

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

**A FRAGILIDADE EM RESIDENTES DE UM CONDOMÍNIO EXCLUSIVO PARA IDOSOS
DO INTERIOR DE SÃO PAULO**

JULIANA CERQUEIRA LEITE

SÃO CARLOS

2016

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

**A FRAGILIDADE EM RESIDENTES DE UM CONDOMÍNIO EXCLUSIVO PARA IDOSOS
DO INTERIOR DE SÃO PAULO**

JULIANA CERQUEIRA LEITE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal de São Carlos, como requisito para obtenção do Título de Mestre em Ciências da Saúde.

Apoio financeiro: FAPESP (Processo nº 2014/06239-8)

Orientadora: Profa. Dra. Marisa Silvana Zazzetta

SÃO CARLOS

2016

Ficha catalográfica elaborada pelo DePT da Biblioteca Comunitária UFSCar
Processamento Técnico
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

L533f Leite, Juliana Cerqueira
A fragilidade em residentes de um condomínio exclusivo para idosos do interior de São Paulo / Juliana Cerqueira Leite. -- São Carlos : UFSCar, 2016.
124 p.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal de São Carlos, 2016.

1. Envelhecimento. 2. Gerontologia. 3. Idoso Fragilizado. 4. Habitação. I. Título.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Folha de Aprovação

Assinaturas dos membros da comissão examinadora que avaliou e aprovou a Defesa de Dissertação de Mestrado da candidata Juliana Cerqueira Leite, realizada em 05/02/2016:

Prof. Dra. Marisa Silvana Zazzetta
UFSCar

Prof. Dr. José Luiz Riani Costa
Unesp

Prof. Dra. Luzia Cristina Antoniossi Monteiro
UFSCar

“O intervalo de tempo entre a juventude e a velhice é mais breve do que se imagina. Quem não tem prazer de penetrar no mundo dos idosos não é digno da sua juventude...”

Augusto Cury

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus acima de tudo, por ter me iluminado e me conedido forças durante essa etapa de minha formação acadêmica, para que eu pudesse sempre ter confiança e perseverança em meus esforços.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSCar, por ter me acolhido e dado o suporte necessário para a minha formação e conclusão do Mestrado.

A minha orientadora Prof^ª Dr^ª Marisa Silvana Zazzetta, por novamente estar ao meu lado, sempre me apoiando com muita paciência e colaboração, pois com a sua dedicação e carinho esse trabalho pôde ser realizado e concluído com qualidade.

A Secretaria de Assistência e Desenvolvimento Social, por ter me apoiado e confiado em meu trabalho, assim como agradeço aos idosos e gestor participantes, pois sem a presença dessas pessoas esse trabalho não poderia ser realizado.

A Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo – FAPESP, pelo apoio e incentivo financeiro.

Aos meus familiares, em especial aos meus pais Valdir e Kátia, e a minha irmã Laís, que juntos, estiveram presentes em todos os meus caminho percorridos, sempre me apoiando, me fortalecendo e acreditando em meus esforços. Amo muito vocês!

Ao meu namorado Luan, que também sempre me apoia, incentiva e acredita em minhas escolhas, me oferecendo força nos momentos difíceis. Agradeço também por mais uma vez ter colaborado muito na construção dos gráficos dos genogramas. Amo muito você!

Agradeço também as minha colegas e companheiras de Mestrado, que sempre me auxiliaram e apoiaram no decorrer desse processo.

RESUMO

Com o aumento da expectativa de vida e o predomínio de doenças crônico-degenerativas nas fases mais avançadas da vida, deve haver uma atenção direcionada à fragilidade na velhice. Devido à preocupação em relação à moradia e ao envelhecimento, surgiram os condomínios exclusivos para idosos, que precisam contemplar as necessidades dos idosos frágeis. O objetivo deste estudo foi verificar os serviços oferecidos em um condomínio para idosos e sua relação com a fragilidade e necessidade de cuidados de seus moradores. Trata-se de um estudo transversal, exploratório, descritivo e quanti-qualitativo, realizado em um condomínio do interior do Estado de São Paulo. No estudo, foram empregados: entrevistas semi-estruturadas; o fenótipo de fragilidade de Fried para avaliar a fragilidade; a Escala de Depressão Geriátrica Abreviada, para rastrear sintomas depressivos; o Índice de Katz e a Escala de Lawton e Brody para as Atividades Básicas e Instrumentais de Vida Diária; o Mini Exame do Estado Mental e o Teste do Relógio para investigar o estado cognitivo; além de Genograma e Ecomapa na avaliação da família e rede de suporte social. Os dados quantitativos foram analisados por meio de estatísticas descritivas, teste de correlação de Spearman e testes de comparação de grupos Manny Whitney e Kruskal Wallis. A análise de conteúdo foi realizada para as questões qualitativas. Participaram do estudo 28 idosos, com média de idade de 73,68 anos ($\pm 5,95$), a maioria (64,3%) pertencente ao sexo feminino. Em relação à fragilidade, 42,9% são pré-frágeis, sendo que as variáveis com maior relação com a fragilidade foram as de atividade física, Atividades Básicas e Instrumentais de Vida Diária e cognição. Todos os idosos tinham famílias, porém apresentaram uma rede social empobrecida. O condomínio tem o objetivo de oferecer moradia a idosos em situação de vulnerabilidade socioeconômica e capazes de viver sozinhos, não sendo estruturado para atender residentes em situação de fragilidade. Os idosos estão apresentando condição de pré-fragilidade, tornando-se frágeis mais jovens. A atividade física, as atividades de vida diária e a cognição apresentaram-se como fatores associados à fragilidade, comprometendo a condição de independência necessária para que possam morar sozinhos no condomínio. Diante disso, é necessário que esse equipamento escolha entre permanecer oferecendo moradia assistida e serviços sócio-assistenciais aos idosos independentes e saudáveis, ou modificar a organização, objetivos, critérios de inclusão e serviços oferecidos para atender as necessidades de idosos fragilizados, visando uma permanência prolongada em suas moradias.

Palavras-chave: Envelhecimento, Gerontologia, Idoso Fragilizado, Habitação

ABSTRACT

The frailty in elderly people deserves attention, especially with the increase in life expectancy and the predominance of chronic degenerative diseases during later stages of life. The recent establishments of condominiums exclusive for elderly people that offer to provide care for their special needs can be explained by factors like population ageing and worries regarding the availability of proper housing for elderly people. This study aims to analyze the services and practices offered by a condominium for elderly people and their relation to the frailty and care needs of the residents. This is a transversal, exploratory, descriptive, quantitative and qualitative study that took place in a condominium located in the state of Sao Paulo, Brazil. Semi-structured interviews, the Fried phenotype of Frailty to evaluate the frailty, Geriatric Depression Scale (short form) to track depressive symptoms, Katz Index and Lawton and Brody Scale for basic and instrumental activities of daily living, Mini-Mental State Examination and Clock Test to investigate the cognitive conditions, Genogram and Ecomap for evaluation of family and social support network were all used to perform this study. Quantitative data was analyzed using descriptive statistics, Spearman correlation test and the Mann Whitney and Kruskal Wallis's comparing test groups. Content analysis was performed to improve quality. There were 28 participants in the study, with an average age of 73.68 years (± 5.95) – most of them female (64,3%). Regarding frailty, 42.9% are pre-frail, and the variables more related to fragility were physical activity, basic and instrumental activities of daily living and cognition. Although having families, all the elderly people have a debilitated social network. The condominium was designed to provide housing for elderly in both social and economic vulnerability that are still able to live alone, not being structured to meet the needs of elderly people in fragile conditions. The elderly are presenting pre-frailty condition, and they are becoming frail sooner than expected. Physical activity, activities of daily life and cognition represent the major factors related to frailty, compromising the independence of its residents. Therefore, for the condominium, it's necessary to choose between stay offering assistance services only for independent and healthy elderly residents, or modify its entire organization, objectives and inclusion criteria and start offering services to meet the needs of frail elderly, ensuring a longer permanence of them in their homes.

Keywords: Aging, Gerontology, Frail Elderly, Housing

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Composição da população residente urbana, por sexo, segundo os grupos de idade – Brasil – 1991/2010.	14
Figura 2 - Composição da população residente rural, por sexo, segundo os grupos de idade – Brasil – 1991/2010.	14
Figura 3 - Composição absoluta da população do Brasil, por idade e sexo - 2020/2050.	16
Figura 4 - Genograma da família com o menor número de membros familiares citados. São Carlos, 2016.	60
Figura 5 - Genograma da família com o maior número de membros familiares citados. São Carlos, 2016.	61
Figura 6 - Genograma de uma família com 3 gerações vivas citadas. São Carlos, 2016.	622
Figura 7 - Genograma de uma idosa que possui relações harmoniosas com 2 gerações. São Carlos, 2016.	62
Figura 8 - Genograma de uma idosa que possui relações harmoniosas com seus familiares. São Carlos, 2016.	63
Figura 9 - Genograma de uma idosa que possui relações harmoniosas estreitas com seus familiares. São Carlos, 2016.	64
Figura 10 - Genograma de uma idosa que possui relações harmoniosas com proximidade à distância com membros familiares. São Carlos, 2016.	65
Figura 11 - Genograma de uma idosa que possui relações conflituosas com membros familiares. São Carlos, 2016.	66
Figura 12 - Genograma de um idoso que possui relação distante com membro familiar. São Carlos, 2016.	66
Figura 13 - Genograma de um idoso que possui 1 filho vivo. São Carlos, 2016.	67
Figura 14 - Genograma de uma idosa que possui 2 filhas vivas. São Carlos, 2016.	67

Figura 15 – Ecomapa de um idoso com 4 vínculos sociais citados. São Carlos, 2016.....	72
Figura 16 – Ecomapa de um idoso com 5 vínculos sociais citados. São Carlos, 2016.....	72
Figura 17 – Ecomapa de um idoso com 11 vínculos sociais citados. São Carlos, 2016.....	73
Figura 18 – Ecomapa de um idoso com 18 vínculos sociais citados. São Carlos, 2016.....	73

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos idosos segundo a caracterização sócia demográfica, econômica e uso de medicamentos. São Carlos, 2016.....	42
Tabela 2 - Distribuição dos idosos segundo a caracterização da condição de fragilidade. São Carlos, 2016.....	45
Tabela 3 - Distribuição do grau de fragilidade dos idosos segundo o sexo e a faixa etária caracterização da condição de fragilidade. São Carlos, 2016.....	45
Tabela 4 - Distribuição dos idosos segundo as perdas nos critérios do fenótipo da fragilidade proposto por Fried et al. (2001). São Carlos, 2016.	46
Tabela 5 - Distribuição dos idosos segundo o desempenho no TDR. São Carlos, 2016.	47
Tabela 6 - Distribuição dos idosos segundo as perdas nos itens do GDS. São Carlos, 2016.....	47
Tabela 7 - Distribuição dos idosos segundo as perdas nas ABVDS. São Carlos, 2016.	48
Tabela 8- Distribuição dos idosos segundo as perdas nas AIVDS. São Carlos, 2016.....	49
Tabela 9 - Correlação entre as variáveis da fragilidade. São Carlos, 2016.....	53
Tabela 10 - Comparação entre dois grupos – teste Mann Whitney. São Carlos, 2016.....	55
Tabela 11 - Comparação entre grupos – teste Kruskal Wallis. São Carlos, 2016.	58
Tabela 12 - Descrição das estruturas familiares. São Carlos, 2016.....	68
Tabela 13 - Distribuição das redes de suporte social. São Carlos, 2016.....	70
Tabela 14 - Descrição dos vínculos sociais. São Carlos, 2016.....	71

LISTA DE ABREVIATURAS

ABVDS – Atividades Básicas de Vida Diária

AIVDS – Atividades Instrumentais de Vida Diária

AVDS – Atividades de Vida Diária

FIBRA – Fragilidade em Idosos Brasileiros

GDS – Escala de Depressão Geriátrica

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IMC – Índice de Massa Corporal

MEEM – Mini Exame do Estado Mental

PAH – Perfil de Atividade Humana

PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

SESC – Serviço Social do Comércio

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TDR – Teste do Relógio

UBS – Unidade Básica de Saúde

USF – Unidade de Saúde da Família

Sumário

1. INTRODUÇÃO AO PROBLEMA	13
1.1. O envelhecimento populacional no Brasil	13
1.2. Envelhecimento e fragilidade	17
1.3. Condomínio Exclusivo para Idosos	23
2. OBJETIVOS.....	28
2.1. Objetivo Geral	28
2.2. Objetivos Específicos	28
3. MÉTODO E CASUÍSTICA.....	29
3.1. Tipo e Detalhamento do Estudo	29
3.2. Aspectos Epistemológicos: o método dialético	30
3.3. Local do Estudo	32
3.4. Participantes do Estudo.....	33
3.5. Coleta de Dados.....	33
3.6. Análise dos Dados	38
3.7. Procedimentos Éticos.....	39
4. RESULTADOS	41
4.1. Caracterização sócio demográfica, econômica e uso de medicamentos dos idosos.....	41
4.2. Condição de fragilidade dos idosos	42
4.3. Correlações e comparação de médias entre as variáveis da fragilidade	50
4.4. Composição e suporte familiar dos idosos.....	59
4.5. Rede de suporte social dos idosos	69
4.6. Entrevista com o gestor.....	74
5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	78
5.1. Dados sócio demográficos e uso de medicamentos.....	78
5.2. A fragilidade dos idosos.....	79
5.3. Fatores associados à fragilidade	83
5.4. Suporte familiar e social	87
5.5. O equipamento e os serviços oferecidos	90
5.6. Reflexões sobre o método dialético e as novas formas de moradia para idosos	92
6. CONSIDERAÇÃO FINAIS.....	94
7. REFERÊNCIAS	97

ANEXO A – ENTREVISTA DO MORADOR IDOSO.....	104
ANEXO B – ENTREVISTA DO GESTOR	117
ANEXO C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	120
ANEXO D – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS ...	122
ANEXO E – AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA E DESENVOLVIMENTO SOCIAL DE ARARAQUARA	124

1. INTRODUÇÃO AO PROBLEMA

1.1. O envelhecimento populacional no Brasil

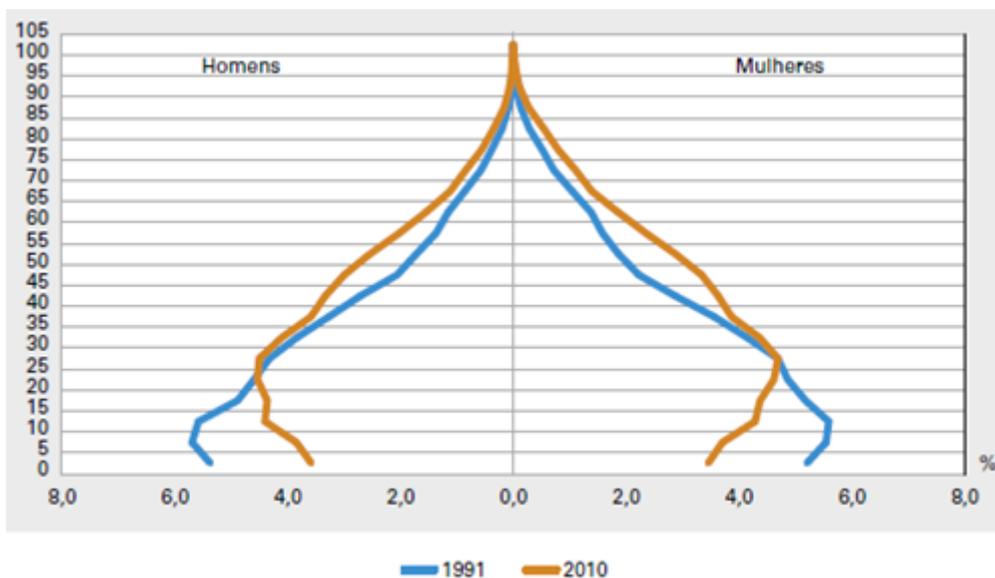
O envelhecimento populacional é uma realidade existente em diversos países, o que leva a uma modificação na estrutura dos gastos em várias áreas importantes, e no Brasil, esse ritmo de crescimento da população idosa também é visível, pois com a taxa de fecundidade abaixo do nível de reposição populacional, os avanços da tecnologia na área da saúde e as mudanças no cenário da mortalidade para as doenças crônicas, esse grupo etário vem ocupando, atualmente, um espaço significativo em nossa sociedade (IBGE, 2010).

Nas décadas de 1950 e 1960, iniciou-se o processo de envelhecimento populacional no Brasil. As taxas de mortalidade caíram, porém, os níveis de fecundidade continuavam altos, sendo que nesses anos o Brasil possuía a maior taxa de crescimento populacional anual, correspondente a 2,99%. Nesse período, as taxas de fecundidade eram de 6,2 e 6,3 filhos para cada mulher, respectivamente. (IBGE, 2011a).

No final dos anos 1960 se inicia, ainda muito sutilmente, a redução dos níveis de fecundidade, e é a partir da década de 1980 que mudanças no crescimento populacional começam a ocorrer de maneira mais significativa. Entre os anos de 1970 e 1980, a taxa de crescimento populacional que era de 2,48%, passou para 1,93% entre os anos 1980 e 1990, mudanças essas causadas pela diminuição das taxas de fecundidade da população. Desse período até o início dos anos 2000, esse crescimento populacional continuou caindo, sendo que atualmente e nos próximos anos, essa tendência continuará ocorrendo (IBGE, 2011a).

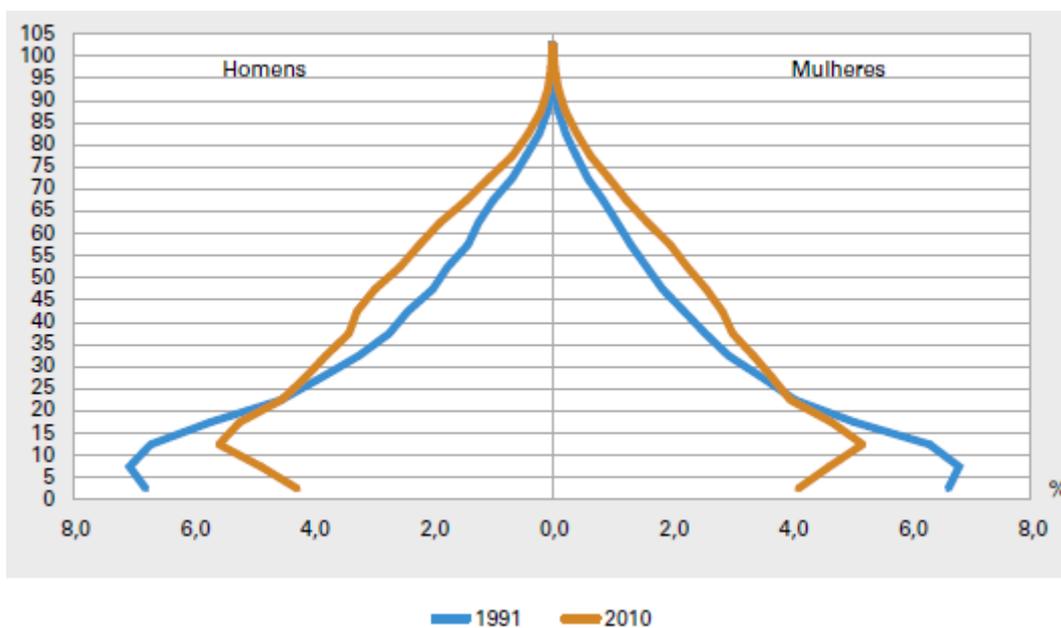
Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (2011a), nas duas últimas décadas, ocorreram mudanças importantes na estrutura etária brasileira, pois a base da pirâmide etária sofreu um estreitamento, o grupo de 25 a 29 anos teve um aumento de sua participação e o topo da pirâmide sofreu um alargamento. As Figuras 1 e 2 representam essa mudança na estrutura etária brasileira da população urbana e rural.

Figura 1 - Composição da população residente urbana, por sexo, segundo os grupos de idade – Brasil – 1991/2010.



Fonte: IBGE, 2011a.

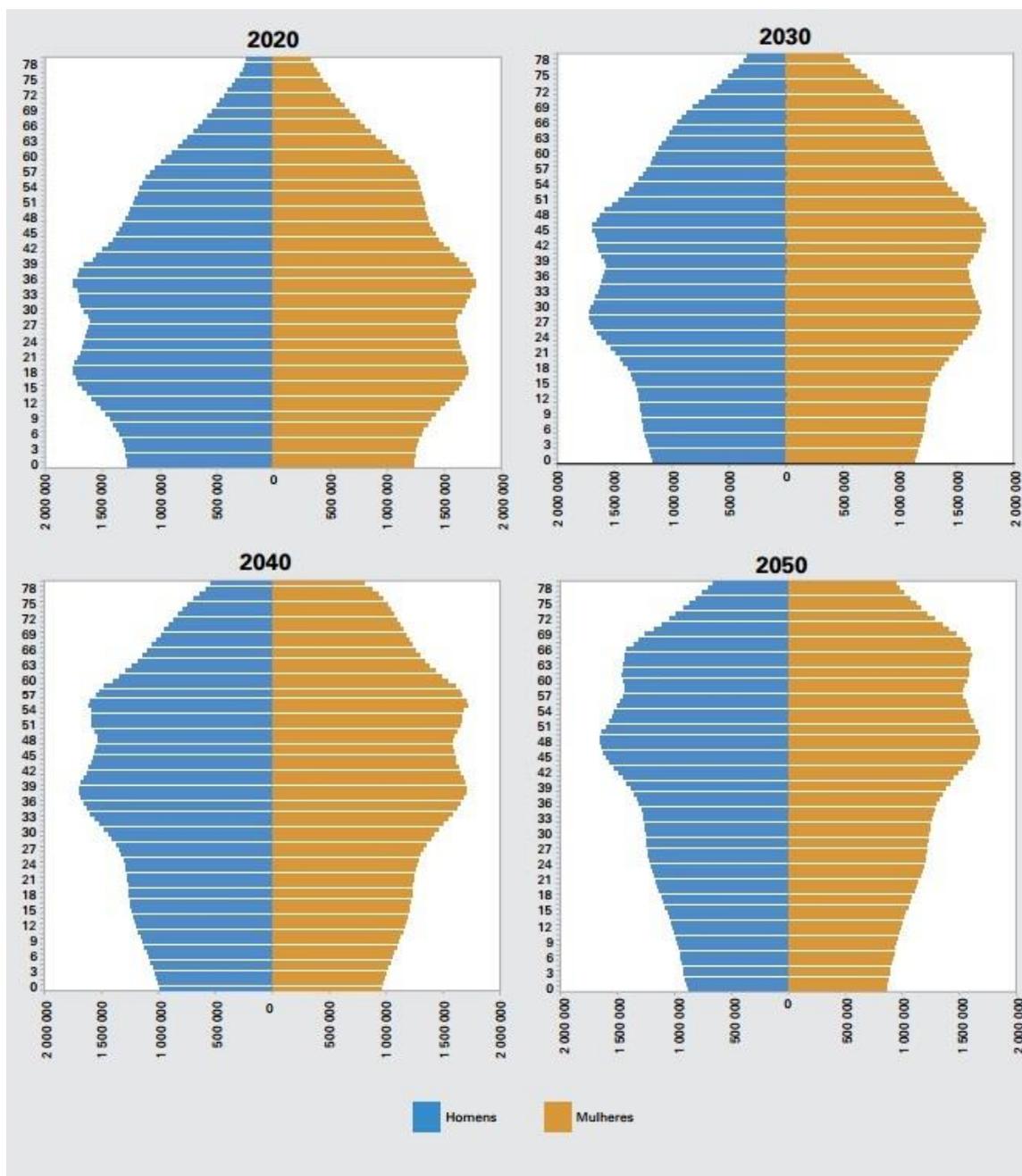
Figura 2 - Composição da população residente rural, por sexo, segundo os grupos de idade – Brasil – 1991/2010



Fonte: IBGE, 2011a.

Apesar da diminuição das taxas de fecundidade/natalidade, redução da mortalidade e aumento na esperança de vida ao nascer, atualmente, o crescimento populacional no Brasil ainda existe, porém essas taxas de crescimento tendem a cair, sendo que, a partir de 2040, elas serão negativas (MENDES et al., 2012).

A população idosa que já apresenta crescimento aumentará ainda mais a partir de 2020, e, em 2040, essa população será quase um quarto da população total brasileira. Até 2020, a população infantil já estará reduzida e haverá um aumento da parcela de idosos na população, porém, mesmo com esse aumento, ainda haverá o predomínio da população adulta e produtiva, sendo que as estimativas indicam que é a partir de 2030 que essa população cairá intensivamente, ocasionando o crescimento significativo da população idosa (MENDES et al., 2012). A Figura 3 ilustra as projeções populacionais e apresenta o crescimento da população idosa nas próximas décadas.

Figura 3 - Composição absoluta da população do Brasil, por idade e sexo - 2020/2050.

Fonte: IBGE, 2008.

Conforme já apresentado, a expectativa de vida da população aumentou e segundo o IBGE (2011b), em 2010, a expectativa de vida ao nascer do brasileiro era de 69,73 anos para os homens e 77,32 anos para as mulheres, demonstrando um acréscimo de aproximadamente três anos em relação ao ano 2000. As projeções mostram que nas próximas décadas, a expectativa de vida da

população brasileira aumentará cada vez mais. Em 2030, as estimativas indicam que a expectativa de vida será de 74,8 anos, para os homens, e 81,8 anos, para as mulheres, e, em 2050, corresponderá a 78,2 e 84,5 anos para homens e mulheres, respectivamente (IBGE, 2008).

Em relação ao número total de idosos residentes no país, segundo o levantamento da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), no ano de 2013, o Brasil possuía um total de 26.134.000 idosos em sua população, o que correspondia cerca de 13% dos brasileiros, sendo que em 2003 havia um total de 16.022.231 idosos, o que correspondia 9,3% de toda a população do Brasil (IBGE, 2013).

No que diz respeito às principais doenças crônicas que atingem a população que envelhece estão as cardiovasculares, respiratórias, diabetes, neoplasias, demências, artrose, entre outras. A maioria delas não possui cura, porém podem ser prevenidas e controladas por meio de hábitos saudáveis de vida e adequação nos tratamentos (VERAS, 2011).

O aumento no número de idosos e das doenças crônicas tenderá o aumento de pessoas fragilizadas e com necessidade de cuidado de longa duração, pois o aumento dos anos vividos com essas condições crônicas pode levar à incapacidade funcional dos indivíduos (VERAS, 2011).

Essa situação gera maiores desafios para a nossa sociedade, como a manutenção da saúde, autonomia e independência dos idosos; a prevenção de doenças e condições que causam fragilidade, e o desenvolvimento de políticas que visem a promoção da saúde e a manutenção da capacidade funcional. Estratégias essas que contribuem para a conquista de um envelhecimento mais ativo e saudável possível (VERAS, 2011; CAMOPLINA et al., 2013).

1.2. Envelhecimento e fragilidade

Diante disso, com o aumento da expectativa de vida e o predomínio de doenças crônico-degenerativas nas fases mais avançadas da vida, há a preocupação com os impactos e consequências que esse processo gera em nossa sociedade, como é o caso das demandas por cuidados

para essa população. Assim, a fragilidade dos idosos torna-se também uma preocupação, pois, segundo Lang, Michel e Zekry (2009), ao contrário do processo de envelhecimento, a fragilidade pode ser prevenida e revertida.

A fragilidade é um conceito em construção e cada vez mais há o interesse de pesquisar e aumentar a produção científica sobre o tema. Segundo Duarte e Lebrão (2011), existem diversas teorias que visam explicar as causas da condição de fragilidade em idosos, e, atualmente, os estudos sobre fragilidade derivaram de dois grupos de pesquisa que possuem o objetivo de avaliar e medir essa condição: um nos Estados Unidos da América (Cardiovascular Health Study e Women's Health and Aging Studies) e o outro no Canadá (Canadian Study of Health and Aging).

Os pesquisadores do grupo americano afirmam que a condição de fragilidade é resultado de um processo biológico e fisiopatológico, sendo definida como uma síndrome clínica. Esse conceito traz que o declínio acumulativo e as modificações nos sistemas fisiológicos de um indivíduo, resultam na redução da reserva energética e a da resistência aos estressores, causando, dessa forma, uma vulnerabilidade às condições adversas, ou seja, diante à exposição de determinadas perturbações, como a variação da temperatura ambiental e das condições de saúde (presença de doenças crônicas, agudas ou alguma lesão), essa diminuição da reserva energética e da resistência aos estressores causa dificuldade do indivíduo em manter o equilíbrio homeostático de seu organismo. (DUARTE; LEBRÃO, 2011; TEIXEIRA; NERI, 2006; FRIED et al., 2004; FRIED et al., 2001).

Nessa perspectiva, a condição de fragilidade apresenta-se como um ciclo ou uma espiral de declínios causados pelas alterações nos sistemas fisiológicos. Esse ciclo pode-se iniciar pela deficiência da ingestão de alimentos, causada, muitas vezes, pela diminuição do paladar, olfato e dentição, por causa de doenças, depressão e demência, o que leva à anorexia do envelhecimento, e conseqüentemente, à desnutrição crônica. Esse estado, por sua vez, acaba levando o idoso à perda muscular (sarcopenia), reduzindo assim sua força e a tolerância ao exercício, causando também a

diminuição da velocidade da marcha, da atividade física e do gasto energético (DUARTE; LEBRÃO, 2011; FRIED et al., 2001).

