

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - PPGENF

GABRIELA MARQUES PEREIRA MOTA

ARRANJOS FAMILIARES, APOIO SOCIAL E FRAGILIDADE EM IDOSOS DA
COMUNIDADE

SÃO CARLOS

2021

GABRIELA MARQUES PEREIRA MOTA

ARRANJOS FAMILIARES, APOIO SOCIAL E FRAGILIDADE EM IDOSOS DA
COMUNIDADE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem – Mestrado em Ciências da Saúde da Universidade Federal de São Carlos. Realizada com apoio financeiro da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), - Código de Financiamento 001).

Orientação: Profa. Dra. Marisa Silvana Zazzetta.



Folha de Aprovação

Defesa de Dissertação de Mestrado da candidata Gabriela Marques Pereira Mota, realizada em 17/03/2021.

Comissão Julgadora:

Profa. Dra. Marisa Silvana Zazzetta (UFSCar)

Profa. Dra. Elisiane Lorenzini (UFSC)

Profa. Dra. Sonia Regina Zerbetto (UFSCar)

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus pais, por acreditarem em mim quando eu mesmo já não tinha forças, por serem meu maior modelo de perseverança, amor e fé, pelo carinho, afeto, e por me fazerem sentir tão amada que mesmo distantes geograficamente, os sinto aqui.

Agradeço ao meu esposo, por estar ao meu lado sendo um companheiro nas orações, alegrias e na perseverança.

Agradeço à professora Marisa por todo esse processo de aprendizagem, por nos ensinar não somente com palavras, mas com atitudes e ações, sendo um grande exemplo para nós, agradeço por todo incentivo, apoio e encorajamento.

Agradeço a todos os colaboradores que fizeram este estudo ser possível, aos idosos que nos deram um pouco de seu tempo e compartilharam conosco as suas histórias.

Agradeço a cada professor que tive a oportunidade de conhecer durante as disciplinas, os colegas e amigos que construí durante essa caminhada.

Agradeço à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo fomento desta pesquisa.

Agradeço a Deus por ser o meu refrigerio, abrigo e força por estar a todo tempo tão acessível, basta o invocar.

“Mesmo quando tudo parece desabar, cabe a mim decidir entre rir ou chorar, ir ou ficar, desistir ou lutar; porque descobri, no caminho incerto da vida, que o mais importante é o decidir.”

Cora Coralina

RESUMO

A família é considerada a principal rede de assistência, interação e apoio na velhice. Contudo, a efetividade desse fator protetivo nem sempre é observada. Sabe-se que com o avançar da idade, aumenta-se as chances de desenvolvimento de doenças e dependência, intensificando as necessidades de suporte e cuidado. Sendo assim, as redes de proteção social possuem papel importante na manutenção do vínculo familiar e comunitário, contribuindo para a saúde e bem-estar do idoso. Este estudo tem como objetivo analisar a constituição dos arranjos familiares de idosos cadastrados em Centro de Referência de Assistência Social e sua relação com o apoio social, fragilidade, qualidade de vida e cognição, considerando dois momentos de coleta de dados no período de 2012 a 2019. Além de analisar, através da perspectiva do idoso, possíveis tensões existentes no contexto familiar. Trata-se de um estudo longitudinal com a utilização de métodos mistos com triangulação concomitante o qual deu continuidade à investigação desenvolvida nos períodos de 2012 a 2016 com 247 idosos. A coleta de dados ocorreu mediante visita domiciliar com tempo aproximado de uma hora. Foram utilizados instrumentos para a obtenção de dados sociodemográficos, Escala de Fragilidade de Edmonton na identificação da fragilidade; The Montreal Cognitive Assessment para rastreamento de comprometimento cognitivo, qualidade de vida (Whoqol bref e old), construção de Genograma e Ecomapa para avaliar as relações familiares e sociais por meio de entrevistas gravadas. Os dados quantitativos foram analisados através de estatística descritiva e teste de comparação de Wilcoxon e Mann Whitney, os de abordagem qualitativa utilizando análise de conteúdo de Bardin, tendo como referencial teórico o materialismo dialético e o conceito de vida cotidiana de Ágnes Heller. Participaram deste estudo 84 idosos. Percebeu-se que a maioria permaneceu morando com algum membro familiar (73,8%), 54,7% aumentaram suas relações com a comunidade. A fragilidade e cognição não apresentaram relação estatística com o tipo de arranjo, porém idosos que moravam sozinhos possuíram pior qualidade de vida nos domínios físico ($p=0,044$) e psicológico ($p=0,031$) e melhor pontuação em relação ao total do Whoqol-old ($p=0,036$). Idosos que moraram com netos apresentaram piora no domínio relação social ($p=0,047$) e total do Whoqol-bref ($p=0,029$), e melhora nas avaliações de morte e morrer ($p<0,001$) e total do Whoqol-old ($p=0,019$). Morar somente com cônjuge ocasionou piora do funcionamento do sensorio ($p=0,022$) e melhorias no domínio morte e morrer ($p=0,028$). Viu-se, através das categorias “Processos relacionais do idoso com a família”, “Mudanças na configuração familiar do idoso”, “Apoio e suporte social oferecido e recebido” que os arranjos familiares são dinâmicos, fontes de tensões, conflitos e relações de interdependência. Conclui-se que independentemente do tipo de arranjo familiar, as relações construídas entre seus membros são essenciais para a provisão de apoio e suporte na velhice, interferindo em suas condições de saúde. É urgente a reformulação das políticas públicas voltadas para essa população específica a fim de atender com qualidade esse segmento social que só tende a crescer.

Palavras-chave: Relações familiares, suporte social, fragilidade, assistência social

ABSTRACT

The family is considered the main assistance, interaction and support network in old age. However, the effectiveness of this protective factor is not always observed. It is known that with advancing age, the chances of developing diseases and dependence increase, intensifying the needs for support and care. Social safety nets play an important role in maintaining family and community ties, contributing to the health and well-being of the elderly. This study aims to analyze a constitution of family arrangements of elderly people registered in a Reference Center for Social Assistance and its relationship with social support, fragility, quality of life and cognition, considering two moments of data collected in the period from 2012 to 2019. In addition to analyzing, from the perspective of the elderly, possible tensions in the family context. This is a longitudinal study using mixed methods with concomitant triangulation that continued the research carried out between 2012 and 2016 with 247 elderly people. Data collection occurred through a home visit with an approximate time of one hour. Instruments were used to obtain sociodemographic data, Edmonton's Fragility Scale to identify frailty; The Montreal Cognitive Assessment for screening cognitive impairment, quality of life (Whoqol-bref and the old), building a Genogram and Ecomapa to assess family and social relationships through tapes. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics and the Wilcoxon and Mann Whitney comparison test, those with a qualitative approach using content analysis based on Bardin, using dialectical materialism as the theoretical framework, and Agnes Heller's concept of daily life. 84 elderly people participated in this study. It was noticed that the majority remained living with a family member (73.8%), 54.7% increased their relations with the community. The fragility and non-statistical cognition related to the type of arrangement, however, elderly people who lived alone had worse quality of life in the physical (p0.044) and psychological domains (p0.031) and better scores in relation to the total Whoqol-old (p0.036). Elderly people who lived with young grandchildren worsened in the social relationship (p0.047) and Whoqol-bref (p0.029) domains, and improved in death and dying (p <0.001) and Whoqol-old (p0, 019). Living with a spouse only worsened the functioning of the sensory abilities (p0.022) and improvements in the domain death and dying (p0.028). Through the categories "Relational processes of the elderly with the family", "Changes in the elderly's family configuration", "Support and social support offered and received", it was observed that family arrangements are dynamic, sources of tensions, conflicts and relationships of interdependence. It is concluded that regardless of the type of family arrangement, the relationships built between its members are essential for the provision of support and support in old age, interfering in their health conditions. It is urgent to reformulate public policies aimed at this specific population in order to provide quality services to this social segment that is growing.

Keyword: Family relationships, social support, fragility, social assistance

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Esquematização do estudo longitudinal com a utilização de métodos mistos para análise na segunda fase do estudo, São Carlos, SP, 2020.....	26
Figura 2: Esquematização do estudo de métodos mistos com triangulação concomitante, São Carlos, SP, 2020.....	40
Figura 3: Fluxograma para identificação de idosos participantes do estudo. São Carlos, SP, 2020.....	41
Figura 4: Categorias e Subcategorias obtidas através da análise dos Genogramas e Ecomapas, São Carlos, SP, 2020.....	50
Figura 5: Transições da fragilidade encontradas em estudo longitudinal com idosos da comunidade cadastrados em CRAS.....	58
Figura 6: Exemplo de Genograma pertencente ao grupo dos que pioraram a condição de fragilidade.....	62
Figura 7: Exemplo de Genograma pertencente ao grupo dos que permaneceram com a mesma pontuação em relação ao instrumento da fragilidade.....	63
Figura 8: Exemplo de Genograma pertencente ao grupo dos que melhoraram a pontuação em relação ao instrumento da fragilidade.....	64
Figura 9: Integração dos resultados quantitativos e qualitativos.....	65

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1:**Dados sociodemográficos de idosos cadastrados em CRAS, em dois momentos do estudo 1ª fase (2012-2016) e 2ª fase(2019) São Carlos, SP, 2020.....42
- Tabela 2:**Distribuição de membros no mesmo lar na primeira e segunda fase do estudo com idosos cadastrados em CRAS, São Carlos, SP,2020.....43
- Tabela 3:** Tipos de relacionamento do idoso com a família na primeira e segunda fase do estudo, São Carlos, SP, 2020.....44
- Tabela 4:**Avaliação de apoio social pelo Ecomapa na primeira e segunda fase do estudo com idosos cadastrados no CRAS, São Carlos, SP,2020.....44
- Tabela 5:**Comparação da fragilidade, qualidade de vida e cognição nas duas fases do estudo com o tipo de arranjo familiar apresentado na segunda fase, São Carlos, SP, 2020.....46
- Tabela 6:**Comparação entre a primeira e segunda fase do estudo em relação aos níveis de fragilidade (Escala de Fragilidade de Edmonton), qualidade de vida (Domínios do Whoqol-bref e old) e cognição (Moca). São Carlos, SP, 2020.....48

LISTA DE SIGLAS

CCL	Comprometimento Cognitivo Leve
CEP	Comitê de Ética em Pesquisas em Seres Humanos
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
COREQ	Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research
EFE	Escala de Fragilidade de Edmonton
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPVS	Índice Paulista de Vulnerabilidade Social
MoCA	The Montreal Cognitive Assessment
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAIF	Programa de Proteção e Atendimento Integral à Família
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFSCar	Universidade Federal de São Carlos
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
WHOQOL	The Whoqol Group

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO AO PROBLEMA DE PESQUISA	13
1.1 ENVELHECIMENTO E VELHICE	13
1.2 ARRANJOS FAMILIARES E APOIO SOCIAL	15
1.3 FRAGILIDADE, QUALIDADE DE VIDA E COGNIÇÃO	19
1.4 PROTEÇÃO SOCIAL BÁSICA	21
2. JUSTIFICATIVA.....	23
3. OBJETIVOS.....	24
3.1 DECLARAÇÃO DE OBJETIVO	24
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	24
4. MÉTODO	25
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	25
4.2 PERSPECTIVA TEÓRICA DO MÉTODO.....	26
4.2.1 Historicidade	28
4.2.2 Totalidade	29
4.2.3 Vida cotidiana	30
4.3 LOCAL E PERÍODO DO ESTUDO	31
4.4 VARIÁVEIS DO ESTUDO.....	32
4.5 POPULAÇÃO E AMOSTRA	33
4.6 PROCEDIMENTO PARA A COLETA DE DADOS.....	35
4.7 INSTRUMENTOS PARA A COLETA DE DADOS QUANTITATIVOS	36
4.8 COLETA DE DADOS QUALITATIVOS.....	37
4.9 ANÁLISE DE DADOS	38
4.10 ASPECTOS ÉTICOS.....	39
5. RESULTADOS	41
5.1 RESULTADOS QUANTITATIVOS.....	41
5.1.1 Perfil sociodemográfico.....	42

5.1.2 Arranjo familiar e rede de apoio social (Ecomapa)	43
5.1.3 Fragilidade, Qualidade de Vida e Cognição.....	48
5.2 RESULTADO QUALITATIVO	50
5.3 ANÁLISE INTEGRADA DOS DADOS QUANTITATIVOS E QUALITATIVOS DAS PESSOAS IDOSAS E SEUS ARRANJOS FAMILIARES	56
5.4 INTEGRAÇÃO DOS DADOS APRESENTADOS NOS RESULTADOS ...	65
6.DISSCUSSÃO À LUZ DA TEORIA	69
7.DISSCUSSÃO.....	75
7.1 BREVE DISCUSSÃO SOBRE OS ACHADOS DESTE ESTUDO E A PANDEMIA DA COVID-19.....	80
8.CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	84
9.REFERÊNCIAS	86
10.APÊNDICES	100
11.ANEXO	111

1 INTRODUÇÃO AO PROBLEMA DE PESQUISA

1.1 ENVELHECIMENTO E VELHICE

O acelerado processo de envelhecimento da população mundial constitui-se em um dos principais desafios enfrentados pela sociedade contemporânea. Ocasionado pela diminuição da mortalidade infantil, declínio da fertilidade e aumento da expectativa de vida, a atual transição demográfica tem promovido grandes transformações. Acredita-se que atualmente a população com 60 anos ou mais seja a que apresente maior crescimento em comparação com as outras faixas etárias. O número de idosos que em 2017 representava 962 milhões, deverá totalizar 2 bilhões em 2050 sendo que desses, 434 milhões terão mais de 80 anos (SAAD, 2016; OMS, 2018).

Além disso, o ritmo do envelhecimento populacional está ainda mais acelerado em países de média e baixa renda. Hoje, 64% das pessoas idosas vivem nesses países e esse número deverá se aproximar dos 80% até 2050 (OMS, 2018). Estima-se que países como Brasil, China e Índia terão menos de 20 anos para se adaptarem a essas transformações. No Brasil, por exemplo, a população com 60 anos ou mais já ultrapassa os 30 milhões de habitantes e acredita-se que até 2040 o número de idosos superará o de crianças no país (IBGE, 2016; IBGE, 2018).

Esse rápido aumento da população idosa produz mudanças profundas na sociedade, por mais que a longevidade seja um desejo comum ao ser humano, um fator é crucial para se viver bem: a saúde. Assim, são justamente os direitos à assistência e à prestação de cuidado, aos que envelhecem e aos que já velhos possuem a oportunidade de viver ainda mais, que se necessita proteger, a fim de que se tenha uma população envelhecida, mas não necessariamente limitada e dependente (OMS, 2015; BONE et al., 2018).

Sabe-se que o envelhecimento é um processo dentro da vida do indivíduo e a velhice uma fase da vida. Apesar de serem conceitos comuns dentro da vivência humana, ainda não se tem um conhecimento completo que abarque todo o dinamismo presente no envelhecer. No entanto, “Pode-se considerar o envelhecimento, como

admite a maioria dos biogerontologistas, como a fase de todo um *continuum* que é a vida, começando com a concepção e terminando com a morte” (NETTO, 2017,p.201).

Dentro do processo de envelhecimento, ocorrem modificações constantes e progressivas na morfologia, funcionalidade, condições biopsicológicas e bioquímicas, as quais colaboram para a diminuição ao longo do tempo da capacidade de adaptação e aumento de vulnerabilidade, deixando o indivíduo mais susceptível a fatores patológicos que podem gerar incapacidade e morte. Um outro conceito consagrado na literatura sobre o envelhecimento é de que se caracteriza pela redução da capacidade de adaptação homeostática diante da condição de sobrecarga funcional do organismo (CUTLER, 1979; NERI, 2013).

Além disso, trata-se de um processo irreversível, por mais que se saiba que hábitos saudáveis como a prática de exercício físico e alimentação saudável contribua para a saúde do organismo, o declínio das funções psicofisiológicas é natural e independe do controle do indivíduo, mesmo com todo o avanço científico até agora (NERI, 2013; NETTO, 2017).

Apesar de universal, gradativo e possuir características comuns a todos, o envelhecimento, ou senescência, é um processo que apresenta uma evolução própria em cada indivíduo. Fatores socioeconômicos, culturais, ambientais, históricos interferem na progressão do envelhecer. Sendo assim, não se pode caracterizar o envelhecimento apenas observando o aspecto cronológico, comumente utilizado para determinar as fases da vida, necessitando de uma observação que abranja dimensões biológicas, psicológicas e sociais (NERI, 2013; FECHINE; TROMPIERI, 2015).

Com isso, a fim de delimitar quem é a pessoa idosa e assim facilitar a aplicação de direitos e proteção a essa faixa etária, a Organização Mundial da Saúde (OMS) define idoso como sendo o indivíduo com 60 anos ou mais pertencente a países de baixa e média renda como é o caso do Brasil e 65 anos os que se encontram em países de alta renda. Mas, essa classificação não delimita necessariamente a fase da velhice, uma vez que características comuns desse período, como a redução da capacidade física e psicomotora já podem ser observadas em pessoas na quinta década de vida, ou seja, antes da idade cronológica utilizada socialmente (OMS, 2002; NERI, 2013).

Para Anita Neri (2013) velhice “é a última fase do ciclo vital e um produto da ação concorrente dos processos de desenvolvimento e envelhecimento” (NERI, 2013, p. 20). Além disso, esse período que culmina na finitude, é carregada de variadas percepções e conceitos. Há aqueles que acreditam ser o momento da vida na qual o indivíduo perde sua autonomia para o desenvolvimento das suas atividades da vida diária, outros que é momento máximo de sabedoria e estabilidade. Mas, apesar disso, é consenso que essa fase ainda é vista com preconceitos e estereótipos (FECHINE; TROMPIERI, 2015).

Assim, a fim de promover um envelhecimento saudável e melhor proteção da velhice, o Relatório Mundial sobre Envelhecimento e Saúde da OMS orienta sobre a necessidade de mudanças profundas nas políticas públicas e incentivo ao desenvolvimento de programas sociais que envolva a família e a comunidade no acolhimento e proteção dos que estão envelhecendo (OMS, 2015).

1.2 ARRANJOS FAMILIARES E APOIO SOCIAL

O acelerado processo de envelhecimento da população produz necessidades e demandas sociais que devem ser supridas pelo Estado e pela própria sociedade. Dentre esses desafios destaca-se a questão do cuidado direcionado à pessoa idosa (OMS, 2018; VERAS; OLIVEIRA, 2018; BONE et al.,2018).

As políticas públicas brasileiras, apesar de destinarem a responsabilidade do cuidado do idoso também ao Poder Público e a sociedade, como cita o Estatuto do Idoso em seu artigo 3º, na prática, a prestação dessa assistência acaba sendo direcionada aos parentes mais próximos (PINHEIRO, 2012). Contudo, modelos de famílias compostos por cônjuge e muitos filhos têm ficado cada vez mais distante da realidade, dando lugar a variados arranjos nem sempre favoráveis ao bem-estar do idoso (IBGE, 2016; RABELO; NERI, 2015).

A família tradicional (casal com filhos) que em 1995 correspondia a aproximadamente 58% dos arranjos brasileiros, passou para 42% na última Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD). Por outro lado, famílias compostas por casal sem filhos aumentaram aproximadamente 5% em 10 anos. Além disso, é

crescente o número de jovens de 25 a 34 anos que ainda moram com os pais, a chamada “geração canguru”, que representa um em cada quatro pessoas nessa faixa etária. Outra tendência nos lares brasileiros é o aumento do número de idosos morando sozinhos, 15,7% das pessoas dessa faixa etária vivem em arranjos unipessoais (IBGE, 2016).

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), família é “o tipo de arranjo em que os integrantes, residentes em um mesmo domicílio, são ligados por laços de parentesco, em grau específico, por meio de sangue, adoção ou casamento” (IBGE, 2016, p. 260). Nessa mesma perspectiva define arranjo como sendo formado por “uma pessoa ou grupo de pessoas, ligadas ou não por laços de parentesco” as quais moram em um domicílio particular (IBGE, 2016, p. 260).

Assim, apenas os integrantes dos arranjos com parentesco são considerados família, outros arranjos constituídos por indivíduos sem esse vínculo não entram nessa classificação segundo o IBGE. Com isso, os arranjos familiares são classificados segundo o núcleo que os compõem, podendo ser: casal sem filho, casal com filhos, mulher sem cônjuge com filhos e outros tipos. Em 2015, as famílias, correspondiam a 85,1% do total de arranjos, e o tipo de núcleo familiar mais comum foi o de casal com filhos (42,3%), seguido por casal sem filho (20,0%) e por mulher sem cônjuge com filhos (16,3%) (IBGE, 2016).

Outras classificações também são citadas na literatura, a fim de facilitar a compreensão das estruturas dos atuais arranjos familiares, como as famílias monoparentais, recompostas e anaparentais (RIOS; GOMES, 2009). As famílias monoparentais, são formadas por um progenitor e seus filhos (sem a presença do cônjuge). Esse tipo de arranjo pode ser provocado por variados fatores, como viuvez, divórcio e por opção como é o caso da adoção ou fecundação sexual independentemente (ARRAIS et al., 2019).

Já as famílias recompostas ou reconstituídas são oriundas da separação de um casal com filhos, em que “ao menos um dos adultos é um padrasto ou uma madrasta. Ou, que exista ao menos um filho de uma união anterior de um dos pais” (GRISARD FILHO, 2010, p. 85). Essa estrutura familiar é uma das consideradas mais complexas, uma vez que são formadas por um maior número de elementos (pais biológicos, madrasta, padrasto, irmãos, meio-irmão). Além disso, a convivência entre os membros

pode sofrer demorado processo de adaptação, tendo que construir simultaneamente uma nova relação conjugal e fraterna (GRISARD FILHO, 2010).

Os arranjos anaparentais, também se destacam na atualidade, caracterizados por famílias sem pai nem mãe, mas com algum responsável por cuidar dos filhos abandonados ou órfãos, promovendo assistência material e emocional (DIAS, 2015). Além disso, com o aumento da expectativa de vida, é crescente o número de domicílios com famílias intergeracionais, consideradas as que possuem dois ou mais membros de diferentes gerações (avós, filhos, netos). Essa convivência pode trazer consequências positivas como sensação de bem-estar de felicidade, solidariedade no cuidado, melhora na interação com a sociedade, tecnologia e educação, mas também é geradora de conflitos e desentendimentos (YUAN et al., 2020; MARQUES et al., 2019, DA CONCEIÇÃO, 2018).

Essa dinâmica familiar associada ao envelhecimento da população produz impactos diretos na prestação de cuidado ao idoso, uma vez que, o domicílio é o principal núcleo de interação, cuidado e apoio social na velhice. Em contrapartida, a ausência de apoio familiar e más condições de habitação estão relacionadas ao risco aumentado de incapacidade e morte (GUEDES et al., 2017; LI; DONG, 2019). Além disso, idosos que vivem em situação de vulnerabilidade social enfrentam ainda mais barreiras para a formação de um suporte adequado (SANT'ANA; D'ELBOUX, 2019). Incluindo, dificuldades no acesso aos direitos sociais e de saúde, discriminação e maior número de pessoas vivendo em um mesmo domicílio (IBGE, 2018).

As condições socioeconômicas também podem influenciar no papel do idoso dentro da família. A imagem do avô/avó que apenas recebe a proteção e o cuidado não é o padrão na sociedade brasileira. Muitos são os que assumem o lugar de provedor dos recursos financeiros, utilizando-se da aposentadoria ou pensão para cobrir os gastos e suprir as demandas familiares, muitas vezes com membros em situação de desemprego, além de serem os responsáveis pelas atividades domésticas, pelo cuidado dos netos e até mesmo de outros idosos (AGUIAR et al., 2018; OLIVEIRA et al., 2019).

Estudo de métodos mistos com triangulação concomitante de dados com 100 filhos cuidadores de pais idosos apresenta em seus achados que a responsabilidade dos filhos em cuidar é vista como uma norma social, e esse processo de cuidar reflete

sentimentos como amor, carinho, gratidão, reciprocidade e respeito (AIRES et al., 2019). No entanto, nem todo idoso recebe cuidado da família. Sendo crescente os casos de abandono, violência e maus tratos com essa faixa etária (ORFILA et al., 2018; PEREIRA, 2018).

As redes de suporte social são importantes aliadas no oferecimento de proteção e cuidado na velhice e podem ser formadas tanto por indivíduos como instituições, sendo classificadas de acordo com sua estrutura formal ou informal (TAO, SHEN, 2014). O suporte formal refere-se à assistência fornecida por organizações, equipamentos voltados à prática de políticas públicas e instituições que prestam serviços à população de acordo com as normas e legislações. Esse tipo de suporte é oferecido continuamente e possui características de regularidade e estabilidade (LU et al., 2020).

Em contrapartida, o suporte informal pode ser marcado por instabilidades e incertezas, sendo oferecido por instituições e indivíduos que prestam assistência informal como familiares, amigos, vizinhos e associações (LU et al., 2020). Sabe-se que essa rede de suporte, quando oferecida adequadamente, é um ótimo fator protetivo contra enfermidades, influencia na qualidade de vida e bem-estar e promove um envelhecimento saudável (HOLT-LUNSTAD et al., 2018; BRITO et al., 2019).

As redes de suporte social possuem várias formas de apoio, incluindo o oferecimento de conselhos, informações úteis, assistência financeira, material e emocional. Essas diferentes facetas do suporte social faz com que seu conceito seja amplo e esteja relacionado não só com a vida pessoal do indivíduo, mas também com suas relações interpessoais (GREY et al., 2018).

Um grande desafio que atualmente as redes de suporte social têm enfrentado é o isolamento social ocasionado pela pandemia da COVID-19. Os idosos, considerados mais susceptíveis a doença, sofreram uma diminuição dos vínculos sociais com a comunidade e até mesmo restrições de contato com familiares, interferindo na sua sensação de bem-estar e saúde (AYALON et al., 2020).

Contudo, para Ayalon e colaboradores “O distanciamento físico não precisa causar distanciamento emocional” são várias as maneiras de manter o vínculo de apoio ao membro mais velho da família incluindo o uso de serviços online de comunicação, ligações telefônicas e redes sociais (AYALON et al., 2020). Embora

possa haver disparidades no acesso a essas ferramentas digitais as quais são menos utilizadas pela população vulnerável e idosa (ARMITAGE et al., 2020).

1.3 FRAGILIDADE, QUALIDADE DE VIDA E COGNIÇÃO

Sabe-se que o aumento da expectativa de vida não produz necessariamente maior qualidade de vida, sendo comum a aparição, durante a fase da velhice, de comorbidades, fragilidade, declínio cognitivo e tantos outros desfechos negativos que interferem na sensação de bem-estar e capacidade de autonomia (DENT et al., 2019; KOJIMA, 2019).

No entanto, apesar do processo de envelhecimento contribuir para um maior declínio das funções físicas e psicomotoras, deixando o indivíduo mais susceptível a doenças e limitações, suas consequências podem ser minimizadas ou agravadas a depender do contexto familiar e social em que esse idoso está inserido (ANDRADE et al., 2020; DURY et al., 2018).

Estudo de métodos mistos com 121 idosos potencialmente frágeis da comunidade demonstrou a importância do apoio familiar, de vizinhos e amigos como estratégia de enfrentamento da condição de fragilidade, influenciando no aumento da Qualidade de Vida e resiliência (DURY et al., 2018). As redes de apoio social também aparecem como fator protetor contra a Fragilidade, no entanto, mais estudos necessitam ser desenvolvidos a fim de ampliar o conhecimento da influência desse tipo de apoio na saúde e prestação de cuidado ao idoso (HOLT-LUNSTAD et al., 2018; BRITO et al., 2019).

