

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

ISABELA THAÍS MACHADO DE JESUS

FRAGILIDADE DE IDOSOS EM CONTEXTO DE VULNERABILIDADE SOCIAL

SÃO CARLOS

2017

ISABELA THAÍS MACHADO DE JESUS

FRAGILIDADE DE IDOSOS EM CONTEXTO DE VULNERABILIDADE SOCIAL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem – Mestrado do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal de São Carlos. Realizada com apoio financeiro da CAPES. Orientação: Profa. Dra. Marisa Silvana Zazzetta.

SÃO CARLOS

2017

FOLHA DE APROVAÇÃO

ISABELA THAÍS MACHADO DE JESUS

FRAGILIDADE DE IDOSOS EM CONTEXTO DE VULNERABILIDADE SOCIAL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem – Mestrado, do
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal de São Carlos.

Financiamento: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Marisa Silvana Zazzetta (**Presidente**) Departamento de Gerontologia,
Universidade Federal de São Carlos (DGERO-UFSCAR)

Profa. Dra. Marisa Accioly Rodrigues da Costa Domingues (**Membro Titular**) Escola de
Artes, Ciências e Humanidades, Universidade de São Paulo (EACH-USP)

Profa. Dra. Eliane da Silva Grazziano (**Membro Titular**) Departamento de Enfermagem,
Universidade Federal de São Carlos (DENF-UFSCAR)



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 Isabela Thaís Machado de Jesus, realizada em 20/02/2017:

Prof. Dra. Marisa Silvana Zazzetta
UFSCar

Prof. Dra. Eliane da Silva Grazziano
UFSCar

Prof. Dra. Marisa Accioly Rodrigues Domingues
USP

Dedico esse trabalho aos participantes, que
voluntariamente responderam aos meus
questionamentos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela vida.

Agradeço à minha Família pelo apoio.

Agradeço à minha Orientadora Professora Doutora Marisa Silvana Zazzetta pela oportunidade, gentileza, amparo e aprendizado.

Agradeço à Secretaria de Cidadania e Assistência Social do município de São Carlos – SP, por autorizar a pesquisa nos Centros de Referência de Assistência Social: São Carlos VIII, Santa Felícia, Cidade Aracy, Pacaembu e Santa Eudóxia.

Agradeço aos Participantes da pesquisa pela receptividade e disponibilidade em responder aos meus questionamentos e me receber em suas residências.

Agradeço aos Colegas Fábio Baptista, Daniele Cintra, Daniela Dalpubel, Fernanda Karoline, Letícia Didoné, Maria Angélica Diniz e Rafaela Lanzotti, por me auxiliarem.

Agradeço à Professora Doutora Fabiana Orlandi pela reciprocidade e ensino.

Agradeço ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – PPGEnf pela acolhida.

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

Agradeço à Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) por me proporcionar oportunidades de aprendizado e crescimento.

“Tudo passa pela Terra”

José de Alencar

Resumo

Introdução: O envelhecimento acompanhado de fragilidade pode sobrecarregar os serviços na proteção básica e atenção primária que assistem a população idosa. Avaliar a fragilidade em idosos em contexto de vulnerabilidade social pode contribuir com a melhoria de qualidade dos equipamentos sociais que atendam as pessoas idosas. **Objetivo:** Analisar a situação de fragilidade de idosos residentes em bairros com vulnerabilidade social e cadastrados em Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) em relação à qualidade de vida, cognição, relações familiares e externas em um município do interior do Estado de São Paulo. **Métodos:** Estudo exploratório, comparativo e transversal, com a utilização do método quantitativo de investigação. Este estudo utilizou e ampliou o Banco de Dados da pesquisa intitulada: “A fragilidade do idoso e o Sistema de Atenção Básica de Assistência Social”. No estudo foram empregados: entrevista semi-estruturada; Escala de Fragilidade de Edmonton para verificar a fragilidade; Whoqol-bref e Whoqol-old para verificar a qualidade de vida; The Montreal Cognitive Assessment para rastreio de comprometimento cognitivo; Genograma para verificar as relações familiares e Ecomapa para verificar as relações externas. Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva, teste de correlação de Spearman e teste de comparação de grupos Mann-Whitney e Kruskal-Wallis. **Resultados:** Participaram do estudo 247 idosos, com média de idade de 68,52 (dp=7,28) anos, 154 brancos (57,49%), 109 casados (44,13%), 109 católicos (61,13%), 137 aposentados (55,47%) e 133 com escolaridade de um a quatro anos (53,85%). Quanto ao nível de fragilidade, 103 (41,70%) não apresentaram fragilidade, 53 (21,45%) se apresentaram vulneráveis e 91 (36,84%) apresentaram fragilidade em algum nível. Dos 247 participantes, 144 (58,29%) residiam em regiões com alta vulnerabilidade. Houve correlação negativa entre a fragilidade com a vulnerabilidade ($r:-0,4936;p:0,4936$), qualidade de vida (Whoqol-bref $r:-0,50307;p<0,0001$; Whoqol-old $r:-0,43951;p<0,001$) e cognição ($r:-0,21690;p:0,0006$). Houve diferença estatisticamente significante entre a fragilidade e a quantidade de relações externas ($p<0,001$). **Conclusão:** Verificou-se que os idosos com fragilidade residiam em regiões mais vulneráveis. Conhecer a fragilidade de idosos em contexto de vulnerabilidade social poderá auxiliar na gestão e implementação de ações dos serviços públicos assistenciais direcionados para este segmento populacional. O rastreio de fragilidade deve ser integrado tanto em serviços quanto em pesquisas pois a avaliação consiste em alerta para identificação de risco inicial.