Dessa forma, com base nesses conceitos, para a identificação clínica dessa síndrome, esse grupo de pesquisadores, liderado por Linda Fried, propôs um fenótipo de fragilidade baseado em cinco fatores: (1) perda de peso não intencional no último ano (maior ou igual a 4,5 kg ou correspondente a 5% do peso corporal); (2) fadiga auto-relatada; (3) baixa força de preensão manual; (4) lentidão da marcha e (5) baixo nível de atividade física. Com base nesse fenótipo, o idoso é classificado como frágil quando apresenta três ou mais desses fatores, pré-frágil quando apresenta um ou dois e não frágil quando não apresenta nenhum desses aspectos. (FRIED et al., 2001).

Diante disso, com o objetivo de desenvolver e sistematizar o fenótipo para a mensuração da fragilidade, Fried e colaboradores (2001) encontraram em seu estudo uma prevalência equivalente a cerca de 7% de idosos frágeis (apresentaram três ou mais fatores do fenótipo), 47% de idosos pré-frágeis (apresentaram um ou dois fatores) e 46% de idosos não frágeis (não apresentaram nenhum fator). Esse estudo identificou também que a prevalência da fragilidade aumenta com a idade, ou seja, os idosos mais velhos possuem maior fragilidade que os idosos mais jovens.

Outro aspecto relevante sobre essa condição é que a presença de fragilidade pode ser um fator preditor de resultados adversos como quedas, hospitalização, institucionalização, incapacidade e morte. Além disso, os idosos que apresentam a condição de pré-frágilidade possuem um risco elevado de passarem a ser frágeis e sofrerem tais desfechos (FRIED et al., 2001).

O grupo de pesquisadores canadenses está ligado ao Canadian Study of Health and Aging (CSHA), iniciativa multicêntrica e de estudo populacional, que teve como objetivo principal a pesquisa da prevalência e incidência, os fatores de risco e os padrões de cuidados da demência na população idosa canadense. O referido estudo teve duração de cinco anos, iniciou-se em 1991 e foi acompanhado até o período de 1996/1997. Além disso, foi realizado em duas etapas, sendo que a primeira (CSHA-1) estava relacionada ao objetivo principal, e a segunda (CSHA-2) focou em

objetivos secundários, como a abrangência da demência, o comprometimento cognitivo, o envelhecimento saudável, cuidadores e a questão da fragilidade (MCDOWELL; HILL; LINDSAY, 2001).

Em relação ao estudo da fragilidade na segunda fase dessa pesquisa, criou-se a iniciativa denominada como Canadian Initiative on Frailty and Aging, que possuía o intuito de aprofundar a compreensão das causas, desfechos e o processo da fragilidade, buscando conhecer seu diagnóstico, prevenção e tratamento para melhores condições de vida dos idosos frágeis e em risco de fragilidade. Para isso, os pesquisadores dessa iniciativa definiram a condição de fragilidade de forma mais ampla, não como um processo único, mas de forma multifatorial, que envolve os aspectos biológicos, psicológicos, sociais e ambientais dos idosos (BERGMAN et al., 2004).

Rockwood e colaboradores (1994) apresentaram um modelo dinâmico de fragilidade, cuja abordagem do equilíbrio entre ganhos e perdas é utilizada para compreender a condição de fragilidade nos idosos. Nesse modelo, os aspectos positivos (ganhos) como saúde, atitudes e práticas saudáveis, recursos e cuidadores se contrabalançam com os déficits (perdas) como doenças, incapacidade, dependência e sobrecarga dos cuidadores, determinando, assim, o envelhecimento saudável e fragilizado.

Outra abordagem estudada por esse grupo canadense é a condição de fragilidade como uma consequência do acúmulo de déficits ao longo da vida, decorrentes da interação de fatores biopsicossociais e que levam a uma maior vulnerabilidade e risco a resultados adversos, como institucionalização e morte (CLEGG et al., 2013; KOLLER; ROCKWOOD, 2013; ROCKWOOD et al., 2006).

Essa abordagem é bastante interessante, pois a fragilidade pode ser avaliada sem a utilização de instrumentos específicos, sendo que esse resultado do acúmulo de déficits pode ser calculado e operacionalizado por meio de um índice de fragilidade. Esse índice é obtido a partir da somatória do número de *déficits* apresentados por um indivíduo, dividido pelo número total de *déficits*

considerados, sendo que maiores valores representam maior nível de fragilidade. (ROCKWOOD et al., 2006; KOLLER; ROCKWOOD, 2013).

Segundo Koller e Rockwood (2013), além do índice de fragilidade, existem diversas ferramentas utilizadas para a avaliação da fragilidade em idosos e propostas pelos pesquisadores do Canadá, entre elas estão o Tilburg Frailty Indicator, a Clinical Frailty Scale e a Edmonton Frail Scale.

O *Tilburg Frailty Indicator* é um instrumento que se propõe avaliar a fragilidade de idosos da comunidade de maneira multidimensional e auto referida, considerando os aspectos biopsicossociais envolvidos. Essa ferramenta consiste-se em duas partes, a primeira corresponde a um questionário sobre os determinantes da fragilidade e comorbidades, e a segunda corresponde a um questionário que engloba três domínios relacionados à fragilidade: físico, psicológico e social (KOLLER; ROCKWOOD, 2013; GOBBENS et al, 2010). Também é importante destacar que esse instrumento já teve sua adaptação transcultural para o contexto brasileiro, realizada por a Santiago e colaboradores (2012).

A *Clinical Frailty Scale* consiste em uma ferramenta utilizada na avaliação da fragilidade, e para isso utiliza indicadores físicos e funcionais. Essa escala varia de 01 a 07 pontos, sendo que 01 corresponde ao indivíduo saudável e 07 corresponde ao idoso severamente frágil, totalmente dependente funcionalmente de outras pessoas (KOLLER; ROCKWOOD, 2013; ROCKWOOD et al., 2005).

A *Edmonton Frail Scale* é um instrumento de avaliação da fragilidade de idosos da comunidade proposta por Rolfson e colaboradores (2006). Teve sua adaptação cultural e validação para o Brasil realizada por Frabrício-Wehbe et al. (2009), e é chamada de Escala de Fragilidade de Edmonton. Essa escala também é multidimensional, sendo composta por nove domínios que são distribuídos em onze itens ao longo do questionário, os domínios são: cognição, estado geral de saúde, independência funcional, suporte social, uso de medicamento, nutrição, humor, continência e desempenho funcional. A pontuação máxima dessa escala corresponde a 17 pontos, sendo que de 0 a

4 o idoso não apresenta fragilidade, de 5 a 6 é aparentemente vulnerável, de 7 a 8 apresenta fragilidade leve, de 9 a 10 fragilidade moderada e 11 ou mais apresenta fragilidade severa (KOLLER; ROCKWOOD, 2013; FRABRÍCIO-WEHBE et al., 2009).

Como esses pesquisadores definem a fragilidade como uma condição multifatorial, que envolve os aspectos biopsicossociais, é interessante apresentar também que a fragilidade vai muito além de uma condição biomédica, pois a condição de saúde, fragilidade e mortalidade podem ser influenciadas pelo contexto social que os idosos estão inseridos, ou seja, podem ser influenciadas por determinantes sociais, como a situação socioeconômica, o apoio e a inserção social (ANDREW et al., 2012; WOO et al., 2005).

Seguindo essa abordagem, Andrew e colaboradores (2012) investigaram a associação entre vulnerabilidade social, obtida por meio de um índice de vulnerabilidade social, na mortalidade de idosos sem fragilidade, condição essa avaliada pelo índice de fragilidade. Como resultado, os autores encontram que dentre os cinco anos de acompanhamento do estudo, os idosos não frágeis que apresentaram alta vulnerabilidade social possuíam mais que o dobro de probabilidade de morte, ou seja, mesmo não apresentando a condição de fragilidade, os idosos mais vulnerabilizados socialmente possuem maior risco de se tornarem frágeis e sofrerem resultados adversos, como a morte em um curto período de tempo.

Um estudo realizado por Rodriguez-Mañas e colaboradores (2013), teve o objetivo de encontrar um consenso na definição de fragilidade, para isso, selecionaram e reuniram especialistas da área de diversas formações e experiências. Os especialistas participantes receberam artigos sobre a temática da fragilidade revisados por pares, assim como um questionário. As respostas foram discutidas e analisadas e delas originou-se afirmativas sobre fragilidade que foram marcadas pelos participantes com uma pontuação que variava de 1 (sem concordância) a 10 (total concordância). Como resultado, encontrou-se concordância entre os especialistas sobre a importância de uma definição mais abrangente da fragilidade, sendo que essa necessita incluir o desempenho físico,

englobando a velocidade da marcha e mobilidade, bem como o estado nutricional, saúde mental e condição cognitiva.

No Brasil, também há esforços dos pesquisadores da área do envelhecimento em estudar a fragilidade em idosos, e a rede FIBRA (Fragilidade em Idosos Brasileiros) é um grupo de pesquisa pioneiro no estudo das condições de fragilidade em idosos brasileiros residentes na comunidade, relacionando-as com aspectos demográficos, socioeconômicos, de saúde física e cognitiva, desempenho funcional, sintomas depressivos, entre outros (NERI et al., 2013).

Diante da realidade da população que vem envelhecendo com fragilidade, é relevante considerar como a habitação e a moradia refletem nessa condição.

1.3. Condomínio Exclusivo para Idosos

Os conceitos de habitação e moradia são distintos, pois a moradia representa não apenas o espaço físico, como é o caso da habitação, mas também possui um significado mais amplo e subjetivo, porque envolve lembranças, aconchego, proteção, além de ser um local em que os vínculos são construídos de forma positiva ou negativa (SILVA et al., 2010).

Nesse trabalho abordou-se o conceito de moradia, porém, como essa não está indexada como um descritor nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), optou-se em utilizar a palavra habitação, que está indexada.

Assim, em relação a essa temática da moradia, o artigo 6º da Constituição Federal de 1988, garante a moradia como um direito social de todos os cidadãos. Além disso, o Estatuto do idoso, em seu artigo 37, afirma que “o idoso tem direito à moradia digna, no seio da família natural ou substituta, ou desacompanhado de seus familiares, quando assim o desejar, ou, ainda, em instituição pública ou privada”.

Atualmente, existem modalidades organizacionais que oferecem moradia e atendimento à população idosa, de acordo com as suas necessidades. Dentre elas podem ser citadas a

residência temporária, família natural e acolhedora, república, centro de convivência, casa lar e a assistência integral institucional ou Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI) (BRASIL, 2001).

Dessa forma, deve-se ressaltar também as novas formas de morar que contemplem as necessidades dos idosos frágeis, pois, para que ele tenha uma maior qualidade de vida, é necessário que nossa sociedade ofereça a essa população condições adequadas de cuidados em sua moradia até o final da vida. Dessa forma, com a preocupação em relação à moradia e ao envelhecimento, surgiram os condomínios para idosos como uma opção para a população de baixa renda, sendo também vistos como uma alternativa para os governos no atendimento aos idosos carentes (SILVA et al., 2010).

Segundo Monteiro (2012), por meio de políticas públicas habitacionais, os condomínios para idosos são moradias cercadas ou muradas construídas com o objetivo de atender idosos de baixa renda, sem famílias ou com vínculos familiares enfraquecidos e independentes na realização de suas atividades de vida diária. Ainda segundo a autora, esses condomínios apresentam-se como uma nova modalidade de moradia para a população idosa, também podendo apresentar outras denominações, como núcleo habitacional ou conjunto habitacional de idosos.

Existem condomínios para idosos direcionados à população de baixa renda, os quais são implementados por meio de políticas públicas, como é o caso dos condomínios no município de São Paulo, Santos, Itapeva, Avaré, Araras, São João da Boa Vista, Tupã, Tarumã e Araraquara, encontrados e levantados pela pesquisa de Monteiro (2012). Além desses, há aqueles destinados a idosos com padrão sócioeconômico mais favorável e que pagam pela moradia e os serviços utilizados, como é o caso do Condomínio para a Terceira Idade da Associação Geronto Geriátrica de São José do Rio Preto (AGERIP) e o Lar dos Velhinhos de Piracicaba (MONTEIRO, 2012; KATO, 2013).

O da AGERIP é uma associação sem fins lucrativos e não filantrópica, que se caracteriza como uma modalidade de moradia assistida, pois oferece em sua estrutura serviços de

atendimento aos moradores, e possui como opções apartamentos, chalés e flats. Para residir nesse espaço, os idosos necessitam comprar o título patrimonial (MONTEIRO, 2012).

O Lar dos Velhinhos de Piracicaba possui duas modalidades de moradia. A primeira opção é uma ILPI, constituída por apartamentos individuais ou coletivos e destinada para idosos que necessitam de cuidados integrais. A outra modalidade caracteriza-se por casas individuais/chalés em que residem idosos independentes ou com acompanhantes, sendo que os moradores não possuem a propriedade do imóvel, apenas o direito de uso, que retorna à instituição com a mudanças ou morte do ocupante do imóvel. Caso os idosos necessitem de cuidados mais diretos, por causa de limitações físicas e/ou mentais, a instituição os acomoda nos apartamentos da ILPI (MONTEIRO, 2012; KATO, 2013).

Apesar desse modelo de assistência já estar presente na realidade brasileira, na legislação em nível nacional, ele ainda não está descrito como equipamento, bem como não está incluído na Portaria MPAS/SEAS nº 73, de 10 de maio de 2001, que apresenta as normas de funcionamento de serviços de atenção ao idoso no Brasil. A modalidade do condomínio também não está denominada como um serviço socioassistencial na Resolução nº 109, de 11 de novembro de 2009, que aprova a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais, nos níveis de complexidade do Sistema Único de Assistência Social (Proteção Social Básica e Proteção Social Especial de Média e Alta Complexidade).

No estado de São Paulo, essa modalidade de moradia é regulamentada como política pública com o Programa da Vila Dignidade, que faz parte do FUTURIDADE-SP, sendo instituído pelo Decreto nº 54.285, de 29 de abril de 2009, e teve sua redação modificada pelo Decreto nº 56.448, de 29 de novembro de 2010. Segundo esses decretos, essa política possui o objetivo de oferecer moradias assistidas, como um equipamento público, adequadas às necessidades de idosos de baixa renda (que recebem até um salário mínimo) e independentes nas atividades de vida diária. Esse

programa já foi implantado em alguns municípios de São Paulo, como Avaré e Itapeva (MONTEIRO, 2012), além de ter sido inaugurado recentemente em Araraquara.

Segundo Monteiro (2012), a moradia assistida é um modelo em que o beneficiado deve ser capaz de auto cuidar-se e cuidar da sua própria residência, havendo, quando necessário, um acompanhamento profissional que ofereça atividades culturais e sociais, bem como um suporte que vise a inserção social e o bem-estar dos indivíduos, sempre respeitando a liberdade de cada um.

A existência de políticas públicas com essas características é um passo muito importante para a questão do envelhecimento e moradia, porém, elas estão sendo planejadas e desenvolvidas considerando apenas o acolhimento de idosos ativos e independentes. Logo, uma problemática que pode se desenvolver nesse tipo de modalidade é o fato dos idosos entrarem no projeto em condições favoráveis de morarem sozinhos, mas que ao longo do tempo, tornam-se mais frágeis e dependentes, ou mesmo há aqueles que já são inseridos com a condição de fragilidade.

Como atualmente esse novo modelo assistencial visa atender idosos saudáveis, ativos e independentes, esse condomínio disponibiliza serviços voltados para esse perfil de idosos, oferecendo atividades socioeducativas, de cidadania, saúde e inserção social, que atendam o objetivo de oferecer moradia assistida a essas pessoas. Porém, como é provável a mudança no perfil da população atendida, há uma grande preocupação sobre as ações e estratégias a serem desenvolvidas para a resolução dessa problemática, ou seja, será necessário encontrar soluções sobre quais serviços deverão ser oferecidos para esses idosos fragilizados, permitindo que esses permaneçam em suas moradias e recebam cuidados adequados para sua condição.

Diante disso, é extremamente relevante que esses núcleos habitacionais preocupem-se com a identificação e com os cuidados da condição de fragilidade nos idosos contemplados com o projeto. Como já ressaltado anteriormente, para Bergman et al. (2004), o processo da fragilidade pode ser afetado pela interação de fatores biológicos, sociais, psicológicos e ambientais, que, ao longo da vida, podem gerar *déficits* ao indivíduo. Assim, é importante considerar os vários aspectos envolvidos

na fragilização desses idosos, como: o perfil socioeconômico (idade, escolaridade, renda), a cognição, a saúde (presença de doenças crônico-degenerativas), a independência funcional (em relação às atividades de vida diária), o uso de medicamentos, a nutrição, o humor, o suporte social, entre outros.

, a identificação desses aspectos pode auxiliar no reconhecimento das necessidades de cuidado dessas pessoas, para que assim, o conjunto habitacional ofereça serviços de cuidados e prevenção da fragilidade.

Diante do levantamento e conhecimento dessa necessidade, a presente pesquisa tem o intuito de responder a seguinte problemática: Quais são os serviços oferecidos por um condomínio exclusivo para idosos do interior de São Paulo, considerando a situação de fragilidade e o nível de dependência dos idosos moradores?

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

Avaliar os serviços oferecidos em um condomínio exclusivo para idosos e sua relação com a fragilidade e necessidades de cuidados dos moradores.

2.2. Objetivos Específicos

1. Avaliar os idosos em relação à situação de fragilidade, cognição, humor, funcionalidade, suporte social e estrutura familiar;
2. Levantar junto à equipe do Núcleo Habitacional os serviços e as ações oferecidas aos moradores, bem como levantar a concepção de idoso frágil;
3. Relacionar os serviços oferecidos para os moradores do núcleo habitacional com a identificação das necessidades de cuidado apresentadas pelos idosos;
4. Identificar potencialidades de novos serviços a serem oferecidos no local, considerando a mudança no perfil de fragilidade dos moradores.

3. MÉTODO E CASUÍSTICA

3.1. Tipo e Detalhamento do Estudo

Trata-se de um estudo transversal, exploratório, de natureza descritiva, com a utilização do método quanti-qualitativo de investigação.

O método quantitativo, usado mais frequentemente na epidemiologia, refere-se a uma investigação científica que possui como objetivo o levantamento de dados, indicadores e tendências que podem ser observados (MINAYO, 2014). Além disso, em uma pesquisa de caráter quantitativo, foca-se na descrição e no estabelecimento de correlações entre os dados, que são levantados por meio do uso de instrumentos objetivos e dirigidos, como escalas e questionários fechados, que são tratados e analisados por técnicas estatísticas (NETTO, 2006).

Já o método qualitativo, mais utilizado pelas ciências sociais, é um tipo de investigação científica que possui fundamento teórico e que são estudados a história, as relações, as crenças, as representações, os valores, atitudes, opiniões e percepções, aprofundando-se nos fenômenos e fatos de um grupo estudado, bem como na interpretação que esse faz do seu modo de viver, dos seus sentimentos e pensamentos (MINAYO, 2014). A investigação qualitativa tem o objetivo de interpretar o significado dos fenômenos estudados, e para isso, utiliza-se como técnicas a observação, as entrevistas e os questionários abertos, bem como é utilizada para a interpretação dos dados a análise de conteúdo (NETTO, 2006).

Os dois métodos de investigação possuem os seus objetivos e abordagens específicos, porém ambos apresentam importância na condução de resultados relevantes para a realidade dos fatos, assim, não há sentido em valorizar um e desvalorizar o outro. A combinação desses dois métodos em uma única investigação não pode ser uma escolha casual ou pessoal do pesquisador, pois a utilização do método quanti-qualitativo necessita atender a necessidade de o cientista estudar os aspectos objetivos, como a regularidade e a frequência de determinado fato, assim como analisar

também os aspectos subjetivos, como as relações, histórias, opiniões e representações (MINAYO, 2014).

Entretanto, essa combinação ainda é vista como um desafio, pois na prática, essas duas formas de investigação apresentam-se como distintas e antagônicas, sendo que na pesquisa quantitativa prioriza-se o enfoque positivista e a utilização da estatística, como forma de encontrar a verdade apenas por meio dos números, e na investigação qualitativa há a negação desses aspectos quantitativos, acreditando que a verdade apenas pode ser encontrada por meio do significado dos sujeitos (MINAYO, 2014).

Diante disso, pode-se concluir que mesmo existindo finalidades diferentes entre esses dois métodos eles se complementam e, se utilizados de forma integrada, podem favorecer para uma compreensão mais elaborada e completa da realidade (MINAYO, 2014; NETTO, 2006).

3.2. Aspectos Epistemológicos: o método dialético

A dialética normalmente é utilizada como parâmetro em investigações de caráter qualitativo, ou seja, para esse método epistemológico não são necessárias quantificações dos dados, pois o relevante são as observações realizadas acerca de uma determinada realidade (CANZONIERI, 2011).

Esse método origina-se na filosofia grega e o termo dialético vem do grego *dialektos*, que tem o significado de discutir e debater. Dessa forma, a dialética está pautada na inquietação e no questionamento sobre o que acontece na vida e na sociedade (CANZONIERI, 2011; MINAYO, 2014).

Segundo Triviños (1987), com origem na época de Platão e Aristóteles, a dialética tratava-se da arte de discutir e fazer perguntas e respostas, e, desde a antiguidade, esse modo de pensar possui a ideia de mutabilidade e transformação, sendo também caracterizado por considerar as contradições que uma realidade apresenta (CANZONIERI, 2011).

No século XVIII, o pensamento dialético ganhou importantes contribuições para sua consolidação, como com o idealismo alemão. Hegel, seguindo os pensamentos de Kant, traz sua ideia de dialética considerando os aspectos históricos e culturais para a concepção humana, apresentando uma corrente de pensamento com o olhar voltado ao contexto social, político e econômico em que o homem está inserido, contestando que seu comportamento é resultado da influência do ambiente e do período histórico e cultural no qual vive (TRIVIÑOS, 1987; CANZONIERI, 2011).

Mais tarde, tendo como base a dialética hegeliana, porém excluindo o pensamento idealista, acrescentando a concepção materialista do mundo e o apoio na ciência, surge o materialismo dialético elaborado por Marx e Engels (TRIVIÑOS, 1987).

A dialética marxista é pautada em dois princípios: no materialismo e na dialética. Dessa forma, pautada na concepção científica, procura explicar de forma lógica, racional e coerente os fenômenos naturais, sociais e do pensamento, e, ao mesmo tempo, busca aprimorar essa concepção compreendendo a prática social do homem (TRIVIÑOS, 1987; MINAYO, 2014).

Segundo Minayo (2014), a dialética marxista divide-se em três importantes princípios: a especificidade histórica, a totalidade da existência humana e a união dos contrários.

A especificidade histórica trata-se em considerar que não há nada que permaneça eterno e absoluto, a vida do homem na sociedade sempre sofre mudanças e transformações. Além disso, esse princípio traz também que nenhum fenômeno se constrói sem a história, pois todo fato social é considerado como um acontecimento histórico, e essa historicidade não é estática, mas sim dinâmica (MINAYO, 2014).

O princípio da totalidade da existência humana traz que a história dos fatos econômicos, sociais e as ideias humanas estão interligadas, e para compreender uma determinada realidade particular é necessário conhecer o contexto em que ela está inserida, ou seja, para que se entenda a parte é preciso conhecer o todo (MINAYO, 2014).

O terceiro princípio é o da união dos contrários, ou, segundo Triviños (1987), a lei da unidade e da luta dos contrários, a lei da contradição. Essa lei considera as contradições presentes na realidade, trazendo que esses contrários, mesmo sendo opostos e contraditórios, não podem existir sem a presença do outro, estão sempre em interação e movimento e são responsáveis pelas transformações dos fenômenos. Os contrários possuem certa semelhança entre si, que são atingidas quando a contradição é solucionada, e quando isso ocorre, surge outro fenômeno com contradições e qualidade diferentes dos opostos anteriores, ou seja, essas tensões entre os fenômenos não permanecem estagnadas, são dinâmicas e estão sempre em transformação (TRIVIÑOS, 1987).

Para a área de gerontologia, que é essencialmente interdisciplinar, torna-se oportuno reunir dados quantitativos e qualitativos, aspectos objetivos e subjetivos das problemáticas em estudo ao mesmo tempo que se contextualizam historicamente.

3.3. Local do Estudo

Os dados do estudo foram coletados nas residências dos idosos e no Centro de Convivência, ambos pertencentes a um condomínio exclusivo para idosos do interior de São Paulo. Esse condomínio foi implantado pela Secretaria Municipal de Habitação e atualmente está vinculado à Gerência da Proteção Social Básica da Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social, sendo essa responsável pela gestão pós-ocupação.

Esse equipamento foi inaugurado em dezembro de 2010, e conta com 33 casas e um centro de convivência. Os beneficiados pelo projeto devem ser pessoas com 60 anos ou mais, de baixa renda, que vivam sós ou com vínculos familiares enfraquecidos. Além disso, como esse projeto visa oferecer moradia assistida, os idosos também necessitam ser independentes na realização de suas atividades de vida diária (MONTEIRO, 2012).

3.4. Participantes do Estudo

Foram convidados a participar os 34 idosos residentes do condomínio, bem como um gestor do projeto, os quais atendiam aos seguintes critérios de inclusão:

Idosos:

- Possuir 60 anos ou mais;
- Residir no condomínio exclusivo para idosos;
- Concordar em participar do estudo, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Gestor:

- Estar ligado diretamente com a gestão o condomínio exclusivo para idosos;
- Concordar em participar do estudo assinando o TCLE.

3.5. Coleta de Dados

Para a coleta de dados foi utilizada entrevista semi-estruturada com os seguintes instrumentos:

Idosos (ANEXO A):

- Questionário sobre a caracterização sócio-demográfica e o uso de medicamentos;
- Instrumento de avaliação da fragilidade:

Os idosos participantes foram avaliados por meio dos cinco fatores do fenótipo de fragilidade proposto por Fried et al. (2001), são eles:

- ✓ perda de peso não intencional: avaliada por meio do auto relato do participante sobre a perda de peso não intencional nos últimos doze meses. Preencheu o critério de fragilidade aquele idoso que relatou perda igual ou superior a 4,5 kg ou 5% do peso corporal;
- ✓ fadiga: avaliada pelo auto relato do paciente em relação à duas questões da *Center for Epidemiological Studies-Depression (CES-D)* (RODLOFF, 1977). Para esse item, o idoso preencheu o critério caso respondesse “sempre” ou “na maioria das vezes” para qualquer uma das questões;
- ✓ diminuição da força de prensão manual: foi mensurada por meio do uso do dinamômetro. Foram realizadas três verificações e o valor considerado foi o correspondente à média aritmética das três medidas. Nesse item também foram avaliadas as medidas de peso e altura do participante, pois preencheu o critério de fragilidade o idoso que apresentou força menor do que aquela referente ao seu Índice de Massa Corporal (IMC), adequado ao se gênero;
- ✓ diminuição da velocidade da marcha: foi avaliado o tempo que o idoso levou para caminhar um percurso de 4,6 metros. Assim como a mensuração da força manual, a velocidade da marcha foi avaliada três vezes e considerou-se a média aritmética das três medidas. Preencheu o critério o participante que gastou um tempo maior em caminhar adequado à sua altura e gênero;

- ✓ baixo nível de atividade física: para esse item utilizou-se o instrumento Perfil de Atividade Humana - PAH (FIX; DAUGHTON, 1988), adaptado e validado para a versão brasileira por Souza, Magalhães e Teixeira-Salmela (2006) e que tem o intuito de avaliar o desempenho funcional e o nível de atividade física. O idoso preencheu o critério caso obtive uma pontuação menor que 46 pontos nesse instrumento.

- Teste do Relógio (TDR):

Esse teste é utilizado no rastreio cognitivo, o qual apresenta-se com um instrumento bastante sensível às alterações cognitivas, sendo que vem sendo muito difundido e utilizado nos últimos anos. Além disso, a utilização desse teste de forma conjunta com outras triagens cognitivas, como o Mini Exame do Estado Mental, é muito relevante para a detecção precoce de alterações cognitivas que podem estar relacionadas às demências (SHULMAN, 2000).

O TDR consiste em solicitar que o indivíduo desenhe um relógio no interior de um círculo, indicando com números e ponteiros um determinado horário. Esse teste possui uma pontuação que varia de 0 a 5, sendo que 0 corresponde a inabilidade absoluta para representar um relógio; 1 significa que o desenho tem algo a ver com o relógio mas com desorganização visuo-espacial grave, 2 representa desorganização visuo-espacial moderada que leva a uma marcação de hora incorreta, perseveração, confusão esquerda-direita, números faltando e repetidos, sem ponteiros ou com ponteiros em excesso; 3 equivale a uma distribuição visuo-espacial correta com marcação de errada da hora; 4 corresponde a pequenos erros espaciais com dígitos e horas corretos e 5 equivale ao desenho perfeito do relógio. (ATALAIA-SILVA; LOURENÇO, 2008; SHULMAN, 2000).

- Mini Exame do Estado Mental (MEEM):

Consiste em um instrumento relevante no rastreio de perdas cognitivas com boa aplicabilidade em pacientes clínicos (hospital e ambulatório), bem como em pesquisas. O teste possui 19 itens divididos em 11 domínios: orientação temporal (5 pontos), orientação espacial (5 pontos), memória imediata (3 pontos), cálculo (5 pontos), evocação das palavras (3 pontos), nomeação (2 pontos), repetição (1 ponto), comando (3 pontos), leitura (1 ponto), frase (1 ponto) e cópia do desenho (1 ponto). O escore máximo é de 30 pontos, sendo que o instrumento possui notas de corte referentes à escolaridade do avaliado (BRUCKI et al., 2003).