A fragilidade é uma síndrome que tem como fatores de risco o isolamento social, comprometimento cognitivo, depressão e baixa condição socioeconômica. Além de ser mais prevalente entre o sexo feminino, idosos institucionalizados, e estar associada à polifarmácia, queda, hospitalização e morte (DENT et al., 2019; WELSTEAD et al., 2020). Esse quadro contribui para o desequilíbrio homeostático do organismo, resultando no declínio do sistema fisiológico, além de alterações cognitivas, psicológicas e sociais. Com isso, o idoso torna-se mais vulnerável a eventos adversos, incapacidade e perda de autonomia (DUARTE; LEBRÃO, 2017).

A condição de fragilidade acarreta vários prejuízos, intensificando a necessidade de cuidado e dependência a longo prazo até mesmo para atividades mais íntimas como tomar banho e vestir-se (KOJIMA, 2019; DENT et al., 2019). Essa condição também afeta a família, produzindo, sobrecarga, desgaste emocional, esgotamento mental e físico, principalmente em quem exerce a função de cuidador (ALBUQUERQUE et al., 2019).

Aliado ao exposto, as famílias têm enfrentado dificuldades para atender as demandas de cuidado necessárias ao idoso frágil, o aumento da participação da mulher no mercado de trabalho, principal responsável pelo cuidado no lar e a presença de conflitos entre os seus componentes são exemplos de desafios enfrentados por essa rede de apoio (HENNING-SMITH et al., 2017; WIDMER et al., 2018).

Nesse contexto, estudos recentes têm encontrado uma baixa qualidade de vida em idosos frágeis, abrindo uma discussão sobre como ocorre essa influência, sendo necessário novos estudos que investiguem essa associação (JESUS et al., 2018; ANDRADE et al., 2020). Apesar de ainda não haver consenso sobre a definição de qualidade de vida, sabe-se que ela possui natureza subjetiva e abrangente, sendo considerada pela OMS como a percepção do indivíduo sobre sua posição na vida e no contexto cultural em que vive, além de suas relações, expectativas, padrões, objetivos e preocupações (OMS, 1995).

Estudos também têm demonstrado a influência dos arranjos familiares na Qualidade de Vida dos idosos, podendo tanto melhorar como comprometer a saúde e bem-estar de seu membro mais velho. Apesar de grande parte dos idosos morarem em arranjos intergeracionais, isso não garante a prestação de cuidado com qualidade. Uma vez que, são identificados, nas relações interpessoais, conflitos, preocupações e tristezas que se tencionam com a necessidade de cuidado na velhice. Sabe-se que esses conflitos interferem negativamente na qualidade de vida, aumentando o nível de estresse e sofrimento (WIDMER et al., 2018).

Outro fator importante a ser analisado é a relação da fragilidade com prejuízo cognitivo. Estudos têm encontrado uma alta prevalência dessa associação em idosos na comunidade (ALENCAR et al., 2018; PEREIRA et al., 2019). Acredita-se que essa síndrome possa contribuir para o aparecimento de comprometimento cognitivo leve (CCL) e demência, mesmo em populações cognitivamente saudáveis, e até mesmo

acelerar o declínio cognitivo desses indivíduos (BOYLE et al. 2010). No entanto, de acordo com estudo de meta-análise, a ação da fragilidade no desenvolvimento de declínio cognitivo ainda não está bem esclarecida na literatura.

Achados recentes indicam uma relação positiva entre a rede de suporte social e a saúde cognitiva, sendo considerado um fator de proteção possuir vínculos sociais e familiares (ZUELSDORFF et al., 2019; LEE, H; WAITE, 2018). No entanto, estudo realizado com idosos chineses apontaram como fator que contribuiu para o declínio da cognição as relações conflituosas na família (LI et al., 2021).

Além disso, caso não haja a promoção de um envelhecimento saudável, será grande o aumento com os gastos públicos na saúde. Uma vez que, junto com o aumento da expectativa de vida, crescerá o número de serviços assistenciais e farmacológicos, sendo, hoje, de grande relevância estratégias que priorizem a proteção e bem-estar na velhice (OMS, 2018).

1.4 PROTEÇÃO SOCIAL BÁSICA

Frente ao que já foi dito, políticas públicas que garantam suporte e auxílio à família e à velhice são de grande importância. O Sistema Único de Assistência Social (SUAS), por exemplo, possui dentre suas ações, a prevenção da perda de direitos, diminuição de riscos e proteção da família e de seus membros em situação de vulnerabilidade social (BRASIL, 2015).

A vulnerabilidade social vai além da desigualdade e privação oriundas da pobreza, seu conceito é multidimensional e está associando a dificuldade de acesso à garantia de direitos e proteção social, impedindo que o indivíduo obtenha serviços e recursos essenciais para a manutenção da vida com qualidade (SPOSATI, 2009).

Para Carmo e Guizardi (2018):

O conceito de vulnerabilidade observado nas produções teóricas sobre as políticas públicas de saúde e assistência social evidenciam a conformação de um conceito em processo, mas, sobretudo, indicam a multiplicidade de fatores que determinam o fenômeno. O olhar para a integralidade dos sujeitos em situação de vulnerabilidade nada mais faz do que se alinhar à constatação de que estes sujeitos possuem demandas e necessidades de diversas ordens, possuem capacidades e se encontram em um estado de

suscetibilidade a um risco devido à vivência em contextos de desigualdade e injustiça social (CARMO; GUIZARDI, 2018, p.8).

Diante disso, os Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) surgiram como o principal equipamento de oferta socioassistencial do SUAS a fim de atender a população inserida neste contexto de vulnerabilidade social. De fácil acesso, sua estrutura é localizada em bairros que apresentam risco social (BRASIL, 2015). Além disso, “são espaços de acolhimento, lugar de conversas, de escuta, de pedidos de proteção, de informação, de mediação para o usufruto de serviços básicos localizados no território em que habitam” (BRASIL, 2018 pag. 10).

Dentre os serviços oferecidos pelo CRAS destaca-se o Programa de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF) o qual objetiva a participação e protagonismo das famílias por meio de grupos de apoio e trocas de vivências, contribuindo para o enfrentamento das condições de vulnerabilidade social (BRASIL, 2018).

Assim, com o objetivo de promover o fortalecimento das redes de suporte familiar e social, o CRAS destaca-se como um equipamento que auxilia na promoção da saúde do idoso. Uma vez que pessoas com redes sociais efetivas vivem por mais tempo e com mais qualidade, melhorando a funcionalidade e influenciando na diminuição da mortalidade (BRITO et al., 2019).

Diante do exposto, o presente estudo pretende responder às seguintes perguntas de pesquisa: como se constituem os arranjos familiares de idosos da comunidade cadastrados em CRAS em relação ao apoio social, fragilidade, qualidade de vida e cognição? Quais as transformações desses arranjos e possíveis tensões existentes no cotidiano familiar desses idosos, considerando dois momentos de coleta de dados, no período de 2012 a 2019?

2. JUSTIFICATIVA

A atual transição demográfica e por consequência aumento da população idosa, requer o desenvolvimento de pesquisas que apontem as novas demandas oriundas desse fenômeno mundial. Sabe-se que uma das transformações ocasionadas por esse fenômeno foi a redução no número de filhos e maior participação da mulher no mercado de trabalho, potencializando a diminuição da oferta de cuidado familiar ao idoso fragilizado (OMS, 2018; VERAS; OLIVEIRA, 2018).

Sendo assim, identificar esse impacto na comunidade brasileira que vive em regiões de vulnerabilidade social poderá contribuir para a realização de estratégias e soluções direcionadas as reais necessidades desse público que está crescendo cada vez mais (PINHEIRO et al., 2019; HENNING-SMITH et al., 2017).

Somando-se a isso, o mundo enfrenta atualmente um grande desafio de saúde pública causado pela pandemia da COVID-19, sendo a faixa etária acima de 60 anos uma das mais susceptíveis a complicações da doença e a consequências do isolamento social, ocasionando um aumento de idosos frágeis, com baixa qualidade de vida e complicações de saúde, sendo necessário o conhecimento prévio dessa população para auxiliar na gestão de políticas públicas eficientes que supram essas novas demandas (BRIGUGLIO et al., 2020; ZHOU et al., 2020; CHEN et al., 2020).

Neste contexto, a avaliação longitudinal, a qual permeia esse estudo, permite melhor identificar a dinâmica familiar desses idosos, possibilitando investigar a atuação dessa rede em diferentes momentos, sendo escassos na literatura brasileira estudos que proponham essa abordagem (BRASIL, 2015b; OMS, 2015).

Sendo assim, este estudo torna-se relevante na medida em que propõe identificar a constituição dos arranjos familiares e as condições de saúde desses idosos ao longo do tempo, apontando possíveis demandas que os serviços de assistência enfrentarão em consequência das mudanças observadas nos arranjos familiares da sociedade atual, produzindo dados que cooperem para o desenvolvimento de estratégias intersetoriais direcionadas a proteção do idoso.

3. OBJETIVOS

3.1 DECLARAÇÃO DE OBJETIVO¹

O objetivo deste estudo de métodos mistos com triangulação concomitante de dados é analisar a constituição dos arranjos familiares de idosos cadastrado em CRAS e sua relação com o apoio social, fragilidade, qualidade de vida e cognição, considerando dois momentos de coleta de dados no período de 2012 a 2019. Além de analisar, através da perspectiva do idoso, possíveis tensões existentes no contexto familiar. No estudo, foram utilizados instrumentos quantitativos para avaliar a relação entre os arranjos familiares e fatores associados a saúde do idoso e ao mesmo tempo o fenômeno da qualidade desses arranjos, explorado através de entrevistas qualitativas. O estudo foi realizado com idosos cadastrados em CRAS em um município do interior do Estado de São Paulo.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analisar a constituição dos arranjos familiares de idosos da comunidade, a partir da descrição dos Genogramas nos participantes.
- Avaliar a rede familiar, no que se refere à quantidade de membros e à qualidade da proximidade das relações, mediante a perspectiva do idoso.
- Verificar os níveis de fragilidade de idosos cadastrados em CRAS do município.
- Avaliar o suporte social, qualidade de vida e cognição.
- Comparar os dados referentes a arranjos familiares, fragilidade, suporte social, qualidade de vida e cognição, referentes a dois momentos de avaliação realizada com a mesma população, no período de 2012 a 2019.
- Analisar tensões existentes no contexto familiar.

¹ Declaração de objetivo seguindo orientações do modelo dado por Creswell (2010) para estudos de métodos mistos.

4. MÉTODO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo observacional longitudinal, retrospectivo, de natureza analítica com a utilização de métodos mistos para a investigação e análise dos dados obtidos na segunda fase da pesquisa.

Para a realização da presente pesquisa, utilizou-se um banco de dados constituído por estudo de abordagem quantitativa intitulado “Qualidade de vida, suporte social e fragilidade em idosos atendidos em Centro de Referência de Assistência Social” (parecer CEP 72.182/2012 e CEP 1785874/2016) com população de 247 pessoas idosas avaliadas no período de 2012 a 2016². A presente pesquisa reavaliou os mesmos participantes quantos as variáveis sociodemográficas (idade, gênero, escolaridade, estado civil), fragilidade, cognição, qualidade de vida e composição de arranjos familiares. Acrescentou-se ao estudo a descrição qualitativa dos arranjos familiares e qualidade das relações entre os membros, bem como a descrição da rede de suporte social mediante a perspectiva das pessoas idosas participantes do estudo.

A utilização dos métodos mistos como estratégia de investigação é indicado quando se trabalha com dados de grande complexidade que requerem uma análise mais profunda das informações geradas não se podendo obter o resultado com a utilização de apenas uma das abordagens seja quantitativa ou qualitativa (CRESWELL; CLARK, 2013).

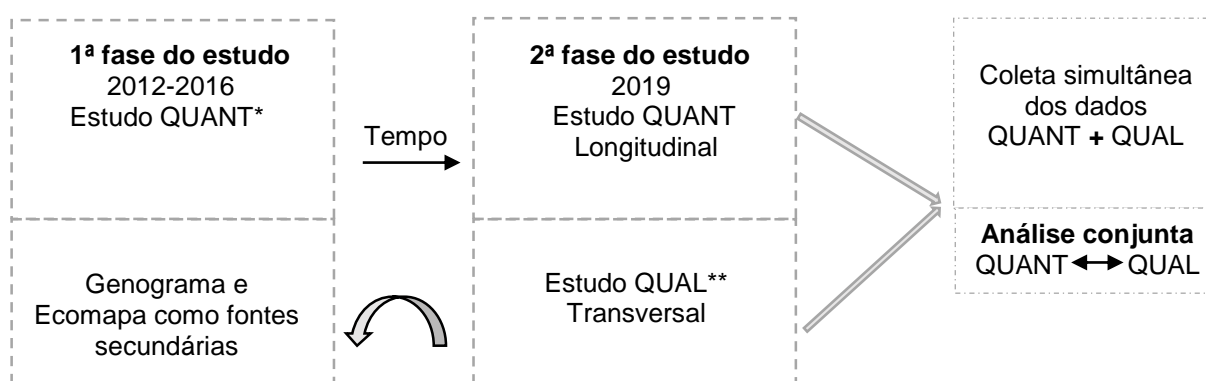
Diante da complexidade do processo de envelhecimento e das relações familiares, encontrou-se neste método um caminho necessário para avaliar o comportamento estatístico de variáveis ao longo do tempo, perfeitamente possível por meio da abordagem quantitativa, mas também, a percepção do idoso sobre essas relações familiares inseridas neste ambiente de mudanças e necessidades de cuidado. Com isso, os dados qualitativos possibilitaram uma compreensão mais

² JESUS, I. T. M de et al. Fragilidade de idosos em vulnerabilidade social. Acta Paulista de Enfermagem, v. 30, n. 6, p. 614-620, 2017.

profunda e abrangente dos achados quantitativos, gerando dados que não seriam encontrados com o uso de apenas um ou de outro paradigma.

Além disso, optou-se pela coleta simultânea de dados quantitativos e qualitativos por meio da estratégia de triangulação concomitante, na qual os dados são coletados concomitantemente e depois comparados com o objetivo de determinar convergências, diferenças e combinações. A integração das duas perspectivas (qualitativa-quantitativa) ocorreu no momento da análise dos resultados identificando possíveis inferências e *insights* gerados e atribuiu-se o mesmo peso de importância para os dados quantitativos e qualitativos (CRESWELL, 2010). A figura a seguir exemplifica com maior clareza o tipo de estudo utilizado.

Figura 1: Esquematização do estudo longitudinal com a utilização de métodos mistos para análise na segunda fase do estudo, São Carlos, SP, 2020.



*Quantitativo

**Qualitativo

4.2 PERSPECTIVA TEÓRICA DO MÉTODO

A perspectiva teórica, utilizada neste estudo foi o materialismo dialético. Uma vez que essa teoria parte da tentativa de compreensão da realidade e de suas contradições para buscar explicações sobre os fenômenos da natureza (matéria), da sociedade (prática social) e do pensamento (consciência) (TRIVIÑOS, 2013).

Esta corrente reconhece como essência do mundo a matéria, que de acordo com as leis do movimento, se transforma. Todas as outras categorias da dialética, de acordo com Triviños, o singular, o particular, o geral, a qualidade e quantidade, a

contradição, entre outras têm como referência substancial a matéria, a consciência e a prática social (TRIVIÑOS, 2013).

A dialética como base filosófica, possui características comuns como a lógica e a racionalidade, em contra partida, também baseia seu pensamento na filosofia materialista, que traz uma antiga concepção na evolução das ideias, fundamentando seu pensamento na interpretação dialética do mundo (TRIVIÑOS, 2013).

Essas duas linhas do pensamento humano em confluência, produzem no materialismo dialético uma nova concepção científica de ver a realidade somada a prática social da humanidade. Contudo, o materialismo dialético não se limita apenas a essas concepções, ele vai além do material, social e dialético, como salienta Triviños (2013):

Ao invés de ser um saber específico e limitado à determinado setor do conhecimento, o pensar filosófico tem como propósito fundamental o estudo das leis mais gerais que regem a natureza, a sociedade e o pensamento e, como a realidade objetiva, se reflete na consciência. Isso leva ao estudo da teoria do conhecimento e a elaboração da lógica. Através do enfoque dialético da realidade, o materialismo dialético mostra como se transforma a matéria e como se realiza e passam das formas inferiores às superiores (TRIVINÓS, 2013, p. 51).

Além disso, o mesmo autor destaca que talvez a relevância do materialismo dialético esteja na sua capacidade de dentro da teoria do conhecimento, trazer a importância da prática social como um critério de verdade, ou ao menos de busca pela verdade. No mais, por ancorar historicamente o conhecimento em seu processo dialético, trouxe a interconexão entre o que é relativo e o que é absoluto (TRIVIÑOS, 2013).

Assim Santos e colaboradores (2018) propõem que pesquisas voltadas para objetos de cunho social que busquem a compreensão das relações construídas entre os indivíduos em seus meios de produção, de vida, de consumo, e contradições existentes entre essas relações, possam encontrar no materialismo dialético suporte teórico necessário para a produção de conhecimento (SANTOS et al., 2018a).

Para melhor compreender os determinantes do pensamento filosófico dialético, suas principais vertentes foram separadas em categorias que possuem estruturas objetivas e reais a fim de refletir a realidade social (LUKÁCS, 2013). Dentre tantas, foram escolhidas para melhor direcionar este estudo as categorias epistemológicas da Historicidade e Totalidade.

4.2.1 Historicidade

A Historicidade é uma categoria da dialética que se relaciona com o comportamento e particularidades que a sociedade constrói ao longo do tempo. É por meio dela que se observa as transformações ocorridas na sociedade, uma vez que as ações das gerações presentes são influenciadas pelas gerações precedentes. Com isso dentro da dialética não se pode buscar compreender os fenômenos sem contextualizá-los (MINAYO, 2010; TRIVIÑOS, 2013; ANDRADE, 2019).

Nesse mesmo sentido, Anes et al (2012) afirma em seu estudo que nenhuma categoria pode ser de fato apreendida se não considerarmos a historicidade do objeto, é preciso compreender que um dado fenômeno se constrói dialeticamente com o contexto material, a realidade vivida e suas estruturas. Além disso, para que a historicidade alcance o movimento dialético defendido por Marx, sua produção deve vir acompanhada de reflexões, problematizações e questionamentos que possibilitem tratar um dado empírico em busca das dinâmicas e processos que o constituem.

Nesse mesmo sentido, amparado pelas ideias dos autores acima citados, pode se dizer que o próprio envelhecimento é um processo dialético, amplamente vinculado às atividades do indivíduo inserido em um meio social e histórico.

Sendo assim, por mais que a velhice seja uma fase da vida vivenciada por cada pessoa, ela é vivida em sociedade, e a própria vivência desse processo é influenciada pelo contexto social, cultural, político em cada geração. Esse movimento de ideias traz em sua essência contradições e novas construções que são fundamentais para a formação da história social (DE BEAUVOIR, 2018).

O acelerado processo de envelhecimento populacional no Brasil faz parte desse processo histórico, apesar de começarmos a envelhecer desde o nascimento, nunca se viveu por tanto tempo e o aumento de pessoas idosas está envolto em um contexto de problemas sociais, econômicos e de saúde, uma vez que não se consegue suprir a crescente demanda, somando-se a isso a ineficiência das determinações legais e políticas públicas destinadas a oferecer suporte ao idoso (DOS PINHEIRO; AREOSA, 2019; BONE et al., 2018)

Diante disso, por meio dessa categoria é possível compreender o idoso não somente isolado em seu arranjo familiar, mas consciente que ele pertence a um todo ainda maior e está inserido em um momento histórico.

4.2.2 Totalidade

Já a Totalidade vai além da soma de valores e acontecimentos isolados, mas sim a conexão desses fenômenos ocorridos dentro de uma realidade dinâmica e complexa, em um movimento dialético que vai das partes para o todo e do todo para as partes de maneira constante (LUKÁCS, 2013; ALVES, 2017).

Para Lukács (2013), a totalidade é um complexo formado de complexos, uma vez que cada parte do objeto possui em sua essência a totalidade e é por ela determinada, assim como, também a determina. Com essa análise, o autor conclui que conhecer a totalidade de um fenômeno não é o mesmo que conhecer todo o fenômeno, mas sim, captar a lógica determinante da totalidade que o constitui. Assim para conhecer o objeto é necessário alcançar suas variadas determinações e interações (LUKÁCS, 2013; ALVES, 2017). É válido destacar ainda que buscar a totalização do objeto não se trata de fragmentá-lo e analisa-lo separadamente, mas sim durante o processo de análise, considerar a multiplicidade de suas relações que sofrem e recebem influencia em uma mutualidade (LUKÁCS, 2013; ALVES, 2017).

Diante disso, baseando-se nas ideias dos autores acima, pode-se concluir que não se pode compreender o idoso e seu arranjo familiar como um fator isolado, mas é necessário um nível de totalização mais abrangente, analisando as relações

existentes nesse meio, os elos que os aproxima e os afasta, buscando a compreensão situacional dentro de uma constante dinâmica familiar.

Assim, busca-se por meio dessa categoria epistemológica compreender o idoso dentro da vivência da velhice, olhando para suas relações atreladas ao poder produtivo e participativo, não como indivíduo incapaz à espera da morte (ANDRADE-BOCCATO E FRANCO, 2019).

4.2.3 Vida cotidiana

Dando seguimento a essa abordagem, utilizaremos também o conceito de vida cotidiana de Agnes Heller. Essa autora foi colaboradora de Lukács, influente estudioso da teoria marxista. E fundamentou seu pensamento dentro dessa teoria, resgatando discussões como a humanização do homem no decorrer do processo histórico e temas específicos como a análises filosófica e sociológica da vida cotidiana. Assim complementa PATTO (1993):

Uma de suas principais contribuições ao marxismo contemporâneo é, portanto, a colocação da temática do indivíduo no centro das reflexões. E o indivíduo a que se refere não é um indivíduo abstrato ou excepcional, mas sim o indivíduo da vida cotidiana, isto é, o indivíduo voltado para as atividades necessárias à sua sobrevivência (PATTO, 1993, p. 124).

Grande parte de seus escritos, focam na discussão do conceito de vida cotidiana, a qual pertence a todo o homem, e também está inserida no homem, abrangendo suas relações com a sociedade, mas também seus pensamentos, sentimentos, intelecto, ideologias. Uma vez que, “a vida cotidiana é a vida do homem inteiro; ou seja, o homem participa na vida cotidiana com todos os aspectos de sua individualidade, de sua personalidade” (HELLER, 2000, p. 17).

A autora trouxe a complexidade do conhecimento filosófico para dentro da vivência do homem, o cotidiano é o comum, a realidade individual e social do

indivíduo. Envolvendo com os problemas, preocupações, desgostos, tristezas, conflitos que somente o ser humano é capaz de viver. Assim, os acontecimentos que caracterizam o homem em sua existência ocorrem no cotidiano (VERONEZE; MARTINELLI, 2016; SPINK; SPINK, 2017).

Além disso, vida cotidiana, possui características próprias que a marca, sendo espontânea, uma vez que, nela, as atitudes ocorrem automaticamente, sem requintes de controle prévio das ações no dia a dia. Com isso, ela é regida pelo imediatismo, possuindo pouco intervalo de tempo entre o pensamento e a ação. Também é heterogênea, sendo composta por diversos núcleos ao seu redor e hierárquica, já que cada relação possui seu lugar em hierarquia (HELLER, 1991; SPINK; SPINK, 2017).

Uma vez que a vida cotidiana abarca a essência do indivíduo em todos os seus aspectos e relacionamentos, olhar a velhice através do cerne do cotidiano faz com que as relações familiares, suportes, conflitos e tensões sejam observadas e valorizadas dentro do dia a dia do idoso. Nesse contexto, e sabendo que a velhice é uma fase pluridimensional, vivenciada por momentos de perdas, limitações, mas também aquisições individuais e sociais, essas dimensões serão de grande ajuda na compreensão do fenômeno analisado, ou seja, nas relações familiares e sociais do idoso.

4.3 LOCAL E PERÍODO DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada no município de São Carlos-SP, considerado o mais populoso da região central com estimativa de 246.088 habitantes (IBGE CIDADES, 2017). Em termos de população idosa, o município conta com 16,35% de pessoas com 60 anos ou mais e possui um índice de envelhecimento de 96,53%(SEADE, 2019).

Os dados do presente estudo foram coletados em diferentes regiões do município de São Carlos –SP em áreas abrangidas por CRAS, equipamentos vinculados à Secretaria Municipal de Cidadania e Assistência Social os quais incluem:

- CRAS São Carlos VIII - bairros: Tangará, Vila Jacobucci, Vila São José, São Carlos VIII, Jardim Nossa Senhora da Aparecida, Vila Brasília, Vila Costa do Sol.
- CRAS Santa Felícia - bairros da Santa Felícia, Santa Angelina, Jardim Bandeirantes, Jardim Paulistano, Jardim São Carlos, Vila Celina, Parque Delta;
- CRAS Cidade Aracy – bairros: Cidade Aracy I, Antenor Garcia.
- CRAS Pacaembu – bairros: Pacaembu, Cruzeiro do Sul, Vila Irene, Santa Tereza, Jd. Morumbi, Pq. Novo Mundo, Vila Monteiro, Monte Carlo, Pelicano, Jd. Mercedes, Recreio São Judas, Vila Marcelino, Sonia, Centro, Jd. Nova São Carlos, Castelo Branco, Madre Cabrini, Belvedere, Maracanã, Vila Alpes.
- CRAS Santa Eudóxia – bairro Centro.

Para a classificação do nível de vulnerabilidade de cada região foi utilizado o Índice Paulista de Vulnerabilidade Social (IPVS) com os seguintes equipamentos e sua classificação: Cidade Aracy II -alta vulnerabilidade; Santa Felícia – muito baixa vulnerabilidade; Pacaembú – média vulnerabilidade; São Carlos VIII – alta vulnerabilidade e Santa Eudóxia - alta vulnerabilidade. As entrevistas com os idosos, seguindo procedimentos anteriores foram realizadas nos domicílios.

O período de coleta de dados do presente estudo foi de abril a dezembro de 2019.

4.4 VARIÁVEIS DO ESTUDO

As variáveis incluídas no presente estudo foram:

- Dependentes:

1. Arranjo familiar

- Explicativas:

1. Sociodemográficas: gênero; idade, etnia, estado civil, escolaridade, ocupação.

2. Vulnerabilidade: Baixa, muito baixa, média e alta. Essa classificação seguiu os preceitos já estabelecidos para cada CRAS.

3. Suporte social: por meio dos instrumentos Ecomapa.

4. Níveis de Fragilidade: não frágil (0-4 pontos), aparentemente vulnerável (5-6 pontos), fragilidade leve (7-8 pontos), fragilidade moderada (9-10 pontos) e fragilidade severa (11 ou mais pontos) utilizando para essa avaliação a Escala de Fragilidade de Edmonton.

5. Qualidade de vida: avaliada por meio do Whoqol-bref e Whoqol-old.

6. Cognição: avaliada por The Montreal Cognitive Assessment (MoCA). Sendo que indivíduos com escore inferior a 26 pontos foram considerados com indícios de declínio cognitivo.

4.5 POPULAÇÃO E AMOSTRA

O banco de dados que a presente pesquisa utilizou conta com dados de 247 participantes idosos, avaliados no período de 2012 a 2016 e cadastrados em 5 CRAS do município de São Carlos sendo eles: São Carlos VIII, Santa Felícia, Cidade Aracy, Pacaembu e Santa Eudóxia.

