2908-2919 p.

DUARTE et al. Frailty in older adults in the city of São Paulo: Prevalence and associated factors. **Rev Bras Epidemiol**. v. 21, s. 2, 2018.

FERREIRA, M. C. Famílias e envelhecimento: um ensaio teórico com base na perspectiva histórica. Oikos: **Revista Brasileira de Economia Doméstica**, Viçosa, v. 28, n.1, p. 1

43-161, 2017.

FERRIOLLI, E. F; MORIGUTI, J. C. FORMIGHIERI, P. F. Idoso frágil. In: Freitas, E.V. P. I. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 4.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

FLECK, M. P. A. et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS. **Rev. Bras. Psiquiatr**. v.21, n.1, p.19-28, 2000.

FRIED, L. P. et al. Frailty in Older Adults: evidence for a phenotype. **Journal of Gerontology**, v. 56, n. 3, 2001.

GRDEN, C. R. B. et al. Association between physical frailty and cognitive scores in older adults. **Rev Rene**, v. 16, n. 3, 2016.

HAJEK, A. et al. Predictors of Frailty in Old Age – Results of a longitudinal study. **J Nutr Health Aging**, v. 20, n. 9, p. 952-957, 2016.

HOOGENDIJK et al. Frailty: implications for clinical practice and public health. **The Lancet**. v. 394, 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Síntese de Indicadores Sociais**: Uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro: IBGE, 2016. 146 p.

LIBERALESSO, M. T. E. et al. Prevalence of frailty in a long-lived population in the Southern region of Brazil. **Saúde Debate**, v. 41, n. 113, p. 30, 2017.

MELLO, A. C.; ENGSTROM, E. M.; ALVES, L. C. Health-related and socio-demographic factors associated with frailty in the elderly: a systematic literature review. **Cad Saúde Pública**, v. 30, n. 6, p. 1-25, 2014.

NERI, A. L. et al. Methodology and social, demographic, cognitive, and frailty profiles of community-dwelling elderly from seven Brazilian cities: the FIBRA Study. **Cad Saúde Pública**, v. 29, n. 4, p. 778-792, 2013.

NUNES et al. Screening for frailty in older adults using a self-reported instrument. **Rev Saúde Pública**. São Paulo, v. 49, n. 2, p. 1-9, 2015.

PINHEIRO, O. D. S.; AREOSA, S. V. C. A importância de Políticas Públicas para Idosos.

Ver **BVRU**, Goiânia, v. 4, n. 2, p. 183-193, jul./dez. 2018.

ROBERTSON, D. A.; SAVVA, G. M.; KENNY, R. A. Frailty and cognitive impairment - a review of the evidence and causal mechanisms. **Aging Res Rev**, v. 12, n. 4, p. 840-851, 2013.

RODRIGUES R.A.P., BUENO A.A, CASEMIRO F.G, CUNHA A.N, CARVALHO L.P.N, ALMEIDA V.C, et. al. Assumptions of good practices in home care for the elderly: a systematic review. **Rev Bras Enferm**.v.72, s.2, p.302-10, 2019.

ROCKWOOD, K; BERGMAN, H. Frailty: A Report the 3rd Joint Workshop of IAGG/WHO/SFGG, Athenas, January 2012. **Canadian Geriatrics Journal**, v. 15, n.12, 2012.

SANT'ANA, L. A. J.; D'ELBOUX, M. J.. Comparação da rede de suporte social e a expectativa para o cuidado entre idosos em diferentes arranjos domiciliares. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, 2019.

SCAZUFCA M. Versão brasileira da escala Burden Interview para avaliação de sobrecarga de cuidadores de indivíduos com doenças mentais. **Rev Brasil Psiquiatr**. V.24, n.1, p. 12-17, 2012.

SIRIWARDHANA D. D. et al. Prevalence of frailty and prefrailty among community-dwelling older adults in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. **BMJ Open**. v. 8, n.3, 2018.

TEIXEIRA S. M. Aging and Reforms in the Social Security System in Contemporary Brazil. **Textos&Contextos**. v. 17, n. 1, p. 126,137, 2018.

TEIXEIRA, S. M. ; RODRIGUES, V. S.. Modelos de família entre idosos: famílias restritas ou extensas?. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro , v. 12, n. 2, p. 239-253, Aug. 2009 .

THE WHOQOL GROUP. Development of the World Health Organization. Quality of Life Assessment. **Psychological Medicine**, v.28, 1998.

THE WHOQOL GROUP. Development of the WHOQOL: Rationale and current status. **International Journal of Mental Health**, v. 23 n.3 , p. 24-56, 1994.

THE WHOQOL GROUP. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties. **Social Science e Medicine**, v. 46, n.12, p.1569-1585, 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World report on ageing and health**. 2015. 260 p.

WRIGHT, L.M; LEAHEY, M. **Enfermeiros e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família**. 3. ed. São Paulo: Roca, 2002.

ZARIT, S.H., ZARIT, J. M. **The Memory and Behaviour Problems Checklist and the Burden Interview**(Technical report). Filadélfia: Pennsylvania StateUniversity; 1987

APÊNDICE A – Protocolo de Entrevista com participante cuidador

Entrevistador: _____

Data: _____

ENTREVISTA com o CUIDADOR

Identificação:

Nome Completo : _____

Sexo: Feminino () Masculino ()

Estado civil: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: ____ anos

Endereço: _____ n° _____

Bairro: _____ CEP: _____ - _____

Cidade: _____ Estado: _____

6. Telefone: () _____

7. Nome do Idoso: _____

II. Escolaridade:

- a- () Alfabetizado sem escolarização
- b- () Primário Incompleto (Ensino Fundamental: 1ª série a 4ª série)
- c- () Primário Completo (Ensino Fundamental: 1ª série a 4ª série)
- d- () Ginásio Incompleto (Ensino Fundamental: 5ª série a 8ª série)
- e- () Ginásio Completo (Ensino Fundamental: 5ª série a 8ª série)
- f- () Colegial Incompleto (Ensino Médio)
- g- () Colegial Completo (Ensino Médio)
- h- () Superior Incompleto (Ensino Superior)
- i- () Superior Completo (Ensino Superior)

III- OCUPAÇÃO

Qual sua profissão/ocupação atual? _____

Qual sua profissão/ocupação anterior? _____

Observações: _____

IV. Moradia do Idoso:

1. Tipo de moradia: () Casa () Apartamento () *Chácara**
2. Tipo de construção: () Alvenaria (Tijolo) () Madeira () _____
3. Número de cômodos: _____
4. A casa recebe (Saneamento Básico):
 - () Água () Esgoto () Energia Elétrica
 - () Asfalto () Coleta de Lixo