- Escala de Depressão Geriátrica Abreviada (GDS-15): avaliação do humor:

Esse instrumento tem o objetivo de rastrear sintomas depressivos em idosos (YESAVAGE et al., 1983). Ele foi elaborado e validado originalmente por Yesavage e colaboradores em 1983, e teve sua versão brasileira validada por Almeida e Almeida em 1999. Esse teste possui versões com 30 e 15 questões, e essa última tem sido a mais utilizada, sendo que se o idoso pontuar mais de 5 respostas caracterizadas como depressivas, ele já apresenta indícios de depressão (BRITO; NUNES; YUASO, 2007). Além disso, para essa versão abreviada a pontuação final é classificada como: 0 a 5 – normal, 6 a 10 – depressão leve e 11 a 15 depressão severa.

- Índice de Katz e Escala de Atividades Instrumentais de Vida Diária de Lawton e Brody:

O Índice de Katz foi desenvolvido por Katz e colaboradores em 1963, sendo um instrumento utilizado para a avaliação das Atividades Básicas de Vida Diária (ABVDS) do idoso em seis funções: banho, vestir-se, ir ao banheiro, transferência, continência e alimentação. Conforme a

pontuação a obtida, esse teste classifica a pessoa como independentes ou dependentes (BRASIL, 2006). A pontuação máxima desse instrumento é 6, sendo que 0 a 2 pontos equivale a dependência importante, 3 a 4 pontos equivale a dependência parcial e 5 a 6 pontos independência.

A Escala de Atividades Instrumentais de Vida Diária de Lawton e Brody possui o objetivo de avaliar o desempenho funcional do idoso nas Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVDS) (BRASIL, 2006). Esse instrumento foi elaborado por Lawton e Brody em 1969, com adaptação e validação para o Brasil por Santos e Virtuoso Jr. em 2008. Ela avalia sete atividades: uso do telefone, realização de viagens e compras, preparo de refeições, trabalho doméstico, uso de medicamentos e administração do dinheiro. Cada um dos itens possui três opções de resposta: realiza a atividade sozinho (3 pontos), necessita de assistência (2 pontos) e não é capaz de realizar (1 ponto). A pontuação final é dividida em: 21 pontos – independência, mais que 7 e menos que 21 pontos – dependência parcial e 7 pontos – dependência total (SANTOS; VIRTUOSO JÚNIOR, 2008).

- Genograma e Ecomapa:

Esses dois instrumentos são utilizados para traçar e identificar as estruturas internas e externas de uma família, sendo ferramentas que possuem a função de avaliação, planejamento e intervenção familiar (WRIGHT; LEAHEY, 2002). No caso desse estudo, utilizou-se essas ferramentas com o objetivo de avaliar e conhecer o diagrama familiar dos idosos, tanto interno, quanto externo.

O Genograma é um gráfico que representa a árvore genealógica da família, focando sua estrutura interna e identificando as relações entre os membros e seus vínculos afetivos. No desenho, costuma-se incluir pelo menos três gerações da família, e os membros são distribuídos horizontalmente de acordo com a ordem de nascimento, sendo que os mais velhos ficam à esquerda do gráfico (BRASIL, 2006; WRIGHT; LEAHEY, 2002).

O Ecomapa é um diagrama do contato da família com o meio externo, ou seja, ele representa as conexões que a família possui com o mundo, por isso está relacionado com a estrutura externa (BRASIL, 2006; WRIGHT; LEAHEY, 2002).

Os símbolos utilizados para a construção desses instrumentos estão presentes no ANEXO A.

Gestor (ANEXO B):

- Entrevista semi-estruturada: o instrumento contou com questões sobre a caracterização (sexo, idade, escolaridade, tempo de serviço, cargo/função) e com um questionário acerca dos serviços oferecidos atualmente pelo projeto.

3.6. Análise dos Dados

Realizou-se análise estatística para as questões e avaliações de caráter quantitativo e será utilizada a análise de conteúdo para as questões abertas e de caráter qualitativo.

Em relação aos dados quantitativos, esses foram transferidos e analisados pelo programa estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 20.0, sendo utilizados as seguintes análises e testes:

- Análise descritiva: as variáveis numéricas foram exploradas pelas medidas de centralidade (média, mediana, mínimo e máximo) e de dispersão (desvio padrão), e as variáveis categóricas foram exploradas por frequências simples absolutas e percentuais;

- Consistência interna dos instrumentos: utilizou-se o coeficiente Kuder-Richardson (KR-20), para os instrumentos com respostas dicotômicas (Índice de Katz e GDS) e o alpha de Cronbach, para os demais instrumentos;
- Comparação de médias entre grupos: realizada por meio dos testes não paramétricos de Manny Whitney, para comparação de até dois grupos e Kruskal Wallis, para a comparação de três ou mais grupos;
- Correlação entre as variáveis: utilizou-se o teste não paramétrico de Correlação de Spearman.

Para os testes estatísticos foi considerado um nível de significância de 5% ou p-valor $\leq 0,05$.

Para as questões qualitativas foi realizada análise de conteúdo, que se refere a um conjunto de técnicas que tem o objetivo de analisar e interpretar as comunicações, sendo que para obter o conteúdo das mensagens estudadas, são utilizados certos procedimentos de descrição. Resumidamente, a análise de conteúdo procura compreender o significado que está por trás de tais mensagens (BARDIN, 2008).

No que diz respeito à análise de conteúdo desse estudo, foi utilizada como técnica a análise categorial. Essa técnica pode-se dizer, é a mais antiga e a mais utilizada desse conjunto de técnicas, e ela basicamente ocorre por meio do desmembramento do texto em diferentes categorias, ocorrendo dessa forma, uma classificação de acordo com o significado dos elementos da mensagem, ou seja, tais elementos são agrupados em unidades com significações semelhantes (BARDIN, 2008).

3.7. Procedimentos Éticos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos, com o Parecer 726.471 (ANEXO D). Todos os preceitos éticos

foram respeitados conforme a Resolução 466/2012, sendo que todos os participantes da pesquisa assinaram o TCLE (ANEXO C) em duas vias, ficando uma com o entrevistado.

4. RESULTADOS

4.1. Caracterização sócio demográfica, econômica e uso de medicamentos dos idosos

No presente estudo foram entrevistados 28 idosos, com média de idade igual a 73,68 anos ($\pm 5,951$) e faixa etária entre 65 e 87 anos. A maior parte eram idosos mais jovens, pois 64,3% (n= 18) possuíam idade entre 65 e 75 anos. Do total de idosos participantes, 64,3% (n= 18) pertenciam ao sexo feminino e 35,7% (n= 10) ao masculino, 85,7% (n= 24) não possuíam parceiro e 14,3% (n= 04) possuíam. No que diz respeito à escolaridade, a maioria dos idosos, 64,3% (n= 18), possuía o ensino fundamental incompleto, seguido por 17,9% (n= 05) com ensino fundamental completo e 17,9% (n= 05) de analfabetos.

Em relação à renda, 85,7% (n= 24) recebiam um salário mínimo e 14,3% (n= 04) relataram receber mais de um salário mínimo, sendo que a maior parte dos entrevistados, 64,3% (n= 18), disse receber a renda mediante aposentadoria própria, seguido por 17,9% (n= 05) que recebiam pensão e 17,9% (n= 05) que recebiam por outros meios.

Já os resultados do uso de medicamentos mostram que 89,3% dos idosos (n= 25) responderam que faziam uso, em contrapartida de 10,7% (n= 03) que relataram não fazer. Desses 25 que utilizavam, a média de medicamentos consumidos foi de 4,28, sendo que o mínimo de medicamentos ingeridos foi 01 e o máximo 07. Além disso, dos que faziam uso, a maioria, 67,9% (n= 19), disse que não se esquece de tomá-los e 21,4% (n= 06) relataram que costumam esquecer-se.

A Tabela 1 abaixo apresenta os dados de caracterização dos idosos.

Tabela 1 - Distribuição dos idosos segundo a caracterização sócio demográfica, econômica e uso de medicamentos. São Carlos, 2016.

VARIÁVEL	MÉDIA (\pm dp)	MEDIANA	VARIÇÃO OBSERVADA	CATEGORIAS	N	%
Idade (anos)	73,68 (\pm 5,95)	73	65 - 87	65-75 anos	18	64,3
				76-87 anos	10	35,7
Gênero (n= 28)	--	--	--	Feminino	18	64,3
				Masculino	10	35,7
Estado Conjugal (n= 28)	--	--	--	Com parceiro	4	14,3
				Sem parceiro	24	85,7
				Analfabeto	5	17,9
Escolaridade (n= 28)	--	--	--	Fundamental Incompleto	18	64,3
				Fundamental Completo	5	17,9
Renda (n= 28)	--	--	--	Um salário mínimo	24	85,7
				Mais de um salário mínimo	4	14,3
Fonte da renda (n= 28)	--	--	--	Aposentadoria própria	18	64,3
				Pensão	5	17,9
				Outros	5	17,9
Uso de medicamentos (n= 28)	--	--	--	SIM	25	89,3
				NÃO	3	10,7
Número de medicamentos utilizados (n= 25)	4,28 (\pm 1,487)	5	1 - 7	1 a 2 medicamentos	3	10,7
				3 a 4 medicamentos	9	32,1
				5 a 6 medicamentos	12	42,9
				7 medicamentos	1	3,6
O idoso esquece- se de tomar os medicamentos (n= 25)	--	--	--	SIM	6	21,4
				NÃO	19	67,9

4.2. Condição de fragilidade dos idosos

A partir da avaliação dos cinco fatores do fenótipo de fragilidade proposto por Fried e colaboradores (2001), constatou-se que a média da pontuação dos idosos foi de 1,61 (\pm 1,449), a maior parte, 42,9% (n= 12), apresentou a condição de pré-fragilidade, 32,1% (n= 09) não estavam fragilizados, e 25% (n= 07) eram frágeis. No que diz respeito à média de idade segundo o grau de fragilidade, os idosos com pré-fragilidade apresentaram média de idade de 72,58 anos (\pm 4,776), os frágeis apresentaram média de 73,86 anos (\pm 7,358), e, os não frágeis, apresentaram média de idade igual a 75 anos (\pm 6,614). Na distribuição do nível de fragilidade em relação à faixa etária, entre os

idosos com 65 a 75 anos, 50% (n= 9) eram pré-frágeis, e, entre os com 76 a 86 anos, 40% (n= 4) não apresentaram fragilidade.

Quando analisado a situação de fragilidade entre homens e mulheres, constatou-se que os homens eram mais frágeis que as mulheres, pois, 30% (n= 03) deles eram pré-frágeis, e, 30% (n= 03) frágeis. Já as mulheres, 44,4% (n= 08) apresentaram pré-fragilidade, e, 22,2% (n= 04) eram frágeis.

Em relação à avaliação cognitiva, o MEEM foi aplicado em 27 idosos, pois um deles possuía traqueostomia e não apresentava condições de comunicar-se verbalmente para responder e realizar o teste. Dessa forma, dos participantes que realizaram a avaliação, 74,1% (n= 20) não apresentaram alteração na cognição e 25,9% (n= 07) apresentaram comprometimento cognitivo, além disso, a média da pontuação dos entrevistados nesse teste foi de 23,41 ($\pm 1,449$). Na análise da consistência interna do instrumento, esse apresentou alta consistência, pois o alpha de Cronbach equivaliu a 0,712.

O TDR foi aplicado no total de participantes, e, diferentemente do MEEM, esse teste não apresentou um desempenho satisfatório entre os idosos, pois 85,7% (n= 24) apresentaram perda cognitiva e 14,3% (n= 04) não apresentaram, sendo que a média da pontuação dos participantes foi o equivalente a 2,64 pontos ($\pm 1,85$).

Já os resultados da avaliação da condição do humor dos idosos, por meio do GDS, indicam que 75% (n= 21) possuíam normalidade nesse aspecto e apenas 25% (n= 7) apresentaram indícios de depressão leve. A pontuação média desses idosos nesse teste foi de 3,43 pontos ($\pm 2,631$). Lembrando que esse valor corresponde uma normalidade no estado depressivo dos idosos. A análise do KR-20 mostra alta consistência interna para essa escala, com um coeficiente de 0,708.

No que diz respeito às ABVDS dos moradores, constatou-se que a média da pontuação do Índice de Katz foi de 5,68 ($\pm 1,188$), sendo que a grande parte deles, 92,9% (n= 26) é independente nessas atividades, 3,6% (n= 01) são dependentes parciais e 3,6% (n= 01) são dependentes

importantes. A consistência interna desse instrumento mostrou-se alta, pois o KR-20 apresentou um coeficiente de 0,810.

Em relação aos achados das AIVDS, verificou-se com a Escala de Lawton e Brody que, assim como nas ABVDS, os idosos também apresentaram-se, como maioria, 67,9% (n= 19), independentes nessas atividades, seguido pelos dependentes parciais, 32,1% (n= 9). A média da pontuação dessa avaliação foi o equivalente a 19,64 ($\pm 3,021$) pontos. No que diz respeito à consistência interna, essa apresentou-se alta para essa escala, com um alpha de Cronbach equivalente a 0,800.

Os resultados da caracterização da condição de fragilidade dos idosos moradores podem ser observados na Tabela 2 e 3 apresentada a seguir.

Tabela 2 - Distribuição dos idosos segundo a caracterização da condição de fragilidade. São Carlos, 2016.

INSTRUMENTO	MÉDIA (±dp)	MEDIANA	VARIAÇÃO	CATEGORIAS	N	%
Fenótipo proposto por Fried et al. (2001) (n= 28)	1,61 (±1,449)	1	0-5	Frágil	7	25
				Pré-frágil	12	42,9
				Não frágil	9	32,1
MEEM (n= 27)	23,41 (±4,44)	25	15 - 30	Com alteração	7	25,9
				Sem alteração	20	74,1
TDR (n= 28)	2,64 (±1,85)	3,5	0 - 5	Com alteração	24	85,7
				Sem alteração	4	14,3
GDS (n= 28)	3,43 (±2,631)	2,5	0 - 9	Normal	21	75
				Depressão leve	7	25
				Independência	26	92,9
Índice de Katz (n= 28)	5,68 (±1,188)	6	0 - 6	Dependência parcial	1	3,6
				Dependência importante	1	3,6
Escala de Lawton e Brody	19,64 (±3,021)	21	8 - 21	Independência	19	67,9
				Dependência parcial	9	32,1

Tabela 3 - Distribuição do grau de fragilidade dos idosos segundo o sexo e a faixa etária caracterização da condição de fragilidade. São Carlos, 2016.

VARIÁVEL	CATEGORIAS	N	%
Mulheres	Frágil	4	22,2
	Pré-frágil	8	44,4
	Não frágil	6	33,3
Homens	Frágil	3	30
	Pré-frágil	3	30
	Não frágil	4	40
65-75 anos	Frágil	4	22,2
	Pré-frágil	9	50
	Não frágil	5	27,8
76-87 anos	Frágil	3	30
	Pré-frágil	3	30
	Não frágil	4	40

Em relação aos critérios do fenótipo da fragilidade que apresentaram maiores perdas entre os participantes, destacaram-se o baixo nível de atividade física, 46,4% (n= 13), a baixa força de prensão manual, 32,1% (n= 9), e a fadiga auto relatada, 25% (n= 07). A Tabela 4 ilustra esses achados.

Tabela 4 - Distribuição dos idosos segundo as perdas nos critérios do fenótipo da fragilidade proposto por Fried et al. (2001). São Carlos, 2016.

CRITÉRIO DA FRAGILIDADE	N	%
Perda de peso não intencional		
SIM	6	21,4
NÃO	22	78,6
Fadiga auto relatada		
SIM	7	25
NÃO	21	75
Baixa força de preensão manual		
SIM	9	32,1
NÃO	19	67,9
Diminuição da velocidade da marcha		
SIM	6	21,4
NÃO	22	78,6
Baixo nível de atividade física		
SIM	13	46,4
NÃO	15	53,6

No que diz respeito ao desempenho dos idosos no MEEM, os domínios que apresentaram menores médias em sua pontuação foram o domínio cálculo, com média de 2,07 pontos ($\pm 1,96$), evocação de palavras com 1,59 ($\pm 1,083$), domínio frase com 0,7 ($\pm 0,465$) e cópia do desenho, com média de pontuação de 0,56 ($\pm 0,506$).

Já em relação ao desempenho no TDR, 35,7% (n= 10) desenharam um relógio com dígitos e hora corretos, porém com pequenos erros espaciais, 21,4% (n= 06) apresentaram inabilidade absoluta para desenhar um relógio, 14,3% (n= 04) apresentaram desorganização visuo-espacial moderada, 10,7% (n= 03) apresentaram desorganização visuo-espacial grave e 3,6% (n= 01) desenharam um relógio com distribuição visuo-espacial correta, mas com marcação errada da hora. Abaixo, a Tabela 5 ilustra os achados do desempenho no TDR.

Tabela 5 - Distribuição dos idosos segundo o desempenho no TDR. São Carlos, 2016.

DESEMPENHO NO TESTE	N	%
Inabilidade absoluta	6	21,4
Desorganização visuo-espacial grave	3	10,7
Desorganização visuo-espacial moderada	4	14,3
Distribuição visuo-espacial correta com marcação errada da hora	1	3,6
Pequenos erros espaciais com dígitos e horas corretos	10	35,7
Relógio perfeito	4	14,3

Os itens do GDS em que os participantes apresentaram maiores perdas estão apresentados na Tabela 6. Os resultados mostram que o item positivo “Você está basicamente satisfeito com sua vida?” apresentou maior número de respostas negativas em relação aos demais itens, 17, 9% (n= 05). Já os itens negativos do questionário, as perguntas em que os idosos mais responderam “SIM” foram: “Você deixou muitos dos seus interesses e atividades?”, com 67,9% (n= 19); “Você prefere ficar em casa ao invés de sair de fazer coisas novas?”, com 46,4% (n= 13) e “Você sente que sua vida está vazia?”, com 39,3% (n= 11).

Tabela 6 - Distribuição dos idosos segundo as perdas nos itens do GDS. São Carlos, 2016.

ITENS POSITIVOS	N	%
Você está basicamente satisfeito com sua vida?		
SIM	23	82,1
NÃO	5	17,9
Você se sente de bom humor a maior parte do tempo?		
SIM	25	89,3
NÃO	3	10,7
Você sente feliz a maior parte do tempo?		
SIM	25	89,3
NÃO	3	10,7
Você acha maravilhoso estar vivo?		
SIM	27	96,4
NÃO	1	3,6
Você se sente cheio de energia?		
SIM	25	89,3
NÃO	3	10,7
ITENS NEGATIVOS	N	%
Você deixou muitos dos seus interesses e atividades?		
SIM	19	67,9

NÃO	9	32,1
Você sente que sua vida está vazia?		
SIM	11	39,3
NÃO	17	60,7
Você se aborrece com frequência?		
SIM	5	17,9
NÃO	23	82,1
Você tem medo de que algum mal vá lhe acontecer?		
SIM	7	25
NÃO	21	75
Você sente que sua situação não tem saída?		
SIM	6	21,4
NÃO	22	78,6
Você prefere ficar em casa ao invés de sair de fazer coisas novas?		
SIM	13	46,4
NÃO	15	53,6
Você se sente com mais problemas de memória do que a maioria?		
SIM	8	28,6
NÃO	20	71,4
Você se sente um inútil nas atuais circunstâncias?		
SIM	2	7,1
NÃO	26	92,9
Você acha que sua situação é sem esperanças?		
SIM	4	14,3
NÃO	24	85,7
Você sente que a maioria das pessoas está melhor que você?		
SIM	7	25
NÃO	21	75

Em relação às ABVDS, poucos idosos relataram perdas, sendo que as atividades em que 02 idosos apresentaram comprometimento foram o vestir-se, a higiene pessoal e a continência. Nas demais, apenas 01 apresentou incapacidade em realiza-las. Esses dados podem ser verificados na Tabela 7 mostrada a seguir.

Tabela 7 - Distribuição dos idosos segundo as perdas nas ABVDS. São Carlos, 2016.

ATIVIDADES	N	%
Banho		
Capaz	27	96,4
Incapaz	1	3,6
Vestir-se		
Capaz	26	92,9
Incapaz	2	7,1

Higiene pessoal		
Capaz	26	92,9
Incapaz	2	7,1
Transferência		
Capaz	27	96,4
Incapaz	1	3,6
Continência		
Capaz	26	92,9
Incapaz	2	7,1
Alimentação		
Capaz	27	96,4
Incapaz	1	3,6

Dentre as AIVDS que apresentaram maiores perdas, os achados mostram que 17,9% (n= 05) dos idosos recebem ajuda para o trabalho doméstico e 7,1% (n= 02) são incapazes de realizá-lo; 10,7% (n= 03) recebem ajuda para fazer compras e 7,1% (n= 02) são incapazes de fazê-las; 10,7% (n= 03) recebem ajuda para administrar o uso dos medicamentos e 3,6% (n= 01) são incapazes de administrá-los sozinhos; 7,1% (n= 2) dos idosos recebem ajuda para manusear o próprio dinheiro e 7,1% (n= 02) não conseguem realizar essa tarefa. A Tabela 8 abaixo ilustra esses resultados.

Tabela 8 - Distribuição dos idosos segundo as perdas nas AIVDS. São Carlos, 2016.

ATIVIDADES	N	%
Usar o telefone		
Capaz	26	92,9
Recebe ajuda	1	3,6
Incapaz	1	3,6
Realizar viagens		
Capaz	25	89,3
Recebe ajuda	3	10,7
Incapaz	0	0
Realizar compras		
Capaz	23	82,1
Recebe ajuda	3	10,7
Incapaz	2	7,1
Preparar refeições		
Capaz	25	89,3
Recebe ajuda	1	3,6
Incapaz	2	7,1
Realizar o trabalho doméstico		

Capaz	21	75
Recebe ajuda	5	17,9
Incapaz	2	7,1
Usar medicamentos		
Capaz	24	85,7
Recebe ajuda	3	10,7
Incapaz	1	3,6
Manusear o dinheiro		
Capaz	24	85,7
Recebe ajuda	2	7,1
Incapaz	2	7,1

4.3. Correlações e comparação de médias entre as variáveis da fragilidade

Para a realização das correlações entre as variáveis da fragilidade utilizou-se o teste não paramétrico de Correlação de Spearman e foi considerado um nível de significância de 5% ou p-valor $\leq 0,05$.

A variável atividade física compunha um dos critérios do fenótipo de fragilidade, e para ela foi aplicada a avaliação do PAH. Ao realizar a associação entre essa variável com as demais, constatou-se que ela possui uma correlação mais forte com o Índice de Katz (ABVDS), apresentando um coeficiente de correlação de 0,504 e p-valor de 0,006, com a Escala de Lawton e Brody (AIVDS), com coeficiente de correlação de 0,651 e p-valor de 0,000 e com a fragilidade, apresentando um coeficiente de correlação de -0,770 e p-valor de 0,000. Isso significa que conforme há um declínio na atividade física, os idosos avaliados também pioram o desempenho das ABVDS e AIVDS e aumentam o nível de fragilidade.

Conforme apresentado anteriormente, a variável humor foi avaliada pelo instrumento GDS, e associando-a com as demais, verificou-se que ela não apresentou correlação forte com nenhuma variável, apenas possui uma correlação moderada com o Índice de Katz (ABVDS), com um coeficiente de correlação de -0,388 e p-valor de 0,041, e com a idade, apresentando coeficiente de correlação equivalente a -0,374 e p-valor de 0,05. Esses resultados mostram que conforme os idosos

pioram no desempenho das ABVDS, aumentam os sintomas depressivos, e que, a medida que eles ganham idade, esses sintomas diminuem.

A variável ABVDS, avaliada por meio do Índice de Katz, apresentou forte correlação com a atividade física (PAH), com coeficiente de correlação de 0,504 e p-valor de 0,006, e com as AIVDS (Escala de Lawton e Brody), com coeficiente de correlação igual a 0,600 e p-valor de 0,001. Essa variável também apresentou uma correlação moderada com a fragilidade, com coeficiente de correlação de -0,398 e p-valor de 0,036. Esses resultados apontam que conforme o desempenho dos idosos nas ABVDS diminui a atividade física e AIVDS também ficam prejudicadas e o nível de fragilidade aumenta.

No que diz respeito às AIVDS, avaliada pelo Escala de Lawton e Brody, e a sua associação com as outras variáveis, identificou-se que há correlação forte com a atividade física (PAH), com coeficiente de correlação equivalente a 0,651 e p-valor 0,000, com as ABVDS (Índice de Katz), com coeficiente de correlação de 0,600 e p-valor 0,001, e com a fragilidade, apresentando um coeficiente de correlação de -0,570 e p-valor de 0,002. Os achados apresentados sugerem que quanto mais prejudicado o desempenho nas AIVDS, piores também serão o desempenho na atividade física e nas ABVDS, assim como aumenta o grau de fragilidade desses idosos avaliados.

Com relação à cognição, os resultados do MEEM apontam que ele apenas apresentou uma correlação moderada com a fragilidade, com coeficiente de correlação equivalente a -0,452 e o p-valor de 0,018, o que significa que conforme a fragilidade do idoso aumento há o comprometimento cognitivo.

Ainda no que diz respeito à cognição, os resultados do TDR mostram que ele apresentou apenas correlação forte com o MEEM, com coeficiente de correlação de 0,650 e p-valor de 0,000, o que mostra que conforme a condição cognitiva avaliada pelo MEEM diminui, a avaliada pelo TDR também decai.

A variável fragilidade apresentou correlação com a maioria das demais variáveis, revelando forte correlação com a atividade física (PAH), com coeficiente de correlação de -0,770 e p-valor 0,000, e com AIVDS (Escala de Lawton e Brody), coeficiente de correlação equivalente a -0,570 e p-valor 0,002. Com as ABVDS (Índice de Katz) e com a cognição (MEEM) a fragilidade apresentou correlação moderada, com coeficiente de correlação de -0,398 e -0,452, e p-valor de 0,036 e 0,018 respectivamente. Essas relações mostram que conforme o nível de fragilidade aumenta nos idosos, as suas condições na atividade física, ABDVS, AIVDS e cognitivas declinam. Esses resultados apresentados podem ser observados na Tabela 9 abaixo.

Tabela 9 - Correlação entre as variáveis da fragilidade. São Carlos, 2016.

	PAH	GDS	KATZ	LAWTON	MEEM	FRAGILIDADE	TRD	IDADE
PAH								
Coefficiente de correlação	1,000	-0,352	0,504	0,651	0,354	-0,770	0,211	0,059
p-valor	--	0,066	0,006	0,000	0,70	0,000	0,282	0,765
N	28	28	28	28	27	28	28	28
GDS								
Coefficiente de correlação	-0,352	1,000	-0,388	-0,350	-0,276	0,348	-0,154	-0,374
p-valor	0,066	--	0,041	0,068	0,164	0,07	0,435	0,05
N	28	28	28	28	27	28	28	28
KATZ								
Coefficiente de correlação	0,504	-0,388	1,000	0,600	-0,111	-0,398	0,075	0,334
p-valor	0,006	0,041	--	0,001	0,582	0,036	0,706	0,082
N	28	28	28	28	27	28	28	28
LAWTON								
Coefficiente de correlação	0,651	-0,350	0,600	1,000	0,304	-0,570	0,331	0,155
p-valor	0,000	0,068	0,001	--	0,124	0,002	0,085	0,431
N	28	28	28	28	27	28	28	28
MEEM								
Coefficiente de correlação	0,354	-0,276	-0,111	0,304	1,000	-0,452	0,650	-0,282
p-valor	0,164	0,164	0,582	0,124	--	0,018	0,000	0,155
N	27	27	27	27	27	27	27	27
TDR								
Coefficiente de correlação	0,211	-0,154	0,075	0,331	0,650	-0,321	1,000	0,069
p-valor	0,282	0,435	0,706	0,085	0,000	0,096	--	0,727
N	28	28	28	28	27	28	28	28
FRAGILIDADE								
Coefficiente de correlação	-0,770	0,348	-0,398	-0,570	-0,452	1,000	-0,321	0,352
p-valor	0,000	0,070	0,036	0,002	0,018	--	0,096	0,085
N	28	28	28	28	27	28	28	28

Para a realização das comparações entre os dois grupos das variáveis atividade física, cognição, AIVDS, humor e estado conjugal com as demais variáveis da fragilidade, utilizou-se o teste não paramétrico de Mann Whitney. Para essa análise foi considerado um nível de significância de 5% ou $p\text{-valor} \leq 0,05$.

Entre os grupos da atividade física, houve diferença estatisticamente significativa com as variáveis AIVDS ($p= 0,020$) e fragilidade ($p= 0,000$). Isso indica que os idosos com baixo nível de atividade física possuem pior desempenho nas AIVDS, bem como são mais frágeis que os idosos com normalidade nessa variável.

Em relação à cognição avaliada pelo MEEM, encontrou-se diferença estatisticamente significativa com as variáveis humor, ($p= 0,047$), AIVDS ($p= 0,047$) e cognição avaliada pelo TDR ($p= 0,048$). Esses achados mostram que os idosos com alteração cognitiva são mais depressivos e possuem menor desempenho nas AIVDS e no TDR do que os com estado cognitivo normal. Já a cognição avaliada pelo TDR apresentou diferença estatisticamente significativa apenas com a cognição testada pelo MEEM ($p= 0,046$).

Os grupos da variável AIVDS apresentaram diferença estatisticamente significativa com a atividade física ($p= 0,002$), ABVDS ($p= 0,009$) e fragilidade ($p= 0,004$). Esses achados significam que os idosos com dependência parcial possuem baixo nível de atividade física, são mais dependentes nas ABVDS e são mais fragilizados do que os independentes.

No que diz respeito ao humor, os grupos apresentaram diferença estatisticamente significativa apenas com a variável idade ($p= 0,048$), ou seja, os resultados indicam que os idosos com indício de depressão leve são mais jovens do que os com normalidade nesse aspecto.