Na primeira etapa do estudo, os participantes foram avaliados quanto as características relacionadas à velhice sendo elas: fragilidade, qualidade de vida e cognição, arranjos e relações familiares e sociais. No presente estudo, os idosos foram reavaliados a fim de comparar as mesmas variáveis.

Para a realização do presente estudo calculou-se uma amostra representativa dos idosos que compõem o banco de dados utilizado, dado que se trata de análises de características específicas de grupos de idosos heterogêneos, em que as perdas na população estudada é um fato relevante a ser considerado. Sendo assim, buscou-se garantir a representatividade da amostra segundo se detalha a seguir.

Para o cálculo do tamanho amostral foi utilizada a fórmula de estimativa de proporção em um estudo descritivo com variável qualitativa categórica para população

finita (N=247 idosos), fixando o nível de significância alfa ou erro do tipo I em 5% (alfa=0.05) (ou intervalo de confiança de 95%), e o erro amostral em 5% (d=0.05) com estimativa de fragilidade na população de interesse de 50% (p=0.50) (FONSECA; MARTINS, 1994).

Assim, obteve-se uma amostra mínima de 151 sujeitos. Ao todo, 177 participantes foram visitadas em suas residências a fim de serem convidados a participar do presente estudo. Dessas visitas, 93 corresponderam as perdas, sendo por motivos de recusa (16), óbito (22), não atendiam aos critérios de inclusão (9), mudança de endereço (13) e não se encontravam em casa em mais de 2 tentativas (33). Deixaram de ser visitados e foram excluídos deste estudo, 70 endereços, devido às medidas de segurança e necessidade de isolamento social frente a pandemia da COVID-19. Desse modo, o presente estudo contou com a participação de **84 idosos**.

Todos os entrevistados foram incluídos na coleta qualitativa que ocorreu concomitantemente. Porém, durante a coleta, registrou-se a perda de alguns áudios por estarem incompletos ou inaudíveis, sendo possível contabilizar para a fase qualitativa os áudios de **40** participantes. No entanto é válido destacar que o desenho dos Genogramas e Ecomapas de todos os 84 participantes foram analisados.

Para participar do estudo os critérios para inclusão foram:

- Possuir 60 anos ou mais;
- Ter participado da primeira etapa do presente estudo;
- Apresentar capacidade de compreensão e de comunicação verbal.

Os critérios para exclusão foram:

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

4.6 PROCEDIMENTO 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. Em seguida, foi apresentado também aos gestores dos equipamentos. Além disso, ocorreu uma investigação prévia para verificar se os usuários avaliados na primeira etapa do estudo continuavam cadastrados e morando nos territórios dos CRAS. De posse dessas informações, deu-se início às visitas nas residências de todos os idosos cadastrados, realizando o convite para participarem novamente do estudo e assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A).

A coleta de dados (quantitativos e qualitativos) foi realizada mediante entrevista individual, pré-agendada, em dia e horário comercial, em sessão única, no domicílio do idoso, com tempo aproximado de 1 hora.

As entrevistas foram realizadas por uma dupla de pesquisadoras pertencentes ao grupo de pesquisa Gestão em Envelhecimento, sendo uma mestranda em ciências da saúde no programa de pós-graduação da enfermagem da UFSCar acompanhada de uma graduanda do 3º ano do curso de Gerontologia da mesma universidade. As pesquisadoras passaram por um período de treinamento antes de iniciarem as entrevistas.

A construção dos Genogramas e Ecomapas foram gravadas em áudio com o consentimento dos entrevistados para posterior análise. No decorrer de algumas entrevistas permaneceram junto ao idoso, filho, neto ou cônjuge. Durante a realização da coleta de dados foram feitas anotações sobre as características dos entrevistados, seu estado de humor aparente, oscilações na fala, pausas, risos, choro. As entrevistas nesta etapa tiveram duração média de 20 minutos.

4.7 INSTRUMENTOS PARA A COLETA DE DADOS QUANTITATIVOS

Os instrumentos para a obtenção dos dados quantitativos, na ordem em que foram utilizados na coleta, são os seguintes:

-Entrevista semi-estruturada com dados sociodemográficos: nome, idade, gênero, ocupação atual e anterior, aposentadoria, etnia, crença religiosa, naturalidade, estado civil, escolaridade, moradia e, renda (APÊNDICE D).

-Avaliação Cognitiva MoCA; Ferramenta de triagem a qual objetiva detectar sinais de Comprometimento Cognitivo Leve e demência leve. Esse instrumento foi desenvolvido por Nasreddine e colaboradores em 2005 e traduzido e validado no Brasil. O MoCA consiste em 12 itens com variados domínios capazes de avaliar a percepção cognitiva, incluindo memória de curto prazo, capacidade visuoespacial, atenção, linguagem e orientação no tempo e espaço. Possui escores que variam de 0 a 30 e quanto mais alta a pontuação melhor o estado cognitivo da pessoa, possuindo uma pontuação indicativa de declínio cognitivo quanto obtém-se valor inferior a 26 pontos, sendo indicado o acréscimo de 1 ponto para indivíduos que apresentem escolaridade igual ou inferior a 12 anos (NASREDDINE et al., 2005; SARMENTO, 2009) (ANEXO A).

-Escala de Fragilidade de Edmonton (EFE): Inicialmente proposta por pesquisadores canadenses com o objetivo de identificar o grau de fragilidade em pessoas idosas, possui nove domínios (cognição, estado geral de saúde, independência funcional, suporte social, uso de medicamentos, nutrição, humor, continência e desempenho funcional) e 11 itens, classificando o indivíduo em não frágil (0-4 pontos), aparentemente vulnerável (5-6 pontos), fragilidade leve (7-8 pontos), fragilidade moderada (9-10 pontos) e fragilidade severa (11 ou mais pontos). Esse instrumento foi traduzido para o português e validado em 2009 e é atualmente muito utilizado em pesquisas, contribuindo para a ampliação do estudo da fragilidade (ROLFSON et al., 2006; FABRÍCIO-WEHBE al., 2009) (ANEXO B).

- Qualidade de Vida (QV): O questionário Whoqol-bref, conta com 26 questões separadas em indagações gerais (auto percepção e avaliação do estado de saúde) e 24 perguntas relacionadas com os domínios: físico, psíquico, social e ambiental

(WHO, 1996). Contudo, também foi utilizado o instrumento Whoqol-old composto por 24 questões que se dividem em seis subitens: Funcionamento do sensório, autonomia, atividades nos três tempos, participação social, morte/morrer e intimidade (WHO, 2006). Ambos os instrumentos são validados para serem aplicados na população brasileira (FLECK et al., 2000; FLECK et al., 2006). (ANEXO C).

- Genograma e Ecomapa: O Genograma identifica o formato dos arranjos familiares dentro da estrutura familiar, a qualidade das relações familiares conflitos e até mesmo os laços de afetividade. Já o Ecomapa identifica locais e equipamentos da comunidade utilizados pelo entrevistado. Esses instrumentos são frequentemente utilizados em conjunto a fim de identificar de maneira abrangente tanto as relações internas da família como seu comportamento e interação com o ambiente externo (WRIGHT; LEAHEY, 2002; SOUZA et al., 2016) (ANEXO D).

4.8 COLETA DE DADOS QUALITATIVOS

Os dados qualitativos foram obtidos mediante perguntas disparadoras durante a construção do Genograma e Ecomapa:

Sobre o núcleo familiar: “Quem mora com o senhor(a) nesta casa?” “Qual o grau de parentesco de cada pessoa?”; Relações familiares: “Das pessoas que nós desenhamos nesse Genograma, com quais o (a) senhor(a) possui uma relação mais próxima, distante e/ou conflituosa?”; Apoio familiar: “Existe algum membro da sua família que auxilia quando o (a) senhor(a) necessita?”; Relações com a comunidade: “Quais instituições o senhor costuma frequentar?”; “Como é sua relação com elas?”.

Além dessas perguntas, outros questionamentos foram realizados visando a complementação das informações fornecidas pelos idosos, uma vez que, os instrumentos utilizados não apenas guiaram as entrevistas como serviram de suporte para questões subjacentes.

4.9 ANÁLISE DE DADOS

Os dados quantitativos foram armazenados no software Microsoft Office Excel versão 2016 e pareados (dados da primeira e segunda fase), em seguida foram analisados mediante estatística descritiva com confecção de tabelas de frequência, medidas de posição (média, mediana, mínima e máxima) e dispersão (desvio-padrão), bem como os casos válidos e omitidos e teste de comparação de Wilcoxon e Mann Whitney. O nível de significância adotado para os testes estatísticos foi de 5% ($p < 0.05$).

Para a análise dos dados qualitativos optou-se pela técnica de análise de conteúdo de Bardin, considerado um agrupamento de técnicas que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens e indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relacionados às condições de produção e recepção destas mensagens (BARDIN, 2016).

Seguindo essa técnica, as análises deram-se em três etapas:

-Pré-análise: Momento dedicado a organização dos dados. Os áudios foram armazenados em pastas (programa Windows 8.1) e em seguida passaram por uma avaliação prévia de qualidade, excluindo-se os incompletos e inaudíveis. Após verificação, os áudios foram transcritos e iniciando-se a leitura flutuante dos mesmos. Durante esse período dedicado a leitura do material, foram destacados com cores distintas no texto elementos ressonantes (importantes para a compreensão do objeto de estudo) repetições (falas, expressões, indagações que estavam presentes com uma certa frequência no discurso) e estratégicos (falas que analisavam os serviços e as políticas públicas de assistência social e de saúde ofertado a essa população).

-Exploração do material: Essa etapa compreendeu o período da exploração do material a fim de identificar as unidades de registro por codificação temática. Após leitura minuciosa (parágrafo por parágrafo), foram identificados ideias, pensamentos, histórias, expressões que pelo grau de relevância com o propósito da investigação foram agrupados. Assim, após um movimento contínuo entre os dados e a teoria utilizada, foram surgindo categorias e subcategorias direcionadas ao propósito de investigação deste estudo. Para facilitar o trabalho com os dados, os temas, como

unidades de registro, foram agrupados em tabelas confeccionadas no programa Word.

-Tratamento dos resultados: Após a seleção das categorias e subcategorias os dados foram analisados utilizando-se da Inferência e interpretação à luz do materialismo dialético, especificamente através das categorias epistemológicas da Historicidade, Totalidade e conceito de vida cotidiana de Heller, posteriormente apresentados nos resultados e discussão deste trabalho.

Todo o processo de análise foi acompanhado por pesquisador experiente em pesquisa qualitativa e passou por conferência e checagem. Além disso, a fim de assegurar maior confiabilidade e qualidade na elaboração da pesquisa qualitativa, o presente estudo utilizou como ferramenta de apoio o COREQ (Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research).

Para análise dos Genogramas e Ecomapas também se utilizou, como fonte secundária, os desenhos dos Genogramas e Ecomapas do banco de dados retrospectivo.

4.10 ASPECTOS ÉTICOS

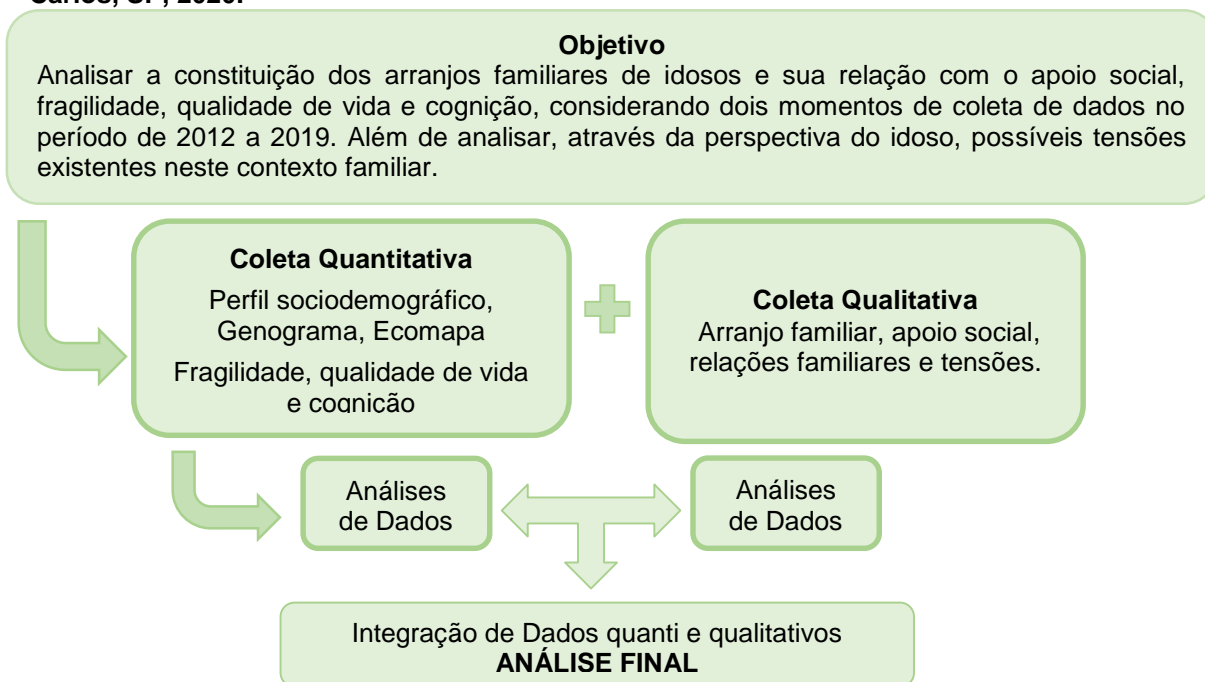
Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas em Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) com parecer 3.254.135/2019 sob CAAE: 09267319.0.0000.5504 e pela Secretaria de Assistência Social do Município de São Carlos. Todos os participantes foram informados sobre o objetivo do estudo, os riscos e benefícios de sua participação e que seus nomes seriam mantidos em sigilo, para tanto, durante a apresentação dos resultados, utilizou-se siglas a fim de garantir o anonimato de cada participante acoplada a um número de identificação pré-estabelecido pelo pesquisador (P1, P2, P3 ... P20). Todos os que aceitaram participar da pesquisa assinaram o TCLE. O estudo seguiu todos os preceitos éticos preconizados pela Resolução CONEP/CNS N°. 466/2012.

Além do mais, a presente pesquisa amplia o banco de dados do estudo “Qualidade de vida, suporte social e fragilidade em idosos atendidos em Centro de Referência de Assistência Social com aprovação do Comitê de Ética em Pesquisas

em Seres Humanos (CEP) da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) sob parecer 3.254.135/2019.

Para finalizar a descrição dos aspectos metodológicos do estudo, apresenta-se figura a baixo.

Figura 2: Esquematização do estudo de métodos mistos com triangulação concomitante, São Carlos, SP, 2020.



Fonte: Elaborada pelo autor (Adaptado Santos et al, 2017).

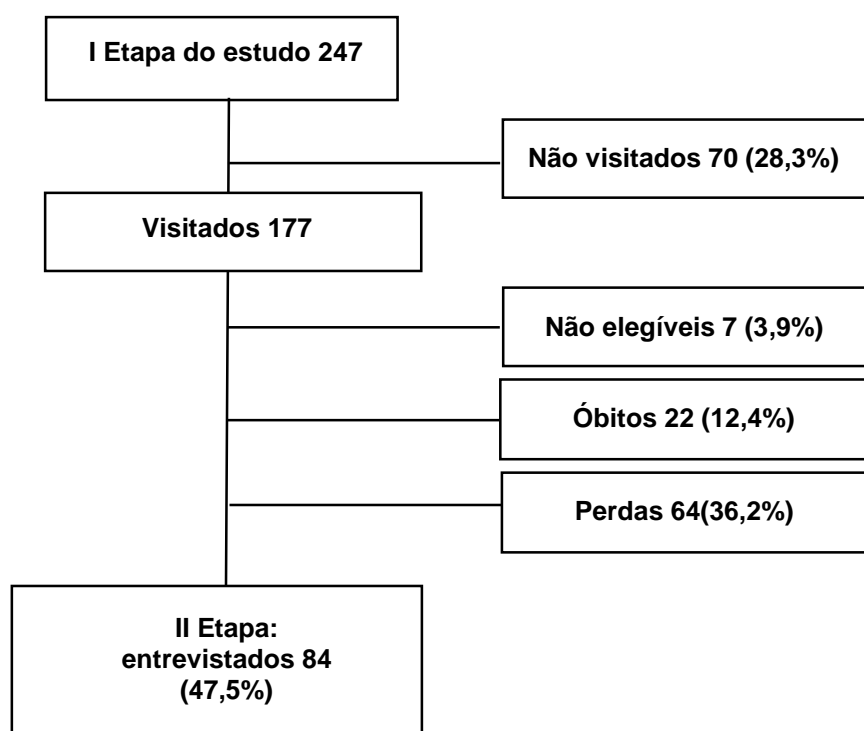
5. RESULTADOS

Os resultados deste estudo foram dispostos separadamente de acordo com a sua natureza quantitativa ou qualitativa e posteriormente passaram por um processo de integração.

5.1 RESULTADOS QUANTITATIVOS

Dos 247 idosos participantes da primeira etapa deste estudo, 177 (71,7%) foram visitados e 70 (28,3%) não puderam ser visitados devido às medidas de segurança adotadas diante da pandemia da COVID-19. Em relação aos domicílios visitados (antes do início da pandemia), observou-se que 7 (3,9%) idosos estavam impossibilitados de participar da entrevista de acordo com os critérios e exclusão, 22 (12,4%) já haviam falecido, 18 (10,2%) recusaram participar do estudo e 46 (26,0%) mudaram de endereço ou não estavam presentes no momento da visita em mais de 2 tentativas, totalizando uma amostra de 84 idosos neste estudo longitudinal conforme fluxograma a seguir.

Figura 3: Fluxograma para identificação de idosos participantes do estudo. São Carlos, SP, 2020.



5.1.1 Perfil sociodemográfico

Das 84 pessoas idosas participantes do estudo, 83,3% eram do gênero feminino. Em relação à idade, os participantes apresentaram média de 72,5 ($\pm 7,2$) anos, 3,9 anos a mais comparado com a primeira etapa da pesquisa. Observou-se também o predomínio de pessoas idosas, viúvas (47,6%), brancas (56,0%), com 1 a 4 anos de escolaridade (64,3%) e moradoras de regiões de alta vulnerabilidade social (45,3%), segundo IPVS. Os dados sociodemográficos estão representados na Tabela 1.

Tabela 1: Dados sociodemográficos de idosos cadastrados em CRAS em dois momentos do estudo 1ªfase (2012-2016) e 2ªfase (2019), São Carlos, SP, 2020.

Perfil Sociodemográfico	N(%)	N(%) 1ªfase	n(%) 2ªfase	Média(dp*) 1ªfase	Média(dp*) 2ªfase
Idade	84			68,6(6,9)	72,5 (7,2)
Gênero					
Feminino	70(83,3)				
Masculino	14 (16,7)				
Estado civil					
Viúvo		33(39,3)	40(47,6)		
Casado		36(42,9)	27(32,1)		
Solteiro		1(1,2)	7(8,3)		
Divorciado		5(6,0)	5(6,0)		
Separado		9(10,7)	5(6,0)		
Etnia					
Branco	47 (56,0)				
Pardo	19 (22,6)				
Negro	18 (21,4)				
Religião					
Católico		54 (64,3)	51(60,7)		
Evangélico		25 (29,8)	28(33,3)		
Testemunha de Jeová		2 (2,4)	2(2,4)		
Outros		3 (3,6)	3(3,6)		
Escolaridade					
Analfabeto		10(11,9)	12(14,3)		
Alfabetizado sem escolaridade		8(9,5)	7(8,3)		
1 a 4 anos de escolaridade		51(60,7)	54 (64,3)		
5 a 8 anos de escolaridade		11(13,1)	8(9,5)		
Mais de 9 anos de escolaridade		4(4,8)	3(3,6)		
Ocupação atual					
Aposentado		44(52,4)	43(51,2)		
Não aposentado		40(47,6)	41(48,8)		
Alta vulnerabilidade social					
CRAS Cidade Aracy	15 (17,9)				

CRAS São Carlos VIII	14 (16,7)
CRAS Santa Eudóxia	9 (10,7)
Média vulnerabilidade social	
CRAS Pacaembu	33(39,3)
Baixa vulnerabilidade social	
CRAS Santa Felícia	13(15,5)

Fonte: Dados da pesquisa, 2020.

*dp Desvio Padrão

5.1.2 Arranjo familiar e rede de apoio social (Ecomapa)

A maioria dos idosos, nas duas fases do estudo, moravam com algum membro da família (73,8%), 11,9% passaram por uma mudança na composição do arranjo deixando de morar com a família para morar sozinhos, 8,3% permaneceram em arranjo unipessoal e 6,0% passaram a morar com algum familiar. Em relação a primeira fase do estudo, houve um aumento de 5,9% de idosos em arranjo unipessoal e de 14,2% em relação aos que moram com netos como observado na Tabela a seguir.

Tabela 2: Distribuição de membros no mesmo lar na primeira e segunda fase do estudo com idosos cadastrados em CRAS, São Carlos, SP, 2020.

Membros no mesmo lar	N(%) 1ªfase	n (%) 2ªfase
Geração de filhos	49(58,3)	44 (52,4)
Geração de netos	26(31,0)	38 (45,2)
Geração de filhos e netos	20(23,8)	23 (27,4)
Arranjo unipessoal	12(14,3)	17 (20,2)
Somente com cônjuge	12(14,3)	8 (9,5)

Fonte: Dados da pesquisa, 2020.

Quando observado ao longo do tempo, 39,3% dos arranjos familiares continuaram com a mesma quantidade de membros, 35,7% diminuíram de tamanho e 25,0% sofreram aumento em sua composição.

Em relação aos tipos de relacionamento familiar no mesmo lar, observou-se que a maioria dos entrevistados permaneceram com vínculos próximos, contudo houve o crescimento de relatos de relacionamentos conflituosos e distantes tanto interno como externo ao lar como demonstrado na Tabela 3.

Tabela 3: Tipos de relacionamento do idoso com a família na primeira e segunda fase do estudo com idosos cadastrados em CRAS, SP, 2020.

Relacionamento com a família	1ª fase N (%)	2ª fase n (%)
Interno ao lar*		
Relacionamento próximo	50(59,5)	52(61,9)
Relacionamento conflituoso	7(8,3)	13(15,5)
Relacionamento distante	0 (0,0)	2 (2,4)
Externo ao lar**		
Relacionamento próximo	57(67,9)	69(82,1)
Relacionamento conflituoso	1 (1,2)	37(44,0)
Relacionamento distante	3(3,6)	21(25,0)

Fonte: Dados da pesquisa, 2020.

*Famíliares que moram na mesma casa do idoso

**Famíliares que não moram com o idoso

Além das relações familiares, foram avaliados os laços existentes com a comunidade. A maioria (54,7%) dos idosos aumentaram a quantidade de vínculos ao longo do tempo, 31,0% diminuíram e 14,3% permaneceram com a mesma quantidade de relações. Os vínculos de apoio social mais citados na primeira fase do estudo foram as instituições religiosas (57,1%), sendo preponderante na segunda fase os serviços de saúde (60,7%). Houve diminuição dos vínculos com os equipamentos sociais, trabalho e instituições de ensino conforme tabela a seguir.

Tabela 4: Avaliação de tipos de apoio social pelo Ecomapa na primeira e segunda fase do estudo com idosos cadastrados em CRAS, São Carlos, SP, 2020.

Vínculos	1ª fase N (%)	2ª fase n (%)
Serviço de saúde	34(40,5)	51 (60,7)
Instituição religiosa	48 (57,1)	50 (59,5)
Comercio/banco	36 (42,9)	40 (47,6)
Família	28(33,3)	39 (46,4)
Lazer/eventos	7(8,3)	26(31,0)
Equipamento social	9(10,7)	7(8,33)
Trabalho	7(8,3)	3 (3,6)
Instituição de ensino	0 (0,0)	1 (1,2)

Fonte: Dados da pesquisa, 2020.

Quando comparados os dados coletados na segunda fase do estudo, o tipo de arranjo familiar não apresentou mudança significativa em relação aos dados da fragilidade e cognição. Porém, certas alterações foram percebidas na qualidade de vida. Os idosos que moram em arranjo unipessoal (na segunda coleta) apresentaram

piora significativa em relação às duas fases do estudo no domínio físico ($p=0,044$), domínio psicológico ($p=0,031$) e melhora em relação ao total do Whoqol-old ($p=0,036$).

Os que moram com netos apresentaram piora nos domínios relação social ($p=0,047$) e total do Whoqol-bref ($p=0,029$), porém melhora nas avaliações de morte e morrer ($p<0,001$) e total do Whoqol-old ($p=0,019$). Morar somente com cônjuge também apresentou alterações significativas com piora do funcionamento do sensório ($p=0,022$) e melhorias na pontuação da faceta morte e morrer ($p=0,028$). A tabela a seguir apresenta os valores encontrados de cada instrumento relacionado aos tipos de arranjo.

Tabela 5: Comparação da fragilidade, qualidade de vida e cognição nas duas fases do estudo com o tipo de arranjo apresentado na segunda fase, São Carlos, SP, 2020.

Instrumentos	Arranjo unipessoal			Presença da 2ª geração: filhos			Presença da 3ª geração: netos			Somente cônjuge		
	n	Média(dp)	p* valor	n	Média(dp)	p* valor	n	Média(dp)	p* valor	n	Média(dp)	p* valor
Fragilidade (EFE) 1ª fase	15	5,8(2,3)	0,287	40	5,0(2,3)	0,5	46	5,8(2,7)	0,069	8	4,4(2,6)	0,286
Fragilidade (EFE) 2ª fase	16	6,7(3,6)		40	6,5(3,2)		46	6,4(3,2)		8	6,5(3,2)	
Whoqol-bref												
Domínio físico 1ª fase	17	60,1(15,3)	0,044	40	62,1(16,4)	0,6	46	57,8(17,3)	0,051	8	65,2(14,3)	0,531
Domínio físico 2ª fase	17	49,2(16,2)		40	54,3(17,3)		46	54,3(17,4)		8	64,7(15,8)	
Domínio psicológico 1ª fase	17	60,2(21,0)	0,031	40	62,8(15,9)	0,7	46	59,2(17,9)	0,218	8	68,2(6,7)	0,269
Domínio psicológico 2ª fase	17	54,7(14,3)		40	56,5(15,3)		46	59,2(14,9)		8	58,9(21,1)	
Domínio relação social 1ª fase	17	65,7(14,4)	0,290	40	68,7(11,7)	0,4	46	65,8(12,1)	0,047	8	70,8(8,9)	0,446
Domínio relação social 2ª fase	17	60,8(17,9)		40	59,4(16,4)		46	59,8(17,5)		8	57,3(21,6)	
Domínio meio ambiente 1ª fase	17	54,2(19,9)	0,740	40	54,9(15,4)	0,7	46	55,5(15,7)	0,903	8	62,5(7,8)	0,109
Domínio meio ambiente 2ª fase	17	52,9(16,4)		40	50,7(13,3)		46	53,0(14,6)		8	51,2(12,9)	
Whoqol-bref 1ª fase	17	60,1(14,4)	0,316	40	62,1(11,0)	0,8	46	59,6(12,3)	0,029	8	66,7(6,1)	0,122
Whoqol-bref 2ª fase	17	54,4(11,4)		40	55,2(11,4)		46	56,6(12,2)		8	58,0(13,5)	
Whoqol-old												
Funcionamento Sensorio 1ª fase	17	57,7(18,9)	0,293	40	64,5(20,6)	0,4	46	62,1(22,7)	0,832	8	78,9(18,9)	0,022
Funcionamento Sensorio 2ª fase	17	66,4(23,6)		39	65,2(23,3)		45	67,1(22,1)		8	70,3(23,1)	
Autonomia 1ª fase	17	61,8(16,1)	0,324	40	65,2(13,1)	0,991	46	65,2(14,3)	0,88	8	64,1(12,4)	0,804
Autonomia 2ª fase	16	57,4(14,8)		39	56,6(13,4)		45	60,7(12,2)		8	64,8(7,4)	
Atividades* 1ª fase	17	56,3(18,8)	0,261	40	60,6(15,4)	0,881	46	59,6(15,1)	0,249	8	65,6(11,1)	0,413
Atividades* 2ª fase	16	57,4(15,5)		39	55,8(14,1)		45	59,4(15,6)		8	59,4(18,6)	
Participação Social 1ª fase	17	62,1(16,5)	0,696	40	64,7(13,0)	0,729	46	62,9(14,8)	0,248	8	63,3(10,3)	0,395
Participação Social 2ª fase	16	75,0(11,6)		39	55,8(14,8)		45	58,2(14,5)		8	62,5(18,9)	
Morte e Morrer 1ª fase	17	65,4(27,3)	0,285	40	68,6(22,8)	0,334	46	64,4(22,5)	<0,001	8	55,5(20,2)	0,028

Morte e Morrer 2ª fase	16	68,1(22,5)		39	73,1(21,8)		45	68,2(21,3)		8	67,2(22,6)	
Intimidade 1ª fase	17	59,2(15,8)	0,107	40	61,9(15,0)	0,175	46	61,7(18,8)	0,592	8	67,2(15,2)	0,412
Intimidade 2ª fase	16	67,6(13,5)		39	66,5(14,7)		45	67,8(15,4)		8	71,1(18,3)	
Whoqol-old total 1ª fase	17	60,4(10,2)	0,036	40	64,2(8,8)	0,498	46	62,7(10,6)	0,019	8	65,8(6,6)	0,831
Whoqol- old total 2ª fase	16	62,3(10,5)		39	62,2(9,7)		45	63,6(11,3)		8	65,9(14,5)	
Moca 1ª fase	16	14,3(5,5)	0,941	37	13,9(5,4)	0,654	41	14,3(5,4)	0,982	8	15,4(4,6)	0,507
Moca 2ª fase	15	17,4(4,1)		38	17,5(4,6)		44	18,4(5,0)		8	18,9(6,0)	

Fonte: Dados da pesquisa, 2020.