5. Observações: _____

V. Renda:

1. Qual é a sua renda individual?

- () Nenhuma
 () Menos de um salário mínimo
 () Um salário mínimo
 () Mais de um salário mínimo
 () Variável

Quanto aproximadamente? _____

Quanto aproximadamente? _____

2. Como obtêm a sua renda?

- () Salário próprio
 () Salário do marido ou companheiro
 () Aposentadoria própria
 () Aposentadoria do marido ou companheiro
 () Pensão
 () Recebe dos filhos
 () Outros Qual? _____

VI. Medicação

Nome dos medicamentos em uso	Posologia	Indicação	Prescrito por	Desde quando

VII. Necessidades de Cuidado

1. Descreva as atividades de cuidado que realiza com o seu familiar idoso:

2. Quais as principais dificuldades e/ou limitações que o Sr(a) encontra no cuidado de seu familiar idoso?

3. Alguma outra pessoa auxilia nos cuidados? Em quais atividades?

VIII. Fragilidade do idoso Pensando no último ANO**REDUÇÃO DE PESO**

1. O Sr(a). acha que seu familiar idoso perdeu peso sem fazer nenhuma dieta?

REDUÇÃO DE FORÇA DE PRENSÃO

2. Nos últimos 12 meses o Sr(a) acha que a força de seu familiar idoso diminuiu?

BAIXA ATIVIDADE FISICA

3. O Sr(a). acha que seu familiar idoso fez menos atividades físicas que a 12 meses atrás?

REDUÇÃO A VELOCIDADE DE CAMINHADA/MARCHA

4. O Sr(a). acha que seu familiar idoso esta caminhando mais devagar do que caminhava a 12 meses atrás?

FADIGA RELATADA

5.
a. . O Sr sentiu que tudo o que seu familiar idoso fez exigiu grande esforço?

- (0) raramente ou nenhum tempo (< 1 dia)
(1) Algum ou parte do Tempo (1-2 dias)
(2) Uma parte moderada do tempo (3-4 dias)
(3) Todo o tempo

- b. Com que frequência na última semana o Sr(a) sentiu que seu familiar idoso não conseguia levar adiante as suas coisas?

- (0) raramente ou nenhum tempo (< 1 dia)
(1) Algum ou parte do Tempo (1-2 dias)
(2) Uma parte moderada do tempo (3-4 dias)
(3) Todo o tempo

Obs.: Respostas “2” ou “3” em pelo menos uma das perguntas , categorizar como SIM para perda relatada e Positivamente para Fragilidade.

Nome do Entrevistado: _____

Nome do entrevistador: _____

Data: / /

INVENTÁRIO DE SOBRECARGA DO CUIDADOR -ZARIT

TOTAL DE PONTOS¹ =

	NUNCA	RARAMENTE	ALGUMAS VEZES	MUITO REQUËNTEMEN	QUASE SEMPRE
1. Você sente que seu familiar pede mais ajuda do que ele (a) realmente precisa?	0	1	2	3	4
2. Você sente que não tem tempo para você devido ao tempo que dedica ao seu familiar?	0	1	2	3	4
3. Você se sente estressado dividindo-se entre tomar conta de seu familiar e assumindo suas responsabilidades para sua família ou trabalho?	0	1	2	3	4
4. Você se sente envergonhado com o comportamento de seu familiar?	0	1	2	3	4
5. Você se sente irritado quando está próximo de seu familiar?	0	1	2	3	4
	NUNCA	RARAMENTE	ALGUMAS VEZES	MUITO REQUËNTEMEN	QUASE SEMPRE
6. Você sente que seu familiar freqüentemente afeta negativamente seu relacionamento com outros membros da	0	1	2	3	4

¹ PONTUAÇÃO TOTAL = 88 PONTOS

Escores	
61-88	Sobrecarga severa
41-60	Moderada a severa sobrecarga
21-40	Leve a moderada sobrecarga
Menos 21	Ausência de sobrecarga ou sobrecarga mínima

família ou amigos?					
7. Você tem medo do que possa acontecer com seu familiar no futuro?	0	1	2	3	4
8. Você sente que seu familiar depende de você?	0	1	2	3	4
9. Você se sente estressado quando está próximo do seu familiar?	0	1	2	3	4
10. Você sente que sua saúde foi afetada devido à sua dedicação?	0	1	2	3	4
11. Você sente que não tem tanta privacidade quanto gostaria por causa do seu familiar?	0	1	2	3	4
12. Você sente que sua vida social foi prejudicada por causa dos cuidados com seu familiar?	0	1	2	3	4
13. Você se sente desconfortável em receber amigos em sua casa devido ao seu familiar?	0	1	2	3	4
14. Você sente que seu familiar espera que você cuide dele como se você fosse o único de quem ele pudesse depender?	0	1	2	3	4
15. Você sente que não tem dinheiro suficiente para cuidar de seu familiar, além de outras despesas?	0	1	2	3	4
16. Você sente que não vai ser mais capaz de cuidar de seu familiar?	0	1	2	3	4
17. Você sente que perdeu o controle de sua vida desde que seu familiar adoeceu?	0	1	2	3	4
18. Você gostaria de transferir o cuidado de seu familiar para outra pessoa?	0	1	2	3	4
19. Você se sente incerto/inseguro acerca do que fazer com seu familiar?	0	1	2	3	4
20. Você sente que deveria estar fazendo mais por seu familiar?	0	1	2	3	4
21. Você acha que poderia fazer um trabalho melhor no cuidado de seu familiar?	0	1	2	3	4
22. De maneira geral, o quão sobrecarregado você se sente cuidando de seu familiar?	0	1	2	3	4