Já em relação ao estado conjugal, os achados mostram diferença estatisticamente significativa com as variáveis atividade física ($p= 0,020$), AIVDS ($p= 0,048$) e fragilidade ($p= 0,036$), o que significa que idosos com parceiro são mais inativos, dependentes nas AIVDS, bem como são mais frágeis que os sem parceiro. Vale ressaltar que, talvez esses resultados se comportaram dessa maneira por causa do baixo número de idosos que possuíam parceiro. Esses achados podem ser observados na Tabela 10 abaixo.

Tabela 10 - Comparação entre dois grupos – teste Mann Whitney. São Carlos, 2016.

Atividade Física	Variável	N	Média	D.P.	Mín	Max	Mediana	p-valor
Normal	Humor (GDS)	15	2,73	2,404	0	8	2,00	p= 0,059
	ABVD (Katz)	15	6,00	0,000	6	6	6,00	p= 0,054
	AIVD (Lawnton)	15	20,73	0,799	18	21	21,00	p= 0,020
	Cognição (TDR)	15	2,60	1,993	0	5	3,00	p= 0,962
	Cognição (MEEM)	15	24,27	3,900	16	30	25,00	p= 0,364
	Fragilidade	15	0,47	0,640	0	2	0,00	p= 0,000
	Idade	15	74,27	6,250	67	84	73,00	p= 0,694
Baixo nível de atividade física	Humor (GDS)	13	4,23	2,743	1	9	3,00	
	ABVD (Katz)	13	5,31	1,702	0	6	6,00	
	AIVD (Lawnton)	13	18,38	4,073	8	21	20,00	
	Cognição (TDR)	13	2,69	1,750	0	5	4,00	
	Cognição (MEEM)	12	22,33	4,997	15	29	23,50	
	Fragilidade	13	2,62	1,121	1	5	3,00	
	Idade	13	73,00	5,759	65	87	73,00	
Cognição (MEEM)	Variável	N	Média	D.P.	Mín	Max	Mediana	p-valor
Normal	Atividade Física (PAH)	20	42,25	31,539	-64	77	49,50	p= 0,598
	Humor (GDS)	20	3,00	2,734	0	9	2,00	p= 0,047
	ABVD (Katz)	20	5,85	0,489	4	6	6,00	p= 0,394
	AIVD (Lawnton)	20	20,35	2,033	12	21	21,00	p= 0,047
	Cognição (TDR)	20	3,10	1,861	0	5	4,00	p= 0,048
	Fragilidade	20	1,15	1,089	0	3	1,00	p= 0,277
	Idade	20	73,95	5,772	65	84	73,00	p= 0,738
Alteração cognitiva	Atividade Física (PAH)	7	32,43	36,078	-21	71	46,00	
	Humor (GDS)	7	4,00	1,732	3	7	3,00	
	ABVD (Katz)	7	6,00	0,000	6	6	6,00	
	AIVD (Lawnton)	7	19,29	1,890	16	21	19,00	
	Cognição (TDR)	7	1,43	1,397	0	4	1,00	
	Fragilidade	7	2,00	1,826	0	5	2,00	
	Idade	7	73,43	7,161	67	87	69,00	
Cognição (TDR)	Variável	N	Média	D.P.	Mín	Max	Mediana	p-valor
Normal	Atividade Física (PAH)	4	59,75	13,226	41	70	64,00	p= 0,167
	Humor (GDS)	4	1,50	1,000	0	2	2,00	p= 0,075
	ABVD (Katz)	4	6,00	0,000	6	6	6,00	p= 0,463
	AIVD (Lawnton)	4	20,75	0,500	20	21	21,00	p= 0,552
	Cognição (MEEM)	4	27,25	1,708	25	29	27,50	p= 0,046
	Fragilidade	4	0,50	0,577	0	1	0,50	p= 0,136
	Idade	4	75,25	4,924	68	79	77,00	p= 0,509
Alteração cognitiva	Atividade Física (PAH)	24	32,17	38,366	-64	77	44,00	
	Humor (GDS)	24	3,75	2,691	0	9	3,00	
	ABVD (Katz)	24	5,63	1,279	0	6	6,00	
	AIVD (Lawnton)	24	19,46	3,230	8	21	21,00	
	Cognição (MEEM)	23	22,74	4,444	15	30	23,00	
	Fragilidade	24	1,63	1,439	0	5	1,50	
	Idade	24	73,42	6,157	65	87	72,00	

AIVDS	Variável	N	Média	D.P.	Mín	Max	Mediana	p-valor
Independente	Atividade Física (PAH)	19	53,11	15,209	24	77	52,00	p=0,002
	Humor (GDS)	19	3,21	2,780	0	9	2,00	p=0,144
	ABVD (Katz)	19	6,00	0,000	6	6	6,00	p=0,009
	Cognição (TDR)	19	3,05	1,810	0	5	4,00	p=0,121
	Cognição (MEEM)	19	24,32	4,070	16	30	25,00	p=0,121
	Fragilidade	19	0,89	0,937	0	3	1,00	p=0,004
	Idade	19	73,79	5,493	67	84	73,00	p=0,748
Dependente parcial	Atividade Física (PAH)	9	0,22	44,364	-64	70	10,00	
	Humor (GDS)	9	3,89	2,369	2	8	3,00	
	ABVD (Katz)	9	5,00	2,000	0	6	6,00	
	Cognição (TDR)	9	1,78	1,716	0	5	1,00	
	Cognição (MEEM)	8	21,25	4,803	15	28	22,00	
	Fragilidade	9	2,67	1,500	0	5	3,00	
	Idade	9	73,44	7,178	65	87	70,00	
Humor Normal	Variável	N	Média	D.P.	Mín	Max	Mediana	p-valor
	Atividade Física (PAH)	21	40,90	25,844	-21	77	48,00	p=0,936
	ABVD (Katz)	21	5,95	0,218	5	6	6,00	p=0,068
	AIVD (Lawton)	21	20,24	1,338	16	21	21,00	p=0,823
	Cognição (TDR)	21	2,71	1,953	0	5	4,00	p=0,642
	Cognição (MEEM)	21	23,62	4,610	15	30	25,00	p=0,577
	Fragilidade	21	1,38	1,396	0	5	1,00	p=0,566
	Idade	21	75,00	6,083	67	87	73,00	p=0,048
Depressão leve	Atividade Física (PAH)	7	21,71	60,135	-64	71	42,00	
	ABVD (Katz)	7	4,86	2,268	0	6	6,00	
	AIVD (Lawton)	7	17,86	5,490	8	21	21,00	
	Cognição (TDR)	7	2,43	1,618	0	4	2,00	
	Cognição (MEEM)	6	22,67	4,082	17	29	22,00	
	Fragilidade	7	1,71	1,496	0	4	2,00	
	Idade	7	69,71	3,402	65	75	69,00	
Estado conjugal Com parceiro	Variável	N	Média	D.P.	Mín	Max	Mediana	p-valor
	Atividade Física (PAH)	4	-7,00	45,746	-64	41	-2,50	p=0,020
	Humor (GDS)	4	4,00	2,708	2	8	3,00	p=0,382
	ABVD (Katz)	4	5,50	1,000	4	6	6,00	p=0,328
	AIVD (Lawton)	4	17,75	3,948	12	21	19,00	p=0,048
	Cognição (TDR)	4	2,25	1,893	1	5	1,50	p=0,786
	Cognição (MEEM)	4	21,50	5,000	15	27	22,00	p=0,319
	Fragilidade	4	3,00	1,633	1	5	3,00	p=0,036
Idade	4	76,75	9,032	65	87	77,50	p=0,668	
Sem parceiro	Atividade Física (PAH)	24	43,29	30,955	-61	77	50,00	
	Humor (GDS)	24	3,33	2,665	0	9	2,00	
	ABVD (Katz)	24	5,71	1,233	0	6	6,00	
	AIVD (Lawton)	24	19,96	2,820	8	21	21,00	
	Cognição (TDR)	24	2,71	1,876	0	5	4,00	
	Cognição (MEEM)	23	23,74	4,372	16	30	25,00	
	Fragilidade	24	1,21	1,215	0	4	1,00	
	Idade	24	73,17	5,387	67	84	72,00	

Para as comparações entre os três grupos das variáveis ABVDS, fragilidade e escolaridade com as variáveis, utilizou-se o teste não paramétrico de Kruskal Wallis. Para essa análise também foi considerado um nível de significância de 5% ou $p\text{-valor} \leq 0,05$.

Entre os grupos da variável ABVDS, houve diferença estatisticamente significativa apenas com as AIVDS ($p= 0,020$), ou seja, aqueles idosos com maior dependência nas ABVDS possuem maior comprometimento nas AIVDS do que os independentes.

No que diz respeito à fragilidade, os grupos apresentaram diferença estatisticamente significativa com as variáveis atividade física ($p= 0,001$), AIVDS ($p= 0,002$) e cognição avaliada pelo MEEM ($p= 0,035$). Esses resultados mostram que os idosos mais frágeis possuem pior desempenho na atividade física, nas AIVDS e na cognição que os idosos menos fragilizados.

Em relação aos grupos da variável escolaridade, houve diferença estatisticamente significativa com a cognição avaliada pelo MEEM ($p= 0,003$) e idade ($p= 0,022$), ou seja, os idosos com menor escolaridade apresentaram menores pontuações no MEEM, bem como são idosos mais velhos. Esses achados já são esperados, pois idosos com menos anos de estudo tendem a apresentar pontuações menores no MEEM, assim como tendem a ser mais longevos. A Tabela 11 ilustra esses resultados.

Tabela 11 - Comparação entre grupos – teste Kruskal Wallis. São Carlos, 2016.

ABVDS	Variável	N	Média	D.P.	Mín	Max	Mediana	p-valor
Independente	Atividade Física (PAH)	26	43,69	25,331	-21	77	48,50	p= 0,067
	Humor (GDS)	26	3,08	2,382	0	9	2,00	p= 0,110
	AIVD (Lawnton)	26	20,38	1,235	16	21	21,00	p= 0,020
	Cognição (TDR)	26	2,73	1,888	0	5	4,00	p= 0,650
	Cognição (MEEM)	26	23,42	4,527	15	30	25,00	p= 0,747
	Fragilidade	26	1,31	1,320	0	5	1,00	p= 0,125
	Idade	26	74,15	5,870	67	87	73,00	p= 0,215
Dependente parcial	Atividade Física (PAH)	1	-64,00	--	-64	-64	-64,00	
	Humor (GDS)	1	8,00	--	8	8	8,00	
	AIVD (Lawnton)	1	12,00	--	12	12	12,00	
	Cognição (TDR)	1	4,00	--	4	4	4,00	
	Cognição (MEEM)	1	24,00	--	24	24	21,00	
	Fragilidade	1	3,00	--	3	3	3,00	
	Idade	1	71,00		71	71	71,00	
Dependente importante	Atividade Física (PAH)	1	-61,00	--	-61	-61	-61,00	
	Humor (GDS)	1	8,00	--	8	8	8,00	
	AIVD (Lawnton)	1	8,00	--	8	8	8,00	
	Cognição (TDR)	1	2,00	--	2	2	2,00	
	Cognição (MEEM)	--	--	--	--	--	--	
	Fragilidade	1	4,00	--	4	4	4,00	
	Idade	1	70,00	--	70	70	70,00	
Fragilidade Não frágil	Atividade Física (PAH)	9	60,11	10,031	46	71	60,00	p= 0,001
	Humor (GDS)	9	2,78	2,587	0	8	2,00	p= 0,396
	ABVD (Katz)	9	6,00	0,000	6	6	6,00	p= 0,161
	AIVD (Lawnton)	9	20,67	1,000	18	21	21,00	p= 0,002
	Cognição (TDR)	9	3,22	1,787	0	5	4,00	p= 0,130
	Cognição (MEEM)	9	25,33	3,122	20	29	25,00	p= 0,035
	Idade	9	75,00	6,614	67	84	75,00	p= 0,769
	Pré frágil	Atividade Física (PAH)	12	46,08	19,938	10	77	45,50
Humor (GDS)		12	3,58	2,678	0	9	2,50	
ABVD (Katz)		12	5,92	0,289	5	6	6,00	
AIVD (Lawnton)		12	20,75	0,622	19	21	21,00	
Cognição (TDR)		12	2,92	1,929	0	5	4,00	
Cognição (MEEM)		12	24,00	4,513	16	30	25,00	
Idade		12	72,58	4,776	67	82	73,00	
Frágil	Atividade Física (PAH)	7	-11,86	39,427	-64	41	-4,00	
	Humor (GDS)	7	4,00	2,828	1	8	3,00	
	ABVD (Katz)	7	4,86	2,268	0	6	6,00	
	AIVD (Lawnton)	7	16,43	4,791	8	21	19,00	
	Cognição (TDR)	7	1,43	1,397	9	4	1,00	
	Cognição (MEEM)	6	19,33	3,830	15	24	19,00	
	Idade	7	73,86	7,358	65	87	71,00	

Escolaridade	Variável	N	Média	D.P.	Mín	Max	Mediana	p-valor
Analfabeto	Atividade Física (PAH)	5	31,40	20,852	10	56	24,00	p= 0,649
	Humor (GDS)	5	3,40	3,209	1	9	2,00	p= 0,929
	ABVD (Katz)	5	6,00	0,000	6	6	6,00	p= 0,562
	AIVD (Lawnton)	5	20,40	0,894	19	21	21,00	p= 0,727
	Cognição (TDR)	5	1,00	1,732	0	4	0,00	p= 0,076
	Cognição (MEEM)	5	18,00	2,449	15	21	17,00	p= 0,003
	Fragilidade	5	1,80	1,304	0	3	2,00	p= 0,478
	Idade	5	80,00	5,292	73	87	81,00	p= 0,022
Fundamental incompleto	Atividade Física (PAH)	18	38,83	37,459	-64	77	48,50	
	Humor (GDS)	18	3,28	2,396	0	8	2,50	
	ABVD (Katz)	18	5,83	0,514	4	6	6,00	
	AIVD (Lawnton)	18	19,94	2,363	12	21	21,00	
	Cognição (TDR)	18	2,89	1,711	0	5	4,00	
	Cognição (MEEM)	18	23,94	3,842	16	30	25,00	
	Fragilidade	18	1,50	1,383	0	5	1,00	
	Idade	18	73,00	5,369	65	84	72,00	
Fundamental completo	Atividade Física (PAH)	5	31,00	52,488	-61	68	46,00	
	Humor (GDS)	5	4,00	3,391	0	8	3,00	
	ABVD (Katz)	5	4,80	2,683	0	6	6,00	
	AIVD (Lawnton)	5	17,80	5,630	8	21	21,00	
	Cognição (TDR)	5	3,40	1,817	1	5	4,00	
	Cognição (MEEM)	4	27,75	1,893	25	29	28,50	
	Fragilidade	5	1,00	1,732	0	4	0,00	
	Idade	5	69,80	4,207	67	77	68,00	

4.4. Composição e suporte familiar dos idosos

Conforme já explicitado anteriormente, para a avaliação das composições familiares, foram construídos os genogramas junto aos participantes. Nesse momento levou-se em consideração as pessoas que o idoso relatou serem membros integrantes de sua família.

Os resultados mostram que a média de membros familiares vivos citados pelos participantes foi de 40,11 ($\pm 26,394$), com uma variação de 9 a 120 membros. No que diz respeito às gerações, 53,6% (n= 15) relatou possuir em sua família até 3 gerações com membros vivos, 42,9% (n= 12) dos idosos mantêm relações com 2 dessas gerações e 39,3% (n= 11) possui relações harmoniosas com as gerações citadas.

As Figuras 4 e 5 ilustram essa variação entre o tamanho das famílias estudadas, sendo que a composição familiar com menor número de membros citados está representada pela Figura 4 e a com maior número pela Figura 5.

Figura 4 - Genograma da família com o menor número de membros familiares citados. São Carlos, 2016.

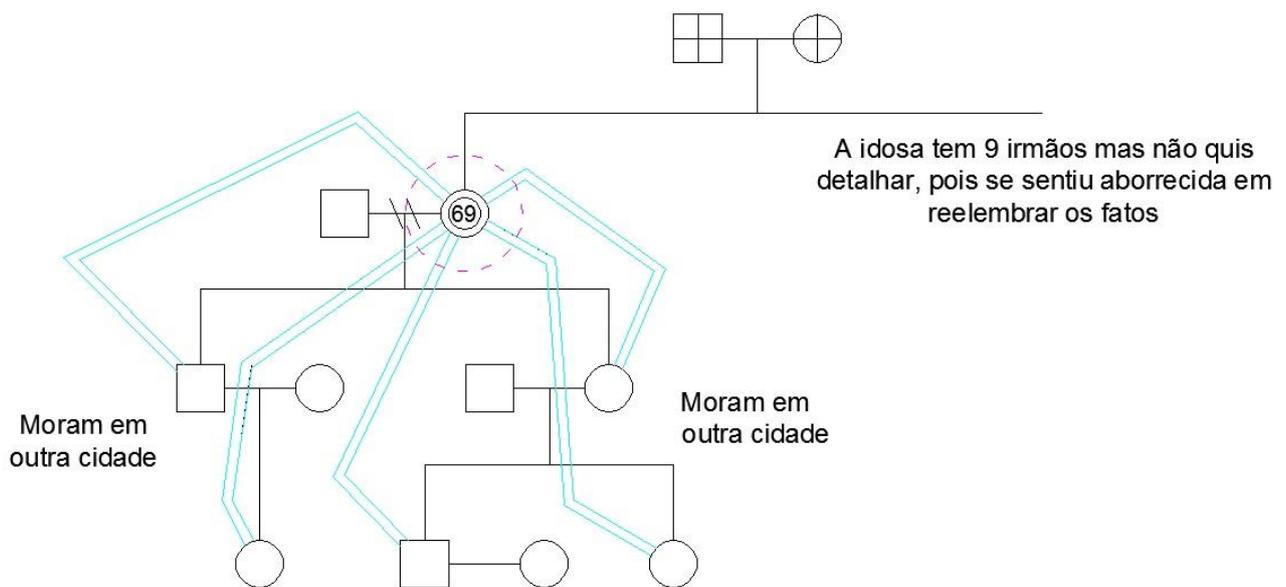
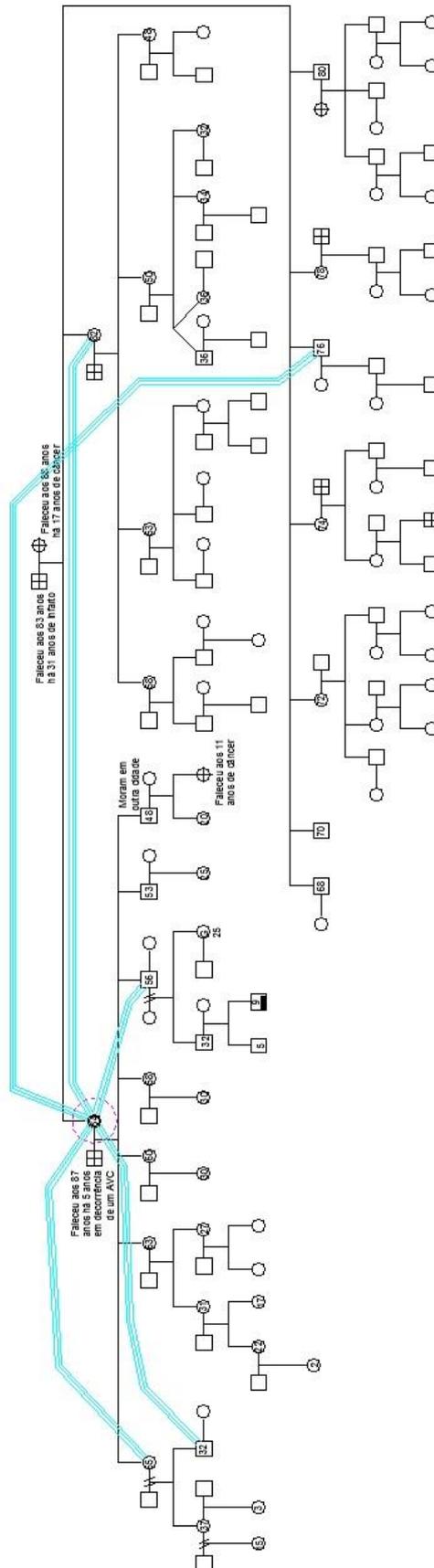


Figura 5 - Genograma da família com o maior número de membros familiares citados. São Carlos, 2016.



A Figura 6 abaixo, representa a família de uma idosa com até 3 gerações com membros vivos citados, ou seja, ela relatou sobre a geração correspondente a dela e as duas seguintes. Já a Figura 7 ilustra uma família em que o idoso possui relações com 2 das gerações citadas por ele. Nas duas figuras, as relações mantidas pelo idoso e seus familiares caracterizam-se como harmoniosas.

Figura 6 - Genograma de uma família com 3 gerações vivas citadas. São Carlos, 2016.

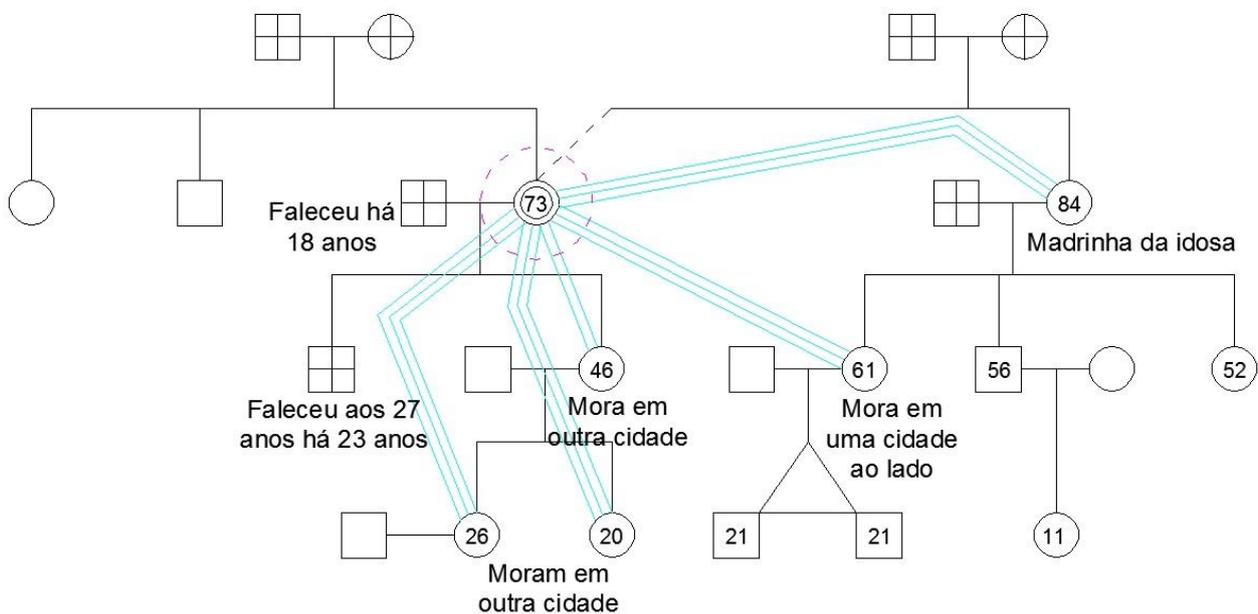
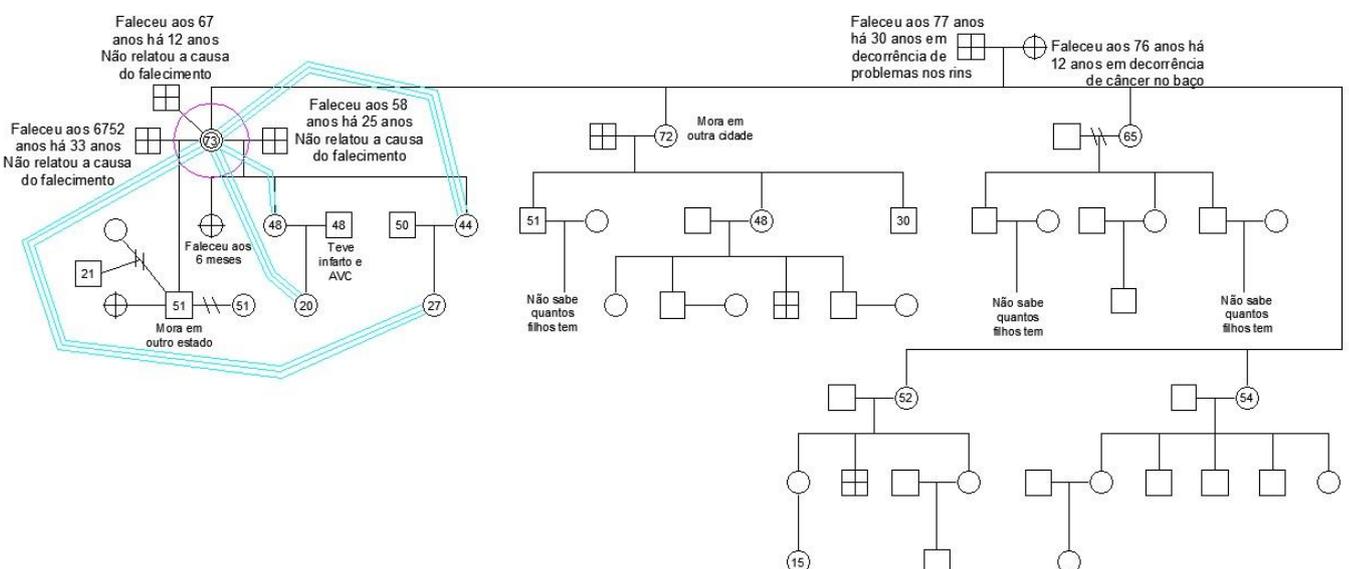


Figura 7 - Genograma de uma idosa que possui relações harmoniosas com 2 gerações. São Carlos, 2016.



A qualidade das relações entre os idosos e seus familiares são classificadas principalmente como harmoniosas, pois encontrou-se uma média de 5,04 ($\pm 2,365$) ligações, sendo que 39,3% (n= 11) apresentaram de 3 a 4 relações harmoniosas com os membros da família. Dessas relações harmoniosas, a maior parte constitui-se de relações estreitas, com média de 3,89 ($\pm 2,283$) ligações, sendo que 57,1% (n= 16) relatou ter de 3 a 5 relações harmoniosas estreitas.

A Figura 8 abaixo é um exemplo de composição familiar em que a idosa possui relações harmoniosas com os membros de sua família e, a Figura 9, é a representação de um genograma em que a idosa mantém relações harmoniosas estreitas com seus familiares.

Figura 8 - Genograma de uma idosa que possui relações harmoniosas com seus familiares. São Carlos, 2016.