Nota: Teste de Mann Whitney

* p-valor<0,05

5.1.3 Fragilidade, Qualidade de Vida e Cognição

Observou-se piora significativa na avaliação da fragilidade realizada pela EFE (p0,013). A qualidade de vida apresentou valores medianos, sendo a maior pontuação observada no domínio morte e morrer. Os menores valores observados estão incluídos na faceta meio ambiente. Em relação ao Whoqol-bref, observou-se diminuição significativa nos domínios físico (p0,009), relações sociais (p0,002), e média total (p0,007). A única melhora significativa foi a da faceta funcionamento do sensório (p0,037) pertencente ao Whoqol-old. Neste mesmo instrumento, observou-se piora das pontuações da autonomia (p<0,001) e participação social (p<0,001).

A cognição apresentou melhora significativa ao longo dos anos (<0,001), por mais que a grande parte da população estudada (92,7%) tenha permanecido com indícios de declínio cognitivo (pontuação ≤ 26 pontos).

A Tabela abaixo traz os valores das médias encontradas nos instrumentos da Fragilidade, Qualidade de Vida e Cognição nas duas fases de avaliação e as alterações percebidas.

Tabela 6: Comparação entre a primeira e a segunda fase do estudo em relação aos níveis de Fragilidade (Escala de Fragilidade de Edmonton), qualidade de vida (Domínios do Whoqol-bref e old) e cognição (Moca). São Carlos, SP, 2020.

Instrumentos	N	Média	dp	Mínimo	Máximo	p* valor
Fragilidade 1ª fase	83	5,3	2,5	1	11	0,013
Fragilidade 2ª fase	84	6,1	3,0	1	14	
Whoqol-bref						
Domínio físico 1ª fase	84	61,1	16,0	10,7	92,9	0,009
Domínio físico 2ª fase	84	57,1	16,2	21,4	100	
Domínio psicológico 1ª fase	84	62,1	15,2	8,3	95,8	0,435
Domínio psicológico 2ª fase	84	60,7	14,5	12,5	87,5	
Domínio relação social 1ª fase	84	67,6	12,1	25	100	0,002
Domínio relação social 2ª fase	84	61,3	15,5	8,3	91,7	
Domínio meio ambiente 1ª fase	84	55,6	13,6	15,6	100	0,48
Domínio meio ambiente 2ª fase	84	52,7	13,4	18,75	81,3	
Whoqol-bref 1ª fase	84	61,6	10,5	32,8	97,2	0,007
Whoqol-bref 2ª fase	84	57,9	11,11	29,6	87,2	

Whoqol-old

Funcionamento Sensório 1ª fase	84	62,6	20,9	25	93,8	0,037
Funcionamento Sensório 2ª fase	83	69,1	21,5	18,6	100	
Autonomia 1ª fase	84	65,5	13,6	18,7	93,7	<0,001
Autonomia 2ª fase	83	58,9	12,6	31,3	93,7	
Atividades** 1ª fase	84	61,5	13,3	25	87,5	0,135
Atividades** 2ª fase	83	59,2	13,6	18,7	87,5	
Participação Social 1ª fase	84	65,2	12,7	25	87,5	<0,001
Participação Social 2ª fase	83	58,1	13,9	25	93,7	
Morte e Morrer 1ª fase	84	71,1	21,6	0	100	0,2
Morte e Morrer 2ª fase	83	74,3	21,3	25	100	
Intimidade 1ª fase	84	62,9	17,1	12,5	87,5	0,187
Intimidade 2ª fase	83	66,4	15,9	25	100	
Whoqol-old total 1ª fase	84	64,8	9,7	32,3	83,3	0,416
Whoqol- old total 2ª fase	83	64,4	10,0	36,5	89,3	
Moca 1ª fase	74	14,2	5,2	4	26	<0,001
Moca 2ª fase	82	17,9	4,8	8	29	

*p-valor<0,05

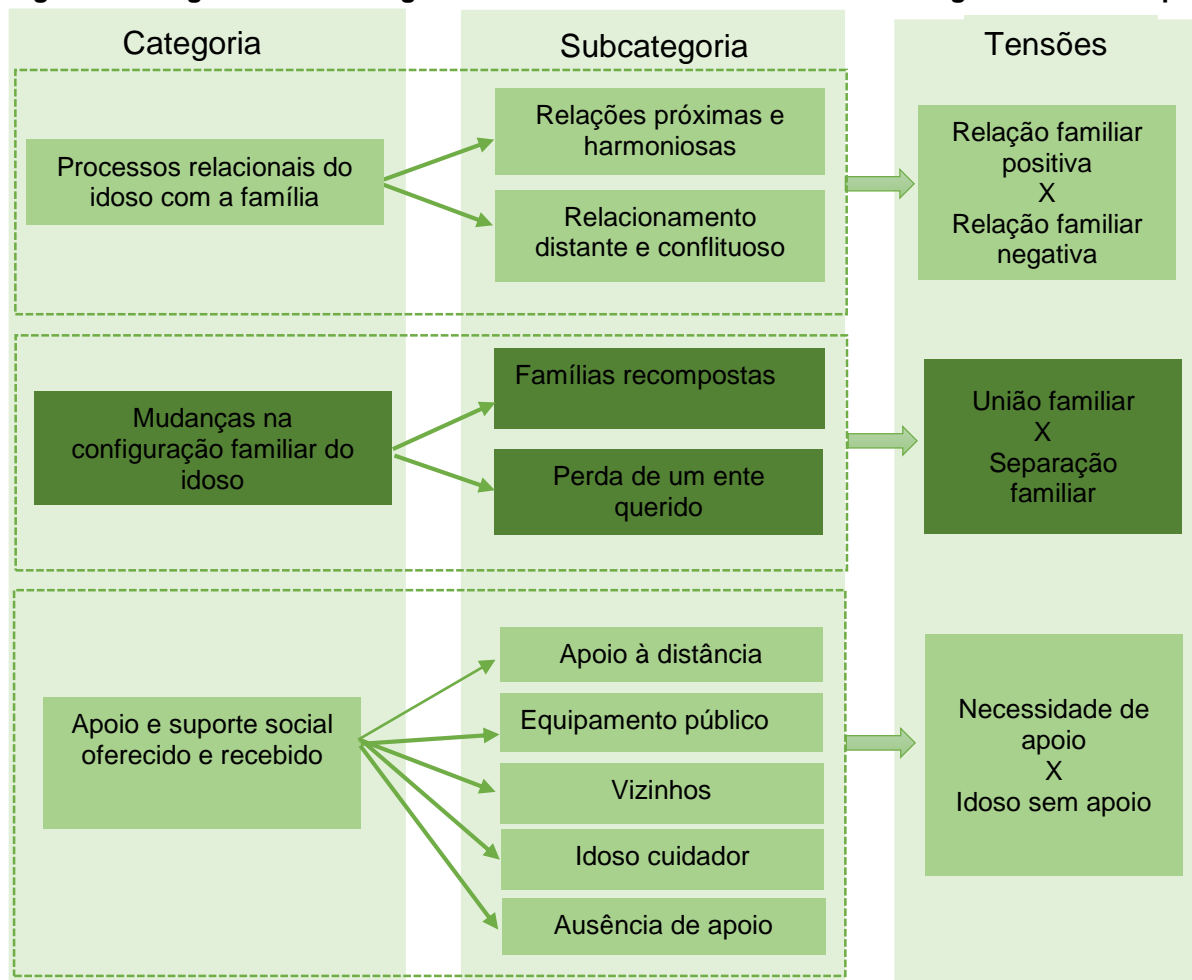
* *Atividades passadas presentes e futuras

Nota: Teste de comparação de Wilcoxon.

5.2 RESULTADO QUALITATIVO

Após a realização da análise, as falas dos participantes foram reunidas em categorias à luz da perspectiva teórica utilizada neste estudo. Assim, foram encontradas três categorias e nove subcategorias apresentadas na figura a seguir.

Figura 4: Categorias e Subcategorias obtidas através da análise dos Genogramas e Ecomapas.



Fonte: elaborada pelo autor.

A primeira categoria trata de *Processos relacionais do idoso com a família*, dentro desse contexto, destacou-se a subcategoria *Relações próximas e harmoniosas*. A análise desta subcategoria demonstrou que os idosos possuem uma percepção positiva sobre seu convívio com os outros membros da família, transmitindo uma imagem de que são fáceis de se relacionar e tratam todos de forma igual, possuindo laços sólidos e isentos de conflitos, como observado nas falas a seguir:

“Aqui (na família do idoso) todo mundo é unido [...]Aqui ninguém briga com ninguém não” (P1).

“O relacionamento (com a família)? Uai da minha parte é boa, eu me dou com todos né” (P2).

“Tenho um apego por eles tudo igual. Porque às vezes um fala assim - A vó gosta mais de mim né vó? - Eu falo que a vó gosta de tudo igual” (P3).

Além disso, é visível relações de interdependência, nas quais a harmonia presente no relacionamento é embasada na necessidade de cuidado do idoso, que precisa de algum tipo de apoio, mas também, na necessidade do cuidador, que usufrui dessa assistência como apresentado na fala a seguir:

“A gente (o idoso e sua esposa, neta com esposo e filho) se dá bem porque estamos na precisão (com necessidades), então a gente se dá bem. É uma relação normal é normal, nós (o idoso e sua esposa) não vamos dizer que vamos ficar brigando com criança (bisneto) se nós precisamos da mãe e do pai [...]eles (neta e esposo) estavam lá sem trabalho e vieram pra cá porque não podem pagar aluguel. [...] Ela (neta) já vivi com a gente, então quando ela vai pegar o nosso pagamento a gente dá um agradinho (ajuda financeira) para ela” (P4).

Em seguida, observou-se outra subcategoria que se contrapõe à anterior, sendo ela *Relacionamento distante e conflituoso*, esse agrupamento deu-se em virtude de relatos que expressavam condições de distanciamento dos familiares e transtorno no lar. Falas que demonstram sentimentos de abandono, de se sentir esquecido pelos filhos e irmãos, queixas de distanciamento e quebra de vínculos, como se observado a seguir:

“Os outros filhos ficam uma semana sem vir aqui, nem lembra de mim” (P5).

“Faz tempo que minhas irmãs não vem aqui, sou eu que vou lá. Ninguém vem aqui, faz festa de aniversário, ninguém vem nada, eu vejo porque eu visito” (P6).

“(O relacionamento) Com as outras minhas irmãs é a mesma coisa de nós sermos estranhos, nós não sentamos juntas, nós não conversamos, nem por telefone” (P3).

Contudo, dentre as falas relacionadas aos conflitos no lar, destacaram-se as narrativas de transtorno e violência exercida pelos filhos com dependência química contra os pais idosos, gerando dor e sofrimento como explicitado abaixo:

“Às vezes eu falava filho que mentira! dizem que droga mata, mata nada! você fica aí judiando de nós, mas ela mata sim não tem mais físico, cabeça pra pensar, trabalhar, mata mesmo não tem mais nada” (P7).

“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 que a mãe dá dinheiro pra droga dá dinheiro e a mãe não quer. Aí quando eu chego ele baixa a bola, eu falo pra ele, quem vai ficar mal é ele, porque eu sou evangélico, quer mais? Se eu der uma paulada eu derrubo ele no chão” (P8).

A categoria *Mudanças na configuração familiar do idoso* demonstra que a configuração familiar é um processo dinâmico, com transformações advindas da formação de um novo núcleo familiar, oriundo de um anterior rompido ou da morte daqueles que compunham esse arranjo. Assim, observa-se na subcategoria *Famílias Recompostas* relatos de idosos envolvidos em um novo matrimônio, que tiveram no segundo casamento a chance de recompor sua família, fugir de relacionamentos abusivos e violentos ou encontrar um novo parceiro após a viuvez, além de idoso que já trouxeram em sua história a vivência da separação dos pais, a experiência de crescer longe dos irmãos sejam paternos ou maternos, como relato a seguir:

“Olha eu vou falar para você eu casei duas vezes, o segundo casamento durou, mas faz 25 anos que ele morreu [...] o pai dos meninos foi do meu primeiro casamento” (P9).

“Esse meu marido é bom, esse não me bate” (P10).

“As irmãs filhas da minha mãe eu não sei né, eu não conheci. Porque elas não foram criadas com a gente, elas são mais velha que a gente então. Mas quando eu posso eu vou ver elas, porque elas são mais pobre do que eu” (P11).

“Minha mãe casou duas vezes né, então ele é filho de um pai e eu sou de outro” (P12).

Dando seguimento aos achados desta categoria, a subcategoria *Perda de um ente querido* demonstra que a morte de um familiar ou múltiplas mortes provocam mudanças na configuração da família e na própria vida da pessoa idosa, idosos que perderam seus cônjuges, filhos, netos de diferentes causas mortis, mas carregam em

comum em seus arranjos membros faltantes e uma narrativa de tristeza causada pela ausência, como destacado nas falas que se seguem:

“Eu perdi ele [filho] perdi ele depois de ter perdido meu marido, tudo morreu de infarto. [...] depois que meu velho [marido] morreu, eu perdi a graça de sair de casa, tudo perdeu a graça” (P13).

“A primeira menina minha casou com 15 dias de casamento o carro dela bateu e ela morreu de acidente. 16 anos ela casou com 16 anos, ela não tinha desembrulhado nem os presente ainda, foi um acidente triste, morreu só ela que estava no carro, o marido quebrou o braço rachou a cabeça, mas ficou vivo. Depois (outro filho) morreu de cirrose, bebeu muito usou muita droga, eu internei ele, saiu de lá já estava com cirrose. Com 30 anos ele tinha. Depois eu tive outro, ele tinha 52 anos. Morreu de meningite. A outra morreu também de derrame, grávida de 6 meses. Foi um atrás do outro minha filha (P14).

Além disso, temos a categoria *Apoio e suporte social oferecido e recebido*, nesta categoria estão incluídas as relações de apoio e suporte oferecido aos idosos em seu dia a dia por meio da família, pessoas do seu convívio pessoal e equipamentos voltados à prática de Políticas Públicas, além de relações de apoio e suporte oferecido pelo idoso a algum membro da família. Desta categoria surgiram quatro subcategorias, sendo a primeira o *Apoio à distância* na qual se observa uma rede de suporte ao idoso externo ao lar formado por filhos e amigos que não podem estar constantemente com esse idoso, mas estão prontos para ajudar quando solicitados seja através de uma visita presencial ou por meio da comunicação virtual, como exemplificam as falas a seguir:

“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” (P6).

“A Internet, eu acho que é a minha melhor amiga [...] É porque é onde eu tenho amigos, onde eu me distraio [...] Eu tenho facebook, eu tenho insta, whatsapp e tenho até dois celulares” (P15).

Outra subcategoria surgiu sinalizando as relações que os idosos têm com a comunidade – *Vizinhos*. Os idosos relatam conversar com os seus vizinhos, porém com um certo distanciamento, enfatizando que a convivência não é estendida à residência, limitando-se em uma conversa na porta de casa ou na calçada da rua sem muita intimidade, como observa-se a seguir:

“Os vizinhos aqui são assim, nós conversamos mas assim na rua, mas se eu falar que eu sei o que tem dentro da casa dessa, dessa, dessa vizinha, é mentira” (P16).

“Não, a gente conversa assim na rua, mas ninguém vai na casa de ninguém não” (P17).

A subcategoria *Equipamento Público*, expõe a insatisfação do idoso com o serviço público oferecido a ele, principalmente nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), com queixas de mau atendimento e demora na prestação de serviço, mas também, a ligação de proximidade e dependência que esses idosos têm com essa rede de cuidado, como expõem as falas a seguir:

“Faz tempo que não vou (na UBS), 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” (P11).

“É muito difícil viu, eu nem frequento (a UBS) porque eles não faz nada pra mim, é muito difícil não faz nada pra gente” (P18).

“No postinho eu vou, bastante, todo dia vou fazer curativo no pé” (P19).

A próxima subcategoria reúne as relações de cuidado oferecidas pelas pessoas idosas aos seus familiares - *idoso cuidador*- vivenciada por idosas que cuidam de seus filhos doentes, avós que perderam os filhos e além de conviver com a dor da perda, necessitam recompor-se e dedicar-se a criação dos netos órfãos, e também, de netos abandonados pelos pais como ilustra as falas a seguir:

“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?” (P20).

“A mãe faleceu e ele (neto) veio embora pra cá” (P16).

“Paralisia infantil que deu nela (filha) quando ela nasceu aí ela ficou parálitica nunca andou, ela é a mais velha minha né depois tem uns que são casados [...] eu coloco fralda nela, ela fica no chão do quarto o dia todo ouvindo o rádio dela, ela não sabe conversar” (P3).

Observou-se também relatos de falta de suporte familiar, reunidos na subcategoria *Ausência de Apoio e Cuidado*. São idosos que se sentem sem apoio e não possuem ninguém para ajudá-los, em caso de necessidade a provisão é gerada por eles próprios, utilizando-se do trabalho como lavadeira, passadeira ou da aposentadoria como demonstrado nas falas a seguir:

“Eu tenho que depender de mim mesmo” (P21).

“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 comida também aí vai” (P22).

Diante disso, observou-se variados relacionamentos, tensões, vivências, perdas e superações de idosos em arranjos familiares em regiões de vulnerabilidade social, os quais deram origem às categorias e subcategorias expostas.

5.3 ANÁLISE INTEGRADA DOS DADOS QUANTITATIVOS E QUALITATIVOS DAS PESSOAS IDOSAS E SEUS ARRANJOS FAMILIARES

Nesta etapa as pessoas idosas e seus arranjos familiares foram analisados seguindo o processo de triangulação de dados, avaliando, conjuntamente as informações obtidas na perspectiva quantitativa e qualitativa (CRESWELL, 2010). Para isso, os 84 Genogramas e Ecomapas foram analisados tendo por base a variável da fragilidade, agrupando-se os idosos que progrediram para um estágio mais frágil, os que melhoraram sua condição de fragilidade e os que não apresentaram mudanças. Em seguida, foi realizada a análise individual de cada Genograma e Ecomapa observando as transformações ocorridas e sua relação com os dados de qualidade de vida e cognição e o apoio familiar oferecido.

Diante disso, apresenta-se a seguir um quadro contendo a junção dos dados quantitativos e qualitativos a fim de facilitar a compreensão da integração dos resultados no estudo de métodos mistos.

Quadro 1: Integração de dados quantitativos e qualitativos

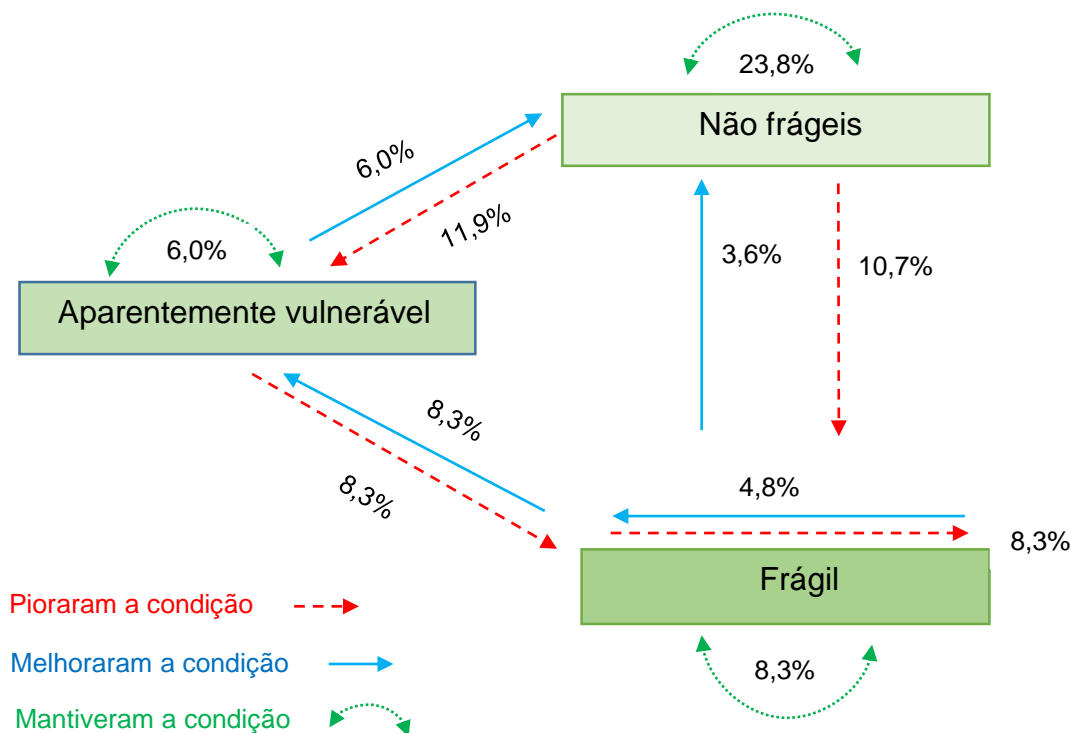
	QUANTITATIVO	+	QUALITATIVO	→	INTEGRAÇÃO
Pioraram a condição de Fragilidade (33 idosos)	Idade: 1ª fase (70±9) 2ª fase (75±9) Fragilidade: 1ª fase (5±2) 2ª fase (8±2) Whoqol-bref: 1ª fase (62,5±9,6) 2ª fase (55,2±7,2) Whoqol-old: 1ª fase (64,8±9,5) 2ª fase (62,4±9,4) Moca 1ª fase (13±5) 2ª fase (17±5)		<p><i>“Quando eu andava a uns três meses atrás, eu costumava a ir no mercado, visitar os parentes, no barbeiro, hoje são eles (filho e nora) que me levam no barbeiro, e na igreja todo sábado, e as vezes me levam para passear, domingo agora almoçamos fora na churrascaria.”</i></p> <p><i>“Vou nos vizinho aí né. Vou no meu filho, passo o dia lá.”</i></p> <p><i>“Eu sair é bem difícil, muito difícil, antes eu viaja para ver o túmulo do meu filho porque ele tá enterrado lá (em outro estado), ver meus netos ver minha nora, agora nem isso eu consigo fazer mais, entendeu? Quanto eu saio é para resolver alguma coisa, ou pagar o aluguel ou pagar uma luz ou comprar alguma coisinha para comer.”</i></p>		Idosos mais velhos com qualidade de vida mediana e indício de melhora no declínio cognitivo. Percebe-se maior dependência e necessidade de apoio, o qual é oferecido principalmente por filhos (apoio informal) e serviço de saúde (apoio formal).

		<i>“Aaa ir no posto de saúde é sagrado né, vou sempre.”</i>	
Mantiveram a condição de Fragilidade (32 idosos)	<p>Idade: 1ª fase (66±5) 2ª fase (70±5)</p> <p>Fragilidade 1ª fase (4±3) 2ª fase (5±3)</p> <p>Whoqol-bref: 1ª fase (64,1±12,0) 2ª fase (61,6±10,8)</p> <p>Whoqol-old: 1ª fase (66,3±11,1) 2ª fase (65,4±11,2)</p> <p>Moca 1ª fase (16±5) 2ª fase (19±6)</p>	<p><i>“Eu ainda estou bem por causa do meu marido, ele faz tudo para mim, ele que cuida da casa, prepara a comida, está sempre aqui. Nunca me bateu, me trata bem.”</i></p> <p><i>“No mercado todo dia eu tenho que ir, isso aí é meu passeio, vou lá dou uma volta e volto para casa.”</i></p> <p><i>“Para correr comigo no medico é esse meu filho, mas eles tudo me socorre, mas com ele mora aqui perto né é um alô e eu já estou dentro do carro.”</i></p> <p><i>“Eu vou dançar, gosto muito de dançar e visito a família. Vou para chácara, mas o que gosto o que mais gosto de fazer é tirar fotografia, eu fico lá nas árvores eu gosto de tirar foto, eu tenho facebook, eu tenho whatsapp eu tenho menseger.”</i></p>	Idosos mais novos, com qualidade de vida mediana e com melhoras na cognição, possuem maior independência porém necessitam dos filhos quantos estão em situação de necessidade, a interação social é de grande importância para esse grupo.
Melhoraram os níveis de Fragilidade (19 idosos)	<p>Idade 1ª fase (68±5) 2ª fase (73±5)</p> <p>Fragilidade 1ª fase (8±1) 2ª fase (5±2)</p> <p>Whoqol-bref: 1ª fase (56,1±12,9) 2ª fase (56,6±10,8)</p> <p>Whoqol-old: 1ª fase (62,3±7,4) 2ª fase (65,8±9,1)</p> <p>Moca 1ª fase (13±4) 2ª fase (18±4)</p>	<p><i>“Eu vou muito é pescar, eu gosto de pescar, meu genro comprou um pesqueiro para eu ir pescar mais perto, colocou um contêiner para a gente dormir e fazer tudo, semana passada eu fui, é a única coisa que eu gosto de fazer na vida, eu não gosto de festa, de nada disso, eu gosto de pescar e eu vou lá porque eles me levam né.”</i></p> <p><i>“Na igreja eu vou assistir à missa de domingo, quando não estou com vontade de assistir à missa eu vou para o baile.”</i></p>	Idosos com qualidade de vida mediana com melhora em alguns domínios, melhora cognitiva, melhora nas relações familiares e possuem uma maior independência e formação de redes de apoio extrafamiliar.