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para participantes

Cuidadores

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

1. O(a) senhor(a) está sendo convidado(a) para participar da pesquisa “Qualidade de Vida, Suporte Social e Fragilidade em Idosos Atendidos em Centros de Referência de Assistência Social”.
2. Este trabalho poderá contribuir para identificar a situação de fragilidade dos idosos cadastrados nos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) da cidade de São Carlos, e a identificar demandas que os serviços de assistência enfrentam como consequência da situação de fragilidade dos idosos.
3. O(a) senhor(a) foi selecionado por ser cuidador familiar de um idoso usuário do equipamento CRAS. Sua participação não é obrigatória. De acordo com a sua categoria de participante da pesquisa o(a) Sr(a). responderá perguntas acerca de: dados pessoais de identificação e aspectos relacionados à fragilidade do idoso, estrutura familiar, dados sociodemográficos e sobrecarga do Cuidador.
 - a. O objetivo do estudo é analisar a fragilidade de idosos cadastrados em Centro de Referência de Assistência Social em relação à qualidade de vida, cognição, percepção de saúde, relações familiares e com a comunidade.
 - b. Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder algumas questões e levará aproximadamente de 30 a 50 (trinta a cinquenta) minutos de seu tempo.
4. Esta pesquisa não oferece risco imediato aos participantes, porém considera-se a possibilidade de risco subjetivo, pois algumas perguntas remetem à história de vida, processo de envelhecimento e fragilidade do idoso. O possível risco subjetivo se refere ao que a lembrança da história de vida e condições de vida e saúde poderiam causar. A participação na pesquisa pode gerar estresse e desconforto como resultado da exposição de questões pessoais em responder perguntas que envolvem as próprias ações e pode resultar em algum tipo de constrangimento.
5. Diante dessas situações, os participantes terão garantidas pausas nas entrevistas, a liberdade de não responder as perguntas se não quiser o fazer, podendo interromper a entrevista a qualquer momento. Serão retomados nessa situação os objetivos a que esse trabalho se propõe e os possíveis benefícios que a pesquisa possa trazer. Em caso de encerramento das entrevistas por qualquer fator descrito acima, a pesquisadora irá orientá-lo(a) e encaminhá-lo(a) para profissionais especialistas e serviços disponíveis, se necessário, visando o bem-estar de todos os participantes.
6. Sua participação nessa pesquisa auxiliará na obtenção de dados que poderão ser utilizados para fins científicos, proporcionando maiores informações e discussões que poderão trazer benefícios para a área da Gerontologia, para a construção de novos conhecimentos e para a identificação de novas alternativas e possibilidades que aumentem a qualidade do serviço oferecido em Centro de Referência de Assistência Social (CRAS).

7. Sua participação é voluntária e não haverá compensação em dinheiro pela sua participação. A qualquer momento o(a) Senhor(a) pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa ou desistência não lhe trará nenhum prejuízo, seja em sua relação à pesquisadora, à Instituição que frequenta ou à Universidade Federal de São Carlos.

8. Todas as informações obtidas através da pesquisa serão confidenciais, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação em todas as etapas do estudo. Caso haja citação de nomes, a eles serão atribuídas letras, com garantia de anonimato nos resultados e publicações, impossibilitando sua identificação. Você terá direito a indenização por qualquer tipo de dano resultante da sua participação na pesquisa.

9. Solicito sua autorização para gravação em áudio das entrevistas. As gravações realizadas durante a entrevista semiestruturada serão transcritas pela pesquisadora, garantindo que se mantenha o mais fiel possível.

10. Todas as despesas com o transporte e a alimentação decorrentes da sua participação na pesquisa, quando for o caso, serão ressarcidas no dia da coleta. Você terá direito a indenização por qualquer tipo de dano resultante da sua participação na pesquisa.

11. Você receberá uma via deste termo, rubricada em todas as páginas por você e pela pesquisadora, onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal. Você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação agora ou a qualquer momento.

Se o(a) Sr(a) tiver qualquer problema ou dúvida durante a sua participação na pesquisa poderá comunicar-se pelo telefone (16)3306-6664 com a pesquisadora responsável Dr. Marisa Silvana Zazzetta.

Marisa Silvana Zazzetta

Rodovia Washington Luiz, Km 235, Caixa Postal 676

CEP: 13565-905 - São Carlos – SP Fone (16) 3306-6664

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pós- Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP – Brasil. Fone (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: cephumanos@ufscar.br

Local e data:

Nome do Participante

Assinatura do Participante

5. AVALIAÇÃO SUBJETIVA DA SAÚDE

De modo geral, como o(a) senhor(a) avalia a sua saúde no momento atual?	<input type="checkbox"/> Muito boa	<input type="checkbox"/> Boa	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Muito ruim
Como o(a) senhor(a) avalia sua saúde hoje, em comparação com um ano atrás?	<input type="checkbox"/> Melhor		<input type="checkbox"/> Igual		<input type="checkbox"/> Pior
Como o(a) senhor(a) avalia sua saúde em comparação com a de outras pessoas da sua idade?	<input type="checkbox"/> Melhor		<input type="checkbox"/> Igual		<input type="checkbox"/> Pior
Como o(a) senhor(a) avalia o cuidado que dedica à sua saúde?	<input type="checkbox"/> Muito bom	<input type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Muito ruim
Como o(a) senhor(a) avalia o seu nível de atividade em comparação com um ano atrás?	<input type="checkbox"/> Melhor		<input type="checkbox"/> Igual		<input type="checkbox"/> Pior

6. SATISFAÇÃO GLOBAL COM A VIDA

O(a) senhor(a) está satisfeito(a) com a sua vida hoje?	<input type="checkbox"/> Pouco	<input type="checkbox"/> Mais ou menos	<input type="checkbox"/> Muito
Comparando-se com outras pessoas que têm a sua idade, o(a) senhor(a) diria que está satisfeito(a) com a sua vida?	<input type="checkbox"/> Pouco	<input type="checkbox"/> Mais ou menos	<input type="checkbox"/> Muito
O(a) senhor(a) está satisfeito(a) com a sua memória para fazer e lembrar as coisas do dia a dia?	<input type="checkbox"/> Pouco	<input type="checkbox"/> Mais ou menos	<input type="checkbox"/> Muito
O(a) senhor(a) está satisfeito(a) com a sua capacidade para fazer e resolver as coisas do dia a dia?	<input type="checkbox"/> Pouco	<input type="checkbox"/> Mais ou menos	<input type="checkbox"/> Muito
O(a) senhor(a) está satisfeito(a) com as suas amizades?	<input type="checkbox"/> Pouco	<input type="checkbox"/> Mais ou menos	<input type="checkbox"/> Muito
O(a) senhor(a) está satisfeito(a) com as suas relações familiares?	<input type="checkbox"/> Pouco	<input type="checkbox"/> Mais ou menos	<input type="checkbox"/> Muito
O(a) senhor(a) está satisfeito(a) com o ambiente (clima, barulho, poluição, atrativos e segurança) em que vive?	<input type="checkbox"/> Pouco	<input type="checkbox"/> Mais ou menos	<input type="checkbox"/> Muito
O(a) senhor(a) está satisfeito(a) com seu acesso aos serviços de saúde?	<input type="checkbox"/> Pouco	<input type="checkbox"/> Mais ou menos	<input type="checkbox"/> Muito
O(a) senhor(a) está satisfeito(a) com os meios de transporte de que dispõe?	<input type="checkbox"/> Pouco	<input type="checkbox"/> Mais ou menos	<input type="checkbox"/> Muito