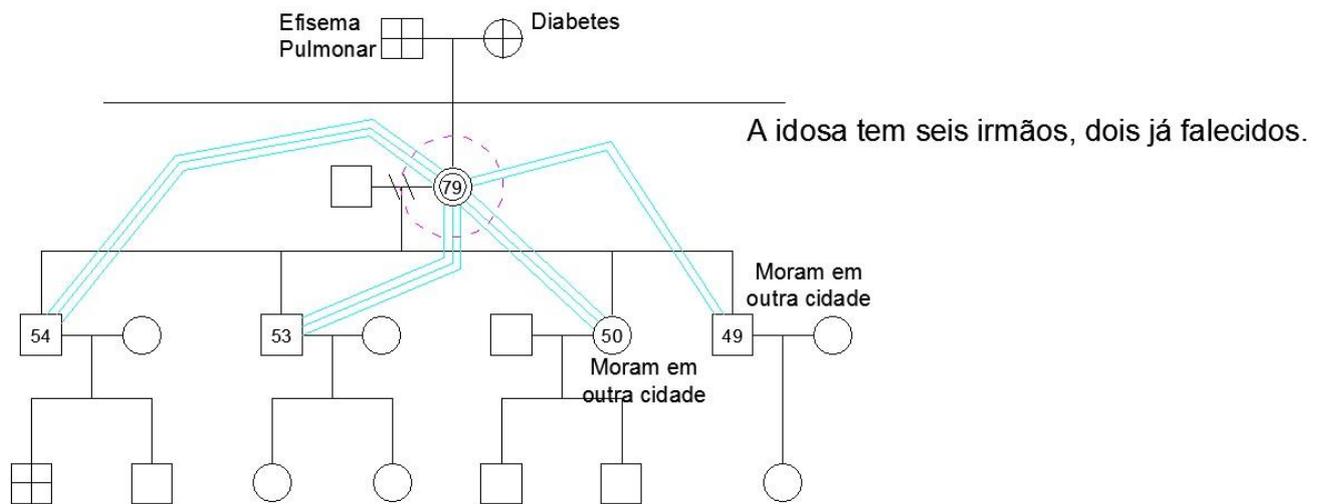
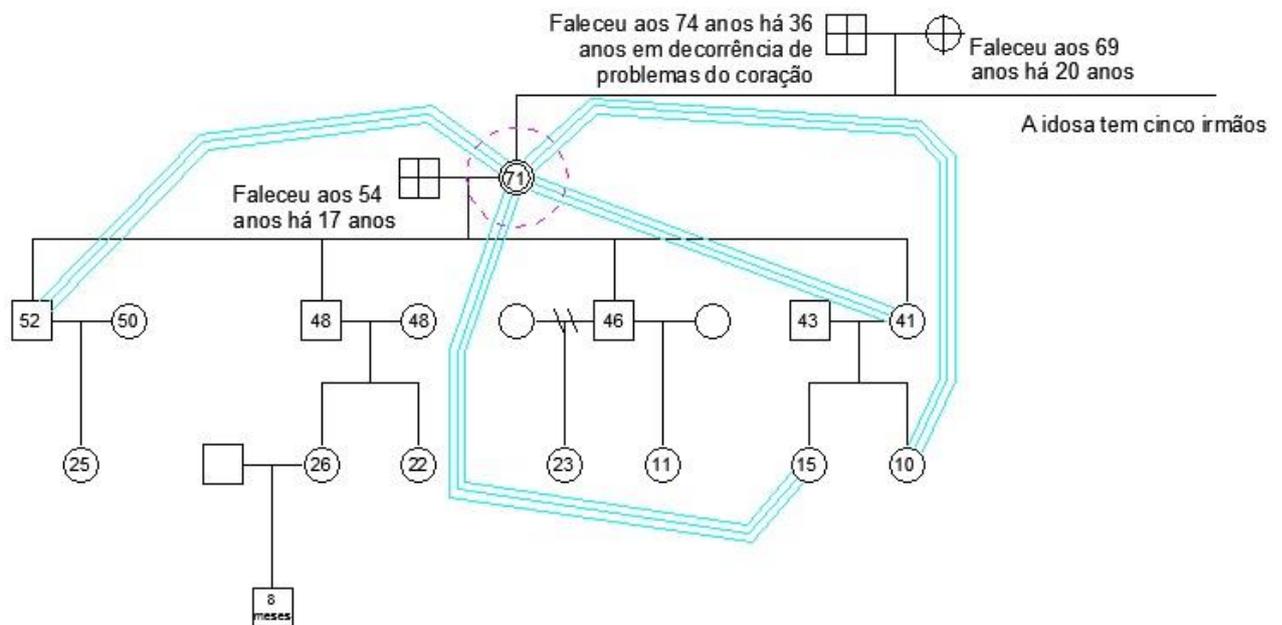
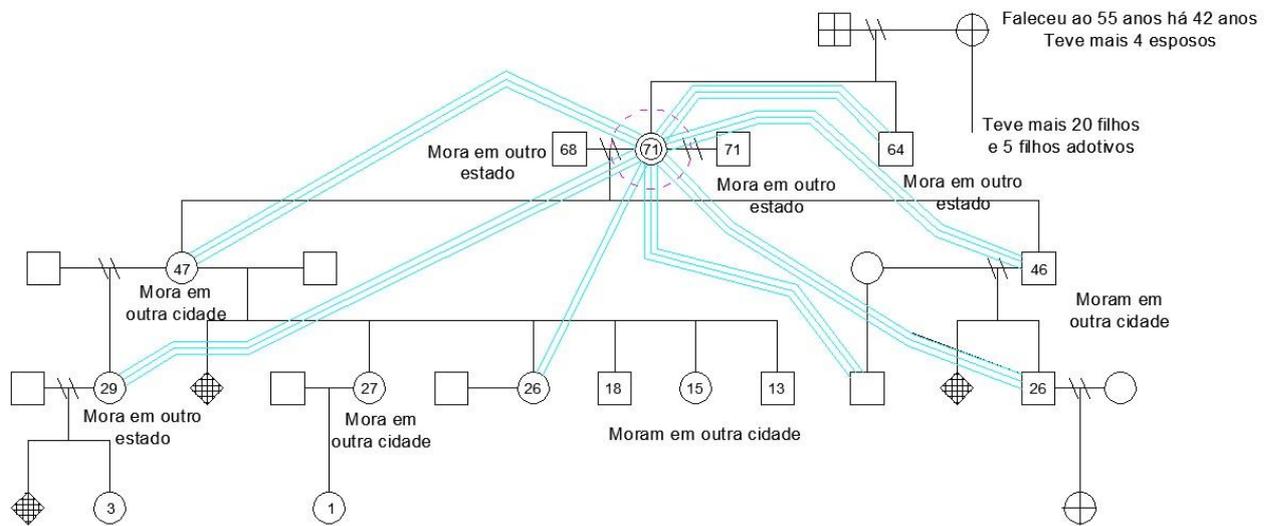


Figura 9 - Genograma de uma idosa que possui relações harmoniosas estreitas com seus familiares. São Carlos, 2016.



As relações harmoniosas com proximidade à distância foram também um tipo de relacionamento citado pelos idosos nos genogramas. Mesmo apresentando um número reduzido de relações, com uma média de 1,21 ($\pm 2,025$) ligações, essa condição observada é interessante, pois mesmo residindo em outras cidades ou estados, alguns idosos e familiares conseguem manter um relacionamento próximo e positivo. A Figura 10 ilustra o genograma de uma idosa que mantém relações harmoniosas com familiares que moram em outra cidade e estado.

Figura 10 - Genograma de uma idosa que possui relações harmoniosas com proximidade à distância com membros familiares. São Carlos, 2016.



Além de relações harmoniosas, outros tipos de relações com menor presença nos genogramas também foram encontradas, como é o caso das conflituosas e distantes. Ambas apresentaram a mesma média de ligações, $0,18 (\pm 0,476)$, e a mesma frequência, pois 85,7% ($n= 24$) dos idosos não possuíam relações dessa qualidade. Dessa forma, as Figuras 11 e 12 representam genogramas de idosos que possuem relações conflituosas e distantes respectivamente com seus familiares.

Figura 11 - Genograma de uma idosa que possui relações conflituosas com membros familiares. São Carlos, 2016.

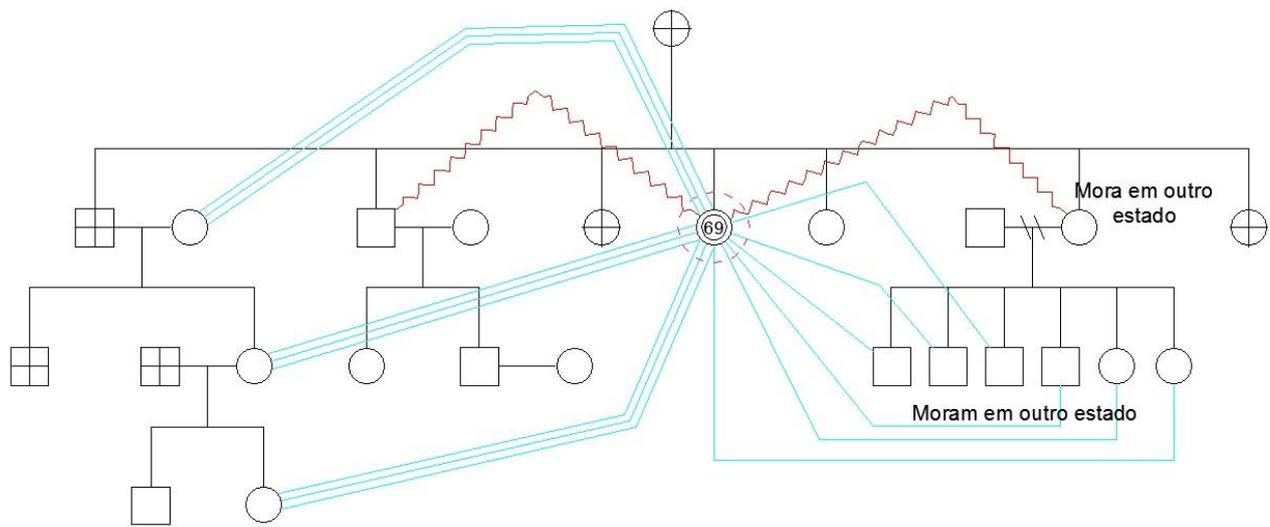
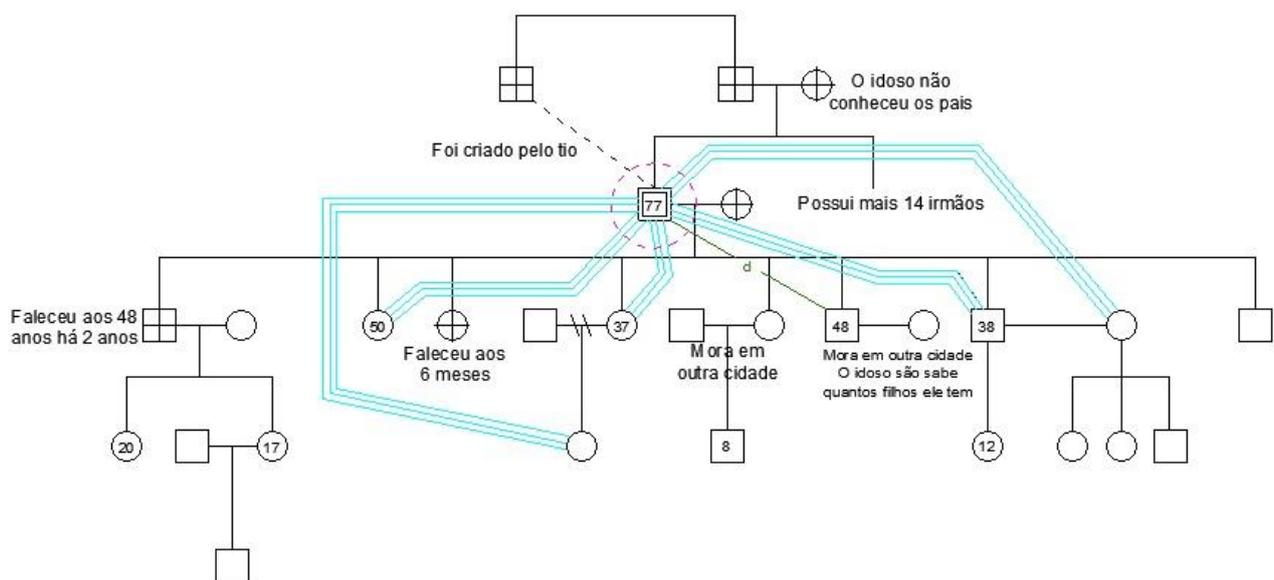


Figura 12 - Genograma de um idoso que possui relação distante com membro familiar. São Carlos, 2016.



Em relação aos filhos, grande parte dos idosos, 78,6% (n= 22), relatou ser pai ou mãe, sendo que 59,1% (n= 13) relatou possuir de 1 a 2 filhos vivos. As Figuras 13 e 14 são exemplos de 2 estruturas familiares de idosos com 1 e 2 filhos vivos respectivamente.

Figura 13 - Genograma de um idoso que possui 1 filho vivo. São Carlos, 2016.

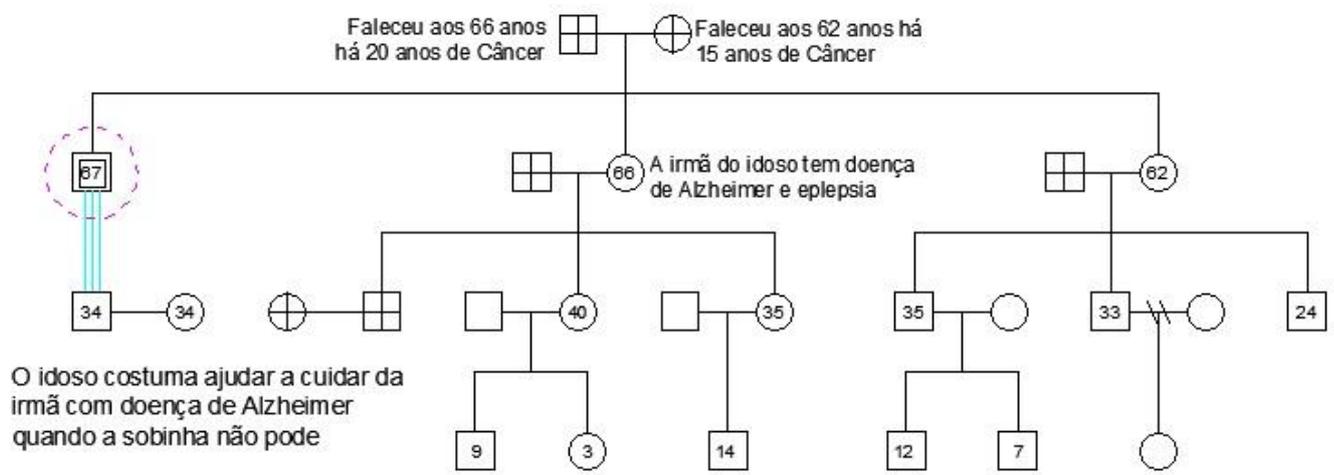
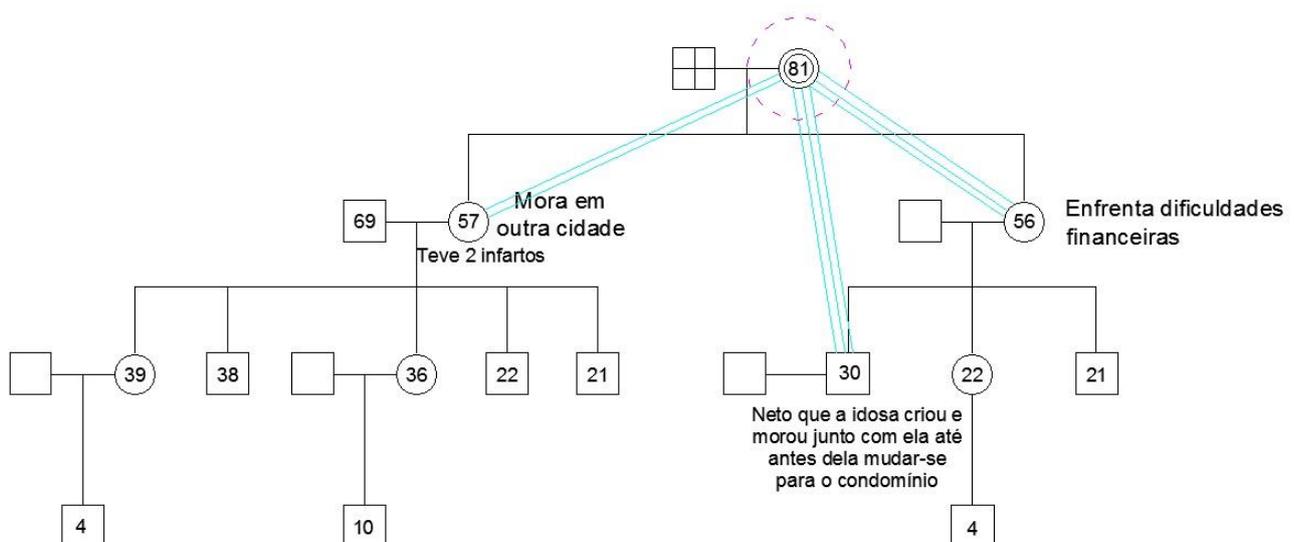


Figura 14 - Genograma de uma idosa que possui 2 filhas vivas. São Carlos, 2016.



Os resultados das composições familiares apresentados acima podem ser observados na Tabela 12 abaixo.

Tabela 12 - Descrição das composições familiares. São Carlos, 2016.

VARIÁVEL	MÉDIA (±dp)	MEDIANA	VARIAÇÃO OBSERVADA	CATEGORIAS	N	%
Membros vivos citados	40,11 (±26,394)	31,5	9 - 120	--	--	--
Gerações com membros vivos	3,39 (±0,567)	3	2 - 4	2 gerações	1	3,6
				3 gerações	15	53,6
				4 gerações	12	42,9
Relações com outras gerações	2,21 (±0,876)	2	1 - 4	1 geração	6	21,4
				2 gerações	12	42,9
				3 gerações	8	28,6
				4 gerações	2	7,1
Relações harmoniosas com outras gerações	2,14 (±0,848)	2	1 - 4	1 geração	7	25
				2 gerações	11	39,3
				3 gerações	9	32,1
				4 gerações	1	3,6
Relações conflituosas com outras gerações	0,18 (±0,390)	0,00	0 - 1	Nenhuma geração	23	82,1
				1 gerações	5	17,9
Relações distantes com outras gerações	0,11 (±0,315)	0,00	0 - 1	Nenhuma geração	25	89,3
				1 gerações	3	10,7
Relações harmoniosas	5,04 (±2,365)	4,5	1 - 11	1 a 2 relações	3	10,7
				3 a 4 relações	11	39,3
				5 a 6 relações	8	28,6
				7 a 8 relações	3	10,7
				9 a 11 relações	3	10,7
Relações harmoniosas normais	0,32 (±1,188)	0,00	0 - 6	Nenhuma relação	25	89,3
				1 relação	1	3,6
				2 relações	1	3,6
				6 relações	1	3,6
Relações harmoniosas próximas	0,82 (±1,307)	0,5	0 - 5	Nenhuma relação	14	50
				1 relação	11	39,3
				2 relações	1	3,6
				5 relações	2	7,1
Relações harmoniosas estreitas	3,89 (±2,283)	4	0 - 10	0 a 2 relações	8	25
				3 a 5 relações	16	57,1
				6 a 10 relações	5	17,9
Relações harmoniosas com	1,21 (±2,025)	0,00	0 - 6	Nenhuma relação	18	64,3
				1 relação	3	10,7
				2 relações	1	3,6
				4 relações	3	10,7

proximidade à distância				5 relações	1	3,6
				6 relações	2	7,1
Relações conflituosas	0,18 (±0,476)	0,00	0 - 2	Nenhuma relação	24	85,7
				1 relação	3	10,7
				2 relações	1	3,6
Relações distantes	0,18 (±0,476)	0,00	0 - 2	Nenhuma relação	24	85,7
				1 relação	3	10,7
				2 relações	1	3,6
Filhos vivos	--	--	--	SIM	22	78,6
				NÃO	6	21,4
Número de filhos vivos	2,82 (±1,991)	2	0 - 8	1 a 2 filhos	13	59,1
				3 a 4 filhos	6	27,2
				6 a 8 filhos	3	13,5

4.5. Rede de suporte social dos idosos

Para a avaliação da rede de suporte social dos idosos participantes, construiu-se junto a eles os ecomapas. Os resultados das análises dos ecomapas mostram que foram encontrados um total de 149 vínculos sociais relatados, sendo que a família apareceu como um dos elementos da rede de suporte social mais frequente entre os idosos, com 35,6% (n= 53) dos vínculos relatados. Desse grupo da família, os filhos foram os mais citados, 11,4% (n= 17), seguido dos irmãos, 7,4% (n= 11) e dos sobrinhos, 4,7% (n= 7). Foram relatados também os netos, passeios com a família, cunhados, primos, enteados, nora e tio.

Em segundo lugar apareceram como parte da rede de suporte social mais frequente entre os participantes, os serviços de saúde; com 20,1% (n= 30) dos vínculos relatados. Desses, a Unidade Básica de Saúde (UBS) apareceu como o serviço mais utilizado entre os idosos, 14,8% (n= 22), seguido pelos serviços médicos, 2% (n= 3) e pelo Centro de Referência do Idoso, 1,3% (n= 2). Também foram citados os serviços de fisioterapia, odontológico e de saúde mental.

O próprio condomínio estudado, os amigos e as instituições religiosas, como as Igrejas e Centro Espírita, também apareceram como equipamentos das redes de suporte social importantes

entre os participantes, com 9,4% (n= 14), 6% (n= 9) e 5,4% (n= 8) dos vínculos relatados respectivamente.

Outros vínculos foram citados com menor frequência, como bailes, eventos sociais/culturais do municípios, restaurante, namorado, bingo, ex-companheira, baile, entre outros, como pode ser observado na Tabela 12 abaixo.

Tabela 13 - Distribuição das redes de suporte social. São Carlos, 2016.

VARIÁVEL	MÉDIA (±dp)	MEDIANA	VARIAÇÃO OBSERVADA	CATEGORIAS	N	%
Vínculos Sociais Citados	6,13 (±2,849)	5,5	2 - 15	2 - 3 vínculos sociais	2	6,8
				4 - 5 vínculos sociais	10	34,4
				6 - 7 vínculos sociais	6	20,7
				8 - 9 vínculos sociais	4	13,7
				11 - 15 vínculos sociais	2	6,8

Em relação aos dados do número de vínculos sociais citados pelos participantes, encontrou-se uma média equivalente a 6,13 (±2,849), sendo que o menor número de vínculos relatados foi 2 e o maior 15. Além disso, foram citados mais frequentemente entre os idosos, 34,4% (n= 10), 4 e 5 vínculos sociais. Esses resultados podem ser observados pela Tabela 14.

Tabela 14 - Descrição dos vínculos sociais. São Carlos, 2016.

REDE SOCIAL	N	%
Família	53	35,6
Filhos	17	11,4
Irmãos	11	7,4
Sobrinhos	7	4,7
Netos	5	3,3
Passeios com a família	5	3,3
Cunhados	2	1,3
Primos	2	1,3
Enteados	2	1,3
Nora	1	0,7
Tio	1	0,7
Serviços de Saúde	30	20,1
UBS	22	14,8
Médico	3	2
Centro de Referência do Idoso	2	1,3
Fisioterapia	1	0,7
Serviço odontológico	1	0,7
Serviço de saúde mental	1	0,7
Condomínio do Idoso	14	9,4
Amigos	9	6
Instituições Religiosas	8	5,4
Viagens	7	4,7
Eventos sociais/culturais do município	4	2,7
Restaurante	3	2
Namorado	3	2
Bingo	3	2
Ex-companheira	2	1,3
Baile	2	1,3
Trabalho	1	0,7
Clubes	1	0,7
Bares	1	0,7
Costureira	1	0,7
Banco	1	0,7
Supermercado	1	0,7
Internet	1	0,7
SESC	1	0,7
Jogos Regionais do Idoso	1	0,7
Orçamento Participativo	1	0,7
Vôlei	1	0,7
Conselho do Idoso	1	0,7
Câmara dos Vereadores	1	0,7
TOTAL	149	100

As Figuras 15 e 16 representam os Ecomapas dos idosos que relataram possuir 4 e 5 vínculos sociais.

Figura 15 - Ecomapa de um idoso com 4 vínculos sociais citados. São Carlos, 2016.

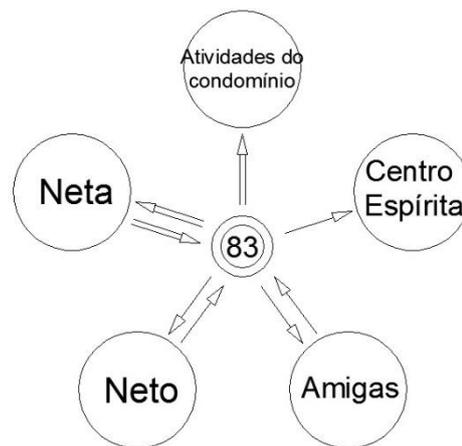
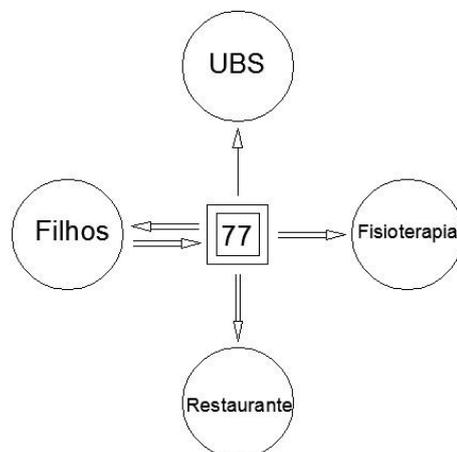


Figura 16 - Ecomapa de uma idosa com 5 vínculos sociais citados. São Carlos, 2016.



Já as Figura 17 e 18, mostram os Ecomapas dos duas idosas que citaram um maior número de vínculos sociais. Nota-se que esses dois participantes são uma exceção à regra desses idosos, pois a maior parte deles possuem um rede de suporte social mais empobrecida.

Figura 17 - Ecomapa de uma idosa com 11 vínculos sociais citados. São Carlos, 2016.

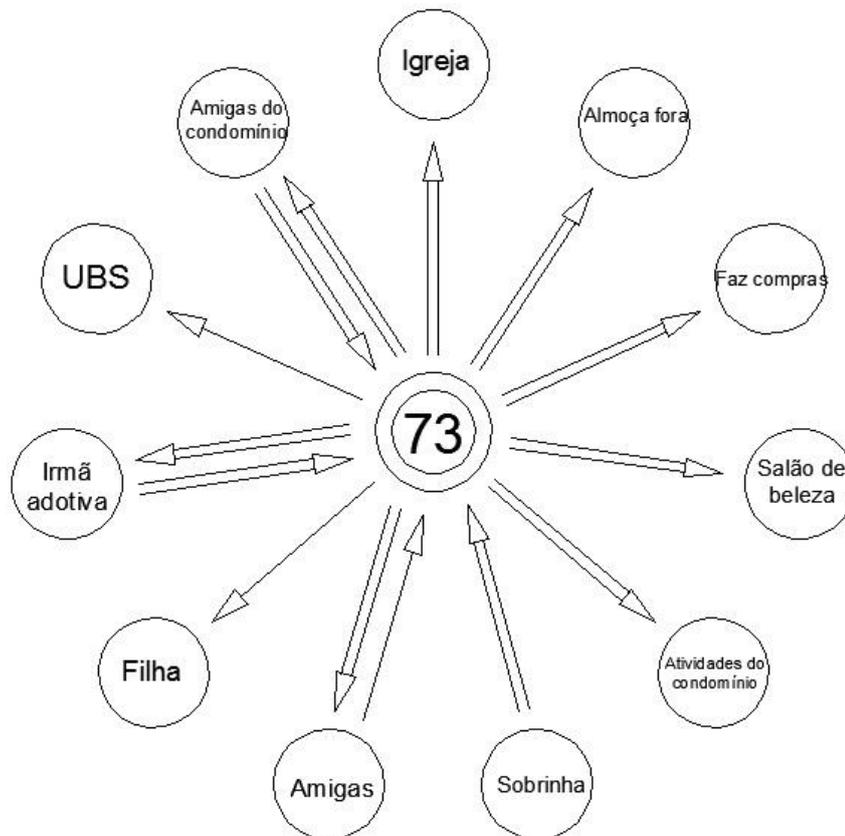
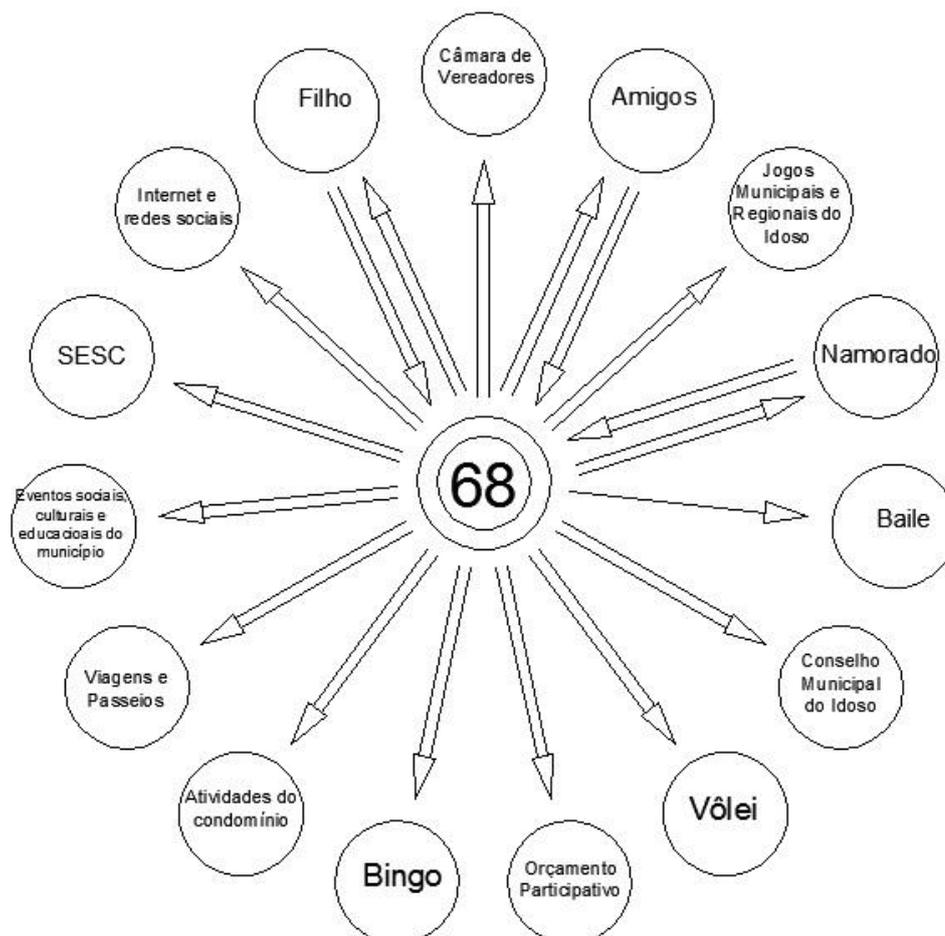


Figura 18 - Ecomapa de uma idosa com 15 vínculos sociais citados. São Carlos, 2016.



4.6. Entrevista com o gestor

Com o intuito de conhecer os serviços oferecidos pelo condomínio, foi realizada uma entrevista semi-estruturada com o profissional que atua diretamente com os idosos moradores, com o intuito de conhecer a caracterização do condomínio, os serviços oferecidos e a percepção do profissional acerca do idoso frágil.

- Objetivo geral do condomínio:

Quando perguntado à pessoa entrevistada acerca do objetivo do condomínio, ela respondeu que é oferecer moradia digna ao idoso, retirando-o de situação de risco, vulnerabilidade social e da extrema pobreza.

- Critérios de inclusão:

Em relação aos critérios para as pessoas serem contempladas pela moradia, foi relatado que os interessados devem possuir 60 anos ou mais, estar em situação de vulnerabilidade social e condição socioeconômica desfavorecida, ou seja, possuir baixa renda. Além disso, esse idosos necessitam apresentar autonomia e independência em suas atividades diárias.