Fonte: elaborada pelos autores.

Especificamente quanto à fragilidade, progrediram para um estágio mais frágil 39,2% dos idosos, não apresentaram mudanças 38,1% e apresentaram melhoras 22,7%, como observado na Figura 4 a seguir.

Figura 5: Transições da fragilidade encontradas em estudo longitudinal (2012-2019) com idosos da comunidade cadastrados em CRAS.



Fonte: Adaptado de Marchiori e Tavares, 2017.

Das 33 pessoas idosas que apresentaram piora, 42,4% não apresentavam uma piora sequencial nos níveis de fragilidade, pelo contrário, observaram-se “pulos” nos níveis, com idosos que saíram de uma pontuação de fragilidade leve para severa por exemplo.

Em relação aos arranjos familiares, 27,3% aumentaram o número de membros, porém observou-se que a entrada de novos integrantes no arranjo não se relacionou com a necessidade de prestação de cuidados a esses idosos mais frágeis. As mudanças observadas originam-se principalmente da oferta de acolhimento por parte do idoso para seu familiar que está passando por uma situação de dificuldade, seja financeira, de separação recente ou netos que ficaram órfãos. Assim, os Genogramas desse grupo demonstram que mesmo em condições de progressão da fragilidade a

residência do idoso permanece sendo um refúgio para seus descendentes em situação de necessidade.

Com isso, observou-se que o aumento do arranjo não se relaciona necessariamente a um aumento de apoio, podendo até mesmo interferir na qualidade de vida dos idosos, observando entre eles diminuição na pontuação dos domínios de intimidade e meio ambiente. Identificaram-se também pessoas idosas que passaram a exercer a função de cuidador, seja do cônjuge ou filho, assim como também foi observado aumento de conflitos entre as pessoas que compõem os arranjos (27,3% a mais em relação a primeira coleta), situações essas que podem ter ajudado a intensificar as condições de fragilidade observadas neste grupo e a piora na qualidade de vida.

Não foi possível avaliar as mudanças ocorridas na avaliação da cognição de 18,2% dos idosos aqui incluídos por motivo de ausência de uma das coletas. Porém, nos demais (27 idosos), observou-se um aumento geral do nível de cognição (74,1%), apesar de 66,6% continuarem com uma pontuação indicativa de declínio cognitivo menor que 26 pontos. Dos que pioraram o nível de cognição, além da piora nas condições de fragilidade, observou-se aumento ou redução do arranjo em grande proporção (com mais de 3 membros), processo de luto recente e novas relações conflituosas.

Em relação aos vínculos com a comunidade observados através do Ecomapa, os serviços de saúde foram os mais citados (69,7%) além de ser o vínculo que mais apareceu como um novo destaque (30,3%). Além disso, os entrevistados relataram em sua rede de relações o(s) Vizinho(s) -anteriormente não citado, e agora presente em todos os Ecomapas dos que já eram frágeis e pioraram.

Também foi analisada a qualidade do suporte familiar oferecido a essas pessoas idosas, identificando cinco casos de apoio insuficiente, idosos que não possuem relações próximas com seus membros, são vítimas de violência familiar, exercem função de cuidador e se sentem desamparados.

Sete idosos, independentemente do tamanho do arranjo, demonstram possuir um apoio familiar eficiente, com a permanência de relações próximas, formação de novas relações, aumento do vínculo com a família, relatos de experiência de cuidado e apoio por seus membros. No entanto, 21 arranjos apresentaram um suporte familiar

em situação de risco, mesmo existindo a oferta de apoio ela é originada em um único membro da família, observando-se também relações interpessoais instáveis, com mudança no tipo de vínculo e formação de novas relações conflituosas, porém há a formação de novos vínculos próximos e expansão da rede de cuidado à distância.

Dentre os idosos que permaneceram com o mesmo nível de avaliação no instrumento da fragilidade (32 idosos), sete persistiram frágeis. Observou-se que esses idosos frágeis gerenciavam conflitos familiares complexos que se estenderam ao longo do tempo, como por exemplo o cuidado da filha com deficiência ou doença grave, filhos dependentes químicos ou em encarceramento, além disso, a maioria permaneceu com a mesma quantidade de membros e em apenas um caso houve a diminuição do arranjo por motivo de morte do cônjuge. Os idosos também apresentaram piora na qualidade de vida principalmente nos domínios psicológico, autonomia e participação social. Quatro desses idosos permaneceram com pontuação indicativa de declínio cognitivo. Em relação ao Ecomapa surgiu um novo vínculo – Vizinho, e o equipamento social mais citado foi o lazer.

Os idosos que permaneceram sem fragilidade (tanto os que permaneceram não frágeis e aparentemente vulneráveis) compõem a maior parte dos participantes deste estudo, formando um subgrupo heterogêneo, contudo observa-se que 95,7% moram com algum membro da família. Apenas 17,4% não possuem relações próximas no lar. Há também o aparecimento de relações de conflito em quatro Genogramas e relatos de idosos que prestam cuidado a algum membro da família (2 casos), contudo, apesar das dificuldades, a maioria apresentou melhora na qualidade de vida principalmente nos domínios psicológico e morte e morrer. Em geral ocorreu um aumento da pontuação para cognição e aumento dos vínculos com a comunidade (60,9%) estando entre os mais citados o lazer e a família.

Em relação às redes de apoio familiar, dos idosos que permaneceram frágeis, apenas um possui uma rede eficiente, formada por relações próximas no lar com cônjuge e relações próximas com filhos, netos e irmãos. Quatro arranjos apresentam uma rede de apoio em risco por terem relações conflituosas e exercerem a função de cuidador. Contudo, dois arranjos chamaram a atenção por apresentar condições de apoio familiar inexistente intensificado por situações de conflito e violência no lar.

Em relação ao apoio familiar dos que permaneceram sem fragilidade, um arranjo apresentou uma rede de apoio inexistente, apesar de não possuir conflitos na

família não possui relações próximas, e o único vínculo próximo que possuía foi rompido. Sete arranjos apresentaram apoio familiar em risco, seja por existir relações conflituosas no lar ou o idoso ser provedor de cuidado. Já os demais arranjos apresentaram a continuidade de vínculos próximos, formação de novos vínculos, e mesmo em situação de arranjo unipessoal, demonstra receber apoio em caso de necessidade de filhos e netos que na maioria das vezes moram próximos.

Já os idosos que apresentaram melhora na avaliação da fragilidade (19 idosos) quatro saíram de uma condição de fragilidade moderada para fragilidade leve, dez deixaram de ser frágeis e cinco passaram de aparentemente vulneráveis para não frágeis. Dos idosos que melhoraram a fragilidade ou deixaram de ser frágeis (14 idosos), metade dos arranjos sofreram diminuição, 28,6% não passaram por nenhuma alteração em relação ao número de membros e 21,4% tiveram aumento de no máximo dois integrantes. Desses, apenas um permanece em arranjo unipessoal. 71,4% possuem relações próximas no lar, foram citadas duas relações conflituosas e uma relação que deixou de gerar conflito. A qualidade de vida teve um aumento em 71,4% dos idosos avaliados principalmente nos domínios físico, sensório e social. Em relação a cognição, tivemos um idoso que deixou de apresentar pontuação indicativa de declínio cognitivo e os demais apresentaram melhora na pontuação apesar de continuarem na categoria de indício de declínio cognitivo. Houve aumento dos vínculos com a comunidade em 64,3% dos Ecomapas com aumento da participação em atividades de lazer e trabalho.

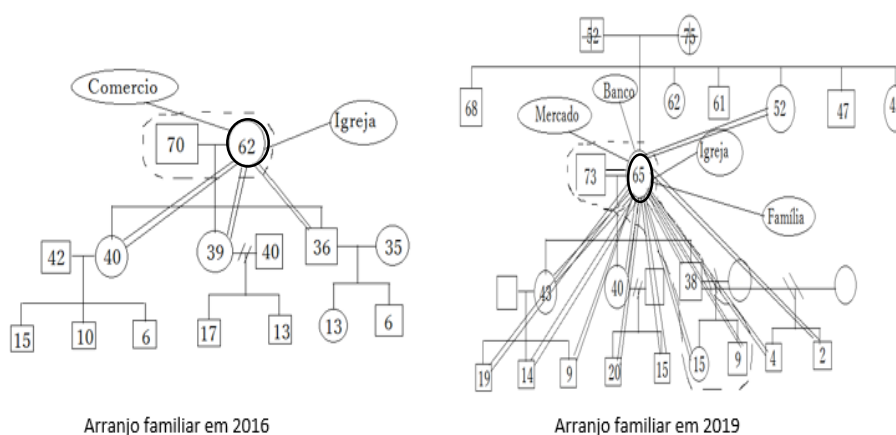
Em relação aos que saíram de uma condição de aparentemente vulneráveis e tornaram-se não frágeis, viu-se diminuição em três dos cinco arranjos, anteriormente todos moravam com filhos, agora dois idosos passaram a morar sozinhos, dois moram somente com netos e apenas um permanece com o filho. Todos possuem relações próximas e não há relatos de conflitos no lar. Contudo houve diminuição da qualidade de vida neste subgrupo principalmente no domínio de participação social. Houve melhora na pontuação da cognição porém todos ainda permanecem com indício de declínio cognitivo. Em relação ao Ecomapa, os vínculos mais citados foram os serviços de saúde e instituições religiosas.

Os idosos deste grupo apresentaram melhoras nas condições de saúde e a permanência de vínculos próximos. O apoio familiar foi considerado eficiente na maioria dos casos, mesmo quando o idoso passou por situação recente de perda de

filho ou exerce a função de cuidador, percebeu-se relações de apoio e cuidado oferecido por familiares.

As figuras a seguir exemplificam como os Genogramas e Ecomapas foram analisados dentro de cada grupo formado.

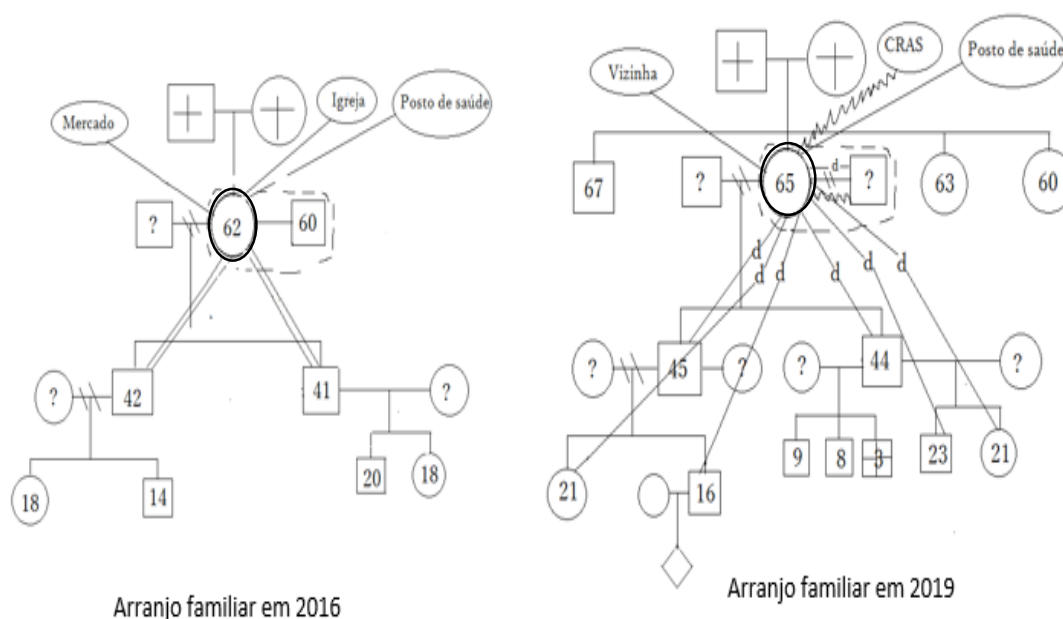
Figura 6: Exemplo de Genograma pertencente ao grupo dos que pioraram a condição de fragilidade: Arranjo familiar com aumento de membros, inicialmente formado somente por cônjuge e atualmente por marido, filho mais novo e dois netos. A idosa não era frágil (4 pontos) e passou para fragilidade leve (7 pontos), apresentou piora na qualidade de vida em todos os domínios do Whoqol-bref e old exceto morte e morrer, apresentou melhora na cognição de 18 pontos para 21. Inicialmente não relatou nenhum tipo de relacionamento com os irmãos e apresentou relação próxima com os três filhos. As relações próximas foram mantidas e novas foram geradas com o marido e netos e uma irmã. A idosa relata receber sempre visita dos netos e familiares e se sente apoiada pela família. Com a mudança do filho para sua casa, após a separação da esposa, os laços se fortaleceram e ele se tornou a sua principal referência de apoio em caso de necessidade. Houve o aumento das relações com a comunidade e a permanência de um vínculo com a igreja. Observa-se neste arranjo uma expansão das relações próximas com vínculos de cuidado presencial pelos filhos e netos e cuidado à distância oferecido por uma irmã mais nova que oferece suporte por ligações telefônicas.



Legenda:



Figura 7: Exemplo de Genograma pertencente ao grupo dos que permaneceram com a mesma pontuação em relação ao instrumento da fragilidade: familiar sem alteração em relação ao número de membros, formado por idosa e ex-marido. Observa-se um vínculo normal com o marido na primeira fase do estudo a qual atualmente é separada, o vínculo foi substituído por uma relação distante e conflituosa e mesmo com dificuldades no relacionamento eles continuam dividindo o mesmo lar, porque a idosa não tem para onde ir. Observou-se a substituição das relações próximas com os filhos por relações distantes que se expandiram para o contato com os netos. Idosa permanece com fragilidade moderada (10 pontos), não apresenta indício de declínio cognitivo (27 pontos). Apresentou piora em todos os domínios do Whoqol-bref (média de 63,9 pontos para 29,6) principalmente nos domínios social (75,0 para 16,7 pontos) e psicológico (58,3 para 12,5 pontos) e em todos os domínios do Whoqol-old (média de 60,4 para 39,6 pontos) principalmente no domínio intimidade (de 75,0 para 37,5 pontos). A quantidade de vínculo com a comunidade permaneceu a mesma mas destaca-se uma relação conflituosa com o CRAS, a idosa diz ter procurado ajuda mas nada foi feito por ela. Esse arranjo apresenta suporte social familiar inexistente, sem nenhuma relação próxima e oferta de cuidado, apesar da idosa permanecer com a mesma pontuação em relação à fragilidade, é urgente a necessidade de assistência à saúde mental e física e inclusão dessa idosa nos programas socioassistenciais e de saúde ofertadas pelo governo para que o quadro não se intensifique.



Legenda:

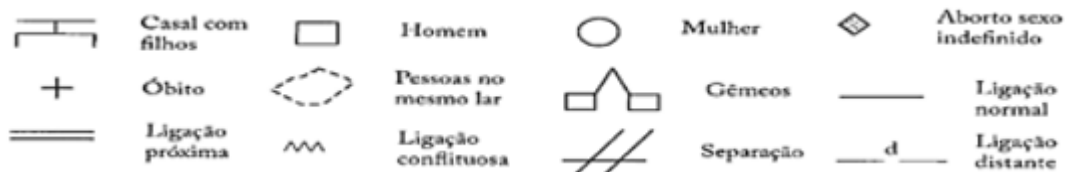
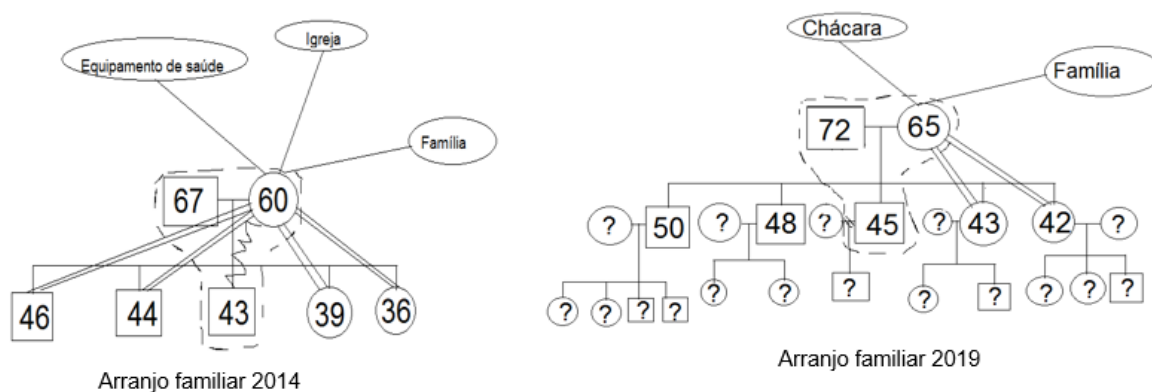
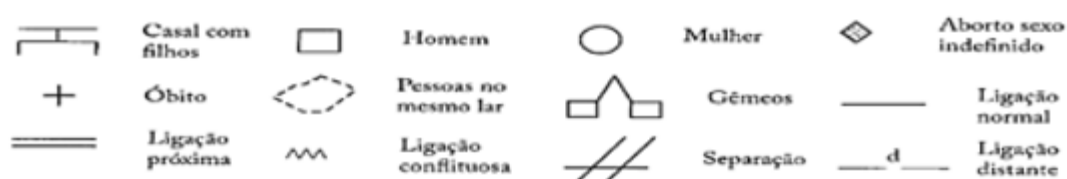


FIGURA 8: Exemplo de Genograma pertencente ao grupo dos que melhoraram a pontuação em relação ao instrumento da fragilidade. Família sem alteração em relação ao número de membros, a idosa permanece morando com esposo e filho, apresentou anteriormente relações próximas externas ao lar com quatro filhos e uma conflituosa interna ao lar com filho. Atualmente a relação conflituosa foi desfeita e duas relações próximas permanecem. A idosa melhorou o quadro de fragilidade passando de uma pontuação de fragilidade moderada para aparentemente vulnerável (de 9 para 6 pontos), apresentou melhora da cognição (de 10 para 13 pontos) e melhora na qualidade de vida em todos os domínios do Whoqol-bref (de 33,0 pontos para 62,2) especialmente no domínio físico (de 21,4 para 64,3 pontos) e psicológico (8,33 para 58,3) e do Whoqol-old (47,88 para 77,1) em todos os domínios principalmente funcionamento do sensorio (18,7 para 68,7). A quantidade de vínculos com a comunidade diminuiu, não citando o serviço de saúde e a igreja na segunda fase do estudo, contudo o vínculo com a família permaneceu e surgiu um novo vínculo. A idosa cita as duas filhas mais novas como provedoras de cuidado em caso de necessidade.



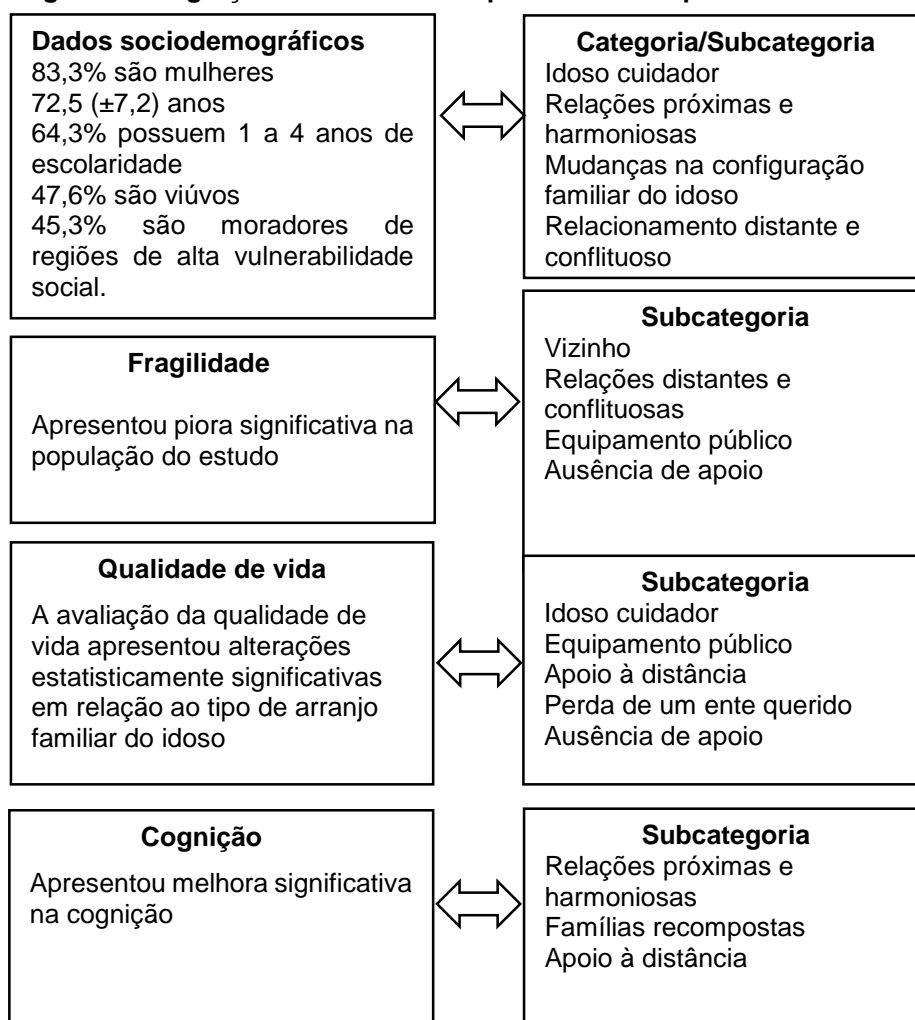
Legenda:



5.4 INTEGRAÇÃO DOS DADOS APRESENTADOS NOS RESULTADOS

Nesta etapa, os dados quantitativos e qualitativos foram analisados conjuntamente a fim de identificar convergências, disparidades ou combinações, os principais achados estão expostos na figura a seguir.

Figura 9: Integração dos resultados quantitativos e qualitativos



Fonte: elaborada pelo autor.

Percebeu-se tratar de uma população idosa composta principalmente por mulheres, viúvas de baixa escolaridade, vivendo em regiões de alta vulnerabilidade social, no entanto, só com esses resultados não foi possível aprofundar no cotidiano destas idosas e enxergar quais papéis elas exerciam em seu arranjo familiar, sendo necessário a análise conjunta dos dados quantitativos e qualitativos. Assim, foi possível olhar além dos números e perceber que o perfil desta população não se relaciona com o estereótipo de idoso que apenas recebe a proteção e o cuidado da família, pelo contrário, eles assumem a função de cuidador de netos órfãos, filhos/netos em situação de necessidade financeira e familiares doentes como observados nas subcategorias “Idoso cuidador” e “Relações próximas e harmoniosas”. Além disso, é um segmento que possui um comportamento familiar dinâmico com perdas e formação de novos arranjos como apresentado na categoria “Mudanças na configuração familiar do idoso”. O ambiente de vulnerabilidade o qual estão inseridos permeia suas relações de conflito, com filhos usuários de álcool e drogas, indicado nas falas P7 e P8 (página 50) da subcategoria “Relacionamento distante e conflituoso”, dificuldade no acesso aos serviços de saúde e ausência de apoio observados na categoria “Apoio e suporte social oferecido e recebido”.

Todos esses fatores desafiadores narrados por esses idosos geram interferência nas suas condições de saúde. Com isso, a piora da condição da fragilidade ($p < 0,013$) sinaliza para uma maior necessidade de cuidado e dependência, a qual foi demonstrada por meio da expansão das relações próximas com familiares, aumento dos vínculos com a comunidade e maior procura por serviços de saúde (aumento de 20%). Vale destacar que um novo vínculo social foi citado principalmente entre os mais frágeis, o vizinho, que apesar de anteriormente não ter sido mencionado, na atualidade aparece nas falas como um contato de “conversa de rua” sem muita intimidade (presente nas falas P16, P17 da página 52), porém importante o suficiente para ser listado como um elo construído na comunidade.

No entanto, nem sempre esse idoso frágil encontra apoio de qualidade, as falas da subcategoria “Equipamento Público” ilustram essa realidade indicando a dificuldade de acesso a serviços de saúde ou até mesmo a formação de uma rede de apoio eficiente como citado nas falas P21 e P22 (página 53) da subcategoria “Ausência de Apoio”.

Não encontramos relação significativa com os tipos de arranjo e a piora da fragilidade nos dados quantitativos, caminhando os resultados qualitativos na mesma direção, uma vez que não é a formação de um arranjo com filhos, netos ou cônjuge que determinou a manutenção das condições de saúde destas pessoas idosas e sim as relações de apoio mantidas no lar. O idoso pode morar em um arranjo com filho, contudo ser o cuidador do filho, além disso, a formação de uma família com muitos membros não foi garantia de proteção e apoio na velhice, a maioria dos idosos neste estudo permaneceu em arranjos intergeracionais, contudo as relações de conflito no lar aumentaram em 7,2%.

A avaliação da qualidade de vida em comparação aos arranjos apresentou algumas alterações estatisticamente significativas em relação ao idoso em arranjo unipessoal com diminuição do domínio físico ($p=0,044$) e psicológico ($p=0,031$) e em contrapartida, aumento significativo na avaliação total do instrumento Whoqol-old. Essa piora no quadro físico e psicológico do idoso que mora sozinho intensifica a necessidade de uma rede de apoio formal e informal a qual foi exposta como deficitária nas categorias “Equipamento público” e “Ausência de apoio”. As melhorias obtidas na avaliação total do Whoqol-old sinalizam para a construção de um bem-estar mesmo morando sozinho, possivelmente assistido por uma rede exposta na subcategoria “Apoio à distância”.

Os idosos que moram com netos apresentaram diminuição da qualidade de vida total do Whoqol-bref ($p=0,029$) principalmente nas relações sociais ($p=0,047$), em contrapartida os dados do Ecomapa indicam um aumento das relações sociais destes idosos, essa divergência específica encontrada nesse tipo de arranjo pode se relacionar ao fato de muitos avós se dedicarem ao cuidado/criação dos netos como nas falas P20, P16 (página 52), interferindo neste domínio. Apesar disso, houve melhora no domínio morte e morrer ($p<0,001$) do Whoqol-old e no total deste instrumento ($p=0,019$). Morte e morrer também apresentou melhora significativa nos que moram somente com cônjuge ($p=0,028$) e quando adentramos nos dados qualitativos, observamos as transformações ocorridas na família com experiências de perda relatadas na subcategoria “Perda de um ente querido”.

Neste estudo houve um aumento significativo da cognição dos idosos ($p<0,001$) não apresentando relação com a formação do arranjo, no entanto, observou-se nos dados qualitativos fatores que podem ter influenciado nesses achados como a relação

dos idosos com as redes sociais demonstrada na subcategoria “Apoio à distância” apresentada na fala P15 (página 51), as transformações na configuração dos arranjos observados na subcategoria “famílias recompostas” com relatos de idosas que saíram de uma situação de violência ou desentendimento com ex-marido para a formação de um novo lar, além de um ambiente familiar com relações de ajuda mútua como observadas na subcategoria “Relações próximas e harmoniosas”.

Diante disso, a análise conjunta dos dados quantitativo e qualitativo obtidos neste estudo foi fundamental para compreender o perfil do idoso e a constituição de seu arranjo familiar em quantidade e qualidade, observando a influência das relações familiares nas suas condições de saúde.

6. DISCUSSÃO À LUZ DA TEORIA

O arcabouço teórico que sustenta este estudo é o materialismo dialético, focando nossas atenções nas duas categorias epistemológicas da Historicidade e Totalidade e o conceito de vida cotidiana de Ágnes Heller. Iniciaremos nossa discussão abordando o cotidiano do idoso dentro de seu arranjo familiar, seguindo para a contextualização da sua vivência, a busca pela Totalidade e as tensões identificadas no contexto familiar.