Suporte Social: Medical Outcomes Study (MOS)
--

As seguintes questões fazem referência ao apoio ou ajuda da que dispõe

1. Aproximadamente, quantos amigos íntimos ou familiares próximos têm? (Pessoas com as que esta à vontade e pode falar de tudo o que quiser). Escreva o número de amigos íntimos e familiares próximos:

A gente procura outras pessoas para ter companhia, assistência ou outro tipo de ajuda. Com que frequência dispõe de cada um dos seguintes tipos de apoio quando precisa? Assinale com um círculo um dos números de cada fila:

	Nunca (1)	Raramente (2)	Às vezes (3)	Quase sempre (4)	Sempre (5)
2. Alguém que o ajude se estiver doente, de cama.					
3. Alguém para lhe ouvir quando você precisa falar.					
4. Alguém para lhe dar bons conselhos em uma situação de crise.					
5. Alguém para lhe levar ao médico.					
6. Alguém que demonstre afeto e amor por você.					
7. Alguém para se divertir junto.					
8. Alguém para lhe dar uma informação que o ajude a compreender determinada situação.					
9. Alguém em quem confiar para falar de você ou sobre os seus problemas.					
10. Alguém que lhe dê um abraço.					
11. Alguém com quem relaxar.					
12. Alguém para preparar suas refeições se você não puder preparar.					
13. Alguém de quem você realmente quer conselhos.					
14. Alguém com quem distrair a cabeça.					
15. Alguém para ajudá-lo nas atividades diárias se você ficar doente.					
16. Alguém para compartilhar suas preocupações e medos mais íntimos.					
17. Alguém para lhe dar sugestões de como lidar com um problema pessoal.					
18. Alguém com quem fazer coisas agradáveis.					
19. Alguém que compreenda seus problemas.					
20. Alguém que você ame e que o faça você se sentir querido.					

ESCALA DE FRAGILIDADE DE EDMONTON

(Rolfson e cols., 2006; Fabrício-Wehbe, 2008)

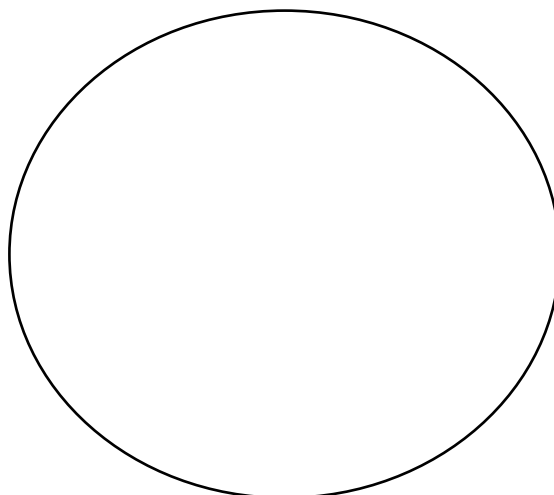
Nome do Entrevistado: _____

Nome do entrevistador: _____

Data: / /

<input type="checkbox"/> Idoso <input type="checkbox"/> Cuidador / familiar		
Coluna B ____ x 1 pt = ____	Coluna C ____ x 2 pt = ____	TOTAL DE PONTOS: ____/17
<p>INSTRUÇÕES: Para cada item, por favor, marque apenas uma opção na coluna A, B ou C. Itens marcados na Coluna A valem zero. Conte um ponto para cada item marcado na coluna B. Conte dois pontos para cada item marcado na Coluna C. Se houver dúvidas com relação à cognição do paciente, peça para ele, inicialmente, completar o Teste do Desenho do Relógio. Caso o paciente não seja aprovado neste teste, solicite ao cuidador para responder ao restante das perguntas da ESCALA DE FRAGILIDADE.</p>		
<p>Método de Pontuação TDR da EFE</p> <p>O TDR da EFE foi pontuado da seguinte maneira:</p> <p>A. Aprovado. Todos os ponteiros e números estão presentes nas devidas posições. Não há adições ou duplicidades.</p> <p>B. Reprovado com erros mínimos. Todos os ponteiros e números estão presentes. Os ponteiros estão corretamente posicionados. No entanto, os ponteiros têm o mesmo comprimento e/ou pequenos erros de espaçamento. Um “erro de espaçamento” existe se após sobrepor a transparência alvo e fazer a rotação para a melhor pontuação, ocorre qualquer um dos itens abaixo:</p> <p style="margin-left: 20px;">a. Algum número está posicionado na porção interior do círculo. b. Há mais ou menos de três números em qualquer um dos quadrantes.</p> <p>C. Reprovado com erros significativos.</p> <p style="margin-left: 20px;">a. Colocação dos ponteiros de hora e minuto fora do curso. b. Uso inapropriado dos ponteiros do relógio, de forma que o paciente tenta usar um display digital ou circula os números ao invés de usar ponteiros. c. Os números estão amontoados em um extremo do relógio (ex. qualquer quadrante contém menos de dois números) ou os números estão em ordem contrária. d. Ocorrem outras distorções quanto à sequência ou mesmo uma possível distorção da integridade da face do relógio (disposição dos números e ponteiros).</p> <p>Uma reprova com erros significativos sugere déficit cognitivo.</p>		
<p>1) Cognição.</p> <p>TESTE DO DESENHO DO RELÓGIO (TDR): “Por favor, imagine que este círculo é um relógio. Eu gostaria que você colocasse os números nas posições corretas e que depois incluísse os ponteiros de forma a indicar ‘onze horas e dez minutos’”.</p> <p>(0) Aprovado (1) Reprovado com erros mínimos (2) Reprovado com erros significativos</p>		TDR _____
<p>2) Estado Geral de Saúde.</p> <p>a) Nos últimos 12 meses, quantas vezes você foi internado(a)?</p> <p>(0) 0 (1) 1-2 (2) >2</p> <p>b) De modo geral, como você descreveria sua saúde? (escolha uma alternativa)</p> <p>(0) Excelente (1) Razoável (2) Ruim</p> <p>(0) Muito boa</p> <p>(0) Boa</p>		EESTSAU _____ EDSAU _____
<p>3) Independência Funcional.</p> <p>Em quantas das seguintes atividades você precisa de ajuda?</p> <p>(0) 0-1 (1) 2-4 (2) 5-8</p>		EINFUNC _____