O critério da autonomia e independência foi enfatizado sete vezes ao longo da entrevista. Dessa forma, alguns trechos de sua fala sobre esse aspecto foram destacados abaixo:

“Tem que ter autonomia para morar sozinho, realizar seus afazeres e cuidados pessoais né? Esse é um dos quesitos né?”

“(…) nos casos quando o idoso perde autonomia ou, por exemplo, chamar a família numa tomada de providência, ou encaminhar lá para a Secretaria ou para o Ministério Público, para uma decisão em conjunto.”

“Não, porque os serviços eles visam pra pessoa que tem autonomia. Inclui todos, porque uma vez que o idoso mora aqui, todos têm que ter esse perfil de autonomia.”

- Serviços oferecidos pelo condomínio:

Os serviços ofertados pela instituição estão voltados ao suporte sociocultural dos idosos, pois quando perguntado sobre essa questão, foi informado que eles possuem parceria e apoio de algumas secretarias municipais, como a da cultura, do esporte, da educação e da saúde, bem como

há parceria com universidades. Essas articulações com a rede e com parceiros visam promover ações socioeducativas, culturais e de lazer.

Além disso, a função dos funcionários do equipamento é a articulação com outras políticas públicas, o atendimento das demandas, interesses e solicitações dos idosos, assim como a orientação, auxílio e gestão das situações práticas do condomínio, como solicitação de serviços de encanador, eletricitista, entre outros, para as melhorias nas residências.

- Compreensão acerca do idoso frágil:

Foi destacado que o idoso frágil é aquele idoso que começa a apresentar algum declínio em relação à vida, como na alimentação, na má administração dos medicamentos, nas quedas que podem ocasionar até mesmo a morte. A fragilidade também foi relacionada ao declínio cognitivo e à condição psicomotora, destacando os esquecimentos, o comprometimento mental e comportamental do sistema cognitivo, bem como a perda psicomotora. Também foi mencionada a perda da autonomia.

Outro aspecto a ser destacado é a concepção de que a fragilidade do idoso é um processo do envelhecimento, ou seja, os dois processos são vistos como sinônimos. Isso pode ser comprovado pelo seguinte trecho da entrevista: *“Porque a fragilização é um processo do envelhecimento, entendeu?”*

- Avaliação da fragilidade no ingresso do idoso:

Quando perguntado a opinião sobre a avaliação da fragilidade do idoso no momento do ingresso no condomínio, foi valorizado como de extrema importância, e destacou-se que trata-se apenas de alcançar os critérios de inclusão até o momento vigentes, mas sim, torna-se necessário verificar as suas condições antes do idoso ingressar no local. Além disso, também foi destacado que

é uma perda e um impacto importante para o idoso ser contemplado com a moradia e depois ter que sair dela e procurar outro serviço.

Para a pessoa entrevistada isso é uma questão importante e preocupante e isso de alguma forma foi estendido aos funcionários superiores, pontuando-se as consequências que incluir o idoso sem avalia-lo de modo mais abrangente, e destacando que o projeto necessitará estar mais atento a isso.

- Preocupação com o processo de fragilidade dos idosos:

Foi relatado que existe preocupação com essa questão, pois a presença da fragilidade no condomínio é uma situação bastante delicada e preocupante, porque, muitas vezes, eles não conseguem contar com o acolhimento da família. Além disso, existem também preocupações com as mudanças e alterações que o idoso pode sofrer ao longo do tempo dado que atualmente pode estar bem e saudável, mas, no futuro, pode tornar-se mais fragilizado.

Assim como na questão anterior, a pessoa entrevistada também se preocupa em conversar e pontuar essa problemática com os seus superiores, conversando sempre a respeito com seus coordenadores, que compartilham da mesma preocupação sobre as consequências do processo de fragilidade na realidade do serviço.

Abaixo estão destacadas duas falas que ilustram essa preocupação:

“Mas a fragilização quando começa a chegar aqui, realmente é uma situação muito delicada, entendeu?”

“Assim, eu sempre procuro pontuar isso pra Secretaria, né? E até tive uma conversa outro dia com a coordenadora, né? Ela também tem assim... na medida do possível, a gerente da proteção social básica também né, a gente vem tendo esse olhar de preocupação, entendeu?”

- Serviços que atendem idosos frágeis:

Quando foi perguntado se os serviços oferecidos pelo condomínio atendem as necessidades de cuidado de idosos frágeis, foi respondido que a instituição não possui recursos específicos para isso, bem como não possui uma equipe de saúde e cuidadores destinadas ao suporte e cuidados desse idosos fragilizados. Essa questão pode ser observada pela fala destacada a seguir:

“Não, porque a gente não tem assim... a gente atende, só que assim, a gente não tem uma equipe de saúde pra atender, quando começa já as fragilizações ... o que a gente tem que fazer? A gente tem que acionar a família. Não adianta a gente querer que o idoso fique aqui com uma fragilidade que já está muito evidente, ele não vai conseguir é... gerir a própria vida, de uma forma mais digna, de uma forma mais humana, de uma forma mais saudável, com qualidade de vida.”

- Como o condomínio lida atualmente com a fragilidade dos moradores:

Conforme já apresentado na passagem acima, observa-se que quando o idoso começa a perder a capacidade de morar sozinho no condomínio, a família é o primeiro e principal recurso de encaminhamento e solução para essa questão da fragilidade do idoso. Essa responsabilidade familiar com relação ao cuidado do idoso fragilizado é repetida quatro vezes ao longo da entrevista, sendo que alguns desses trechos são apresentado abaixo.

“Olha, na verdade, quando começa já as fragilizações né, a gente procura assim acionar a família em primeiro passo, né?”

“Então quando ocorre alguma desistência do idoso aqui no condomínio, seja por falecimento, ou por perda da sua autonomia, no qual, muitas vezes, a gente recorre à família, ou, em último caso, em última instância né, repassamos o caso para a Secretaria Municipal para nos auxiliar nas tomadas de decisões também.”

- Perspectivas futuras com o processo de fragilidade dos moradores:

Ao ser questionado sobre como a instituição pretende lidar futuramente com o processo de fragilidade do moradores, foi destacado que ainda não se apresenta nenhuma perspectiva futura sobre o assunto.

Em uma outra questão sobre a opinião do profissional em relação à tendência de mudança dos objetivos, serviços e perfil de idosos acolhidos, por causa do processo de fragilidade dos moradores, foi destacado que os serviços ofertados visam especificamente ao atendimento de idosos autônomos.

5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

5.1. Dados sócio demográficos e uso de medicamentos

A maioria dos resultados desse estudo, referentes à caracterização sócio demográfica e ao uso de medicamentos, corroboram com os achados de estudos brasileiros que propuseram avaliar a fragilidade de idosos. A média de idade encontrada no presente estudo foi de 73,68 anos, dado semelhante à de outros autores, que, encontraram médias de idades dos idosos avaliados equivalentes a 72,7, 74,3 e 72,28 anos (NERI et al., 2013; VIEIRA et al., 2013; COSTA; NERI, 2011).

Em relação à faixa etária, os idosos do estudo possuíam entre 65 à 87 anos e eram idosos mais jovens, pois 64,3% (n= 18) pertenciam à faixa de idade de 65 à 75 anos. Esses dados se assemelham à alguns estudos encontrados, pois Costa e Neri (2011), encontram em sua pesquisa uma variação de idade entre os idosos de 65 a 90 anos, Santos e colaboradores (2013), encontraram entre 65 e 92 anos, sendo que Neri e colaboradores (2013), verificaram que 65,1% dos idosos participantes do seu estudo possuíam entre 65 e 74 anos.

Nesse estudo constatou-se a prevalência do sexo feminino, 64,3% (n= 18), o que corrobora com a literatura, pois Perez e Lourenço (2013) e Pessanha (2013), encontraram em seus estudos uma prevalência feminina correspondente a 67,1% e 65,9%, respectivamente.

No que diz respeito ao estado conjugal e escolaridade dos idosos do estudo, conforme já apresentado anteriormente, 85,7% (n= 24) não possuíam parceiro e 64,3% (n= 18) possuíam ensino

fundamental incompleto. No estudo de Neri e colaboradores (2013), assim como no presente estudo, o estado conjugal mais frequente foi o sem parceiro (52%) e o tempo de escolaridade predominante foi o de 1 a 4 anos (49,2%). Santos et al. (2013) também trouxeram dados semelhantes, pois 55,5% dos idosos não possuíam parceiro e 49,2% tinham de 1 a 4 anos de estudo.

Em relação à renda, 85,7% (n= 24) recebiam um salário mínimo, sendo essa renda provinda da aposentadoria, 64,3% (n= 18). Diferentemente, os idosos dos dois estudo citados anteriormente recebiam mais de um salário mínimo, 54,1% e 87,5% respectivamente, porém, de modo semelhante esses autores encontraram que os idosos que recebiam a renda pela aposentadoria eram os mais frequentes, 76% e 72,6% respectivamente (NERI et al., 2013; SANTOS et al., 2013).

Os idosos que utilizam 5 medicamentos ou mais foram os mais frequentes nesse estudo (46,5%), assim como os idosos que relataram não se esquecerem de tomá-los (67,9%). O estudo de Pessanha (2013), encontrou que, diferentemente do presente estudo, 17,9% dos idosos consumiam 5 ou mais medicamentos. Da mesma maneira, Fernandes e colaboradores (2013) encontraram que 21,4% dos participantes consumiam 5 ou mais remédios, porém, semelhantemente ao presente estudo, os idosos que relaram não se esquecer de tomá-los eram mais frequentes (65%).

5.2. A fragilidade dos idosos

A avaliação da fragilidade realizada nesse estudo revelou que os idosos moradores do condomínio apresentaram, mais frequentemente, a condição de pré-fragilidade, 42,9% (n= 12), seguidos pelos não frágeis, 32,1% (n= 09) e pelos frágeis, 25% (n= 07).

Comparando esses achados com os do grupo americano liderado por Fried, como já apresentado anteriormente na introdução desse trabalho, verifica-se que em seu estudo houve também predominância dos idosos pré-frágeis (47%), seguidos pelos não frágeis (46%) e frágeis (7%) (FRIED et al., 2001).

Em relação aos estudos sobre a fragilidade de idosos no contexto brasileiro, os resultados do presente estudo serão comparados com alguns pertencentes à rede FIBRA. Neri e colaboradores (2013), em seu estudo sobre a fragilidade de idosos em sete localidades brasileiras (Belém – PA, Paraíba – PI, Campina Grande – PB, Poços de Calda – MG, Ermelino Matarazzo – SP, Campinas – SP e Ivoti – RS), encontraram uma condição de fragilidade semelhante a essa pesquisa, pois 51,9% dos idosos eram pré-frágeis, 39,1% não frágeis e 9% frágeis. Nesse mesmo sentido, o estudo de Vieira e colaboradores (2013) avaliou idosos de Belo Horizonte – MG, e em seus resultados, encontrou que 46,3% deles estavam pré-frágeis, 45% não estavam frágeis e 8,7% estavam fragilizados. Em outro estudo, também integrado à rede FIBRA, foram avaliados idosos de cinco regiões brasileira, e, verificou-se que 59,2% deles eram pré-frágeis, 29,2% não frágeis e 11,6% eram frágeis (PESSANHA, 2013).

Comparando os resultados da condição de fragilidade dos idosos desses estudos com os achados dos moradores do condomínio estudado, pode-se dizer que há algumas diferenças nas frequências encontradas dos níveis de fragilidade, porém, a proporção segue a mesma lógica, assim como nos demais estudos, a presente pesquisa encontrou que os idosos pré-frágeis são mais numerosos, seguidos pelos não frágeis e os frágeis.

No que diz respeito à fragilidade e sua relação com o sexo e idade, nota-se uma tendência na literatura de que as mulheres apresentam maior nível de fragilidade do que os homens, bem como os idosos mais velhos tendem a ser mais fragilizados. Essa questão é trazida por Fernandes, Andrade e Nóbrega (2010), que realizaram uma revisão sistemática com o objetivo de identificar os determinantes da fragilidade, e como resultado, encontraram que a idade avançada e o sexo feminino apresentaram-se como determinantes demográficos dessa condição. Da mesma maneira, Fried et al. (2001), como já mencionado anteriormente, trazem que a prevalência da condição de fragilidade aumenta à medida que os idosos ganham idade.

Assim, o estudo de Pessanha (2013), traz em seus achados essa tendência, pois verificou que 59,4% das mulheres idosas eram pré-frágeis, 27,7% não eram frágeis, e, 12,9% eram fragilizadas. Em contrapartida, encontrou 58,8% dos homens idosos como pré-frágeis, 32,2% como não frágeis, e, 9% como frágeis. Já em relação à idade, o autor encontrou que entre os idosos fragilizados, 6,8% estavam entre a faixa etária de 65 e 69 anos, 8,5% estavam entre os 70 e 74, 15,8% entre os 75 e 79, 18,8% entre os 80 e 84, e, 29,8% entre os idosos com 85 anos e mais. Esses resultados apontam, dessa maneira, que nesse estudo, as mulheres e os idosos mais velhos possuíam maiores condições de fragilidade do que os homens e os idosos mais jovens.

Nesse mesmo sentido, Leonardo e colaboradores (2014) realizaram um estudo com o objetivo de analisar a relação entre a função cognitiva e a fragilidade de idosos com 80 anos ou mais, e, encontraram que os idosos fragilizados eram mais frequentes (64%), seguidos pelos pré-frágeis (24%) e os não frágeis (12%). Os autores também verificaram em seus resultados, que a média da pontuação da fragilidade das mulheres era maior que a dos homens, portanto, elas eram mais frágeis.

Os resultados da fragilidade dos moradores do condomínio, em relação ao sexo e à idade, comportam-se de maneira oposta à essa tendência encontrada na literatura, pois, no presente estudo, verificou-se que, proporcionalmente, os homens eram mais fragilizados do que as mulheres, 30% (n= 03) dos homens fragilizados, em contrapartida a 22,2% (n= 04) das mulheres fragilizadas. Além disso, os idosos mais jovens eram mais frágeis do que os mais velhos, pois a média de idade em cada nível de fragilidade foi de 75 anos para os não frágeis, 72,58 anos para o pré-frágeis, e, 73,86 anos para os fragilizados.

Uma hipótese para que esses dados se comportem dessa maneira, seria pelo fato de que desses idosos estão inseridos em uma instituição que tem o objetivo de oferecer moradia a idosos em situação de vulnerabilidade social e econômica, sendo que esses, em sua grande maioria, recebem como fonte de renda apenas um salário mínimo. Como já abordado anteriormente na introdução, Andrew e colaboradores (2012), trazem que a fragilidade pode ser influenciada por determinantes

sociais, dentre eles a situação socioeconômica, pois a vulnerabilidade social pode influenciar no risco de resultados adversos de saúde, bem como na sobrevivência dos idosos. Nesse sentido, eles encontraram, por meio do Índice de Vulnerabilidade Social, que os idosos com maior nível de vulnerabilidade social, mesmo sem fragilidade, possuíam maior probabilidade de morrer no período de cinco anos, do que aqueles com menor vulnerabilidade.

Da mesma forma, Wallace e colaboradores (2015), também avaliaram a influência da vulnerabilidade social, por meio do Índice de Vulnerabilidade Social, na mortalidade e incapacidade de idosos e pessoas de meia idade europeias, identificando diferenças entre essas relações nos diversos países. Como resultado, encontraram a vulnerabilidade social como preditora do risco de morte (em cinco anos) e incapacidade, principalmente nos países do mediterrâneo, os quais apresentaram maiores índices de vulnerabilidade social.

Além disso, os autores desses estudos sugerem a investigação da influência desses fatores sociais na saúde e fragilidade da população idosa de outros países, incluindo aqueles em diferentes situações de desenvolvimento.

Ao comparar-se esses dados econômicos com os de outros estudos que também investigaram a questão da fragilidade de idosos da comunidade, pode-se observar que esses outros possuem uma renda maior do que os moradores desse condomínio, conforme já apresentado e comparado anteriormente nos dados sócio demográficos (NERI et al., 2013; SANTOS et al., 2013).

Assim como nos demais estudos, Pessanha (2013) encontrou que 56,4% dos participantes da sua pesquisa recebiam de um a dois salários mínimos, sendo que os que recebiam até um salário correspondiam a 8,9% da amostra. Costa e Neri (2011), também encontraram em sua amostra idosos com uma renda maior do que os do presente estudo, pois a média da renda familiar dos participantes foi de 4,72 salários mínimos. Na pesquisa de Leonardo e colaboradores (2014), esse dado também aparece de modo semelhante, pois a renda média dos idosos foi de R\$1.253,30.

Esses achados destacam-se como um aspecto relevante de ser estudado em outras investigações, ou seja, seria interessante estudar a fragilidade de idosos em situação de vulnerabilidade socioeconômica, e assim, verificar se essa variável interfere na sua condição de fragilidade, tornando-os fragilizados mais precocemente.

No que diz respeito aos critérios do fenótipo da fragilidade em que os idosos obtiveram piores perdas, esse estudo encontrou o baixo nível de atividade física, 46,4% (n= 13), a baixa força de preensão palmar, 32,1% (n= 09), e a fadiga autor relatada, 25% (n= 07). Essa condição assemelha-se com o estudo encontrado de Neri e colaboradores (2013), nos quais também foram encontradas piores perdas nos domínios fadiga (22,7%), diminuição da força (20,5%) e da atividade física (20,1%).

Outros estudos trazem resultados um pouco diferentes em relação à essa questão. Vieira e colaboradores (2013), verificaram que as principais perdas ocorreram nos domínios baixa atividade física e lentidão da marcha (ambos com 19,8%), e, no critério fraqueza muscular ou fadiga (18%). Pessanha (2013) encontrou a diminuição da força como principal perda (46%), seguida pela fadiga (20,9%) e pela redução da velocidade da marcha (18,1%). Já o estudo de Carmo, Dummond e Arantes (2011), verificou que os critérios com maiores perdas foram a redução da força (56,3%), a diminuição da velocidade da marcha (28,1%) e a perda de peso (6,3%).

5.3. Fatores associados à fragilidade

Diante dos resultados das análises estatísticas realizadas entre as variáveis estudadas, destaca-se a relação encontrada entre a fragilidade e as variáveis de atividade física (PAH), atividades de vida diária (ABVDS e AIVDS) e a cognição (MEEM).

Tanto o teste de correlação de Spearman, quanto a comparação de grupos com o teste Kruskal Wallis, mostraram que a fragilidade apresentou resultados significativamente estatísticos na associação com a atividade física. Nesse sentido, conforme o nível de fragilidade aumenta, os idosos

pioram em relação à atividade física, além de que mais fragilizados são mais sedentários em comparação aos menos frágeis.

O estudo de Santos e colaboradores (2015), investigaram o perfil de fragilidade e os fatores associados em idosos cadastrados em uma Unidade de Saúde da Família (USF) do município de Jequié – BH, e utilizaram o Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ), versão curta, para a avaliação da atividade física. Comparando o achado de atividade física do presente estudo com o desses autores, nota-se semelhanças entre eles, pois mesmo com a aplicação de um instrumento diferente, os pesquisadores identificaram associação entre a fragilidade e a atividade física (p -valor $> 0,001$), ou seja, os resultados estatísticos apontam que os idosos mais fragilizados (pré-frágeis e frágeis) também eram os idosos mais inativos em comparação com os não fragilizados.

No que diz respeito à associação entre a variável fragilidade e às Atividades de Vida Diária (AVDS), o teste de correlação de Spearman mostrou resultados estatisticamente significativos com as AIVDS e AVDS. Já a comparação de grupos com o teste Kruskal Wallis mostrou que apenas as AIVDS apresentaram resultados significativos na relação com a fragilidade. Esses achados indicam, de modo geral, que à medida que o nível de fragilidade aumenta, os idosos apresentam piores desempenhos das AVDS, além de que também os idosos mais fragilizados apresentaram pior desempenho das AIVDS.

Esses resultados são semelhantes aos encontrados em outros estudos da fragilidade de idosos, como no estudo de Vieira e colaboradores (2013), o qual também utilizou o Índice de Katz e a Escala de Lawton e Brody para avaliar as ABVDS e AIVDS, respectivamente. Nesse pesquisa, os autores também realizaram o teste de Kruskal Wallis e encontraram, da mesma maneira, que os idosos mais fragilizados apresentavam piores condições de realização das ABVDS e AIVDS, do que os idosos menos frágeis.

Assim como no presente estudo, uma outra investigação que também utilizou os mesmos instrumentos para a avaliação das ABVDS e AIVDS, verificou que os idosos apresentaram

maiores necessidades de assistência nessas atividades à medida que o nível de fragilidade aumentava (CARMO; DRUMMOND; ARANTES, 2011).

O estudo de Lustosa et al. (2013), que investigou a relação da fragilidade e capacidade funcional de idosos participantes de um grupo de convivência de Belo Horizonte – MG, também utilizou a Escala de Lawton e Brody para avaliar o desempenho funcional, e, assim como no presente estudo, esses pesquisadores observaram associação entre fragilidade e as AIVDS, pois constataram um coeficiente de correlação de Spearman equivalente a -0,32 e um p-valor de 0,001, ou seja, quanto maior o nível de fragilidade, pior foi o desempenho funcional dos idosos estudados.

Ainda em relação AVDS, a presente investigação encontrou que a grande parte dos idosos são independentes na realização das ABVDS, da mesma maneira, os idosos independentes nas AIVDS foram mais frequentes, porém, uma parcela já apresenta dependência parcial nessas atividades. Esses achados são interessantes e revelam que esses idosos apresentam a condição de pré-fragilidade, pois, primeiramente, estão perdendo a capacidade de realizar as AIVDS sem ajuda, ou seja, estão mais prejudicados nas atividades mais complexas do que nas mais básicas. Fried et al. (2001) já haviam encontrado essa questão, pois assim como no presente estudo, a prevalência maior foi de idosos pré-frágeis, sendo que os dependentes em uma ou mais AIVDS eram mais frequentes (23,8%), do que os dependentes em uma ou mais ABVDS (6,8%).

A cognição, por meio do MEEM, também mostrou relação com a fragilidade, tanto do teste de correlação, quanto na comparação entre grupos, ou seja, os resultados apontam que quanto maior é o grau de fragilidade do idoso, menor é sua pontuação no MEEM e sua capacidade cognitiva.

Comparando esses resultados com a literatura, pode-se afirmar que eles corroboram com os achados de outros estudos que propuseram relacionar a fragilidade com o estado cognitivo de idosos. Santos e colaboradores (2013), compararam os grupos de idosos frágeis, pré-frágeis e não frágeis em relação ao desempenho cognitivo, e encontraram resultados estatisticamente significativos

semelhantes ao presente estudo, pois os idosos mais fragilizados apresentaram menores pontuações no MEEM (p-valor= 0,014).

Grden et al. (2015), encontraram associação entre as variáveis fragilidade e cognição ($p < 0,006$), com uma tendência linear negativa, pois quanto mais frágil o idoso era, pior era sua pontuação no MEEM e sua capacidade cognitiva. No estudo de Leonardo e colaboradores (2014), a partir da correlação de Pearson, os pesquisadores encontraram um coeficiente de correlação equivalente a $-0,513$ e p-valor de $0,000$, ou seja, identificaram uma forte correlação negativa entre a fragilidade e a cognição, sendo esse achado semelhante ao desse estudo, pois quanto maior a nível de fragilidade, menor a pontuação do MEEM.

Em relação à condição cognitiva, a avaliação com o MEEM mostrou que nesse estudo, os idosos sem alteração cognitiva eram os mais prevalentes, da mesma maneira, o estudo de Yassuda e colaboradores (2012), verificou em sua pesquisa uma frequência de $83,4\%$ dos idosos que não apresentaram comprometimento cognitivo nesse mesmo teste, sendo que a média de pontuação foi de $23,7 (\pm 3,7)$ pontos, uma média bastante próxima à encontrada no presente estudo.

Já os resultados do TDR não mostraram significância estatística na relação com a fragilidade em nenhum dos testes realizados, porém, destaca-se a frequência encontrada de idosos que foram reprovados nesse teste, e que, diferentemente dos resultados do MEEM, a maior parte já apresentou algum comprometimento na cognição. Na pesquisa realizada por Fernandes et al. (2013), em que foi utilizado o TDR para avaliar a cognição na Escala de Fragilidade de Edmonton, os autores identificaram resultados semelhantes ao presente estudo, pois $75,7\%$ dos idosos avaliados foram reprovados, contra $24,3\%$ que foram aprovados no teste.

Como o MEEM é um teste menos sensível no rastreamento de alterações cognitivas leves (LENARDT; MICHEL; TALLMANN, 2009), o TDR foi capaz de identificar mais especificamente os sintomas de comprometimento cognitivo desses idosos, pois eles já apresentaram indícios de alterações, com a presença de pequenos erros no desenho do relógio. Dessa maneira, esses resultados

sugerem que esses indivíduos estão começando a apresentar perdas nesse aspecto, o que pode caracterizá-los como idosos em nível de pré-fragilidade.

A variável humor também não mostrou nenhum resultado significativo na associação com a fragilidade, além disso, os idosos também não apresentaram perdas nessa condição, pois apresentaram mais frequentemente normalidade nos sintomas depressivos. Esses achados diferem dos encontrados em um estudo que propôs avaliar os sintomas depressivos em moradores de um condomínio de idosos de Maringá – PR. Nessa pesquisa, os autores utilizaram outro instrumento para avaliar os sintomas depressivos (Brazil Old Age Schedule – BOAS), e identificaram que 84% dos idosos apresentaram indícios de depressão leve, e que 16% já possuíam sintomas de depressão severa (TESTON; CARREIRA; MARCON, 2014).

5.4. Suporte familiar e social

Ao estudar famílias, deve-se ter o entendimento de que elas caracterizam-se como sistemas ou unidades, que estão contidas em um sistema e contexto maior, e possuem dentro delas subsistemas, como os membros familiares. Dentro desse conceito de sistema, é mais completo e correto estudar a família como uma unidade ou como um todo, e não apenas estudar individualmente cada membro, pois conhecendo a totalidade da família, é possível analisar as interações entre seus membros, conhecendo de maneira aprofundada o funcionamento desse sistema (WRIGHT; LEAHEY, 2002).

No presente estudo, a avaliação das famílias baseou-se a partir dos relatos individuais dos participantes, pois, nesse condomínio, os idosos não residem com os demais membros familiares, como filhos, neto, entre outros. Esse fato pode ser considerado uma limitação, pois, na construção dos genogramas, apenas foi analisado os relatos de um dos membros da família, que no caso, foram os próprios idosos. Dessa forma, para se obter a composição familiar se obteve apenas a visão de um membro do conjunto familiar. Isso pode afetar a visão da qualidade das relações entre os membros,

isto é, uma relação pode ser conflituosa desde o ponto de vista individual do idoso e não ser conflituosa desde a concepção do outro membro da família.

Os resultados dos genogramas mostram as composições familiares vistas e sentidas pelos idosos. Observou-se que todos os idosos avaliados possuem família, há aqueles que possuem filhos e outros não, mas que citaram a presença de parentes, como irmãos, sobrinhos, etc. Além disso, apesar da falta de certeza em relação à verdadeira qualidade e proximidade das relações dos idosos com seus parentes, nota-se que muitos deles relataram relações harmoniosas e próximas com esses. Dessa maneira, como a família aparece como um apoio importante para esses moradores, o serviço necessita trabalhar melhor e de maneira mais sistematizada essa relação, aproximando mais os familiares com a gestão do equipamento, fortalecendo mais os vínculos com os idosos e o potencial de cuidado que esses podem oferecer.

Em se tratando do cuidado ao idoso frágil, a família possui o papel principal nessa função, e quando há falta e falha nesse suporte, surge a insuficiência familiar, que segundo Moraes, Marino e Santos (2010), pode ser considerada como uma síndrome geriátrica, que pode ocasionar piora na capacidade funcional do idoso. Para que isso não ocorra, o serviço precisa encontrar soluções e estratégias de aproximação da família, para que essa também possa participar de forma mais efetiva no suporte aos cuidados dos idosos.

No que diz respeito ao suporte social, os moradores desse condomínio apresentam uma rede social empobrecida, aspecto esse que pode prejudicar o idosos em condição de fragilidade que reside sozinho. De maneira geral, a maior parte dos vínculos sociais relatados estão relacionados à família e aos serviços de saúde, sendo a UBS, o vínculo de saúde mais presente e importante para eles.

Comparando os resultados do presente estudo, encontrou-se um estudo realizado com idosos atendidos por um USF do município de Dourado – MS, e que apresentaram achados semelhantes. A investigação que teve o objetivo de descrever a rede de suporte social desses idosos,

utilizando o Mapa Mínimo de Relações do Idoso, encontrou que os participantes possuíam uma rede social pequena, o que desfavorecia o atendimento de suas necessidades, sendo que a família era a principal provedora de suporte a esses idosos. Além disso, os resultados da caracterização social mostraram que essas pessoas possuíam baixa renda e escolaridade, assim como os idosos do presente estudo (ALVARENGA et al., 2011).

Com a velhice, há uma redução da rede social das pessoas, pois os idosos sofrem perdas em seus relacionamentos, perdem membros da família, cônjuge, amigos e outras relações, muitas vezes por conta da morte dessas pessoas, ou mesmo por causa do distanciamento geográfico entre elas. O que ainda contribui para esse processo, é que com o envelhecimento há perdas também nos aspectos físicos, funcionais e financeiros, o que pode prejudicar ainda mais as relações sociais ativas (SLUZKI, 2000).