Segundo Heller todos os homens estão inseridos na vida cotidiana, independentemente de escolha, nascemos e somos direcionados à cotidianidade e esse cotidiano produz e se reproduz dialeticamente, é uma formação em movimento relacionado com o que é vivido pelo indivíduo na vida social. Como expõe a autora:

A vida cotidiana, a vida de todo homem. Todos a vivem, sem nenhuma exceção (...) Ninguém consegue identificar-se com sua atividade humana genérica a ponto de poder se desligar inteiramente da cotidianidade;(...) A vida cotidiana é a vida do homem inteiro; o homem participa da vida cotidiana com todos os aspectos de sua individualidade, de sua personalidade. Nela colocam-se “em funcionamento” todos os seus sentidos, todas as suas capacidades intelectuais, suas habilidades manipulativas, seus sentimentos, paixões, ideias e ideologias (HELLER, 2000, p. 17-18).

Assim, sabendo que a vida cotidiana é “a vida de todo homem” nada nos impede de olhar o idoso no cerne do cotidiano, analisando o processo de envelhecer na velhice, dentro de um arranjo familiar dinâmico e complexo. Além do mais, a teoria da autora nos permite olhar o idoso como um ser singular, pautado por suas peculiaridades e processos personalíssimos dentro da sua individualidade/singularidade, mas também ver esse indivíduo como ser ativo que necessita manter relações sociais em inúmeras formas de sociabilidade (HELLER, 2000).

Nesse sentido, por mais que a velhice seja uma fase da vida, cada indivíduo a vive de uma maneira, com condições de saúde distintas e em ambientes diferentes. Assim, poder olhar essas peculiaridades de cada indivíduo é essencial para compreendê-lo, mas também aprender sobre seu meio e as influências que exerce.

Diante disso, e na condição de ser social, as relações interpessoais formadas por essas pessoas idosas compõem a sua vida cotidiana, e essas relações são distintas e simultâneas, de vínculos ora duradouros ora quebráveis, próximos e distantes, influenciados por relações provisórias de dependência por piora no quadro de saúde ou por dificuldade financeira, conflitos por diferenças pessoais ou situações de violência as quais, independente da duração, compõe a história de cada idoso e essa história muda e se transforma nessa dinâmica social. Observamos assim, várias mudanças nas relações familiares dos idosos, um aumento simultâneo de relações próximas e conflituosas, substituições de vínculos com a comunidade, e até mesmo a inserção de um novo vínculo anteriormente não citado (Vizinho). Esse elo com a comunidade, permanece sendo tão necessário como nas outras fases da vida o qual compõe a essência do ser social.

Outro ponto a ser destacado é o papel gerenciador do lar que muitos idosos ocupam, mesmo depois dos filhos “criados”, com esposo(a) e descendentes, os idosos permanecem como chefes de família, acolhendo os que necessitam de apoio, cuidando dos filhos, netos e bisnetos em um processo contínuo de oferta de cuidado independentemente da sua condição de fragilidade. Essa ação de cuidado já é precedida de outra e faz parte da história deste idoso, ficando preso ao seu papel de suporte da família sem muita opção de rejeitar essa função, chegando ao ponto de adaptar-se a essa inserção permanente de responsabilidades (GUIMARÃES, 2002).

As mudanças sociais também interferem na vida cotidiana, com o passar dos anos os arranjos passaram de tradicionais (pai, mãe e filhos) para uma nova base de composição, formada apenas por avós e netos, mães e filhos e assim por diante. Essa dinamicidade da família foi percebida em nosso estudo por meio das famílias recompostas, rompendo-se o paradigma de arranjos uniformes entre os idosos, mostrando que eles são formadores de novos arranjos e até mesmo originam-se de arranjos rompidos. Heller salienta em seu estudo que “o fenômeno que se tem pela frente é o da dissolução da família” com casamentos de curta duração formando relações livres e temporárias (HELLER, 2000 p 17-19).

Além das mudanças na família pela formação de novos arranjos, a morte e o luto também perpassam a vida cotidiana dos idosos. Trazendo consequências que alteram a rotina da vida cotidiana, onde os avós passam a ser responsáveis pelos

netos após os filhos falecerem, a perda e desinteresse em certas atividades sociais na vivência do luto e perda de relações próximas.

Observou-se neste estudo a importância da formação de redes de apoio não só dentro da família como também com a comunidade, não se vinculando necessariamente ao tamanho da rede, mas a qualidade das relações, e a formação dessas relações causam consequências positivas para a saúde e bem-estar do idoso. Viu-se que esses idosos não estão investindo em relações apenas voltadas para a manutenção da saúde física como as relações com os serviços de saúde, pelo contrário, atividades de lazer como fotografia, dança, passeios também estão incluídos no cotidiano do idoso.

No entanto, assim como é no cotidiano que as relações de suporte e apoio são geradas é também neste contexto que o isolamento e exclusão social acontecem, ouvimos relatos de idosos desassistidos tanto pelo poder público quanto pela família, oprimidos por relações de violência do lar, enfrentando sozinhos as limitações advindas dos processos de senescência e senilidade e totalmente invisíveis no território onde habitam não conseguindo acessar as ações e políticas públicas destinadas a eles. Com isso, ao olhar esse idoso tendo como suporte o Hellerianismo, vê-se a urgente necessidade da melhoria das intervenções sociais a fim de que esse grupo vulnerável seja de fato assistido e não haja a privação de atividades essenciais do cotidiano.

Nesse mesmo sentido, para ampliar o entendimento sobre a realidade do idoso e suas relações sociais construídas em um ambiente de vulnerabilidade social é preciso contextualizá-lo, analisando a simultaneidade de sucessões de situações que influenciam e influenciaram o cotidiano desse idoso, vindo daí a relevância da categoria epistemológica da Historicidade.

O próprio processo de análise deste estudo contempla a Historicidade, ao olhar essa população ao longo do tempo identificamos alterações e mudanças próprias do processo histórico. Idosos fazendo uso da internet, integrantes de diversas redes sociais, e sendo alvo de um cuidado não presencial, oferecido à distância com o uso das mesmas tecnologias. Além disso, sabe-se que a vivência da velhice muda de geração em geração e à medida que se estende a longevidade transformam-se

também os significados que a sociedade cria para a velhice, para a senescência e até mesmo para o fim da vida.

A categoria epistemológica da Totalidade também auxiliou na reflexão e discussão dos resultados, considerando a heterogeneidade existente nesta população, a diversidade na formação de arranjos familiares e as relações desse ser idoso com seu grupo familiar e com a sociedade, compreendendo que todos esses aspectos estão conectados. Por meio dessa categoria foi possível conhecer o texto e refletir acerca do contexto. Estar atentos ao ser idoso com suas necessidades próprias vivenciadas na cotidianamente da velhice e por outro lado foi possível também nos aproximar do papel da sociedade e do Estado, mediado pela implementação de políticas públicas, na construção de redes de apoio, na oferta de produtos e serviços no dia a dia da pessoa idosa.

Em relação às políticas públicas destinadas a esses idosos, apesar deste estudo ter como população a pessoas idosas residentes na comunidade, moradores de diferentes bairros, muitos até distantes uns dos outros, tomou-se como ponto de partida idosos cadastrados em um programa da assistência social, destinada a proteção social e prevenção da vulnerabilidade. Sendo muitos dos participantes do estudo pessoas residentes em bairros de alta vulnerabilidade social. No entanto, os serviços existentes nem sempre chegam à população alvo da assistência, uma vez que observamos uma ligação mínima de vínculos com o CRAS sendo citados pelos participantes, emergindo assim uma subcategoria de análise que expressa a ausência de apoio.

Vê-se assim uma problemática crescente na história do Brasil, apesar de existentes, as políticas sociais não estão alcançando todos que realmente necessitam e com o processo de envelhecimento da população se intensificando, as demandas sociais tendem a aumentar, sendo urgente a necessidade de reformulação da aplicação das ações no território e preparação para um crescimento cada vez maior de demandas sociais (PINHEIRO et al., 2019).

Durante essa discussão passamos pela vida cotidiana do idoso, o texto e contexto o qual estão inseridos, agora partiremos para a análise das tensões encontradas no dia a dia desses idosos.

Foram identificados, nas relações familiares, conflitos, preocupações e tristezas que caracterizaram uma relação familiar negativa gerada por desentendimentos, abandono, violência e insegurança. Em contrapartida encontramos relatos de relações positivas, isentas de conflitos pautada na harmonia e solidariedade. Além disso, viu-se também o idoso como protetor de seus membros frente às ameaças advindas do desemprego, enfermidades dentre outras, encontrando nesta tensão um movimento dialético de contradição, uma vez que o ajudador (idoso) também é o que carece de cuidado.

As relações familiares também estão expostas a rompimentos, a formação de novos arranjos e perda de vínculos, como por exemplo irmãos que perderam o contato após a separação dos pais e idosos que constituíram novo matrimônio. A perda de um ente querido também faz parte da vivência do indivíduo, muitas vezes em uma ação espontânea, inesperada do cotidiano, a relação de apoio que se tinha com aquela pessoa é quebrada além de provocar ainda mais vulnerabilidade durante a fase do luto. Com isso, a necessidade de união familiar se tenciona com a separação das famílias, situação essa que muitas vezes foge ao controle e escolha do indivíduo sendo inerente à existência humana.

O estudo revelou também uma tensão entre a necessidade de apoio deste idoso, agravada pela piora nas condições de saúde, uma vez que se constatou a progressão significativa da fragilidade nesta população, tensionada com a ausência de apoio ou oferta de apoio insuficiente, incluindo aqueles que não possuem uma rede familiar que possa lhe oferecer cuidado, acesso a serviços assistências ou até mesmo de saúde de qualidade. Apesar de encontrarmos um predomínio de relações familiares próximas neste estudo, os dados qualitativos apresentam um cotidiano de apoio remoto que, se acionado pode se tornar presencial e relações familiares de interdependência, uma vez que, a pessoa idosa recebe apoio, mas também oferece apoio, acolhimento e cuidado a outros membros da família.

Finalizaremos nossa discussão deste tópico, adentrando em uma tensão maior que permeou todo este estudo de métodos mistos, formando uma tríade dialética³, na

³ Tríade Dialética de Hegel a qual compreende a tese (visão ou proposição particular), antítese (posição contínua ou oposta), síntese (reúne as duas proposições anteriores superando-as, tornando-se a base de uma nova síntese). (HEGEL, 1988).

qual as contradições se superaram ao entrar um terceiro elemento que contém em si os elementos anteriores (DOS SANTOS, 2017). Durante as análises das constituições dos arranjos familiares três grupos foram formados, o primeiro grupo progrediu em um acelerado (“pulos” dos níveis de avaliação) processo de fragilidade, o segundo grupo, em oposição ao primeiro, permaneceu estável, apesar de situações complexas de conflitos e problemas no lar, o terceiro grupo rompeu com o processo progressivo de declínio e de estabilidade, superando as dificuldades impostas aos idosos neste contexto social, familiar e até mesmo fisiológico, dentro do processo de envelhecimento, obtendo melhoras multidimensionais.

Diante disso, tendo por base o aporte teórico utilizado neste estudo, é possível observar que essas tensões encontradas no contexto familiar do idoso podem ser superadas em seu dia a dia, por meio de intervenções adequadas dentro desse contexto, com políticas públicas que consigam alcançar de fato os que necessitam, estratégias voltadas para orientação familiar, resgate de vínculos rompidos, surgindo elementos de superação que promovam transformações reais no cotidiano do idoso.

7. DISCUSSÃO

As características sociodemográficas dos idosos avaliados são semelhantes às observadas em estudos nacionais e internacionais, com predomínio de mulheres com baixa escolaridade e que apresentam algum nível de fragilidade. Esses dados são convergentes com um cenário de envelhecimento populacional atrelado a feminização da velhice (BOLINA et al., 2018; da CRUZ et al., 2017; WIDAJANTI et al., 2020).

Em relação à constituição dos arranjos familiares, que para Bolina et al (2018) é um fator importante que influencia na saúde e bem-estar do idoso, viu-se que a maioria dos participantes viviam acompanhados por algum membro da família (73,8%), porém há aqueles que sofreram mudanças em relação a morar ou não sozinhos (17,9%) e ainda outros que permaneceram em arranjos unipessoais (8,3%). Esses achados assemelham-se aos encontrados em um estudo longitudinal realizado no município de Uberaba, Brasil, nos períodos de 2005 a 2012 (BOLINA et al., 2018).

Os arranjos unipessoais apresentaram aumento de 5,9% na população estudada. Para Gangopadhyay (2020), essa é uma tendência entre os de mais idade que possuem maior independência, e ao passarem a morar sem companhia, constroem novos vínculos com a comunidade, uma vez que não dependem diretamente da rede familiar para intermediar suas atividades sociais. Situação essa também encontrada neste estudo. O aumento desse tipo de arranjo também é visto como um indicador de processo de envelhecimento bem-sucedido, à medida que os idosos podem vivenciar este momento de forma independente, autônoma e sem grandes interferências na sua intimidade (BOLINA et al., 2016).

Contudo, estudos evidenciaram que idosos que moravam acompanhados possuíam saúde mental superior em comparação aos que moravam sozinhos (TANG et al., 2020; KIM et al., 2018). Porém, consequências indesejáveis associadas à depressão podem ser amenizadas quando esses idosos possuem laços fortes de amizade (TANG et al., 2020). Estudo realizado na China aponta como as principais dificuldades dos idosos que moram sozinhos: falta de comida, ninguém para cuidar deles, depressão e problemas de saúde (GOSWAMI; DESHMUKH, 2018). Esses achados são convergentes com os demonstrados na subcategoria “Ausência de apoio” incluindo relatos de idosos em arranjos unipessoais que se sentem

desamparados. Vê-se assim, a importância de ações governamentais direcionadas à proteção desta população específica (GOSWAMI; DESHMUKH, 2018).

Outro aumento observado dentro da dinâmica familiar foi dos idosos que moram com netos (14, 3%). Estudo realizado nos Estados Unidos e na Romênia também observou esse aumento na prevalência de famílias de três gerações ou até mesmo formada por avós e netos. Esse fato foi relacionado ao aumento da pobreza, instabilidade econômica, apoio limitado e ruptura de casamentos, fazendo com que houvesse a ativação dos avós como os provedores de apoio frente aos desafios enfrentados pela família (GLASER et al., 2018). Esses dados coadunam com as subcategoria “Idoso cuidador”, incluindo idosos que não só cuidam dos familiares doentes, mas também de netos que foram abandonados ou ficaram órfãos e “Relações próximas e harmoniosas” que trazem no contexto das relações positivas a interdependência.

Na literatura, há estudos que apontam que cuidar dos netos é um fator positivo para os idosos, podendo ajudar na melhoria da cognição, relação social superação de doenças crônicas (SNEED; SCHULZ, 2019; ZHOU et al., 2017; GU et al., 2017). Contudo também encontra-se estudos indicando que avós que moram com os netos sofrem de estresse, reduzem o seu autocuidado e sofrem interferência nas relações sociais (XU et al., 2020; SOUZA et al., 2018; ZHOU et al., 2017).

Percebeu-se que independentemente de com quem esse idoso more, o apoio social é de fundamental importância para sua saúde e bem-estar. Nesse sentido, grande parte dos idosos neste estudo, viviam em arranjos intergeracionais, porém, o fato de residir com algum membro da família não se apresentou como garantia de suporte e cuidado, uma vez que a principal fonte de apoio relatado foi à distância, centrado em um ou dois familiares externos ao lar. Poucos estudos investigaram a efetividade desse apoio à distância na saúde do idoso. Contudo, pesquisadores apontam que há associação positiva entre a frequência de contato com amigos e familiares e diminuição do risco de fragilidade (CHON et al., 2018).

Além disso, o idoso neste estudo é um membro da família que também oferece cuidado e acolhimento de familiares em situação de necessidade, há ocorrências de aumento repentino nos arranjos, com mudança de uma família inteira para a casa do idoso. Para Yigen e colaboradores (2018), possuir um arranjo familiar com muitos

membros não necessariamente é benéfico. Em seu estudo realizado na Turquia encontrou correlação negativa com aumento dos sintomas depressivos e arranjos de idosos com famílias extensas.

Este estudo apresentou piora nos níveis de fragilidade sem relação significativa com o tipo de arranjo. Neste mesmo sentido, estudo de coorte de base populacional com idosos da comunidade não encontrou relação significativa com o declínio funcional e o arranjo familiar (BOLINA et al., 2018). Indicando que as possíveis alterações fisiológicas dentro do processo de senescência somadas ao aumento gradual das morbidades na senilidade podem ter sido as responsáveis por impactar o declínio funcional do idoso deixando-o mais frágil (BOLINA et al., 2018).

Nesse mesmo sentido, estudos têm indicado que a progressão da fragilidade possui uma tendência de aumento anual, sendo ainda mais intensificada na presença de fatores adversos como queda, fraturas e maus hábitos alimentares (YIN et al., 2018; WELSTEAD et al., 2020). Diante disso, o acelerado processo de fragilidade observado entre alguns idosos neste estudo, pode estar relacionado ao tempo de segmento e a ocorrência de situações adversas. Assim, caso estratégias de intervenção não sejam realizadas, há o risco desse quadro piorar ainda mais com o passar dos anos.

Além disso, houve uma melhora nos níveis de fragilidade em 22,7% dos idosos deste estudo. Estudo longitudinal em Singapura demonstrou que múltiplos fatores de risco para a fragilidade pode ser modificáveis, especialmente o relacionados à má nutrição, para os quais medidas preventivas e manejo precoce podem potencialmente interromper ou retardar o desenvolvimento dessa síndrome (CHEONG et al., 2020). Grande parte dos idosos que apresentaram melhora, neste estudo, mantinham boa socialização com envolvimento em atividades de lazer, e sabe-se que a participação em atividades sociais podem diminuir as chances de desenvolvimento de fragilidade física em idosos (MAKIZAKO et al., 2018).

Já os dados da qualidade de vida apresentaram piora significativa nos domínios físico e social do Whoqol-bref e autonomia e participação social do Whoqol-old. Neste estudo não fizemos análises de correlação, porém a literatura tem apontado correlação inversa entre a fragilidade e a qualidade de vida (VANLEERBERGHE et al., 2019; JESUS et al., 2017). Assim, como observamos um aumento da fragilidade

na população, esses dados podem estar relacionados com a diminuição da pontuação de alguns domínios da qualidade de vida. Em relação aos idosos que moravam sozinhos, a piora significativa da qualidade de vida foi observada nos domínios físico e psicológico do Whoqol-bref. Estudo demonstrou que no domínio físico, os menores escores estavam relacionados ao maior número de morbidades (BUSO, et al., 2020).

Estudos realizados com idosos da comunidade têm encontrado um maior escore na faceta morte e morrer (JESUS et al., 2018; dos SANTOS et al. 2020; ERMEL et al., 2017). Apesar de neste estudo esse domínio não apresentar mudanças significativas na população geral, ele é o que apresentou maior média durante todo o seguimento e aumento significativo entre os que atualmente moram somente com cônjuge. A morte faz parte do cotidiano de todos, e como o idoso lida com perdas ao longo da vida, fato esse demonstrado na subcategoria “Perda de um ente querido”, isso pode ter influenciado sua maior aceitação da morte ao ponto de não interferir na sua qualidade de vida. Ademais, estudo qualitativo realizado com cônjuges idosos, expõe em seus achados que esses casais possuem um vínculo de cuidado entremeado com seu relacionamento emocional, a parceria, cumplicidade, e empatia gerada pelo compartilhamento do envelhecer pode influenciar em sua saúde e bem-estar (SILVA et al., 2019).

Já em relação ao domínio meio ambiente, não houve mudança estatística na análise quantitativa, contudo foi o de menor pontuação nas duas fases do estudo, bem como em outras investigações (TAVARES et al, 2016; JESUS et al., 2018). Supõe-se que este resultado possa ter relação com o meio social que esses idosos estão inseridos, uma vez que 45,3% são moradores de regiões de alta vulnerabilidade social, possuindo dificuldade de acesso a melhores condições de saúde, segurança e habitação de qualidade (JESUS et al., 2018). Mas também pelas dificuldades encontradas na subcategoria “Relacionamento distante e conflituoso” o qual apresentou-se prejudicial ao ambiente familiar. Sabe-se que esses conflitos interferem negativamente na qualidade de vida do idoso, aumentando o nível de estresse e sofrimento (WIDMER et al., 2018).

Quanto à qualidade de vida mensurada pelo Whoqol-bref e old, observa-se contradição com os dados encontrados nas análises dos Ecomapas, uma vez que apresenta piora significativa no domínio relações sociais e participação social indicando que esses idosos diminuiram a participação de atividades cotidianas e a

vivência com a comunidade, conforme itens avaliados nesses domínios, no entanto os dados qualitativos apontam para uma maior participação social (54,7% aumentaram o vínculo com a comunidade).

Independentemente desta contradição encontrada, achados de estudo longitudinal de base populacional reforça a necessidade de fortalecimento das redes sociais na velhice, uma vez ter acesso a uma rede de apoio diminuiu as chances do idoso desenvolver piora nas condições de saúde e dependência (BRITO et al., 2019). Além disso, em outro estudo, a interação social com os vizinhos aumentou os escores de qualidade de vida para os domínios saúde física, relacionamento social e meio ambiente (ZIN et al., 2020). Os dados qualitativos corroboram esses achados, uma vez que o surgimento da categoria “Vizinho” sinaliza uma maior interação com esse apoio social, ainda mais relatado entre os mais frágeis, podendo ter contribuído para alguns indícios de melhora da qualidade de vida observadas no Whoqol-old.

O vínculo mais citados entre os idosos na segunda etapa deste estudo foram os serviços de saúde, esse dado é convergente com as falas demonstradas na subcategoria “Equipamento público” o qual indica uma relação de conflito e dependência com essa rede de apoio formal. Essa procura pode tanto sinalizar um maior cuidado dessa população com sua saúde, como o declínio da mesma. Para Silva et al. (2017) há evidências de que idosos com limitações funcionais procuram mais os serviços de saúde e são mais insatisfeitos em relação a demora no tempo de atendimento em comparação aos demais idosos.

Nesse mesmo sentido, Almeida et al. (2020) em estudo transversal, com amostra representativa de 6.624 idosos brasileiros, apresentaram em seus achados que idosos com doenças crônicas são mais dependentes do sistema público de saúde, principalmente da atenção básica, porém há uma baixa taxa de dificuldade de acesso aos serviços médicos entre esses pacientes. Para os autores, esse fato pode ser resultado da melhoria da cobertura de serviços de Atenção Primária à Saúde no país com políticas voltadas especialmente para esse segmento. Além disso, o acesso ao atendimento pode apresentar variações a depender da região e condições socioeconômicas do indivíduo.

Houve melhora da cognição independentemente de com quem o idoso morava. Estudo longitudinal com idosos residentes no sul do Brasil encontrou resultados

semelhantes, relacionando essa melhora ao uso da internet. Esses idosos tiveram chance significativamente maior de apresentar ganho cognitivo e menor de apresentar declínio cognitivo (KRUG et al., 2019). Estudo de revisão sistemática também enfatizou a importância da tecnologia na melhora da cognição da pessoa idosa (SANTOS et al., 2018b). A subcategoria “Apoio à distância” demonstrou a relação que os idosos tinham com a tecnologia, sendo até uma estratégia utilizada para a obtenção de apoio. Assim, esse fator pode ter influenciado na melhora da cognição desta população.

Além do mais, observou-se um aumento pela procura de atividades de lazer 22,7% principalmente entre os que mantiveram ou melhoraram os níveis de fragilidade fator que também pode ter contribuído para essa melhora, uma vez que o envolvimento ativo em atividades de lazer pode ajudar os idosos a manter a saúde cognitiva, física e mental (SALA et al., 2019).

É importante ressaltar que apesar dos resultados apontarem melhora no desempenho cognitivo da população, a grande maioria permanece com pontuação indicativa de declínio cognitivo. Estudo realizado com idosos da cidade de Mossoró – RN também evidenciou alta prevalência de déficit cognitivo na população estudada (PEREIRA et al., 2020). A literatura aponta que esses resultados podem estar relacionados com o aumento da idade, baixa escolaridade e depressão (VLOEBERGHS et al., 2018; PEREIRA et al., 2020).

7.1 BREVE DISCUSSÃO SOBRE OS ACHADOS DESTE ESTUDO E A PANDEMIA DA COVID-19

A velhice é um fator de risco importante para a manifestação grave e morte por COVID-19, principalmente entre os idosos frágeis (ZHOU et al., 2020; CHEN et al., 2020). Muitos são detentores de múltiplas doenças crônicas, inteiramente dependentes do sistema público de saúde e estão atualmente vivenciando uma redução de suporte e cuidado formal e informal somado a necessidade de isolamento social (MICHAEL et al., 2020; HOFFMAN e al., 2020).

O auto-isolamento afeta principalmente os idosos que dependem de uma rede externa ao lar para suprir suas necessidades de cuidado e apoio, quadro observado em grande parte dos idosos participantes deste estudo. Essa situação é ainda mais grave entre os que já não possuem suporte ou moram sozinhos (FINGERMAN et al., 2020; ARMITAGE; NELLUMS, 2020).

O isolamento do idoso pode contribuir também para a aceleração da fragilidade, o que, por sua vez, aumenta a dependência e necessidade de apoio. Outro problema potencializado pela pandemia é o risco de descontinuidade de cuidado oferecido pelo membro familiar, já que os cuidadores estão susceptíveis a doença, e podem não estar disponíveis quando o idoso precisar, principalmente nas redes de apoio familiar centradas em um único membro (CARERS, 2020). A suspensão de muitos serviços presenciais, como o fechamento de escolas e a prioridade de se ficar em casa, também tende a aumentar as tensões no contexto familiar e prejudicar as relações interpessoais do idoso. Podendo ocorrer até mesmo o aumento de relacionamentos violentos e abusivos que por conta do distanciamento físico podem não ser detectados em tempo hábil (PHILLIPS et al., 2020). Sobre esse assunto, Zhang (2020) enfatiza a necessidade do envolvimento de Organizações governamentais e não governamentais, bem como agências e setores de serviços, na prestação de apoio e identificação de vítimas de violência familiar, fornecendo assistência prioritária durante a pandemia.

Diante disso, o apoio familiar continua se mostrando necessariamente útil ao idoso neste momento de pandemia, auxiliando na recuperação de situações adversas e interferindo em consequências negativas como a depressão e sentimentos de solidão advindas do isolamento social (CHEN et al., 2020). A utilização da tecnologia como meio de oferta de cuidado observada na subcategoria “Apoio à distância” pode ser uma saída para a manutenção do vínculo familiar e social. Käll e colaboradores (2020) destacam a importância do uso da internet com a utilização de terapias cognitivo-comportamentais oferecidas online a fim de diminuir a solidão e melhorar o bem-estar mental. Embora exista uma disparidade no uso dessa ferramenta entre os idosos devido à dificuldade de acesso por motivos financeiros e alfabetismo digital (ARMITAGE et al., 2020).

Contudo, estudo internacional tem indicado os arranjos intergeracionais como potenciais fatores de risco para a transmissibilidade do vírus, principalmente nos que

há membros que trabalham fora de casa e prestam cuidados a várias gerações (STOKES; PATTERSON, 2020). Esse tipo de arranjo apareceu como o mais preponderante neste estudo sendo grande o número de idosos que dividem sua casa com filhos e netos e até mesmo abrigam os que estão em situação de necessidade, podendo ser um indicativo de risco neste momento de pandemia.