<ul style="list-style-type: none"> • Preparar refeição (cozinhar) • Transporte (locomoção de um lugar para o outro) • Cuidar da casa (limpar / arrumar casa) • Fazer compras 	<ul style="list-style-type: none"> • Usar o telefone • Lavar a roupa • Cuidar do dinheiro • Tomar remédios 	
<p>4) Suporte social. Quando você precisa de ajuda, você pode contar com a ajuda de alguém que atenda as suas necessidades?</p> <p>(0) Sempre (1) Algumas vezes (2) Nunca</p>		EAJUDA _____
<p>5) Uso de Medicamentos. Normalmente, você usa, cinco ou mais remédios diferentes e recitados (pelo médico)? (0) Não (1) Sim</p> <p>Algumas vezes você esquece de tomar os seus remédios? (0) Não (1) Sim</p>		EUMED _____ EVEZES _____
<p>6) Nutrição. Recentemente, você tem perdido peso, de forma que suas roupas estão mais folgadas? (0) Não (1) Sim</p>		ENUT _____
<p>7) Humor. Você se sente triste ou deprimido(a) com frequência? (0) Não (1) Sim</p>		EHUMOR _____
<p>8) Continência. Você tem problema de perder o controle da urina sem querer? (segurar urina?) (0) Não (1) Sim</p>		ECONT _____
<p>9) Desempenho funcional.</p> <p>FAVOR OBSERVAR: PONTUE este item do teste como > 20 segundos se:</p> <p>a) O indivíduo se mostrar relutante ou incapaz de completar o teste. b) Para a realização do teste o paciente necessita andador (ou bengala) ou precisa do auxílio de outra pessoa.</p> <p>(0) 0-10 seg. (1) 11-20 seg. (2) > 20 seg.</p>		EDPFUNC _____



MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA)
 Versão Experimental Brasileira

 Nome: _____
 Escolaridade: _____
 Sexo: _____

 Data de nascimento: ____/____/____
 Data de avaliação: ____/____/____
 Idade: ____

VISUOESPACIAL / EXECUTIVA		Copiar o cubo		Desenhar um RELÓGIO (onze horas e dez minutos) (3 pontos)		Pontos			
				<input type="checkbox"/> Contorno <input type="checkbox"/> Números <input type="checkbox"/> Ponteiros		___/5			
NOMEAÇÃO									
						___/3			
MEMÓRIA		Leia a lista de palavras, O sujeito de repeti-la, faça duas tentativas Evocar após 5 minutos		Rosto	Veludo	Igreja	Margarida	Vermelho	Sem Pontuação
		1ª tentativa							
		2ª tentativa							
ATENÇÃO		Leia a sequência de números (1 número por segundo)		O sujeito deve repetir a sequência em ordem direta [] 2 1 8 5 4				___/2	
				O sujeito deve repetir a sequência em ordem indireta [] 7 4 2					
		Leia a série de letras. O sujeito deve bater com a mão (na mesa) cada vez que ouvir a letra "A". Não se atribuem pontos se ≥ 2 erros.		<input type="checkbox"/> F B A C M N A A J K L B A F A K D E A A A J A M O F A A B				___/1	
		Subtração de 7 começando pelo 100 [] 93 [] 86 [] 79 [] 72 [] 65		4 ou 5 subtrações corretas: 3 pontos; 2 ou 3 corretas 2 pontos; 1 correta 1 ponto; 0 correta 0 ponto				___/3	
LINGUAGEM		Repetir: Eu somente sei que é João quem será ajudado hoje. []		O gato sempre se esconde embaixo do Sofá quando o cachorro está na sala. []				___/2	
		Fluência verbal: dizer o maior número possível de palavras que comecem pela letra F (1 minuto). [] _____ (N ≥ 11 palavras)						___/1	
ABSTRAÇÃO		Semelhança p. ex. entre banana e laranja = fruta [] trem - bicicleta [] relógio - régua						___/2	
EVOCAÇÃO TARDIA		Deve recordar as palavras SEM PISTAS		Rosto	Veludo	Igreja	Margarida	Vermelho	Pontuação apenas para evocação SEM PISTAS
		<input type="checkbox"/> [] <input type="checkbox"/> [] <input type="checkbox"/> [] <input type="checkbox"/> [] <input type="checkbox"/> []							
OPCIONAL		Pista de categoria							
		Pista de múltipla escolha							
ORIENTAÇÃO		<input type="checkbox"/> Dia do mês <input type="checkbox"/> Mês <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Dia da semana <input type="checkbox"/> Lugar <input type="checkbox"/> Cidade						___/6	
© Z. Nasreddine MD www.mocatest.org Versão experimental Brasileira: Ana Luisa Rosas Sarmento Paulo Henrique Ferreira Bertolucci - José Roberto Wajman (UNIFESP-SP 2007)		TOTAL Adicionar 1 pt se ≤ 12 anos de escolaridade						___/30	

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número a lhe parece a melhor resposta.

		muito ruim	ruim	nem muito nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	muito ou nunca	frequentemente	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aprecia a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As seguintes seguintes perguntas sobre **o quanto completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	mucho	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponível para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividades de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sente a respeito de várias aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	não satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu modo de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	algumas vezes	frequentemente	muito frequentemente	sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?.....

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?.....

As seguintes questões perguntam sobre o **quanto** você tem tido certos sentimentos nas últimas duas semanas

		Nada	Muito pouco	Médio	Bastante	Extremamente
01	Até que ponto as perdas nos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato), afetam a sua vida diária?	1	2	3	4	5
02	Até que ponto a perda de, por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato, afeta a sua capacidade de participar em atividades?	1	2	3	4	5
03	Quanta liberdade você tem de tomar as suas próprias decisões?	1	2	3	4	5
04	Até que ponto você sente que controla o seu futuro?	1	2	3	4	5
05	O quanto você sente que se preocupa ao ser realer respeito à sua liberdade?	1	2	3	4	5
06	Quão preocupado você está com a maneira pela qual irá morrer?	1	2	3	4	5
07	O quanto você tem medo de não poder controlar a sua morte?	1	2	3	4	5
08	O quanto você tem medo de morrer?	1	2	3	4	5
09	O quanto você teme sofrer dor antes de morrer?	1	2	3	4	5

As seguintes questões perguntam sobre **quão completamente** você fez ou se sentiu apto a fazer algumas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
10	Até que ponto as perdas nos seus sentidos (por exemplo, visão, audição, paladar olfato, tato) afetam a sua capacidade de interagir com outras pessoas?	1	2	3	4	5
11	Até que ponto você consegue fazer as coisas que gostaria de fazer?	1	2	3	4	5
12	Até que ponto você está satisfeito com as suas oportunidades para continuar alcançando outras realizações na sua vida?	1	2	3	4	5
13	O quanto você sente que recebeu o reconhecimento que merece na sua vida?	1	2	3	4	5
14	Até que ponto você sente que tem o suficiente para fazer em cada dia?	1	2	3	4	5

As seguintes questões pedem a você que diga o quanto você se sente **satisfeito, feliz ou bem** sobre vários aspectos de sua vida nas duas últimas semanas.