As atividades do condomínio surgiram como o terceiro vínculo social mais citado pelos idosos, o que mostra a importância que elas possuem como serviço aos moradores. Dessa maneira, é interessante que tais atividades sejam melhor trabalhadas, inclusive as que possam prevenir ou melhorar a fragilidade e necessidades de cuidados desses idosos, como é o caso da atividade física, pois já está comprovado que o tempo dedicado à prática de atividade de intensidade proporciona benefícios aos idosos, como proteção aos processo de incapacidade e fragilidade. Essa prática de exercício regular é vista como uma possível terapia que melhora a função física, sarcopenia, capacidade cognitiva e humor, tanto em idosos com algum grau de fragilidade, quanto aqueles saudáveis. Além disso, esses exercícios não necessitam ser intensos, pois a prática de atividades de intensidade moderada e vinculadas às AVDS já traz benefícios, como caminhadas regulares, cuidados com a casa, com o jardim, entre outras (LANDI et al., 2010; TRIBESS; VIRTUOSO JÚNIOR; OLIVEIRA, 2012).

Porém, é importante considerar que esses exercícios necessitam de acompanhamento, por isso a importância de oferecer essas atividades com supervisão e orientação de profissionais habilitados.

5.5. O equipamento e os serviços oferecidos

A partir do relato do gestor, o condomínio possui como principal objetivo oferecer moradia a idosos em situação de vulnerabilidade social, com baixa renda e que sejam capazes de viverem sozinhos.

A questão da autonomia e independência foi um critério bastante ressaltado pelo gestor ao longo da entrevista, porém, conforme relatado, mesmo havendo preocupação por parte do entrevistado e dos gestores públicos, ainda não existe sistematizado nenhum protocolo que avalie a condição de fragilidade dos idosos no ingresso e no decorrer de sua estadia no condomínio, sendo que o morador é avaliado apenas na questão da vulnerabilidade socioeconômica.

Em sua pesquisa, Monteiro (2012) estudou condomínios exclusivos para idosos como uma nova modalidade de políticas públicas habitacionais para a população idosa, e, dentre os condomínios analisados, estava o condomínio também avaliado no presente estudo. Segundo a autora, os idosos contemplados pelo projeto deveriam possuir renda de até um salário mínimo, apresentar situação de alta vulnerabilidade social e capacidade de realizar seu autocuidado.

Os condomínios vinculados ao Programa Vila Dignidade também seguem esses mesmos requisitos, pois, de acordo com o Decreto nº 56.448, de 29 de novembro de 2010, que institui esse programa, o equipamento deve acolher idosos independentes para realizar suas atividades de vida diária, que recebem como fonte de renda até um salário mínimo e apresentam vulnerabilidade e risco pessoal e social.

Conforme observado na entrevista, o condomínio não está organizado e estruturado para atender idosos em situação de fragilidade, pois seu foco é acolher idosos saudáveis e

independentes, por isso, os serviços oferecidos apenas estão voltados ao suporte sócio assistencial, não havendo serviços específicos para os moradores com maiores necessidades de cuidado, pois o condomínio não possui recursos nesse sentido, como uma equipe de saúde e cuidadores que ofereçam um suporte mais qualificado no atendimento de idosos mais frágeis.

Nessa instituição, a família é o principal e primeiro recurso solicitado quando o idoso começa a necessitar de cuidados mais complexos, porém, essa solução é emergencial, pois pelo que foi observado, os familiares apenas são contatados quando já há algum problema instalado, não há um trabalho sistematizado com as famílias, como reuniões e encontros periódicos para discussões sobre essas demandas e a importância da aproximação e fortalecimento dos vínculos com os idosos.

Como o condomínio está voltado ao acolhimento apenas de pessoas com 60 anos e mais, a família não pode residir do local, bem como outro cuidador, assim, o suporte efetivo e integral dos cuidados pode ficar comprometido, nos casos mais graves.

Nota-se que os profissionais envolvidos nesse serviço mostram-se preocupados e interessados nas consequências e demandas que o processo de fragilidade pode, e já está ocasionando na gestão do serviço, porém, conforme observado na entrevista, ainda não há propostas efetivas e perspectivas futuras sobre a reestruturação do serviço e do perfil de moradores atendidos. O que se faz, até o momento da pesquisa, é encaminhar o idoso mais fragilizado para sua família, recorrendo, algumas vezes, à Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social e ao Ministério Público para tomada de decisões. Percebe-se que não há estratégias voltadas para a permanência do morador a longo prazo no condomínio, como ações que ofereçam suporte nos cuidados do idoso frágil até o final de sua vida.

Além disso, não há também ações que visem o controle do avanço da fragilidade nos idosos, dessa maneira, esse serviço possui necessidade da atuação também de outros profissionais com capacitação na área da gerontologia/ envelhecimento, para contribuir na melhoria da gestão.

Uma possível solução mais viável e interessante para essa problemática da fragilidade nessa instituição, é a organização e implantação de uma equipe de saúde, inserindo cuidadores capacitados que visitem periodicamente as casas, oferecendo cuidados e atendendo os idosos de acordo com as suas necessidades. Um modelo inovador desse tipo de suporte é o Programa de “Acompanhantes de Idosos” – PAI, do município de São Paulo e desenvolvido pela Secretaria Municipal de Saúde. Segundo Berzins e Paschoal (2009), essa iniciativa é definida como uma opção eficaz para o atendimento de idosos frágeis e em situação de vulnerabilidade social, oferecendo cuidado domiciliar e auxílio nas AVDS. Ainda de acordo com esses autores, dentre os objetivos do programa estão a promoção de saúde, autonomia, dependência, autocuidado inclusão social dos idosos fragilizados, evitando a institucionalização.

O PAI disponibiliza uma equipe de saúde composta por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, entre outros, cada um com suas funções específicas. Dentre os profissionais integrantes da equipe, há o acompanhante de idosos, pessoa habilitada que acompanha a população atendida em suas residências, oferecendo companhia, apoio, acompanhamento em atividades fora de casa, como atividades de lazer e comunitárias, idas à consultas e exames médicos, banco, farmácia e supermercado, além de oferecer suporte aos cuidados de saúde, como exercícios físicos (segundo as orientações de um profissional habilitado) e AVDS, como higiene pessoal, cuidados com o domicílio, administração dos medicamentos, etc. (SÃO PAULO, 2012).

5.6. Reflexões sobre o método dialético e as novas formas de moradia para idosos

Retomando os princípios da dialética trazidos no item 3.2, correspondente ao método e casuística, a historicidade a totalidade e a presença de contradições são retomadas, uma vez que foram obtidos os dados quantitativos e qualitativos neste estudo.

Em relação ao princípio da **historicidade**, observa-se que, historicamente, a família vem apresentando mudanças na sua estrutura e modos de coabitar. Atualmente, da mesma maneira que os jovens, muitos idosos optam por morarem sozinhos, como é o caso daqueles que escolhem viver fora dos núcleos familiares dos filhos, por exemplo. Essa realidade traz novas formas de conceber os direito de moradia na velhice, fazendo com que novos equipamentos e estruturas de habitação sejam planejados e implantados para satisfazer essas necessidades, como, por exemplo, os home care, as locações sociais, as repúblicas para idosos, os hotéis geriátricos, inclusive os condomínios exclusivo para idosos.

No entanto, atrelado a essa nova realidade como formas de viver e de habitar na velhice, soma-se o próprio processo de envelhecimento, que em nosso contexto, frequentemente vem ligado ao processo de fragilidade e às demandas que dele ocorrem.

O idoso torna-se frágil em um contexto em que se manifesta a multidimensionalidade da velhice, com a presença de vulnerabilidade física, socioeconômica e insuficiência familiar. Diante disso, os aspectos sociais, econômicos, de relações humanas e de saúde entram em jogo, por isso é importante essa visão gerontológica, considerando não apenas os aspectos singulares e particulares do idoso, mas ao mesmo tempo percebendo ele no contexto mais amplo em que está inserido. Esta forma de perceber o envelhecimento e a fragilidade está norteadada pelo princípio da **totalidade**, que auxilia na análise de como a velhice se apresenta no momento atual. Refletindo esse princípio na problemática encontrada no condomínio investigado, percebe-se que é necessário conhecer os fatores envolvidos na fragilização dos moradores, ou seja, considerar não apenas a fragilidade física, mas também os aspectos econômicos, sociais e familiares que podem influenciar nesse processo.

No presente estudo, surgiram claramente algumas **contradições**, que podem ser compreendidas sob a ótica da dialética como tensões entre opostos que estão presentes na realidade estudada. Uma delas é a contradição entre “saúde x fragilidade”, mediada pela tensão entre “dependência x independência” do idoso, ou seja, esse equipamento possui como objetivo oferecer

moradia a idosos saudáveis e independentes, porém, atualmente, residem no local moradores já com algum grau de fragilidade e dependência, que podem impossibilitá-los de morarem sozinhos. Essas tensões podem afetar uma nova contradição, a de “ser usuário x não ser usuário” do serviço, isto é, possuir condições de permanecer residindo no local, ou ter que deixar de ser contemplado pelo projeto. Dessa forma, entende-se que esses três pares de tensões permeiam a vida atual dos moradores do condomínio.

Outras análises referentes à temática e aos princípios da dialética poderiam ser melhor estudados, mas apenas se apresentou aqui uma reflexão acerca do método que foi utilizado, acreditando-se ser de importância para os estudos da área da gerontologia.

6. CONSIDERAÇÃO FINAIS

Diante do que foi apresentado nos resultados e discussão, pode-se considerar que os moradores desse condomínio estão apresentando a condição de pré-fragilidade, sendo que esse idosos já estão tornando-se frágeis mais jovens. Em relação aos achados das variáveis da fragilidade, esses comprovam que os idosos estão nessa condição de fragilidade, pois já estão apresentando dependência e necessidade de auxílio nas AIVDS, atividades essas mais complexas e que são prejudicadas antes das ABVDS. Além disso, esses moradores já apresentam também alterações cognitivas leves, o que sugere indícios de perda cognitiva. Tais condições podem fazer com que tais idosos apresentem cada vez mais necessidades de cuidados, impossibilitando assim, que vivam sozinhos nesse condomínio.

Os resultados mostraram também que todos os idosos possuem famílias, porém, não foi possível avaliar de forma mais aprofundada essas estruturas familiares, a fim de identificar o funcionamento desses sistemas e potenciais de cuidados. Porém, mesmo com essa limitação, acredita-se ser possível e importante o trabalho com os familiares, aproximando-os mais da instituição.

Como foi apresentado, esses moradores possuem uma rede social empobrecida, o que pode prejudicar cada vez mais o processo de fragilidade, tanto física, quanto social. Dessa forma, nota-se a importância da presença da instituição no incentivo e estímulo da manutenção e inclusão do idoso na comunidade. Além disso, destaca-se a relevância de investir na organização e planejamento das atividades realizadas e oferecidas pelo equipamento, pois elas surgiram como importantes vínculos sociais dos idosos.

Nesse estudo, encontrou-se que o condomínio não possui estrutura e serviços voltados aos idosos frágeis, assim, não é possível atender de maneira integral e adequada as necessidades de cuidado dos moradores. Os profissionais envolvidos na gestão do equipamento possuem a percepção da importância que as demandas do processo de fragilidade ocasiona, e vem ocasionando na instituição, porém, ainda não apresentam estratégias e perspectivas futuras para solucionar essa problemática.

Conclui-se, dessa maneira, que esse condomínio possui duas opções de escolha para esse presente problema. A primeira seria permanecer sendo um equipamento que oferece moradia assistida e serviços sócio assistenciais para idosos independentes e saudáveis, porém, nesse caso, também deverá estar atento em prevenir o processo de fragilidade e suas demandas, bem como não

mais incluir idosos já nessa condição ou que se tornarão frágeis futuramente. A outra opção seria, diante da mudança do perfil de população acolhida, modificar definitivamente a organização, objetivos, critérios de inclusão e serviços oferecidos, que sejam adequados e atendam também as necessidades de idosos fragilizados, visando a permanência desses por mais tempo em sua moradia.

Vale ressaltar ainda, que esses condomínios para idosos são uma das alternativas existentes em relação à moradia na velhice. Como apresentado no trabalho, existem outras modalidades de atendimento que podem complementar essa política habitacional, oferecendo outras opções de residências de acordo com as necessidades e o perfil de cada idoso.

Em relação às limitações que esse estudo apresentou, pode-se citar que a literatura é escassa de estudos que propuseram investigar a temática dos condomínios exclusivos para idosos, principalmente de pesquisas voltadas ao estudo do processo de fragilidade em idosos que residem nessa modalidade. Além disso, o número de participantes também pode ser visto como uma limitação do presente estudo, pois esse não contou com um número considerável de participantes, o que não possibilitou realizar uma análise estatística mais aprofundada. Outra limitação identificada foi o estudo das famílias, pois como apenas considerou-se o relato individual dos idosos sobre a composição familiar e as relações entre os membros, não foi possível conhecer a visão dos outros membros para que houvesse um estudo mais aprofundado da estrutura familiar.

Acredita-se que esse estudo possui contribuições importantes para a área da saúde e da gerontologia, pois, diante do surgimento dessa nova modalidade de atendimento, condizente com a nova realidade de moradia e velhice, é relevante pensar e investigar como esses condomínios

exclusivos para idosos estão estruturados, e se estão preparados para atender todo o contingente de idosos, inclusive os frágeis ou os que estão se tornando.

7. REFERÊNCIAS

- ALVARENGA, M. R. M. et al. Rede de suporte social do idoso atendido por equipes de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 5, p. 2603-2611, 2011.
- ANDREW, M. K. et al. The impact of social vulnerability on the survival of fittest older adults. **Age and Aging**, v. 41, n. 2, p. 161-165, 2012.
- ATALAIA-SILVA, K. C.; LOURENÇO, R. A. Tradução, adaptação e validação de construto do Teste do Relógio aplicado entre idosos no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, n. 05, p. 930-937, 2008.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. 5 ed. Lisboa: Edições 70, 2008.
- BERGMAN, H et al. Développement d'un cadre de travail pour comprendre et étudier la fragilité. **Gérontologie et Société**, v. 109, p. 15-29, 2004.
- BERZINS, M. A. V. S.; PASCHOAL, S. M. P. Programa "Acompanhante de Idosos". **Boletim do Instituto de Saúde**, v. 47, p. 53-55, 2009.
- BRASIL. **Constituição Federal Brasileira**. Brasília: Senado Federal, 1988.
- BRASIL. **Estatuto do Idoso**. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Conselho Nacional de Assistência Social. **Resolução nº 109**, de 11 de novembro de 2009.

BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. Secretaria de Políticas de Assistência Social. Departamento de Desenvolvimento da Política de Assistência Social. Gerência de Atenção à Pessoa Idosa. **Portaria 73**, de 10 de maio de 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. **Cadernos de Atenção Básica**, nº 19, Brasília, 2006.

BRITO, F. C.; NUNES, M. I.; YUASO, D. R. Multidimensionalidade em Gerontologia II: Instrumentos de Avaliação. . In: NETTO, M. P (Org). **Tratado de Gerontologia**. 2. ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2007. p. 133-147.

BRUCKI, S. M. D. et al. Sugestões para o uso do Mini-Exame do Estado Mental no Brasil. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, v. 61, n. 3-B, p. 777-781, 2003.

CAMPOLINA et al. A transição de saúde e as mudanças na expectativa de vida saudável da população idosa: possíveis impactos da prevenção de doenças crônicas. **Caderno de Saúde Pública**, v. 29, n. 6, p. 1217-1229, 2013.

CANZONIERI, A. M. **Metodologia da pesquisa qualitativa na saúde**. 2 ed. Petrópolis: Vozes, 2011.

CARMO, L. V.; DRUMMOND, L. P.; ARANTES, P. M. M. Avaliação do nível de fragilidade em idosos participantes de um grupo de convivência. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 18, n. 1, p. 17-22, 2011.

CLEGG, A. et al. Frailty in elderly people. **The Lancet**, v. 381, p. 752-762, 2013.

COSTA, T. B.; NERI, A. L. Medidas de atividade física e fragilidade em idosos: dados do FIBRA Campinas, São Paulo, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 27, n. 8, p. 1537-1550, 2011.

DUARTE, Y. A. O.; LEBRÃO, M. L. Fragilidade e Envelhecimento. In: FREITAS, E. V. et al. (Orgs.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p. 1258-1298.

FABRÍCIO-WEHBE, S. C. C. et al. Adaptação cultural e validação da Edmonton Frail Scale – EFS em uma amostra de idosos brasileiros. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.17, n. 6, p. 1043-1049, 2009.

FERNANDES, M. G. M.; ANDRADE A. N.; NÓBREGA M. M. J. Antecedents of frailty in the elderly: a systematic revision. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 9, n. 1, p. 1-9, 2010.

FERNANDES, H. C. L. et al. Avaliação da fragilidade de idosos atendidos em uma Unidade da Estratégia Saúde da Família. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 22, n. 2, p. 423-431, 2013.

FIX, A. J.; DAUGHTON, D. M. **Human activity profile – professional manual**. Nebraska: Psychological Assessment Resources, 1988.

FRIED, L. P. et al. Frailty in Older Adults: Evidence for a Phenotype. **The journals of gerontology. Series A, Biological sciences**, v. 56A, n. 3, p. 146-156, 2001.

FRIED, L. P. et al. Untangling the Concepts of Disability, Frailty, and Comorbidity: Implications for Improved Targeting and Care. **Journal of Gerontology**, v. 59, n. 3, p. 255-263, 2004.

GOBBENS, R. J. J. et al. The Tilburg Frailty Indicator: Psychometric Properties. **Journal of the American Medical Directors Association**, v. 11, n. 5, p. 344-355, 2010.

GRDEN, C. R. B. et al. Associação entre fragilidade física e escore cognitivo em idosos. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 16, n. 3, p. 391-397, 2015.

IBGE. **Censo Demográfico 2010**. Características da população. Resultados do universo. Rio de Janeiro, 2011a. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/93/cd_2010_caracteristicas_populacao_domicilios.pdf>. Acesso em: 29 out. 2014.

IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio**. Rio de Janeiro, 2013. Volume 33. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/59/pnad_2013_v33_br.pdf>. Acesso em: 29 out. 2014.

IBGE. **Projeção da população do Brasil por sexo e idade 1980-2050**. Revisão 2008. Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2008/projecao.pdf>. Acesso em: 29 out. 2014.

IBGE. **Brasil: Tábua completa de mortalidade - 2010**. Rio de Janeiro, 2011b. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/tabuadevida/2010/notastecnicas.pdf>>. Acesso em: 04 out. 2013.

IBGE. **Síntese de Indicadores Sociais**. Uma Análise das Condições de Vida da População Brasileira 2010. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicadores2010/SIS_2010.pdf>. Acesso em: 04 out. 2013.

KATO, M. Y. **Habitação acessível**: considerações sobre a funcionalidade do idoso. São Carlos: Departamento de Gerontologia, 2013. Trabalho de Conclusão de Curso.

KATZ, S. et al. Studies of illness in the aged. The Index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. **The Journal of the American Medical Association**, v. 185, n. 12, p. 914-919, 1963.

KOLLER, K.; ROCKWOOD, K. Frailty in older adults: Implications for end-of-life care. **Cleveland Clinic Journal of Medicine**, v. 80, n. 3, p. 168-174, 2013.

LANDI, F. et al. Moving against frailty: does physical activity matter? **Biogerontology**, v. 11, p. 537-545, 2010.

LANG, P. O.; MICHEL, J. P.; ZEKRY, D. Frailty Syndrome: A Transitional State in a Dynamic Process. **Gerontology**, v. 55, p. 539-549, 2009.

- LAWTON, M. P.; BRODY, E. M. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. **The Gerontologist**, v. 9, n. 3, p. 179-186, 1969.
- LENARDT, M. H.; MICHEL, T.; TALLMANN, A. E. C. A condição de saúde de idosas residentes em instituição de longa permanência. **Cogitare Enfermagem**, v. 14, n. 2, p. 227-236, 2009.
- LEONARDO, K. C. et al. Avaliação do estado cognitivo e fragilidade em idosos mais velhos, residentes no domicílio. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 13, n. 1, p. 120-127, 2014.
- LUSTOSA, L. P. et al. Fragilidade e funcionalidade entre idosos frequentadores de grupos de convivência em Belo Horizonte, MG. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 16, n. 2, p. 347-354, 2013.
- MCDOWEL, I.; HILL, G.; LINDSAY, J. An Overview of the Canadian of Health and Aging Study. **International Psychogeriatrics**, v. 13, Suppl. 1, 2001, p. 7-18.
- MENDES, A. C. G. et al. Assistência pública de saúde no contexto da transição demográfica brasileira: exigências atuais e futuras. **Caderno de Saúde Pública**, v. 28, n. 5, p. 955-964, 2012.
- MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementariedade? **Caderno de Saúde Pública**, v. 9, n. 3, p. 239-262, 1993.
- MONTEIRO, L. C. A. **Políticas públicas habitacionais para idoso**: um estudo sobre os condomínios exclusivos. 145 f. Tese (Doutorado) – Centro de Ciências Exatas e de Tecnologia, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2012.
- MORAES, E. N.; MARINO, M. C. A.; SANTOS, R. R. Principais síndromes geriátricas. **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 20, n. 1, p. 54-66, 2010.
- NERI, A. L. et al. Metodologia do Estudo Fibra Unicamp sobre fragilidade em idosos, em Belém, Parnaíba, Campina Grande, Poços de Caldas, Ermelino Matarazzo, Campinas e Ivoti. In: NERI, A. L. (Org.). **Fragilidade e qualidade de vida na velhice**. Campinas: Alínea, 2013. p. 31-50.
- NERI, A. L. et al. Metodologia e perfil sociodemográfico, cognitivo e de fragilidade de idosos comunitários de sete cidades brasileiras: Estudo FIBRA. **Caderno de Saúde Pública**, v. 29, n. 4, p. 778-792, 2013.
- NETTO, M. P. Questões Metodológicas da Investigação sobre Velhice e Envelhecimento. In: FREITAS, E. V. et al. (Orgs.). 2. ed. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 164-175.
- PEREZ, M.; LOURENÇO, R. A. Rede FIBRA-RJ: fragilidade e risco de hospitalização em idosos da cidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 29, n. 7, p. 1381-1391, 2013.
- PESSANHA, F. P. A. S. **Composição corporal e sua relação com incapacidade funcional: comorbidade e perfil de fragilidade de idosos brasileiros**: um subprojeto da Rede FIBRA. 1333 p. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

RADLOFF, L. S. The CES-D Scale: A Self-Report Depression Scale for Research in the General Population. **Applied Psychological Measurement**, v. 1, n. 3, p. 385-401, 1977.

ROCKWOOD, K. et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. **Canadian Medical Association Journal**, v. 173, n. 5, p. 489-495, 2005.

ROCKWOOD, K. et al. Frailty in elderly people: an evolving concept. **Canadian Medical Association Journal**, v. 150, n. 4, p. 489-495, 1994.

ROCKWOOD, K. et al. Long-Term Risks of Death and Institutionalization of Elderly People in Relation to Deficit Accumulation at Age 70. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 54, n. 6, p. 975-979, 2006.

RODRÍGUEZ-MAÑAS, L. et al. Searching for an Operational Definition of Frailty: A Delphi Method Based Consensus Statement. The Frailty Operative Definition-Consensus Conference Project. **The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences**, v. 68, n. 1, p. 62-67, 2013.

ROLFSON, D. B. et al. Validity and reliability of the Edmonton Frail Scale. **Age and Aging**, v. 35, n. 5, p. 526-529, 2006.

SANTOS, P. H. S. et al. Perfil de fragilidade e fatores associados em idosos cadastrados em Unidade de Saúde da Família. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 20, n. 6, p. 1917-1924, 2015.

SANTOS, A. A. et al. Sono, fragilidade e cognição: estudo multicêntrico com idosos brasileiros. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. 3, p. 351-357, 2013.

SANTOS, R. L.; VIRTUOSO JR., J. S. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Atividades Instrumentais da Vida Diária. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 21, n. 4, p. 290-296, 2008.

SÃO PAULO. **Decreto nº 54.285, de 29 de abril de 2009**. Disponível em: <<http://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/decreto/2009/decreto-54285-29.04.2009.html>>. Acesso em: 15 jul. 2015.

SÃO PAULO. **Decreto nº 56.448, de 29 de novembro de 2010**. Disponível em: <<http://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/decreto/2010/decreto-56448-29.11.2010.html>>. Acesso em: 15 jul. 2015.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. **Documento Norteador Programa Acompanhante de Idosos**, 2012. Disponível em: <<http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/pessoaidosa/DocumentoNorteador-PAI.pdf>>. Acesso em: 08 dez. 2015.

SHULMAN K.I. Clock-drawing: is it the ideal cognitive screening test? **International Journal of Geriatric Psychiatry**, v.15, p.548-561, 2000.

SILVA, A. C. L. et al. Sensações do morar e a concretização de moradia para idosos egressos em um albergue. **Caderno Temático Kairós Gerontologia**, v. 8, p. 169-193, 2010.

SLUZKI, C. E. Social network and the elderly: conceptual and clinical issues, and a family consultation. **Family Process**, v. 39, n. 3, p. 271-284, 2000.

SOUZA, A. C.; MAGALHÃES, L. C.; TEIXEIRA-SALMELA, L. F. Adaptação transcultural e análise das propriedades psicométricas da versão brasileira do Perfil de Atividades Humana. **Caderno de Saúde Pública**, v. 22, n. 12, p. 2623-2636, 2006.

TEIXEIRA, I. N. D. O.; NERI, A. L. A fragilidade no envelhecimento: fenômeno multidimensional, multideterminado e evolutivo. In: FREITAS, E. V. et al. (Orgs.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p.

TESTON, E. F.; LIGIA CARREIRA, L.; SONIA SILVA MARCON, S. S. Sintomas depressivos em idosos: comparação entre residentes em condomínio específico para idoso e na comunidade. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 3, p. 450-456, 2014.

TRIBESS, S.; VIRTUOSO JÚNIOR, J. S.; OLIVEIRA, R. J. Atividade física como preditor da ausência de fragilidade em idosos. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 58, n. 3, p. 341-347, 2012.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

VERAS, R. P. Estratégias para o enfrentamento das doenças crônicas: um modelo em que todos ganham. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 14, n. 4, p. 779-786, 2011.

VIEIRA, R. A. et al. Prevalência de fragilidade e fatores associados em idosos comunitários de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: dados do Estudo FIBRA. **Caderno de Saúde Pública**, v. 29, n. 8, p. 1631-1643, 2013.

WALLACE, L. M. K. et al. Social vulnerability as a predictor of mortality and disability: cross-country differences in the survey of health, aging, and retirement in Europe (SHARE). **Aging Clinical and Experimental Research**, v. 27, n. 3, p. 365-372, 2015.

WANG, G. C. et al. Cytomegalovirus Infection and the Risk of Mortality and Frailty in Older Women: A Prospective Observational Cohort Study. **American Journal of Epidemiology**, v. 171, n. 10, p. 1144-1152, 2010.

WOO, J. et al. Social Determinants of Frailty. **Gerontology**, v. 51, n. 6, p. 402-408, 2005.

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

YASSUDA, M. S. et al. Frailty criteria and cognitive performance are related: data from the fibra study in Ermelino Matarazzo, Sao Paulo, Brazil. **The Journal of Nutrition, Health and Aging**, v. 16, n. 1, p. 55-61, 2012.

YESAVAGE, J.A.; et. al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. **Journal of Psychiatric Research**, v. 17, n. 1, p. 37-42, 1983.