Outro fator de risco que precisa ser considerado é a vulnerabilidade social a qual esses idosos estão inseridos. Existe uma preocupação apontada por estudos nacionais e internacionais com a disseminação da COVID-19 entre os mais pobres. Um vez que estão mais expostos às falhas de medida de isolamento social (arranjos com muitos membros dividindo um pequeno espaço, necessidade de sair de casa para trabalhar) e têm acesso limitado aos serviços de saúde (CAMARANO, 2020; de SOUZA et al., 2020; KARAYE; HORNEY, 2020).

Além disso, o vírus não só tende a afetar os mais pobres como empobrece-os ainda mais, principalmente entre os de mais idade (de SOUZA et al., 2020; CAMARANO, 2020). Os idosos não são somente os que mais morrem como também os mais afetados pelo desemprego. Camarano (2020) destaca em seu estudo que a morte do idoso no Brasil produz consequências importantes na família, já que muitos exercem a função de provedores de recursos financeiros, seja pela aposentadoria ou trabalho, e com sua morte seus descendentes não ficam apenas órfãos mas também ainda mais empobrecidos.

Os idosos neste estudo apresentaram qualidade de vida mediana com declínio em alguns domínios principalmente os relacionados a sociabilidade (relações sociais e participação social). Esse dado se torna ainda mais preocupante diante da atual necessidade de isolamento. Estudo de métodos mistos realizado com idosos americanos com depressão preexistente demonstrou em seus resultados uma postura de resiliência frente ao aumento de casos da COVID-19 no país em relação aos seus cuidados com a saúde mental, porém o isolamento social causou uma diminuição na qualidade de vida, provavelmente produzida pelo incômodo de não poder sair de casa e ir nos lugares que estavam acostumados e o aumento do sentimento de tédio (HAMM et al., 2020).

Como agravante, apesar dos idosos neste estudo terem apresentado um aumento significativo da cognição, sabe-se que a redução na estimulação cognitiva

que acompanha a socialização e o envolvimento com o mundo em geral pode piorar os sintomas cognitivos e até mesmo piorar os sintomas comportamentais na demência (KÄLL et al., 2020).

Com isso, acredita-se que durante esse período de pandemia, além das mortes registradas entre a população idosa, haverá a piora de todas as condições de saúde associadas à idade, ocasionando o declínio da capacidade funcional e aumento da fragilidade (BRIGUGLIO et al., 2020).

Sendo assim é necessário uma preparação para uma melhor atenção ao idoso durante a pandemia da COVID-19, mas também para as consequências da pós-pandemia, tanto voltadas para a saúde pública como para o indivíduo. Vê-se a urgente necessidade de melhorias na formulação das políticas públicas destinadas a pessoas idosas, mas também uma oportunidade de inserir nesse contexto o conhecimento gerontológico, expandindo a mão de obra especializada em envelhecimento a fim de promover uma atenção de qualidade a esse segmento que vem crescendo no nosso país.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo realizado com idosos da comunidade, percebeu-se que os arranjos familiares são intergeracionais, dinâmicos, fontes de tensões, conflitos, relações de interdependência e essenciais para a provisão de suporte e apoio ao idoso, influenciando nas suas condições de saúde. Olhando para o contexto que esse arranjo está inserido, viu-se tratar de um ambiente de alta vulnerabilidade social, e que esse ambiente interfere em seu cotidiano, incluindo as relações familiares e com a comunidade, potencializando até mesmo situações que contribuem para a ausência de apoio.

Por meio do estudo, teve-se acesso a histórias de mulheres idosas que exerciam um papel fundamental em seu arranjo, independentemente de condições limitantes como a fragilidade e declínio cognitivo, eram detentoras das responsabilidades no lar, oferecendo cuidado e acolhimento aos seus descendentes. O estudo não encontrou relação significativa da fragilidade e cognição com os tipos de arranjo familiar. Contudo, os resultados sugerem que a síndrome da fragilidade tem se apresentado de forma progressiva nesta população, condição essa também percebida em estudos nacionais e internacionais, sendo de grande importância a monitorização da fragilidade e estratégias de intervenção e prevenção a fim de minimizar ou até mesmo reverter suas consequências.

Além disso, é válido destacar a importância da utilização dos métodos mistos para a realização desta pesquisa, por lidar com assuntos tão complexos como a velhice, a família e suas relações, não seria possível compreender a constituição dos arranjos desses idosos apenas por uma perspectiva, foi necessário compreender as condições de saúde abarcadas pela fragilidade, qualidade de vida e cognição, e ao mesmo tempo analisar, através da perspectiva do idoso, a formação desses arranjos e as relações que lhe permeavam. Através da análise conjunta dos dados (quantitativos e qualitativos) percebeu-se que o apoio familiar vai além do tamanho do arranjo e especificidade de membros que o compõem, que ele pode ser oferecido à distância e é influenciado pelas relações e vínculos formados dentro da família.

A teoria utilizada também foi de fundamental importância para a compreensão do fenômeno analisado. O pesquisador precisou estar atento às minúcias do cotidiano

sem tirar o olhar do todo que o influenciava. Atento sim, ao texto, ao indivíduo singular, mas também ao contexto, o ambiente e a história que o compõe, a sociedade a qual está inserido.

As limitações deste estudo relacionam-se ao reduzido número de participantes, não sendo possível realizar a coleta de dados com todos os idosos incluídos no cálculo amostral devido às impossibilidade de continuar as visitas domiciliares frente às necessidades de isolamento e distanciamento social advindas da pandemia da COVID-19. Além disso, a mudança de estratégia para a obtenção dos dados por meio de um entrevista remota seria prejudicial ao andamento do estudo e rigor metodológico, uma vez que os instrumentos utilizados não foram validados para esse fim.

Sugere-se que estudos futuros aprofundem o conhecimento sobre a pessoa idosa e seu arranjo familiar, bem como a transformação e comparação ao longo do tempo, abordando as condições de saúde e bem-estar, além das redes disponíveis para o suporte e cuidado da pessoa idosa, principalmente em contexto de vulnerabilidade social. Também é necessário a reformulação de políticas públicas voltadas para essa população específica, que apesar de existentes, não estão alcançando os que dela necessitam, sendo urgente a necessidade de estratégias preventivas e intervencionistas, que garantam um envelhecer com qualidade.

9. REFERÊNCIAS

AGUIAR, A. C. de S. A; DE OLIVA MENEZES, T. M; DE CAMARGO, C. L. Arranjos familiares com pessoas idosas: fatores contributivos. **Avanços em Enfermagem**, v. 36, n. 3, p. 292-301, 2018.

AIRES, M et al. Responsabilidade filial no cuidado aos pais idosos: estudo misto. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 32, n. 6, p. 691-699, 2019.

ALBUQUERQUE, F. K. O. et al. Qualidade de vida em cuidadores de idosos: uma revisão integrativa. **Revista Enfermagem Atual InDerme**, v. 87, n. 25, 2019.

ALENCAR, M A et al. Prevalência e transição para a fragilidade em idosos com alteração cognitiva em uma coorte de um ano. **Geriatrics, Gerontology and Aging**, v. 12, n. 2, p. 89-95, 2018.

ALMEIDA, A. P. S. C et al. Falta de acesso e trajetória de utilização de serviços de saúde por idosos brasileiros. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 2213-2226, 2020.

ALVES, A. M. O método materialista histórico dialético: alguns apontamentos sobre a subjetividade. **Revista de Psicologia da UNESP**, v. 9, n. 1, p. 1-13, 2017.

ANDRADE, F. O Método Dialético em Marx. **Espaço Livre**, v. 13, n. 26, p. 07-20, 2019.

ANDRADE-BOCCATO, T; FRANCO.F. O processo de envelhecimento e a atribuição de sentido à vida. **Interação em Psicologia**, v. 23, n. 1, 2019.

ANDRADE, J.M et al. Association between frailty and family functionality on health-related quality of life in older adults. **Quality of Life Research**, p. 1-10, 2020.

ANES, R.R.M; DE ARAÚJO BERNARDES, C. A; FERREIRA, I. M. S. A categoria historicidade nas pesquisas sobre professores no Centro-Oeste. **InterMeio: Revista do Programa de Pós-Graduação em Educação-UFMS**, v. 18, n. 36, 2012.

ARMITAGE, R; NELLUMS, L. B. COVID-19 and the consequences of isolating the elderly. **The Lancet Public Health**, v. 5, n. 5, p. e256, 2020.

ARRAIS, R. H; GOMES, I. C; CAMPOS, E. M. P. A monoparentalidade por opção e seus aspectos psicossociais: estudo de revisão integrativa. **Revista da SPAGESP**, v. 20, n. 1, p. 39-53, 2019.

AYALON, L et al. Aging in times of the COVID-19 pandemic: Avoiding ageism and fostering intergenerational solidarity. **The Journals of Gerontology: Series B**, 2020.

BARDIN, L. Análise de conteúdo. São Paulo. Edições 70, 2016.

BOLINA, A. F et al. Impacto do arranjo domiciliar na evolução da capacidade funcional de idosos. **REME rev. min. enferm**, p. e-1091, 2018.

BOLINA, A. F; TAVARES, D. M. dos S. Living arrangements of the elderly and the sociodemographic and health determinants: a longitudinal study. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 24, 2016.

BONE, A. E. et al. What is the impact of population ageing on the future provision of end-of-life care? Population-based projections of place of death. **Palliative medicine**, v. 32, n. 2, p. 329-336, 2018.

BOYLE, P. A. et al. Effect of a purpose in life on risk of incident Alzheimer disease and mild cognitive impairment in community-dwelling older persons. **Archives of general psychiatry**, v. 67, n. 3, p. 304-310, 2010.

BRASIL. Centro de Referência de Assistência Social – Cras. Ministério do Desenvolvimento social. 2015.

BRASIL. Contribuições para o Aprimoramento do PAIF Gestão, família e território em evidência. Secretaria nacional de assistência social fundação Carlos Alberto Vanzolini. Brasília. 104p. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2015b. 68 p.

BRIGUGLIO, M et al. Consequences for the elderly after COVID-19 isolation: FEaR (frail elderly amid restrictions). **Frontiers in Psychology**, v. 11, 2020.

BRITO, T. R. P de et al. Redes sociais e funcionalidade em pessoas idosas: evidências do estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento (SABE). **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 21, p. e180003, 2019.

BUSO, A. L. Z et al. Fatores associados à qualidade de vida dos idosos octogenários da zona rural de Uberaba/MG. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 28, n. 2, p. 231-240, 2020.

CAMARANO, A. A. Os dependentes da renda dos idosos e o coronavírus: órfãos ou novos pobres?. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 4169-4176, 2020.

CARERS UK. Caring behind closed doors Forgotten families in the coronavirus outbreak. 2020.

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

CHEN, Y et al. Aging in COVID-19: Vulnerability, immunity and intervention. **Ageing research reviews**, p. 101205, 2020.

CHEONG, C. Y. et al. Risk factors of progression to frailty: findings from the Singapore Longitudinal Ageing Study. **The journal of nutrition, health & aging**, v. 24, n. 1, p. 98-106, 2020.

CHON, D et al. 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.

CRESWELL, J. W. W. Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

CRESWELL, J. W.; CLARK, V. L. Plano. **Pesquisa de Métodos Mistos-: Série Métodos de Pesquisa**. Penso Editora, pag. 25-37. 2015.

CRUZ, D. T da et al. Fatores associados à fragilidade em uma população de idosos da comunidade. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, p. 106, 2017.

CUTLER, Richard G. Evolutionary biology of senescence. In: *The Biology of Aging*. Springer, Boston, MA, 1978. p. 311-360.1979.

DA CONCEIÇÃO P. A., M; C. M, M. Educação intergeracional e envelhecimento bem-sucedido. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, v. 15, n. 1, 2018.

DE BEAUVOIR, Simone. **A velhice**. Nova Fronteira, 2018.

DE SOUZA, C. D. F; MACHADO, M. F; DO CARMO, R. F. Human development, social vulnerability and COVID-19 in Brazil: a study of the social determinants of health. **Infectious diseases of poverty**, v. 9, n. 1, p. 1-10, 2020.

DENT, E. et al. Physical frailty: ICFSR international clinical practice guidelines for identification and management. **The journal of nutrition, health & aging**, v. 23, n. 9, p. 771-787, 2019.

DIAS, M. B - Manual de direito das famílias. 10ª ed. rev. atual. e ampl. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, p. 133, 2015.

DOS PINHEIRO, O. D; AREOSA, S. V. C. A importância de políticas públicas para idosos. **Revista Baru-Revista Brasileira de Assuntos Regionais e Urbanos**, v. 4, n. 2, p. 183-193, 2019.

DOS SANTOS, Vitor Lucas Cordovil. O PROCESSO DE PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO DIALÉTICO EM HEGEL. **Saberes: Revista interdisciplinar de Filosofia e Educação**, n. 17, 2017.

DUARTE, Y. A.O; LEBRÃO, M. L. Fragilidade e Envelhecimento. In: Freitas, E.V. P. I. *Tratado de geriatria e gerontologia*. 4.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

DURY, S. et al. Detecting frail, older adults and identifying their strengths: results of a mixed-methods study. **BMC public health**, v. 18, n. 1, p. 191, 2018.

ERMEL, R. C et al. Percepção sobre qualidade de vida dos idosos de Portugal e do Brasil. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 9, n. 2, p. 1315-1320, 2017.

FABRÍCIO-WEHBE, S.C.C. et al. Adaptação cultural e validade da Edmonton Frail Scale – EFS em uma amostra de idosos brasileiros. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 17, n. 6, 2009.

FECHINE, B. R. A.; TROMPIERI, N. O processo de envelhecimento: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. **InterSciencePlace**, v. 1, n. 20, 2015.

FINGERMAN, Karen L. et al. Living alone during COVID-19: Social contact and emotional well-being among older adults. **The Journals of Gerontology: Series B**, 2020.

FLECK, M. P et al. O instrumento de avaliação de qualidade de vida abreviado da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-BREF): aplicação da versão em português. **Revista de Saúde Pública**, v. 22, n.2, 2000.

FLECK, M. P et al. Desenvolvimento e validação da versão em Português do módulo WHOQOL-OLD. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, n. 5, p. 785-791, 2006.

FONSECA, J.S; MARTINS, G. A. Curso de estatística. São Paulo: Atlas, 5ª ed. Pp: 177-179, 1994.

GANGOPADHYAY, J. Examining the lived experiences of ageing among older adults living alone in India. In: **Ageing issues and responses in India**. Springer, Singapore, 2020. p. 207-219.

GARCÍA-ESQUINAS, E. et al. Housing conditions and limitations in physical function among older adults. **J Epidemiol Community Health**, v. 70, n. 10, p.954-960, 2016.

GLASER, K et al. Trends in the prevalence of grandparents living with grandchild (ren) in selected European countries and the United States. **European journal of ageing**, v. 15, n. 3, p. 237-250, 2018.

GOSWAMI, S; DESHMUKH, P. R. How “elderly staying alone” cope up with their age and deteriorating health: A qualitative exploration from rural Wardha, Central India. **Indian journal of palliative care**, v. 24, n. 4, p. 465, 2018.

GREY, R. G et al. Social Support. Oxford Bibliographies Online Datasets. 2018.

GRISARD FILHO. Famílias Reconstituídas: novas uniões depois da separação. 2 ed. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2010.

GU, L et al. Association of social support and medication adherence in Chinese patients with type 2 diabetes mellitus. **International journal of environmental research and public health**, v. 14, n. 12, p. 1522, 2017.

GUEDES, M. B. O. G. et al. Apoio social e o cuidado integral à saúde do idoso. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 27, p. 1185-1204, 2017.

GUIMARÃES, G D. Aspectos da teoria do cotidiano: Agnes Heller em perspectiva. **EDIPUCRS**, 2002.

HAMM, Megan E. et al. Experiences of American older adults with pre-existing depression during the beginnings of the COVID-19 pandemic: a multicity, mixed-methods study. **The American journal of geriatric psychiatry**, v. 28, n. 9, p. 924-932, 2020.

HEGEL, G.W.F. **A Fenomenologia do Espírito – Introdução à História da Filosofia**. In: Coleção Os Pensadores. Trad. Orlando Vitorino, Henrique Cláudio de Lima Vaz, Antônio Pinto de Carvalho. – 4ª Ed. – São Paulo (SP): Nova Cultural, 1988.

HELLER, A. O Cotidiano e a História. São Paulo: Editora Paz e Terra, 2000.

HELLER, A. Sociología de la vida cotidiana. Barcelona:Península, 1991.

HENNING-SMITH, C; HENNING SHIPPEE, T; CAPISTRANT, B. Later-life disability in environmental context: Why living arrangements matter. **The Gerontologist**, v. 58, n. 5, p. 853-862, 2017.

HOFFMAN, G J.; WEBSTER, N J.; BYNUM, J PW. A framework for aging-friendly services and supports in the age of COVID-19. **Journal of aging & social policy**, v. 32, n. 4-5, p. 450-459, 2020.

HOLT-LUNSTAD, J. Why social relationships are important for physical health: A systems approach to understanding and modifying risk and protection. **Annual review of psychology**, v. 69, p. 437-458, 2018.

IBGE, Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira 2016 / IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais. - Rio de Janeiro: IBGE, 2016 146 p.(Estudos e pesquisas. Informação demográfica e socioeconômica, ISSN 1516-3296; n. 36).

IBGE, Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2018/IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais. - Rio de Janeiro: IBGE, 2018. 151 p. (Estudos e pesquisas. Informação demográfica e socioeconômica, ISSN 1516-3296; n. 39. 2018.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Número de idosos cresce 18% em 5 anos e ultrapassa 30 milhões em 2017. Editoria: Estatísticas Sociais. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/20980-numero-de-idosos-cresce-18-em-5-anos-e-ultrapassa-30-milhoes-em-2017>. Acesso em 19 de set. 2019.

IBGE-CIDADES. BRASIL/SÃO PAULO/SÃO CARLOS. População estimada [2017]. Disponível em:<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/sao-carlos/panorama> Acesso em: 2 set. 2018.

JESUS, I.T. M de et al. Fragilidade e qualidade de vida de idosos no contexto de vulnerabilidade social. **Texto e Contexto-Enfermagem**, v. 27, n. 4, 2018.

JESUS, I. T. M. de et al. Fragilidade de idosos em vulnerabilidade social. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 30, n. 6, p. 614-620, 2017.

KÄLL, Aet al. Internet-based cognitive behavior therapy for loneliness: a pilot randomized controlled trial. **Behavior therapy**, v. 51, n. 1, p. 54-68, 2020.

KARAYE, I M.; HORNEY, J A. The impact of social vulnerability on COVID-19 in the US: an analysis of spatially varying relationships. **American journal of preventive medicine**, v. 59, n. 3, p. 317-325, 2020.

KIM, H et al. Health behaviors influencing depressive symptoms in older Koreans living alone: secondary data analysis of the 2014 Korean longitudinal study of aging. **BMC geriatrics**, v. 18, n. 1, p. 1-11, 2018.

KOJIMA, G; LILJAS, A. EM; ILIFFE, S. Síndrome da fragilidade: implicações e desafios para a política de saúde. **Política de gestão de riscos e saúde**, v. 12, p. 23, 2019.

KRUG, R de R; D'ORSI, E; XAVIER, A. J. Associação entre o uso de internet e a função cognitiva de idosos, estudo longitudinal populacional Epifloripa Idoso. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 22, p. e190012, 2019.

LEE, H; WAITE, L. J. Cognition in context: The role of objective and subjective measures of neighborhood and household in cognitive functioning in later life. **The Gerontologist**, v. 58, n. 1, p. 159-169, 2018.

LI, M; DONG, X. Filial discrepancy and mortality among community-dwelling older adults: a prospective cohort study. **Aging & mental health**, p. 1-6, 2019.

LI, M et al. Family relationships and cognitive function among community-dwelling US Chinese older adults. **Research on aging**, v. 43, n. 1, p. 37-46, 2021.

LU, S et al. Association of formal and informal social support with health-related quality of life among Chinese rural elders. *International journal of environmental research and public health*, v. 17, n. 4, p. 1351, 2020.

LUKÁCS, G. Para uma ontologia do ser social II. São Paulo: Boitempo, 2013.

MARCHIORI, G. F; TAVARES, D. M. dos S. Mudanças nas condições de fragilidade e componentes do fenótipo em idosos após hospitalização. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 25, 2017.

MARQUES, J. S. et al. Atitudes sobre a Velhice: Infância, Adolescência, Avós e a Intergeneracionalidade. **Revista de Psicologia da IMED**, v. 11, n. 2, p. 147-165, 2019.

MARTINS, J de J et al. Políticas públicas de atenção à saúde do idoso: reflexão acerca da capacitação dos profissionais da saúde para o cuidado com o idoso. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 10, n. 3, p. 371-382, 2007.

MAKIZAKO, Hyuma et al. Social frailty leads to the development of physical frailty among physically non-frail adults: A four-year follow-up longitudinal cohort study. **International journal of environmental research and public health**, v. 15, n. 3, p. 490, 2018.

MICHAEL, A.; STEINMAN, M. D. Meeting the Care Needs of Older Adults Isolated at Home During the COVID-19 Pandemic. 2020.

MINAYO, M.C.S. O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde. 12.ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

NASREDDINE, Z.S. et al. The montreal cognitive assessment, MoCA: A brief screening tool for mild cognitive impairment. **J Am Geriatr Soc**, v. 4. n. 53, p. 695–699, 2005.

NERI, A. L. Conceitos e teorias sobre o envelhecimento. **Neuropsicologia do envelhecimento: uma Abordagem Multidimensional**, p. 17-42, 2013.

NETTO, M. P. Estudo da velhice, histórico, definição do campo e termos básicos. In: Freitas, E. Vi. Py, L. Tratado de geriatria e gerontologia. – 4. ed. – [Reimpr.]. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

ORFILA, Francesc et al. Family caregiver mistreatment of the elderly: prevalence of risk and associated factors. **BMC public health**, v. 18, n. 1, p. 1-14, 2018.

OLIVEIRA, N. A. et al. Senior caregivers in different housing arrangements: comparison of health and care profiles. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 40, 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Ageing and health. Geneva. 2018. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>. Acessado em: 10 de ago de 2019.

Organização Mundial de Saúde. Relatório mundial de envelhecimento e saúde. Geneva: OMS; 2015.

PANZA, Francesco et al. Cognitive frailty: a systematic review of epidemiological and neurobiological evidence of an age-related clinical condition. **Rejuvenation research**, v. 18, n. 5, p. 389-412, 2015.

PATTO, M.H.S. O conceito de cotidianidade em Agnes Heller e a pesquisa em educação. **Perspectivas: Revista de Ciências Sociais**, v. 16, n. 1, 1993.

PEREIRA, F. G. P. Violência familiar contra a pessoa idosa frente ao Estatuto do Idoso e outras legislações. **Direito-Araranguá**, v. 42, n. 4, 2018.

PEREIRA, X de B.F et al. Prevalência e fatores associados ao deficit cognitivo em idosos na comunidade. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 23, n. 2, 2020.

PEREIRA, R. R et al. Cognição e fragilidade de idosos da comunidade. **Cogitare Enfermagem**, v. 24, 2019.

PHILLIPS, D et al. The invisible workforce during the COVID-19 pandemic: Family carers at the frontline. **HRB Open Research**, v. 3, 2020.

PINHEIRO, N. M. (coordenadora). Estatuto do Idoso Comentado. Campinas: Servanda, 2012.

PINHEIRO, O. D; AREOSA, S. V. C. A importância de políticas públicas para idosos. **Revista Baru-Revista Brasileira de Assuntos Regionais e Urbanos**, v. 4, n. 2, p. 183-193, 2019.

RABELO, D. F; NERI, A. L. Tipos de configuração familiar e condições de saúde física e psicológica em idosos. **Cadernos de saúde pública**, v. 31, p. 874-884, 2015.

RIOS, M. G; GOMES, I. C. Casamento contemporâneo: Revisão de literatura acerca da opção por não ter filhos. **Estud. psicol.** Campinas, v.26, n. 2, 215-225, 2009.

ROLFSON, D.B. et al. Validity and reliability of the Edmonton Frail Scale. **Age Ageing**, v. 5, n. 35, p.526-9, 2006.

SAAD, P. M. O envelhecimento populacional e seus reflexos na área da saúde. **Anais**, p. 353-369, 2016.

SALA, G et al. The impact of leisure activities on older adults' cognitive function, physical function, and mental health. **PloS one**, v. 14, n. 11, p. e0225006, 2019.

SANT'ANA, L. A. J; D'ELBOUX, M. J. Suporte social e expectativa de cuidado de idosos: associação com variáveis socioeconômicas, saúde e funcionalidade. **Saúde em Debate**, v. 43, p. 503-519, 2019.

SANTOS, A. A S. et al. A importância do uso de tecnologias no desenvolvimento cognitivo dos idosos. **Gep News**, v. 1, n. 1, p. 20-24, 2018b.

SANTOS, J. L. G. dos et al. Integração entre dados quantitativos e qualitativos em uma pesquisa de métodos mistos. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 26, n. 3, 2017.

SANTOS, T. A dos et al. Materialismo dialético e a análise de datas quantitativas. **Texto e Contexto-Enfermagem**, v. 27, n. 4, 2018a.

SARMENTO, A. L. R. Apresentação e aplicabilidade da versão brasileira da MoCa (Montreal Cognitive Assessment) para rastreio de Comprometimento Cognitivo Leve. 2009. 82 f. Dissertação (Mestrado) – Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, 2009.

SEADE. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. Perfil dos municípios paulistas. Disponível em:<http://www.perfil.seade.gov.br/> Acesso em: 04 de jul 2019.

SILVA, A. M. de M et al. Uso de serviços de saúde por idosos brasileiros com e sem limitação funcional. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, p. 5s, 2017.

SILVA, E. P. et al. Percepções de cuidado entre casais idosos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 22, n. 1, p. 1-8, 2019.

SNEED, R S.; SCHULZ, Richard. Grandparent caregiving, race, and cognitive functioning in a population-based sample of older adults. **Journal of aging and health**, v. 31, n. 3, p. 415-438, 2019.

SOUZA, I.P. et al. Genograma e Ecomapa como ferramentas para compreensão do cuidado familiar no adoecimento crônico de jovem. **Texto Contexto Enferm**, v. 4. n. 25, p. 153-155, 2016.

SOUZA, K. S et al. Representações sociais do envelhecimento: um estudo com avós idosos que cuidam dos netos e avós que não. **Ciências Psicológicas**, v. 12, n. 2, p. 293-297, 2018.

SPOSATI, Aldaíza. Modelo brasileiro de proteção social não contributiva. **Concepção e gestão da proteção social não contributiva no Brasil**, 2009.

SPINK, M. J. P; SPINK, P. K. Pesquisar o/no cotidiano na pesquisa social. **Quaestio-Revista de Estudos em Educação**, v. 19, n. 3, p. 591-605, 2017.

STOKES, J.E.; PATTERSON, S. E. Intergenerational relationships, family caregiving policy, and COVID-19 in the United States. **Journal of Aging & Social Policy**, v. 32, n. 4-5, p. 416-424, 2020.

TANG, D et al. Moving beyond living arrangements: the role of family and friendship ties in promoting mental health for urban and rural older adults in China. **Aging & mental health**, v. 24, n. 9, p. 1523-1532, 2020.

TAO, Y. C.; SHEN, Y. The influence of social support on the physical and mental health of the rural elderly. *Popul. Econ.*, p. 3-14, 2014.

TAVARES, Darlene Mara dos Santos et al. Qualidade de vida e autoestima de idosos na comunidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 3557-3564, 2016.

TRIVIÑOS, A. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 2013.