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
15	Quão satisfeito você está com aquilo que alcançou na sua vida?	1	2	3	4	5
16	Quão satisfeito você está com a maneira com a qual você usa o seu tempo?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito você está com o seu nível de atividade?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito você está com as oportunidades que você tem para participar de atividades da comunidade?	1	2	3	4	5

19	Quão feliz você está com as coisas que você pode esperar daqui para frente?	Muito infeliz 1	Infeliz 2	Nem feliz nem infeliz 3	Feliz 4	Muito feliz 5
20	Como você avalia o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato)?	Muito ruim 1	Ruim 2	Nem ruim nem boa 3	Bom 4	Muito bom 5

		Nada	Muito pouco	Muito ou menos	Bastante	Extremamente
21	Até que ponto você tem um sentimento de companheirismo em sua vida?	1	2	3	4	5
22	Até que ponto você sente amor em sua vida?	1	2	3	4	5

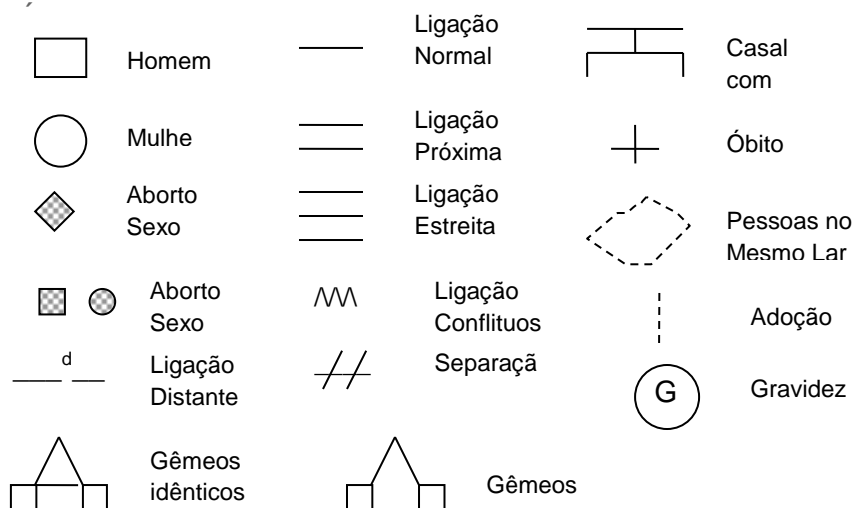
		Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
23	Até que ponto você tem oportunidades para amar?	1	2	3	4	5
24	Até que ponto você tem oportunidades para ser amado?	1	2	3	4	5

GENOGRAMA E ECOMAPA

Data:

--	--

- Você precisa apenas de um papel e de uma caneta (observação: há 02 folhas para rascunho no final deste caderno).
- Faça o genograma com todos os membros da família que estiverem presentes ao mesmo tempo.
- Inicie com a pergunta: **Quem faz parte da família?**
- Depois de anotados todos os membros, circule os que moram na mesma casa.
- Solicite informações como idade, gênero, naturalidade, ocupação, problemas de saúde (especialmente demência) e dados que forem significativos para aquela família.
- Identifique dados de pelo menos 3 gerações abaixo do idoso e uma geração acima, ou seja, informações sobre os pais dos idosos, os filhos, os netos e bisnetos dos idosos.



FRAGILIDADE SOCIAL
HALFT (MA; SUN; TANG, 2018)

NOME: _____

DATA: ____/____/____

Capacidade de Ajudar aos Outros

- 1- Nos últimos 12 meses, o(a) Sr(a) ajudou amigos e/ou familiares em alguma situação de necessidade?

	SIM (0)		NÃO (1)
--	---------	--	---------

Participação Social

- 2- Nos últimos 12 meses, o(a) Sr(a) participou e/ou se envolveu em alguma atividade social ou de lazer?

	SIM (0)		NÃO (1)
--	---------	--	---------

Solidão

- 3- Na última semana, o(a) Sr(a) sentiu-se sozinho?

	SIM (1)		NÃO (0)
--	---------	--	---------

Dificuldade Financeira

- 4- Nos últimos 12 meses, o(a) Sr(a) considera que sua renda foi suficiente para viver?

	SIM (0)		NÃO (1)
--	---------	--	---------

Contar com Alguém

- 5- Todos os dias, o(a) Sr(a) tem alguém com quem possa conversar?

	SIM (0)		NÃO (1)
--	---------	--	---------

TOTAL: ____ PONTOS

Pontuação:

0 = Não frágil socialmente

1-2 = Pré-frágil socialmente

≥ 3 = Frágil Socialmente

APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para participantes idosos

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
DEPARTAMENTO DE GERONTOLOGIA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E
ESCLARECIDO

(Resolução 466/2012 do CNS)

QUALIDADE DE VIDA, SUPORTE SOCIAL E FRAGILIDADE EM IDOSOS ATENDIDOS
EM CENTRO DE REFERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

Eu, Larissa Cayla Cesário, estudante de Graduação em Gerontologia da Universidade Federal de São Carlos – UFSCar o(a) convido a participar da pesquisa “QUALIDADE DE VIDA, SUPORTE SOCIAL E FRAGILIDADE EM IDOSOS ATENDIDOS EM CENTRO DE REFERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL” orientada pela Prof^a Dr^a Marisa Silvana Zazzetta.

Estudos sobre a fragilidade e vulnerabilidade social são um caminho para a compreensão da relação saúde-doença desde uma perspectiva que integra as influências sociais. Isto contribuirá para a tomada de decisões e melhoria de ações e propostas dos equipamentos que atendem pessoas idosas. Com isso, o presente estudo busca analisar a fragilidade de idosos cadastrados em Centro de Referência de Assistência Social em relação à qualidade de vida, cognição, percepção de saúde, relações familiares e com a comunidade.