ANEXO A – ENTREVISTA DO MORADOR IDOSO

Entrevistador: _____
 Data: ____/____/____

ENTREVISTA COM O MORADOR IDOSO

A. FICHA DE CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA

I. IDENTIFICAÇÃO:

1. Nome Completo: _____
 2. Sexo: Feminino () Masculino ()
 3. Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: ____ anos

II. ESTADO CIVIL:

1. () Solteiro(a) 4. () Divorçado(a)
 2. () Casado(a) 5. () Viúvo(a)
 3. () Separado(a) 6. Outro: _____
 7. _____

III. ESCOLARIDADE

1. () Analfabeto 4. () Ensino Médio completo
 2. () Fundamental completo 5. () Ensino Médio Incompleto (anos: _____)
 3. () Fundamental Incompleto (anos: _____) 6. () Superior completo
 7. () Superior Incompleto (anos: _____)

IV. PROFISSÃO/OCUPAÇÃO

1. Atual: _____
 2. Anterior: _____

V. RENDA DO IDOSO

1. Qual é a sua renda individual?: 2. Como obtém a sua renda?
 a. () Nenhuma a. () Salário próprio
 b. () Menos de um salário mínimo b. () Salário do cônjuge/companheiro
 c. () Um salário mínimo c. () Aposentadoria própria
 d. () Mais de um salário mínimo d. () Aposentadoria do cônjuge/companheiro
 e. () Variável e. () Pensão
 f. () Recebe dos filhos
 g. () Outros: _____

VI. MEDICAMENTOS

Nome dos medicamentos em uso	Posologia	Indicação	Prescrito por	Desde quando

Esquece-se de tomar os medicamentos?: SIM () NÃO ()

Se esquece, com que frequência isso ocorre?: _____

B. QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA FRAGILIDADEPeso (em Kg): _____ Altura (em m): _____ IMC (Kg/m²): _____

I. PERDA DE PESO NÃO INTENCIONAL	Sem estar fazendo dieta, o senhor(a) acha que perdeu peso nos últimos doze meses? () NÃO () SIM Quantos Kg?: _____ Atende ao critério: perda de 4,5Kg ou mais (5% do peso corporal)	Preenche o critério? () SIM = 1 () NÃO = 0										
II. FADIGA	a. Pensando na última semana, com que frequência o senhor(a) sentiu que tudo que fez te exigiu grande esforço? (0) Nunca/Raramente (menos de 1 dia) (1) Poucas vezes (1 a 2 dias) (2) Na maioria das vezes (3 a 4 dias) (3) Sempre (5 a 7 dias) b. Pensando na última semana, com que frequência o senhor(a) sentiu que não conseguiria levar adiante suas coisas? (0) Nunca/Raramente (menos de 1 dia) (1) Poucas vezes (1 a 2 dias) (2) Na maioria das vezes (3 a 4 dias) (3) Sempre (5 a 7 dias) Atende ao critério o idoso(a) que assinalou as alternativas 2 ou 3 em qualquer uma das respostas	Preenche o critério? () SIM = 1 () NÃO = 0										
III. BAIXA FORÇA DE PREENSÃO MANUAL	Atenção: realizar na mão dominante do idoso e os intervalos entre as mensurações devem durar no mínimo um minuto 1ª medida: _____ Kgf 2ª medida: _____ Kgf 3ª medida: _____ Kgf Média medidas: $1^{\circ}+2^{\circ}+3^{\circ}/3=$ _____ Kgf Atende ao critério o idoso(a) que obtiver valor inferior aos valores de referência: <table border="1" data-bbox="518 1435 1171 1709"> <thead> <tr> <th>HOMEMENS</th> <th>MULHERES</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>IMC \leq 24: Força de preensão \leq 29</td> <td>IMC \leq 23: Força de preensão \leq 17</td> </tr> <tr> <td>IMC 24.1 – 26: Força de preensão \leq 30</td> <td>IMC 23.1 – 26: Força de preensão \leq 17.3</td> </tr> <tr> <td>IMC 26.1 – 28: Força de preensão \leq 30</td> <td>IMC 26.1 – 29: Força de preensão \leq 18</td> </tr> <tr> <td>IMC $>$ 28: Força de preensão \leq 32</td> <td>IMC $>$ 29: Força de preensão \leq 21</td> </tr> </tbody> </table>	HOMEMENS	MULHERES	IMC \leq 24: Força de preensão \leq 29	IMC \leq 23: Força de preensão \leq 17	IMC 24.1 – 26: Força de preensão \leq 30	IMC 23.1 – 26: Força de preensão \leq 17.3	IMC 26.1 – 28: Força de preensão \leq 30	IMC 26.1 – 29: Força de preensão \leq 18	IMC $>$ 28: Força de preensão \leq 32	IMC $>$ 29: Força de preensão \leq 21	Preenche o critério? () SIM = 1 () NÃO = 0
HOMEMENS	MULHERES											
IMC \leq 24: Força de preensão \leq 29	IMC \leq 23: Força de preensão \leq 17											
IMC 24.1 – 26: Força de preensão \leq 30	IMC 23.1 – 26: Força de preensão \leq 17.3											
IMC 26.1 – 28: Força de preensão \leq 30	IMC 26.1 – 29: Força de preensão \leq 18											
IMC $>$ 28: Força de preensão \leq 32	IMC $>$ 29: Força de preensão \leq 21											
IV. DIMINUIÇÃO DA VELOCIDADE DA MARCHA	Atenção: a pessoa deve caminhar por 4,6m e as medidas devem ser consecutivas 1ª medida: _____ segundos 2ª medida: _____ segundos 3ª medida: _____ segundos Média velocidades: $1^{\circ}+2^{\circ}+3^{\circ}/3=$ _____ segundos Atende ao critério o idoso(a) que obtiver valor inferior aos valores de referência: <table border="1" data-bbox="518 2011 1171 2159"> <thead> <tr> <th>HOMEMENS</th> <th>MULHERES</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Altura \leq 173 cm: Tempo \geq 7 segundos</td> <td>Altura \leq 159 cm: Tempo \geq 7 segundos</td> </tr> <tr> <td>Altura $>$ 173 cm: Tempo \geq 8 segundos</td> <td>Altura $>$ 159 cm: Tempo \geq 6 segundos</td> </tr> </tbody> </table>	HOMEMENS	MULHERES	Altura \leq 173 cm: Tempo \geq 7 segundos	Altura \leq 159 cm: Tempo \geq 7 segundos	Altura $>$ 173 cm: Tempo \geq 8 segundos	Altura $>$ 159 cm: Tempo \geq 6 segundos	Preenche o critério? () SIM = 1 () NÃO = 0				
HOMEMENS	MULHERES											
Altura \leq 173 cm: Tempo \geq 7 segundos	Altura \leq 159 cm: Tempo \geq 7 segundos											
Altura $>$ 173 cm: Tempo \geq 8 segundos	Altura $>$ 159 cm: Tempo \geq 6 segundos											

V. BAIXO NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA

PERFIL DE ATIVIDADE HUMANA (PAH)			
ATIVIDADES	Ainda faço	Paro de fazer	Nunca fiz
1. Levantar e sentar em cadeiras ou cama (sem ajuda)			
2. Ouvir rádio			
3. Ler livros, revistas ou jornais			
4. Escrever cartas ou bilhetes			
5. Trabalhar numa mesa ou escrivaninha			
6. Ficar de pé por mais de um minuto			
7. Ficar de pé por mais de cinco minutos			
8. Vestir e tirar a roupa sem ajuda			
9. Tirar roupas de gavetas ou armários			
10. Entrar e sair do carro sem ajuda			
11. Jantar num restaurante			
12. Jogar baralho ou qualquer jogo de mesa			
13. Tomar banho de banheira sem ajuda			
14. Calçar sapatos e meias sem parar para descansar			
15. Ir ao cinema, teatro ou a eventos religiosos ou esportivos			
16. Caminhar 27 metros (um minuto)			
17. Caminhar 27 metros, sem parar (um minuto)			
18. Vestir e tirar a roupa sem parar para descansar			
19. Utilizar transporte público ou dirigir por 1 hora e meia (158 quilômetros ou menos)			
20. Utilizar transporte público ou dirigir por \pm 2 horas (160 quilômetros ou mais)			
21. Cozinhar suas próprias refeições			
22. Lavar ou secar vasilhas			
23. Guardar mantimentos em armários			
24. Passar ou dobrar roupas			
25. Tirar poeira, lustrar móveis ou polir o carro			
26. Tomar banho de chuveiro			
27. Subir seis degraus			
28. Subir seis degraus, sem parar			
29. Subir nove degraus			
30. Subir 12 degraus			
31. Caminhar metade de um quarteirão no plano			
32. Caminhar metade de um quarteirão no plano, sem parar			
33. Arrumar a cama (sem trocar os lençóis)			
34. Limpar janelas			

35. Ajoelhar ou agachar para fazer trabalhos leves			
36. Carregar uma sacola leve de mantimentos			
37. Subir nove degraus, sem parar			
38. Subir 12 degraus, sem parar			
39. Caminhar metade de um quarteirão numa ladeira			
40. Caminhar metade de um quarteirão numa ladeira, sem parar			
41. Fazer compras sozinho			
42. Lavar roupas sem ajuda (pode ser com máquina)			
43. Caminhar um quarteirão no plano			
44. Caminhar dois quarteirões no plano			
45. Caminhar um quarteirão no plano, sem parar			
46. Caminhar dois quarteirões no plano, sem parar			
47. Estregar o chão, paredes ou lavar carro			
48. Arumar a cama trocando os lençóis			
49. Varrer o chão			
50. Varrer o chão por cinco minutos, sem parar			
51. Carregar uma mala pesada ou jogar uma partida de boliche			
52. Aspirar o pó de carpetes			
53. Aspirar o pó de carpetes por cinco minutos, sem parar			
54. Pintar o interior ou o exterior da casa			
55. Caminhar seis quarteirões no plano			
56. Caminhar seis quarteirões no plano, sem parar			
57. Colocar o lixo para fora			
58. Carregar uma sacola pesada de mantimentos			
59. Subir 24 degraus			
60. Subir 36 degraus			
61. Subir 24 degraus, sem parar			
62. Subir 36 degraus, sem parar			
63. Caminhar 1,6 quilômetro (\pm 20 minutos)			
64. Caminhar 1,6 quilômetro (\pm 20 minutos), sem parar			
65. Comer 100 metros ou jogar peteca, vôlei, beisebol			
66. Dançar socialmente			
67. Fazer exercícios calistênicos ou dança aeróbia por cinco minutos, sem parar			
68. Cortar grama com cortadeira elétrica			
69. Caminhar 3,2 quilômetros (\pm 40 minutos)			
70. Caminhar 3,2 quilômetros, sem parar (\pm 40 minutos)			
71. Subir 50 degraus (dois andares e meio)			
72. Usar ou cavar com a pá			
73. Usar ou cavar com pá por cinco minutos, sem parar			
74. Subir 50 degraus (dois andares e meio), sem parar			
75. Caminhar 4,8 quilômetros (\pm 1 hora) ou jogar 18 buracos de golfe			

76. Caminhar 4,8 quilômetros (± 1 hora), sem parar			
77. Nadar 25 metros			
78. Nadar 25 metros, sem parar			
79. Pedalar 1,6 quilômetro de bicicleta (dois quarteirões)			
80. Pedalar 3,2 quilômetros de bicicleta (quatro quarteirões)			
81. Pedalar 1,6 quilômetro, sem parar			
82. Pedalar 3,2 quilômetros, sem parar			
83. Correr 400 metros (meio quarteirão)			
84. Correr 800 metros (um quarteirão)			
85. Jogar tênis/frescobol ou peteca			
86. Jogar uma partida de basquete ou de futebol			
87. Correr 400 metros, sem parar			
88. Correr 800 metros, sem parar			
89. Correr 1,6 quilômetro (dois quarteirões)			
90. Correr 3,2 quilômetros (quatro quarteirões)			
91. Correr 4,8 quilômetros (seis quarteirões)			
92. Correr 1,6 quilômetro em 12 minutos ou menos			
93. Correr 3,2 quilômetros em 20 minutos ou menos			
94. Correr 4,8 quilômetros em 30 minutos ou menos			

Pontuação (EAA): subtração do número de itens "ainda faço" com o número de itens "parei de fazer"

_____ - _____ = _____ pontos

Atende ao critério o Idoso(a) que obteve valor inferior a 46 pontos

Preenche o critério? () SIM = 1 () NÃO = 0

14. Cognição
A. Teste do Desenho do Relógio
Objetivo: avaliação de funções visuo-espaciais
Avaliação dos resultados (Escore de Shulman): 0 - Inabilidade absoluta para representar o relógio 1 - O desenho tem algo a ver com o relógio mas com desorganização visuo-espacial grave; 2- Desorganização visuo-espacial moderada que leva a uma marcação de hora incorreta, perseveração, confusão esquerda-direita, números faltando, números repetidos, sem ponteiros, com ponteiros em excesso; 3 - Distribuição visuo-espacial correta com marcação errada da hora; 4 - Pequenos erros espaciais com dígitos e hora corretos; 5 - Relógio perfeito;
Providências com os achados/ resultados:
Referência: SHULMAN K.I. Clock-drawing: is it the ideal cognitive screening test? Int J Geriatr Psychiatr, v.15, p.548-561, 2000.

Consiste em solicitar à pessoa idosa que desenhe um mostrador de relógio com números. Dê a folha de papel em branco e diga: "desenhe um relógio com todos os números". Coloque os ponteiros marcando 2h e 45 minutos Solicitar que desenhe o relógio, o mais completo possível. Dar uma dica : "quanto maior o(a) senhor(a) fizer o desenho mais fácil fica de desenhá-lo".

Pontuação: _____

D. Cognição	
Mini Exame do Estado Mental (MEEM)	
Objetivo: teste neuropsicológico para avaliação da função cognitiva	
Avaliação dos resultados (médias de Brucki et al., 2003, menos um desvio padrão arredondado para baixo):	
Analfabetos (se souber escrever o nome, mas não frequentou a escola).....	17 pontos
1 a 4 anos de escolaridade	22 pontos ou mais
5 a 8 anos de escolaridade	24 pontos ou mais
9 anos ou mais.....	26 pontos ou mais
Pontuação máxima	30 pontos
Providências com os achados/resultados: escores muito baixos associados aos outros testes de função cognitiva sugerem encaminhamento para avaliação neuropsicológica específica.	

Data:

--	--

Nota obtida/ Nota de Corte

Entrevistador: _____

- Mesmo que o idoso seja analfabeto, aplique todas as questões.

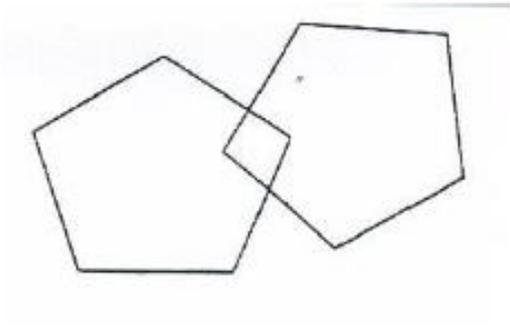
Agora, farei algumas perguntas e gostaria que você prestasse atenção em cada um delas, dando sua melhor resposta.

- 1) Que dia da semana é hoje?.....
- 2) Que dia do mês é hoje.....
- 3) Em que mês nós estamos?
- 4) Em que ano nós estamos?
- 5) Sem olhar no relógio, diga a hora aproximada (Considere a variação de mais ou menos uma hora).....
- 6) Em que local específico nós estamos? (Aponte para o chão. Ex: consultório, dormitório, sala, quarto).....
- 7) Que local é este aqui? (Aponte ao redor, perguntando onde o local específico se insere. Ex: Hospital, casa).....
- 8) Qual é o endereço onde estamos? (Considere correto o nome do bairro ou o nome de uma rua próxima).....
- 9) Em que cidade nós estamos?
- 10) Em que estado nós estamos?

11) Eu vou dizer três palavras e QUERO QUE VOCÊ REPITA em seguida.

Vaso Carro Tijolo

- Fale os três objetos claramente e devagar, dando cerca de 1 segundo de intervalo entre uma palavra e outra;
- Peça ao idoso para repeti-las;
- Dê 1 ponto para cada palavra repetida corretamente na 1ª vez. A pontuação é baseada somente na primeira repetição;
- Se houver erro, deve repetir as palavras até 5 vezes para o aprendizado e realização do item 13. Registre o número de tentativas: _____



E. Humor	
Escala de depressão geriátrica abreviada – GDS 15	
Objetivo: Verificar a presença de sintomas depressivos	
Avaliação dos resultados: 0 a 5: normal 6 a 10: depressão leve 11 a 15: depressão severa	PONTUAÇÃO
Providências com os achados/resultados: escores elevados sugerem encaminhamento para avaliação neuropsicológica específica.	
Referências Yesavage et al., 1983 Almeida, Almeida, 1999	

GERIATRIC DEPRESSION SCALE – GDS (versão de 15 questões)

QUESTÕES		Pontos	
		Sim	Não
1	Você está basicamente satisfeito com sua vida?	0	1
2	Você deixou muitos dos seus interesses e atividades?	1	0
3	Você sente que sua vida está vazia?	1	0
4	Você se aborrece com frequência?	1	0
5	Você se sente de bom humor a maior parte do tempo?	0	1
6	Você tem medo de que algum mal vá lhe acontecer?	1	0
7	Você se sente feliz a maior parte do tempo?	0	1
8	Você sente que sua situação não tem saída?	1	0
9	Você prefere ficar em casa ao invés de sair e fazer coisas novas?	1	0
10	Você se sente com mais problemas de memória do que a maioria?	1	0
11	Você acha maravilhoso estar vivo?	0	1
12	Você se sente um inútil nas atuais circunstâncias?	1	0
13	Você se sente cheio de energia?	0	1
14	Você acha que sua situação é sem esperanças?	1	0
15	Você sente que a maioria das pessoas está melhor que você?	1	0

B. Avaliação das atividades instrumentais de vida diária de Lawton

Objetivo: avaliar o desempenho nas atividades instrumentais de vida diária. Foi desenvolvida por Lawton & Brody em 1969, e avalia as atividades instrumentais da vida diária (AIVDs). Foi adaptada e teve sua confiabilidade avaliada por Santos & Virtuoso Jr. (2008).

Avaliação dos resultados:

- dependência total = 7 pontos
- dependência parcial = >7 e < 21 pontos
- independência = 21 pontos

Referências

LAWTON, M. P.; BRODY, E. M. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*, v. 9, n. 3, p. 179-186, 1969.

SANTOS, R. L.; VIRTUOSO JR., J. S. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Atividades Instrumentais da Vida Diária. *RBPS*, v. 21, n. 4, p. 290-296, 2008.

1. Em relação ao uso do telefone	Recebe e faz ligações sem assistência	3
	Necessita de assistência para realizar ligações telefônicas	2
	Não tem o hábito ou é incapaz de usar o telefone	1
2. Em relação às viagens	Realiza viagens sozinho	3
	Somente viaja quando tem companhia	2
	Não tem o hábito ou é incapaz de viajar	1
3. Em relação à realização de compras	Realiza compras, quando é fornecido o transporte	3
	Somente faz compra quando tem companhia	2
	Não tem o hábito ou é incapaz de realizar compras	1
4. Em relação ao preparo de refeições	Planeja e cozinha as refeições completas	3
	Prepara somente refeições pequenas ou quando recebe ajuda	2
	Não tem o hábito ou é incapaz de preparar refeições	1
5. Em relação ao trabalho doméstico	Realiza tarefas pesadas	3
	Realiza tarefas leves, necessitando de ajuda nas pesadas	2
	Não tem o hábito ou é incapaz de realizar trabalho doméstico	1
6. Em relação ao uso de medicamentos	Faz uso de medicamentos sem assistência	3
	Necessita de lembretes ou de assistência	2
	É incapaz de controlar sozinho o uso de medicamentos	1
7. Em relação ao manuseio do dinheiro	Preenche cheque e paga as contas sem auxílio	3
	Necessita de assistência para o uso de cheque e contas	2
	Não tem o hábito de lidar com o dinheiro ou é incapaz de manusear dinheiro e contas	1

D. Escala de atividades básicas de vida diária – Katz
Objetivo: avaliação do desempenho nas atividades básicas de vida diária
Avaliação dos resultados: De 05 a 06 pontos INDEPENDÊNCIA De 03 a 04 pontos DEPENDÊNCIA PARCIAL De 0 a 02 pontos DEPENDÊNCIA IMPORTANTE
Providências com os achados/ resultados: para os idosos mais dependentes há necessidade de um plano terapêutico individual e avaliação do cuidador.
Referências KATZ, S. et al. Studies of illness in the aged. The Index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. JAMA, v.185, p.914-919, 1963. DUARTE, Y.A.O. et al. O index de Katz na avaliação da funcionalidade de idosos. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v.21, p. 317-325, 2007.

PONTUAÇÃO (somatória das respostas "SIM"):

De 05 a 06 pontos..... INDEPENDÊNCIA

De 03 a 04 pontos..... DEPENDÊNCIA PARCIAL

De 0 a 02 pontos..... DEPENDÊNCIA IMPORTANTE

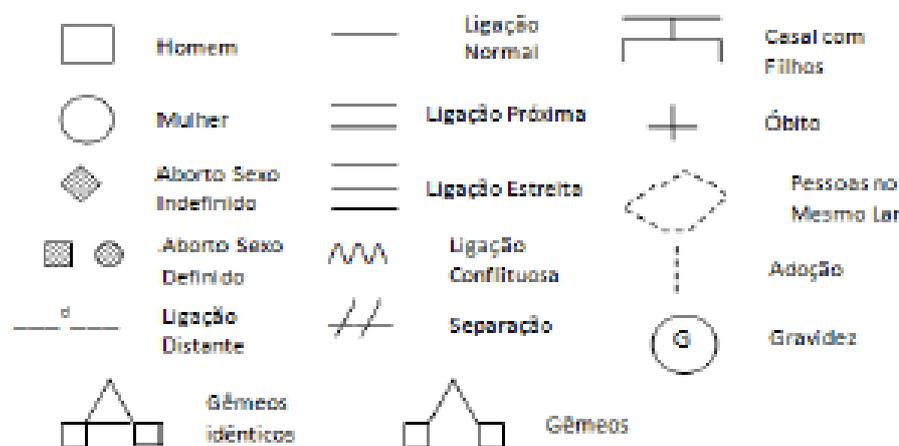
Instruções: "Por favor, serão feitas algumas perguntas sobre atividades do seu dia-a-dia e gostaria que respondesse da melhor forma possível."

	ATIVIDADE		SIM	NÃO
1	Em relação ao Banho	Não recebe ajuda ou somente recebe ajuda para uma parte do corpo.	1	0
2	Em relação a Vestir-se	Pega as roupas e se veste sem qualquer ajuda, exceto para amarrar os sapatos.	1	0
3	Quanto à Higiene pessoal	Vai ao banheiro, usa o banheiro, veste-se e retorna sem qualquer ajuda (pode usar andador ou bengala).	1	0
4	Em relação à Transferência	Consegue deitar na cama, sentar na cadeira e levantar sem ajuda (pode usar andador ou bengala).	1	0
5	Quanto à Continência	Controla completamente urina e fezes.	1	0
6	Em relação à Alimentação	Come sem ajuda (exceto para cortar ou passar manteiga no pão).	1	0

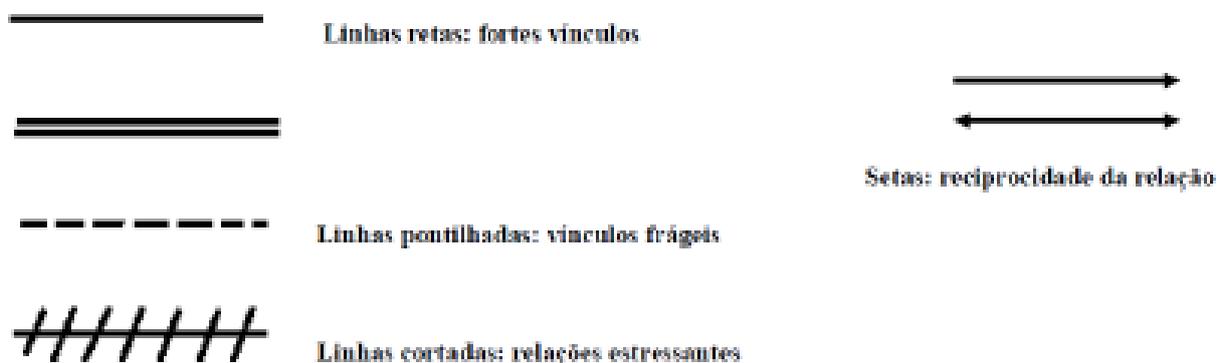
GENOGRAMA

- Você precisa apenas de um papel e de uma caneta.
- Faça o genograma com todos os membros da família que estiverem presentes ao mesmo tempo.
- Inicie com a pergunta: **Quem faz parte da sua 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



SÍMBOLOS DO ECOMAPA



ANEXO B – ENTREVISTA DO GESTOR

Entrevistador: _____

Data: ____/____/____

ENTREVISTA COM GESTOR DO PROJETO**A. FICHA DE CARACTERIZAÇÃO****I. IDENTIFICAÇÃO:**

1. Nome completo: _____
2. Sexo: Feminino () Masculino ()
3. Data de nascimento: ____/____/____ Idade: ____ anos
4. Cargo/função: _____
5. Tempo de serviço: _____

II. FORMAÇÃO

Qual é a sua formação?: _____

Você realizou pós-graduação?: _____

Você realizou alguma especialização na área do envelhecimento?:

SIM () NÃO () Se sim, especifique: _____**B. QUESTIONÁRIO ACERCA DOS SERVIÇOS OFERECIDOS PELO PROJETO****1. CARACTERIZAÇÃO DO CONDOMÍNIO:**

1. Descreva o objetivo geral do condomínio: _____

2. Quais são os critérios dos idosos para residir no local?: _____

3. Quais são os serviços oferecidos atualmente pelo condomínio?: _____

2. SERVIÇOS OFERECIDOS E A FRAGILIDADE DOS IDOSOS

1. Como você descreve/define idoso frágil?: _____

2. Você considera importante avaliar a fragilidade no momento da avaliação para ingresso do idoso ao condomínio?: _____

3. O projeto tem a preocupação com o processo de fragilização dos idosos moradores?: _____

4. Os serviços oferecidos pelo projeto atendem as necessidades de cuidado de idosos frágeis?: _____

5. Descreva como o projeto lida, ou pretende lidar, com os avanços nos níveis da fragilidade dos moradores atendidos: _____

6. Você acredita que com a fragilização dos idosos moradores, futuramente o projeto deverá modificar seus objetivos, serviços e perfil de idosos acolhidos?: _____

ANEXO C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) para participar voluntariamente da pesquisa “O impacto da fragilidade em um condomínio exclusivo para idosos do interior de São Paulo”.

Antes de concordar em participar desta pesquisa é muito importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento. Os pesquisadores responderão todas as suas dúvidas antes que você decida participar. Além disso, você tem o direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sendo que isso não te trará nenhum prejuízo e você não perderá os benefícios aos quais tem direito.

O objetivo desse estudo é verificar os serviços oferecidos no Núcleo Habitacional de Idosos Recanto Feliz “Maria Antonia Salinas Fortes” e sua relação com a fragilidade e as necessidades de cuidados dos idosos moradores.

Você foi selecionado(a) por ser um idoso (pessoa com 60 anos ou mais) morador ou um gestor desse condomínio. Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder algumas perguntas como:

1. **IDOSO MORADOR:** sua caracterização (idade, sexo, escolaridade, estado civil, renda e profissão), os medicamentos que você utiliza, as atividades diárias que realiza, seu estado de humor, sua cognição, sua fragilidade, sua estrutura familiar e apoio social. Além disso você deverá apertar um aparelho manual para medirmos a sua força e andar alguns metros para avaliarmos a sua marcha.
2. **GESTOR:** sua caracterização (idade, sexo, cargo/função, tempo de serviço), sua formação e questões sobre os serviços oferecidos atualmente pelo condomínio.

Ao responder as perguntas você poderá se expor a riscos mínimos como cansaço, desconforto pelo tempo gasto com os instrumentos de avaliação ou por lembrar de alguma situação pessoal diante das perguntas. Se isso ocorrer, você pode desistir de participar e retirar seu consentimento sem nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com o condomínio.

Os benefícios para os integrantes da pesquisa são indiretos, pois ajudarão na ampliação do conhecimento sobre a fragilidade de idosos residentes em condomínios exclusivos para idosos, sendo que outras pessoas e lugares também poderão ser beneficiados. Além disso, você terá a oportunidade de ser avaliado(a) em relação à alguns aspectos do envelhecimento.

As informações obtidas através desta pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre a sua participação. Asseguramos que você não será identificado e as informações que você nos passar serão guardadas no laboratório da UFSCar.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o contato do pesquisador responsável, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e a sua participação, agora, ou a qualquer momento.

No momento em que a pesquisa estiver pronta, os resultados estarão disponíveis à você para seu conhecimento, assim como poderão ser apresentados em eventos e publicados em revistas científicas.

Juliana Cerqueira Leite
(Pesquisadora Responsável)
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/UFSCar-São Carlos (SP)
Fone: (16) 3324-5363/(16)997423926
e-mail: juliana_cleite@yahoo.com.br

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios da minha participação na pesquisa e concordo em participar. Os pesquisadores me informaram 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@power.ufscar.br

São Carlos, ____ de _____ de 20____.

Assinatura do Participante da Pesquisa

ANEXO D – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO CARLOS/UFSCAR



Continuação do Parecer: 725.471

Verificar os serviços oferecidos no Núcleo Habitacional de Idosos de um município do interior de São Paulo e sua relação com a fragilidade e necessidades de cuidados dos idosos moradores.

Objetivo Secundário:

1.Avaliar os idosos em relação à situação de fragilidade, cognição, humor, funcionalidade, avaliação subjetiva de saúde, satisfação global com a vida, suporte social e estrutura familiar;2.Relacionar os serviços oferecidos para os moradores do núcleo habitacional com a identificação das necessidades de cuidado apresentadas pelos idosos;3.Identificar potencialidades de novos serviços a serem oferecidos no local, considerando a mudança no perfil de fragilidade dos moradores.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Adequados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de pesquisa relevante para a área em questão.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados.

Recomendações:

Vide conclusões.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto aprovado. Segue a Resolução 466/12 sobre ética em pesquisa.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

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

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO CARLOS/UFSCAR



Continuação do Parecer: 725.471

SAO CARLOS, 23 de Julho de 2014

Assinado por:
Ricardo Carneiro Borra
(Coordenador)

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

ANEXO E – AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA E DESENVOLVIMENTO SOCIAL DE ARARAQUARA



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ARARAQUARA
SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA E DESENVOLVIMENTO SOCIAL
AVENIDA MARIO HIROYO ARITA, 498 – JD. PRIMAVERA – CEP: 14.802-404
Fone/Fax: (16) 3301-1806- E-mail: in@smasocial@araraquara.sp.gov.br



Araraquara, 24 de abril de 2014.

OFÍCIO – SMADS nº. 476/2014

À
Ilma. Sra.
MARISA SILVANA ZAZZETTA
Orientadora
PPGEnf/UFSCar
Departamento de Gerontologia – UFSCAR
Via Washington Luís, Km 235 – Caixa Postal, 676
CEP: 13.565-905 – São Carlos/SP

ASSUNTO: Autorização para estudo no Recanto Feliz.

Com meus cordiais cumprimentos e ao ensejo, venho por meio deste, autorizar a gerontóloga Juliana Cerqueira Leite, a desenvolver seu estudo no Núcleo Habitacional de Idosos Recanto Feliz.

Sem mais para o momento despeço-me com votos de estima e consideração.

Atenciosamente.

JOSÉ CARLOS PORSANI
SECRETÁRIO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA
E DESENVOLVIMENTO SOCIAL

JOSÉ CARLOS PORSANI
SECRETÁRIO MUNICIPAL
DE ASSISTÊNCIA E
DESENVOLVIMENTO SOCIAL