VANLEERBERGHE, P et al. The association between frailty and quality of life when aging in place. **Archives of gerontology and geriatrics**, v. 85, p. 103915, 2019.

VERAS, R. P; OLIVEIRA, M. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. **Ciência & saúde coletiva**, v. 23, p. 1929-1936, 2018.

VERONEZE, R. T.; MARTINELLI, M. L. Fundamentos para a consciência ética e política do ser social: ensaios sobre Agnes Heller. **Temporalis**, v. 15, n. 30, p. 405-428, 2016.

VLOEBERGHS, R et al. Apathy, depression and cognitive functioning in patients with MCI and dementia. **Tijdschrift voor gerontologie en geriatrie**, v. 49, n. 3, p. 95-102, 2018.

WELSTEAD, M et al. A systematic review of frailty trajectories: their shape and influencing factors. **The Gerontologist**, 2020.

WIDMER, E D.; GIRARDIN, M; LUDWIG, C. Conflict structures in family networks of older adults and their relationship with health-related quality of life. **Journal of Family Issues**, v. 39, n. 6, p. 1573-1597, 2018.

WIDAJANTI, N et al. Sarcopenia and Frailty Profile in the Elderly Community of Surabaya: A Descriptive Study. **Acta Medica Indonesiana**, v. 52, n. 1, p. 5-13, 2020.

World Health Organization (OMS). Proposed working definition of an older person in Africa for the MDS Project. Geneva. 2002. Accessed from: <https://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/>

WORLD HEALTH ORGANIZATION. The World Health Organization Quality of Life Group: The World Health Organization WHOQOL-100: Tests of the universality of quality of life in 15 different cultural groups worldwide. **Health Psychology**. v.41,n.10 p.1403-9, 1995.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHOQOL-OLD, W.H.O. European office (copenhagen), 2006. Disponível em: https://www.who.int/mental_health/evidence/WHOQOL_OLD_Manual.pdf?ua=1. Acessado em: 17 de jan 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHOQOL-BREF, W. H. O. Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment—field trial version. **Geneva, Switzerland**, 1996. Disponível em: https://www.who.int/mental_health/media/en/76.pdf?ua=1. Acesso em: 13 jan 2019.

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

XU, Y et al. Material hardship and parenting stress among grandparent kinship providers during the COVID-19 pandemic: The mediating role of grandparents' mental health. **Child Abuse & Neglect**, v. 110, p. 104700, 2020.

XU, W; LI, Ya-Xi; WU, Chenkai. Incidence of frailty among community-dwelling older adults: a nationally representative profile in China. **BMC geriatrics**, v. 19, n. 1, p. 1-9, 2019.

YIGEN, H; GUNAY, O; BORLU, A. Relationship between living arrangements, quality of life and depressive symptoms of older adults. **Medicine Science International Medical Journal**, p. 132-8, 2018.

YIN, J. H. et al. Study on the status of frailty and related determinants among the elderly in China. **Zhonghua liu xing bing xue za zhi= Zhonghua liuxingbingxue zazhi**, v. 39, n. 9, p. 1244-1248, 2018.

YUAN, Z et al. Happiness Under One Roof? The Intergenerational Co-residence and Subjective Well-Being of Elders in China. **Journal of Happiness Studies**, p. 1-39, 2020.

ZHANG, Hongwei. The influence of the ongoing COVID-19 pandemic on family violence in China. **Journal of family violence**, p. 1-11, 2020.

ZHOU, Fei et al. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. **The lancet**, v. 395, n. 10229, p. 1054-1062, 2020.

ZHOU, J et al. The impact of caring for grandchildren on grandparents' physical health outcomes: The role of intergenerational support. **Research on Aging**, v. 39, n. 5, p. 612-634, 2017.

ZIN, P Ei et al. Assessment of quality of life among elderly in urban and peri-urban areas, Yangon Region, Myanmar. **Plos one**, v. 15, n. 10, p. e0241211, 2020.

ZUELSDORFF, M. L. et al. Social support and verbal interaction are differentially associated with cognitive function in midlife and older age. **Aging, Neuropsychology, and Cognition**, v. 26, n. 2, p. 144-160, 2019.

10. APÊNDICES

APÊNDICE A: 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

O senhor (a) está sendo convidado a participar da pesquisa “QUALIDADE DE VIDA, SUPORTE SOCIAL E FRAGILIDADE EM IDOSOS ATENDIDOS EM CENTRO DE REFERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL” orientada pela Profa. Dra. 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 a identificação de novas alternativas e possibilidades que aumentem a qualidade do serviço oferecido em Centro de Referência de Assistência Social (CRAS). 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. 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 __/__/__

APÊNDICE B: Parecer Comitê de Ética em Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

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: 1

CAAE: 09267319.0.0000.5504

Instituição Proponente: Universidade Federal de São Carlos/UFSCar

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.254.135

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo 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. O estudo se constitui num estudo transversal e se propõe analisar características específicas de grupos de idosos cadastrados em serviços de proteção social básica da assistência social, com diferentes índices de vulnerabilidade social e utilizará banco de dados de estudo iniciado em 2012. O estudo será realizado no município de São Carlos e os dados serão coletados em diferentes regiões de vulnerabilidade social, segundo o Índice Paulista de Vulnerabilidade Social-IPVS. As entrevistas com os idosos serão realizadas nos domicílios. Participarão idosos que foram avaliados em estudo anterior e cujos dados compõem um banco de dados com resultados referentes a 247 idosos de uma amostra de 772 idosos cadastrados em 2012. Os critérios para inclusão serão: Possuir 60 anos ou mais, ser cadastrado em um dos quatro Centro de Referência de Assistência – CRAS ou do Centro Comunitário do município de São Carlos, apresentar capacidade de compreensão e de comunicação verbal. Os critérios para exclusão serão: Ser idoso acamado ou residente em Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI). Inicialmente será 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, será apresentado aos gestores dos equipamentos. A seguir, serão levantados os usuários que foram

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

UF: SP

Município: SAO CARLOS

CEP: 13.565-905

Telefone: (16)3351-9683

E-mail: cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 3.254.135

avaliados e verificado se continuam cadastrados e morando nos territórios dos CRAS. De posse dessas informações, se dará início às visitas nas residências de todos os idosos cadastrados, realizar-se-ão convites para nova participação no estudo e assinatura de TCLE. A coleta de dados será realizada mediante visita domiciliar com tempo aproximado para a realização da entrevista de aproximadamente 1 hora. Os instrumentos para a coleta de dados serão: Entrevista semi-estruturada com dados sócio-demográficos; Escala de Fragilidade de Edmonton, desenvolvida por Rolfson et al. em 2006 e traduzida e validada no Brasil por Fabrício-Wehbe em 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; MoCA (The Montreal Cognitive Assessment) 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; 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 e instrumento de Fragilidade Social com 5 perguntas auto relatadas.

Objetivo da Pesquisa:

O Objetivo principal é 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 saúde, relações familiares e sociais em um município do interior do Estado de São Paulo. O objetivos Secundários são: analisar a prevalência de fragilidade em idosos cadastrados em Centro de Referência de Assistência Social, residentes em bairros de vulnerabilidade social; avaliar as condições de saúde, cognição e apoio social; analisar a composição familiar dos idosos e relações familiares e sociais, avaliados pelo Genograma e Ecomapa.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Esta pesquisa oferece aos participantes risco subjetivo, pois algumas perguntas remetem à história

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235	CEP: 13.565-905
Bairro: JARDIM GUANABARA	
UF: SP	Município: SAO CARLOS
Telefone: (16)3351-9683	E-mail: cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 3.254.135

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. Sempre que necessário, será realizado encaminhamento para instituições locais, para o oferecimento de apoio psicológico.

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(a) senhor(a) terá como benefício a oportunidade de ser avaliado(a) em relação ao envelhecimento.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O envelhecimento em concomitância com fragilidade pode sobrecarregar os sistemas de saúde e assistência social que tem como público alvo os idosos. Avaliar pessoas idosas em contexto de vulnerabilidade social contribuirá com dados para a tomada de decisões e melhora de ações e propostas dos equipamentos que atendem a essas pessoas. A pesquisa proposta tem relevância social e respeita os preceitos éticos estabelecidos pela Resolução CNS 510/2016 e suas complementares.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O Projeto encontra-se adequado.

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_BASICAS_DO_PROJETO_1243171.pdf	15/02/2019 09:48:13		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	Projeto.pdf	12/02/2019	Marisa Silvana	Aceito

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-9683

E-mail: cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 3.254.135

/ Brochura Investigador	Projeto.pdf	10:11:23	Zazzetta	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / 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, 09 de Abril de 2019

Assinado por:
Priscilla Hortense
(Coordenador(a))

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP **Município:** SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-9683

E-mail: cehumanos@ufscar.br

APÊNDICE C: APROVAÇÃO DA PESQUISA PELA PREFEITURA MUNICIPAL



Prefeitura Municipal de São Carlos
Secretaria Municipal de Cidadania e Assistência Social
 Proteção Social Básica

Rua Conde do Pinhal, 2228 Centro. São Carlos-SP – Tel: 16 3371-1122/3371-2290

Ofício nº 109/2019/SMCAS

São Carlos, 06 de fevereiro de 2019.

Departamento de Gerontologia-UFSCar

Assunto: Parecer quanto à realização de pesquisa nos Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e Centro de Referência do Idoso (CRI).

Prezada Senhora,

Conforme solicitação encaminhada a esta Secretaria na data de 08/10/2018 acerca de autorização para a realização da pesquisa de mestrado intitulada “Qualidade de Vida, Suporte Social e Fragilidades em Idosos Atendidos em Centro de Referência de Assistência Social” de autoria da estudante Larissa Cayla Cesário, sob orientação da Profa. Dra. Marisa Silvana Zazzeta, cabe informar que se trata de uma proposta relevante e pertinente a esta Secretaria, que oferta serviços no âmbito da Proteção Social Básica em seus equipamentos de referência, cujo público alvo das ações é a família, entendendo peculiar situação de vulnerabilidade aquelas cuja composição constitui-se por crianças, adolescentes e idosos.

No item 4.3 descreveu-se que “a participação de idosos que foram avaliados (...) cujos dados compõem um banco de dados com resultados referentes a 247 idosos de uma amostra de 772 idosos cadastrados em 2012. No presente estudo SERÃO convidados a participar os mesmos usuários (...)”. Assim, destaca-se que já houve parceria anterior para realização das referidas pesquisas, sendo tais ações avaliadas positivamente pelas equipes dos referidos Centros de Referência.

Acredita-se que a pesquisa possa colaborar com dados referentes aos atendimentos a esta faixa etária, dentro do recorte proposto, possibilitando identificar eventuais demandas que não estejam sendo atendidas, repensar possibilidades de aprimoramento dos serviços ofertados no âmbito da Proteção Social Básica, bem como encaminhar informações relevantes às demais Políticas Públicas intersetoriais.

Diante do exposto, sendo demonstrada sua relevância, indico parecer favorável à sua realização no âmbito dos equipamentos de Proteção Básica da Assistência Social, solicitando apenas a realização de uma reunião com os profissionais responsáveis e/ou atuantes nos equipamentos com intuito de informá-los acerca dos objetivos da pesquisa, metodologia, organização da etapa de coleta de dados e organizar, considerando a peculiaridade de cada equipamento, a presença da pesquisadora junto aos espaços.

Por fim, quando de sua conclusão, solicito em contrapartida a divulgação dos resultados, cuja experiência já se fez relevante em pesquisas anteriores realizadas, assim como cópia para arquivamento e documentação junto aos equipamentos e/ou Secretaria.

Sem mais, faço votos a um bom andamento da pesquisa.

Atenciosamente,


 Jaqueline Cristina M. C. Glavocio
 Chefe de Seção de Apoio a
 Proteção Social Básica


 Glaziela C. Solfa Marques
 Secretária Municipal de Cidadania e
 Assistência Social

Ilma. Senhora,
Profa. Dra. Marisa Silvana Zazzeta
Docente do Depto. de Gerontologia

APÊNDICE D: ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

AVALIAÇÃO BÁSICA

1. IDENTIFICAÇÃO

Cenário de prática: _____

Nome do idoso: _____

Sexo: Feminino Masculino

Profissão/ocupação atual: _____

Profissão/ocupação anterior: _____

Aposentado: Sim Não Há quanto tempo? _____

Data de nascimento: ____/____/____ (____ anos)

Naturalidade: _____ Estado: _____ País: _____

Raça/Etnia: _____

Crença religiosa: _____ É praticante? Sim Não

Frequência: _____ vezes semana mês ano

Há quanto tempo? _____

Estado civil: Casado Solteiro Viúvo Separado Divorciado Há quanto tempo? _____

Renda mensal:

Salário mínimo vigente: R\$ _____

Valor	Idoso	Família (valor bruto total)
Até 01 salário mínimo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De 01 a 02 salários mínimos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De 02 a 03 salários mínimos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De 03 a 05 salários mínimos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De 05 a 10 salários mínimos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De 10 a 20 salários mínimos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mais que 20 salários mínimos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Escolaridade:

Analfabeto Alfabetizado sem escolarização

Ensino fundamental incompleto (antigo primário e ginásio) Até que série? _____ Número de anos que estudou: _____

Ensino fundamental completo (antigo primário e ginásio)

Ensino médio incompleto (antigo colegial ou normal) Até que série? _____ Número de anos que estudou: _____

Ensino médio completo (antigo colegial ou ginásio)

Superior incompleto – número de anos que estudou: _____

Superior completo

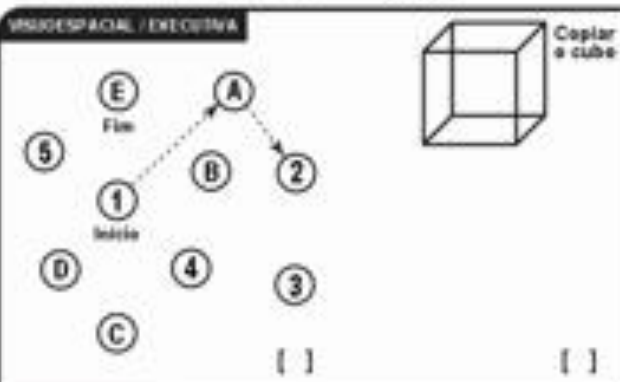
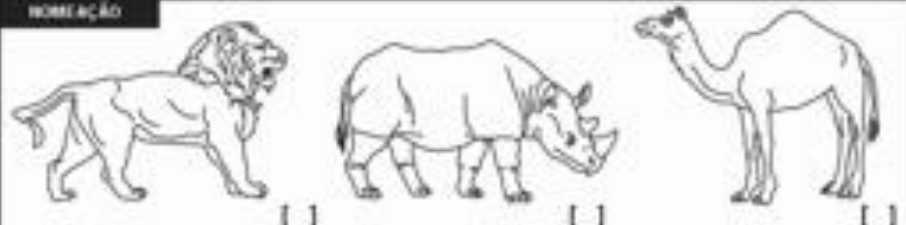
Pós-graduação

11. ANEXO

ANEXO A: MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA)

MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA) Versão Experimental Brasileira

Nome: _____ Data de nascimento: ____/____/____
 Escolaridade: _____ Data de avaliação: ____/____/____
 Sexo: _____ Idade: _____

ESPACIAL / EXECUTIVA 		Copiar o cubo Desenhar um RELÓGIO (seus horas e dez minutos) (3 pontos) [] [] [] Horas Minutos Pontos	Pontos																		
NOMEAÇÃO 		[] [] []	3																		
MEMÓRIA Leia a lista de palavras. O sujeito deve repetir, faça duas tentativas. Escovar após 5 minutos.	<table border="1"> <tr> <td></td> <td>Rovato</td> <td>Veludo</td> <td>Igora</td> <td>Margarita</td> <td>Vermelho</td> </tr> <tr> <td>1ª tentativa</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2ª tentativa</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		Rovato	Veludo	Igora	Margarita	Vermelho	1ª tentativa						2ª tentativa						Sem Pontos (0)	
	Rovato	Veludo	Igora	Margarita	Vermelho																
1ª tentativa																					
2ª tentativa																					
ATENÇÃO Leia e escreva de memória (1 número por segundo) O sujeito deve repetir e escrever em ordem decrescente [] 2 1 8 5 4 O sujeito deve repetir e escrever em ordem crescente [] 7 4 2 Leia e escreva de memória. O sujeito deve falar com a mão fechada cada vez que ouvir a letra "A". Não se utilizam pontos se 1/2 erro. [] FBACMNAAJKLBAFAKDEAAAJAMOFAB			2																		
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 pontos			3																		
LINGUAGEM Repete: Eu souente sei que o João querent é apedelo-fojo. [] O gato sempre se encosta ventado do sofá quando o cachorro está na sala. []			2																		
Plurais verbos: dizer o maior número possível de palavras que começam pela letra F (1 minuto). [] (0 a 11 palavras)			1																		
ABSTRAÇÃO Semelhante p. ex. entre banana e laranja - frutas [] Ironia - bicicleta [] estigmo - rigas			2																		
EVOCÇÃO VERBAL Deve recordar as palavras SEM PONTAS	<table border="1"> <tr> <td></td> <td>Rovato</td> <td>Veludo</td> <td>Igora</td> <td>Margarita</td> <td>Vermelho</td> </tr> <tr> <td>[]</td> <td>[]</td> <td>[]</td> <td>[]</td> <td>[]</td> <td>[]</td> </tr> </table>		Rovato	Veludo	Igora	Margarita	Vermelho	[]	[]	[]	[]	[]	[]	Pontuação apenas por a evocção SEM PONTAS	5						
	Rovato	Veludo	Igora	Margarita	Vermelho																
[]	[]	[]	[]	[]	[]																
OPCIONAL Ponto de categoria Ponto de múltipla escolha																					
ORIENTAÇÃO [] Dia do mês [] Mês [] Ano [] Dia do semana [] Lugar [] Cidade			6																		
© Z. Nasreddine MD www.mocatest.org Versão experimental Brasileira: Ana Lúcia Rosa Sarmento Paulo Henrique Famine Bertolucci - José Roberto Wajman (UNIFESP-SP 2007)		TOTAL Adicione 1 pt se o total de pontuação	30																		

ANEXO B: ESCALA DE FRAGILIDADE DE EDMONTON

Nome do Entrevistado: _____

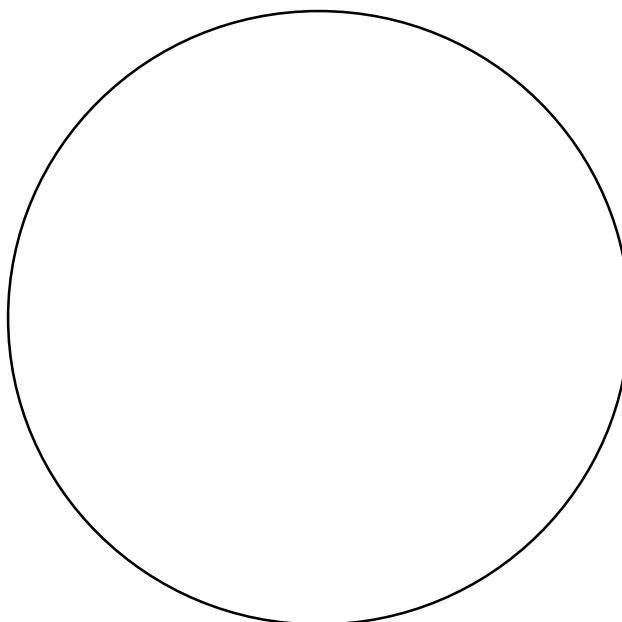
Nome do entrevistador: _____

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 O TDR da EFE foi pontuado da seguinte maneira: A. Aprovado. Todos os ponteiros e números estão presentes nas devidas posições. Não há adições ou duplicidades. 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> <ol style="list-style-type: none"> a. Algum número está posicionado na porção interior do círculo. b. Há mais ou menos de três números em qualquer um dos quadrantes. C. Reprovado com erros significantes. <ol style="list-style-type: none"> 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>Uma reprova com erros significativos sugere déficit cognitivo.</p>		
<p>1) Cognição. 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>		

(0) Aprovado com	(1) Reprovado com erros mínimos	(2) Reprovado erros significantes	TDR _____
2) Estado Geral de Saúde. a) Nos últimos 12 meses, quantas vezes você foi internado(a)? (0) 0 >2 (1) 1-2 (2)			EESTSAU _____
b) De modo geral, como você descreveria sua saúde? (escolha uma alternativa) (0) Excelente (2) Ruim (0) Muito boa (0) Boa (1) Razoável			EDSAU _____
3) Independência Funcional. Em quantas das seguintes atividades você precisa de ajuda?			
(0) 0-1 5-8	(1) 2-4	(2)	EINFUNC _____
<ul style="list-style-type: none"> • Preparar refeição (cozinhar) <input type="checkbox"/> Usar o telefone • Transporte (locomoção de um lugar para o outro) <input type="checkbox"/> <li style="padding-left: 20px;">Lavar a roupa • Cuidar da casa (limpar / arrumar casa) <input type="checkbox"/> Cuidar do dinheiro • Fazer compras <input type="checkbox"/> Tomar remédios 			
4) Suporte social. Quando você precisa de ajuda, você pode contar com a ajuda de alguém que atenda as suas necessidades? (0) Sempre Nunca (1) Algumas vezes (2)			EAJUDA _____
5) Uso de Medicamentos. Normalmente, você usa, cinco ou mais remédios diferentes e recitados (pelo médico)? (0) Não (1) Sim			EUMED _____
Algumas vezes você esquece de tomar os seus remédios? (0) Não (1) Sim			EVEZES _____
6) Nutrição. Recentemente, você tem perdido peso, de forma que suas roupas estão mais folgadas? (0) Não (1) Sim			ENUT _____
7) Humor. Você se sente triste ou deprimido(a) com frequência? (0) Não (1) Sim			EHUMOR _____
8) Continência. Você tem problema de perder o controle da urina sem querer? (segurar urina?) (0) Não (1) Sim			ECONT _____

<p>9) Desempenho funcional.</p> <p>FAVOR OBSERVAR: PONTUE este item do teste como > 20 segundos se:</p> <ul style="list-style-type: none">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>(0) 0-10 seg. (1) 11-20 seg. (2) > 20 seg.</p>	<p>EDPFUNC</p> <p>_____</p>
---	-----------------------------



ANEXO C: QUALIDADE DE VIDA

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor, responda a todas as questões**. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

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

		muito ruim	ruim	nem ruim 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	mais ou menos	bastante	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 aproveita 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 questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	muito	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 disponíveis 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 atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários 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	nem 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 meio 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?.....

Você tem algum comentário sobre o questionário?

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO



WHOQOL-OLD

Instruções

ESTE INSTRUMENTO **NAO** DEVE SER APLICADO INDIVIDUALMENTE, MAS SIM **EM CONJUNTO** COM O INSTRUMENTO WHOQOL-BREF

Este questionário pergunta a respeito dos seus pensamentos, sentimentos e sobre certos aspectos de sua qualidade de vida, e aborda questões que podem ser importantes para você como membro mais velho da sociedade.

Por favor, responda todas as perguntas. Se você não está seguro a respeito de que resposta dar a uma pergunta, por favor escolha a que lhe parece mais apropriada. Esta pode ser muitas vezes a sua primeira resposta.

Por favor tenha em mente os seus valores, esperanças, prazeres e preocupações. Pedimos que pense na sua vida **nas duas últimas semanas**.

Por exemplo, pensando nas duas últimas semanas, uma pergunta poderia ser :

O quanto você se preocupa com o que o futuro poderá trazer?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor reflete o quanto você se preocupou com o seu futuro durante as duas últimas semanas. Então você circularia o número 4 se você se preocupou com o futuro "Bastante", ou circularia o número 1 se não tivesse se preocupado "Nada" com o futuro. Por favor leia cada questão, pense no que sente e circule o número na escala que seja a melhor resposta para você para cada questão.

Muito obrigado(a) pela sua colaboração!



WHOQOL-OLD

Instruções

ESTE INSTRUMENTO NAO DEVE SER APLICADO INDIVIDUALMENTE, MAS SIM EM CONJUNTO COM O INSTRUMENTO WHOQOL-BREF

Este questionário pergunta a respeito dos seus pensamentos, sentimentos e sobre certos aspectos de sua qualidade de vida, e aborda questões que podem ser importantes para você como membro mais velho da sociedade.

Por favor, responda todas as perguntas. Se você não está seguro a respeito de que resposta dar a uma pergunta, por favor escolha a que lhe parece mais apropriada. Esta pode ser muitas vezes a sua primeira resposta.

Por favor tenha em mente os seus valores, esperanças, prazeres e preocupações. Pedimos que pense na sua vida **nas duas últimas semanas**.

Por exemplo, pensando nas duas últimas semanas, uma pergunta poderia ser :

O quanto você se preocupa com o que o futuro poderá trazer?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor reflete o quanto você se preocupou com o seu futuro durante as duas últimas semanas. Então você circularia o número 4 se você se preocupou com o futuro "Bastante", ou circularia o número 1 se não tivesse se preocupado "Nada" com o futuro. Por favor leia cada questão, pense no que sente e circule o número na escala que seja a melhor resposta para você para cada questão.

Muito obrigado(a) pela sua colaboração!

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

old_01 Até que ponto as perdas nos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato), afetam a sua vida diária?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_02 Até que ponto a perda de, por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato, afeta a sua capacidade de participar em atividades?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_03 Quanta liberdade você tem de tomar as suas próprias decisões?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_04 Até que ponto você sente que controla o seu futuro?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_05 O quanto você sente que as pessoas ao seu redor respeitam a sua liberdade?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_06 Quão preocupado você está com a maneira pela qual irá morrer?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_07 O quanto você tem medo de não poder controlar a sua morte?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_08 O quanto você tem medo de morrer?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_09 O quanto você teme sofrer dor antes de morrer?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
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.

old_10 Até que ponto o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato) afeta a sua capacidade de interagir com outras pessoas?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

old_11 Até que ponto você consegue fazer as coisas que gostaria de fazer?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

old_12 Até que ponto você está satisfeito com as suas oportunidades para continuar alcançando outras realizações na sua vida?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

old_13 O quanto você sente que recebeu o reconhecimento que merece na sua vida?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

old_14 Até que ponto você sente que tem o suficiente para fazer em cada dia?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

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

old_15 Quanto satisfeito você está com aquilo que alcançou na sua vida?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	insatisfeito	4	5
		3		

old_16 Quanto satisfeito você está com a maneira com a qual você usa o seu tempo?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	insatisfeito	4	5
		3		

old_17 Quanto satisfeito você está com o seu nível de atividade?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	insatisfeito	4	5
		3		

old_18 Quanto satisfeito você está com as oportunidades que você tem para participar de atividades da comunidade?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	insatisfeito	4	5
		3		

old_19 Quanto feliz você está com as coisas que você pode esperar daqui para frente?

Muito infeliz	Infeliz	Nem feliz	Feliz	Muito feliz
1	2	nem infeliz	4	5
		3		

old_20 Como você avaliaria o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato)?

Muito ruim	Ruim	Nem ruim	Boa	Muito boa
1	2	nem boa	4	5
		3		

Data:

ANEXO D: GENOGRAMA E ECOMAPA

GENOGRAMA E ECOMAPA

- 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.

SÍMBOLOS DO GENOGRAMA

	Homem		Ligação normal		Casal com filhos
	Mulher		Ligação próxima		Óbito
	Aborto sexo indefinido		Ligação estreita		Pessoas no mesmo lar
	Aborto sexo definido		Ligação conflituosa		Adoção
	Ligação distante		Separação		Gravidez
	Gêmeos idênticos		Gêmeos		