Você foi selecionado (a) por ter idade igual ou superior a 60 anos e por estar cadastrado no Centro de Referência de Assistência Social (CRAS). Primeiramente você será convidado a responder algumas questões cognitivas, ou seja, com foco na sua memória, atenção, linguagem e outros, na sequência uma entrevista semiestruturada com tópicos sobre diversos aspectos que envolvem dados sociodemográficos, suas condições de saúde, qualidade de vida, apoio social e interação com a comunidade.

As entrevistas serão realizadas individualmente na residência do participante. Os dias serão escolhidos pelo entrevistado que poderá agendar previamente o melhor horário. Algumas perguntas podem ser invasivas à intimidade dos participantes, entretanto, esclareço que as informações são sigilosas e não serão divulgadas de maneira a expor o participante. Esta pesquisa não oferece risco imediato aos participantes, porém considera-se a possibilidade de risco subjetivo, pois algumas perguntas remetem à história de vida, processo de envelhecimento e fragilidade do idoso. O possível risco subjetivo se refere ao que a lembrança da história de vida e condições de vida e saúde poderiam causar. A participação na pesquisa pode gerar estresse e desconforto como resultado da exposição de questões pessoais em responder perguntas que envolvem as próprias ações e também constrangimento. Diante dessas situações, os participantes terão garantidas pausas nas entrevistas, a liberdade de não responder as perguntas se não quiser o fazer, podendo interromper a entrevista a qualquer momento. Serão retomados nessa situação os objetivos a que esse trabalho se propõe e os possíveis benefícios que a pesquisa possa trazer. Em caso de encerramento das entrevistas por qualquer fator descrito acima, a pesquisadora irá orientá-lo(a) e encaminhá-lo(a) para profissionais especialistas e serviços disponíveis, se necessário, visando o bem-estar de todos os participantes.

Sua participação nessa pesquisa auxiliará na obtenção de dados que poderão ser utilizados para fins científicos, proporcionando maiores informações e discussões que poderão trazer benefícios para a área da Gerontologia, para a construção de novos conhecimentos e para

Todas as informações obtidas através da pesquisa serão confidenciais, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação em todas as etapas do estudo. Caso haja citação de nomes, a eles serão atribuídas letras, com garantia de anonimato nos resultados e publicações, impossibilitando sua identificação. Você terá direito a indenização por qualquer tipo de dano resultante da sua participação na pesquisa.

Solicito sua autorização para gravação em áudio das entrevistas. As gravações realizadas durante a entrevista semiestruturada serão transcritas pela pesquisadora, garantindo que se mantenha o mais fiel possível.

Todas as despesas com o transporte e a alimentação decorrentes da sua participação na pesquisa, quando for o caso, serão ressarcidas no dia da coleta. Você terá direito a indenização por qualquer tipo de dano resultante da sua participação na pesquisa.

Você receberá uma via deste termo, rubricada em todas as páginas por você e pela pesquisadora, onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal. Você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação agora ou a qualquer momento.

Se você tiver qualquer problema ou dúvida durante a sua participação na pesquisa poderá comunicar-se pelo telefone (16) 3306-6664 com a pesquisadora responsável Dr. Marisa Silvana Zazzetta.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP - Brasil. Fone (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: cephumanos@ufscar.br

Endereço para contato (24 horas por dia e sete dias por semana):

Pesquisadora Responsável: MARISA SILVANA ZAZZETTA
 Rodovia Washington Luiz, Km 235, Caixa Postal 676
 CEP: 13565-905 - São Carlos - SP Fone (16) 3306-6664
 E-mail: marisam@ufscar.br

 Nome do Participante

 Assinatura do Participante

DATA: ____/____/____

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Qualidade de vida, suporte social e fragilidade em idosos atendidos em Centros de Referência de Assistência Social

Pesquisador: Marisa Silvana Zazzetta

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 09267319.0.0000.5504

Instituição Proponente: Universidade Federal de São Carlos/UFSCar

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.076.264

Apresentação do Projeto:

As informações foram retiradas do arquivo PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1513665_E1.pdf, submetido a Plataforma Brasil em 12/05/20.

Trata-se de uma emenda do Projeto original, aprovado em 09/04/19, que propôs um estudo transversal, observacional, de natureza analítica com a utilização do método quanti-qualitativo de investigação, com o uso das seguintes técnicas: observação, entrevista semi-estruturada com aplicação de instrumentos de avaliação e rastreamento de condições de saúde e psicossociais de idosos e cuidadores.

A emenda solicita inclusão de um novo grupo de participantes identificado como cuidadores de idosos. Os pesquisadores apresentaram a seguinte justificativa: " Durante a fase de coleta de dados ocorreu a exclusão de pessoas idosas, porque atendiam os critérios de exclusão de não contar com condições de saúde. Essas pessoas precisavam de cuidados de longa duração e isso despertou o interesse por acrescentar ao presente estudo, o detalhamento das demandas de cuidados desses idosos, em fragilidade severa. Nesse processo torna-se relevante também conhecer as condições de saúde de cuidadores no que se refere a condições cognitivas e de sobrecarga. A equipe de pesquisa conta com potencial para alcançar o novo objetivo acrescentado. Sem dúvidas, a ampliação do estudo contribuirá com novas evidências acerca da fragilidade de idosos, as condições de cuidados de longa duração de idosos e cuidadores, usuários da política de assistência social".

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235
Bairro: JARDIM GUANABARA **CEP:** 13.565-905
UF: SP **Município:** SAO CARLOS
Telefone: (16)3351-9685 **E-mail:** cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 4.076.264

Na emenda, os pesquisadores propõem a analisar características específicas de grupos de idosos e cuidadores cadastrados em serviços de proteção social básica da assistência social, com diferentes Índices de vulnerabilidade social e utiliza banco de dados de estudo iniciado em 2012. As entrevistas com os idosos, já em andamento, foram em sua maioria realizadas no domicílio, e durante a coleta de dados encontrou-se 30 idosos que não foram incluídos no estudo dado a impossibilidade de responder às entrevistas. Seus cuidadores foram convidados a participar. Participaram idosos que foram avaliados no período de 2012 a 2015 e cujos dados compõem um banco de dados com resultados referentes a 247 idosos. No presente estudo foram convidados a participar os mesmos usuários dos quatro Centro de Referência de Assistência – CRAS e do Centro Comunitário. Os critérios para inclusão e exclusão de idosos foram mantidos conforme projeto original. Os critérios para inclusão de cuidadores serão: Ser familiar cuidador do idoso cadastrado nos CRAS a mais de três meses. Os critérios para exclusão serão: Ser cuidador formal. Foi realizado contato com a Divisão de Proteção Social Básica para a apresentação do projeto de continuidade da pesquisa. A coleta de dados com idosos e instrumentos utilizados foram mantidos conforme Projeto original. Os instrumentos para coleta de dados com cuidadores serão: entrevista semi- estruturada com dados sociodemográficos, fragilidade do idoso com perguntas abertas em relação redução de peso, de força de preensão, nível de atividade física, velocidade da marcha e fadiga relatada. Perguntas abertas em relação as necessidades de cuidados e o Zarit Burden Interview (ZBI) desenvolvida por Zarit e colaboradores em 1980 e validada em 2002 para identificação de sobrecarga. Os dados serão analisados mediante estatística descritiva com confecção de tabelas de frequência, medidas de posição e dispersão para os quantitativos. Para comparação entre grupos será utilizado o teste de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis, o teste qui-quadrado de Pearson, ou o teste exato de Fisher para comparação das variáveis categóricas. Os dados qualitativos serão analisados mediante método de análise de conteúdo.

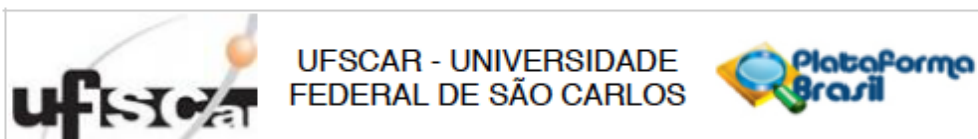
Objetivo da Pesquisa:

Os objetivos da pesquisa foram retirados do arquivo PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1513665_E1.pdf, submetido a Plataforma Brasil em 12/05/20. Observou-se manutenção do objetivo principal e alteração dos objetivos secundários anteriormente descritos:

Objetivo Primário:

Analisar a fragilidade de idosos residentes em bairros com vulnerabilidade social e cadastrados em Centro de Referência de Assistência Social em relação à qualidade de vida, cognição, percepção

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235
Bairro: JARDIM GUANABARA **CEP:** 13.565-905
UF: SP **Município:** SAO CARLOS
Telefone: (16)3351-9685 **E-mail:** cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 4.076.264

saúde, relações familiares e sociais em um município do interior do Estado de São Paulo.

Objetivo Secundário:

“Analisar a sobrecarga de cuidadores de pessoas idosas e as limitações e dificuldades da prestação de cuidados de longo prazo.”

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos e objetivos foram retirados do arquivo PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1513665_E1.pdf, submetido a Plataforma Brasil em 12/05/20. Observou-se manutenção dos riscos e benefícios, observando a inclusão dos cuidadores na descrição.

“Riscos:

Esta pesquisa oferece aos participantes, risco subjetivo, pois algumas perguntas remetem à história de vida, processo de envelhecimento e fragilidade do idoso. O possível risco subjetivo se refere ao que a lembrança da história de vida e condições de vida e saúde poderiam causar a idosos e cuidadores. Sempre que necessário, será realizado encaminhamento para instituições locais, para o oferecimento de apoio psicológico.

Benefícios:

A participação nesta pesquisa contribuirá para a ampliação do conhecimento acerca do envelhecimento com fragilidade e as demandas que os serviços de assistência enfrentam como consequência da fragilidade e limitações de cuidado das famílias de idoso. O participante terá como benefício a oportunidade de ser avaliado(a) em relação ao envelhecimento e o participante Cuidador será avaliado em relação a sobrecarga do cuidado.”

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A ementa apresentada encontra-se bem justificada, no entanto foram observadas mudanças estruturais na inclusão de um novo grupo de estudo (cuidadores de idosos) o que levou a modificações nos objetivos secundários e metodologia (inclusão de novo questionário). Porém, as alterações propostas não descaracterizaram o projeto de pesquisa originalmente aprovado, mantendo portanto sua relevância social e respeito aos preceitos éticos estabelecidos pela Resolução CNS 510/2016 e suas complementares.

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235	CEP: 13.565-905
Bairro: JARDIM GUANABARA	
UF: SP	Município: SAO CARLOS
Telefone: (16)3351-9685	E-mail: cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 4.076.264

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O Projeto completo foi apresentado destacando-se as alterações pretendidas Arquivo Projeto_emenda_cuidadores.pdf, anexado em 12/05/20). Foi incluída anuência da Secretaria municipal de Cidadania e Assistência Social de São Carlos, bem como o novo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e questionário de avaliação propostos para os cuidadores de idosos incluídos na pesquisa. Todos os documentos apresentados encontram-se adequados sob o ponto de vista ético.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Emenda aprovada.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1513665_E1.pdf	12/05/2020 12:30:00		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_CUIDADORES_CRAS.pdf	12/05/2020 12:26:50	LARISSA CAYLA CESARIO	Aceito
Outros	Projeto_emenda_cuidadores.pdf	12/05/2020 12:15:56	Marisa Silvana Zazzetta	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AutorizacaoPrefeituraCuidadores.pdf	30/04/2020 08:05:09	LARISSA CAYLA CESARIO	Aceito
Outros	ENTREVISTA_CUIDADOR.doc	20/04/2020 13:21:18	LARISSA CAYLA CESARIO	Aceito
Folha de Rosto	folharosto.pdf	15/02/2019 09:46:44	Marisa Silvana Zazzetta	Aceito
Outros	protocoloCRAS.docx	12/02/2019 10:12:35	Marisa Silvana Zazzetta	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AutorizacaoPrefeitura.pdf	12/02/2019 10:11:38	Marisa Silvana Zazzetta	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	12/02/2019 10:11:23	Marisa Silvana Zazzetta	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	TCLE.pdf	12/02/2019 10:10:57	Marisa Silvana Zazzetta	Aceito

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235
 Bairro: JARDIM GUANABARA CEP: 13.565-905
 UF: SP Município: SAO CARLOS
 Telefone: (16)3351-9685 E-mail: cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 4.076.264

Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	12/02/2019 10:10:57	Marisa Silvana Zazzetta	Aceito
---------------------------	----------	------------------------	-------------------------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO CARLOS, 08 de Junho de 2020

Assinado por:
ADRIANA SANCHES GARCIA DE ARAUJO
(Coordenador(a))

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235
Bairro: JARDIM GUANABARA **CEP:** 13.565-905
UF: SP **Município:** SAO CARLOS
Telefone: (16)3351-9685 **E-mail:** cephumanos@ufscar.br