Palavras-chave: Idoso Fragilizado, Vulnerabilidade Social, Assistência Social.

Abstract

Introduction: Aging accompanied by frailty can burden services in basic protection and primary care that assist the elderly population. Assessing the frailty in the elderly in a context of social vulnerability can contribute to the improvement of the quality of social facilities that care for the elderly. **Objective:** To analyze the frailty of elderly people living in neighborhoods with social vulnerability and enrolled in Social Care Referral Centers (CRAS) in relation to quality of life, cognition, family and external relations in a city in the interior of the State of São Paulo. **Methods:** Exploratory, comparative and transversal study, using the quantitative research method. This study used and expanded the database of the research entitled "The frailty of the elderly and the Basic Attention System of Social Assistance". In the study were: semi-structured evaluation; Edmonton Frailty Scale to check for frailty; Whoqol-bref and Whoqol-old to check the quality of life; The Montreal Cognitive Assessment for screening for cognitive impairment; Genogram to check the family relations and Ecomapa to check the external relations. Data were analyzed using descriptive statistics, Spearman correlation test and comparison test of Mann-Whitney and Kruskal- Wallis groups. **Results:** Participated of the study 247 elderly people, with a mean age of 68.52 (dp = 7,28) years, 154 were white (57,49%), 109 married (44,13%), 109 catholic (61,13%), 137 retired (55,47%) and 133 with education of one to four years (53,85%). Regarding the level of frailty, 41,70% did not present frailty, 21,45% were vulnerable and 36,84% presented frailty at some level. Of the 247 participants, 58,29% lived in regions with high vulnerability. There was a negative correlation between the frailty and vulnerability ($r:-0,4936;p:0,4936$), quality of life (Whoqol-bref $r:-0,50307;p<0,0001$; Whoqol-old $r:-0,43951;p<0,001$) and cognition ($r:-0,21690;p:0,0006$). There was a statistically significant difference between the frailty and external relationship quantity ($p<0,001$). **Conclusion:** It was found that the frailty elderly lived in more vulnerable regions. Knowing the frailty of the elderly in a context of social vulnerability may help in the management and implementation of actions of public welfare services directed to this population segment. Frailty screening should be integrated into both services and research because the evaluation consists of alert for initial risk identification.

Key-words: Frail Elderly; Social Vulnerability; Social Assistance.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Principais definições de fragilidade.....	22
---	----

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Região pertencente ao CRAS do São Carlos VIII. São Carlos, SP, 2015.....	37
Figura 2: Região pertencente ao CRAS da Santa Felícia. São Carlos, SP, 2015	37
Figura 3: Região pertencente ao CRAS da Cidade Aracy. São Carlos, SP, 2015.....	38
Figura 4: Região pertencente ao CRAS do Pacaembu. São Carlos, SP, 2016.....	38
Figura 5: Região pertencente ao CRAS de Santa Eudóxia. São Carlos, SP, 2016.....	38
Figura 6: Fluxograma para identificação de idosos cadastrados em CRAS. São Carlos, SP, 2016.....	40
Figura 7: Arranjo familiar de uma idosa, aparentemente vulnerável, em região com muito baixa vulnerabilidade com relação familiar conflituosa em um lar com filho e vínculo forte com trabalho. São Carlos, SP, 2016.....	93
Figura 8- Arranjo familiar de uma idosa, aparentemente vulnerável, em região de média vulnerabilidade, com relações familiares próxima em um lar intergeracional e vínculo forte com equipamento de saúde. São Carlos, SP, 2016.....	94
Figura 9: Arranjo familiar de um idoso, aparentemente vulnerável, em região de média vulnerabilidade, com relações familiares próxima em um lar com filho residente e vínculo recíproco com igreja, comércio e equipamento de saúde. São Carlos, SP, 2016.....	94
Figura 10: Arranjo familiar de um idosa, aparentemente vulnerável, em região de alta vulnerabilidade, com relações familiares próxima em um lar intergeracional e vínculo com irmãos e equipamento de saúde. São Carlos, SP, 2016.....	95
Figura 11: Arranjo familiar de uma idosa, aparentemente vulnerável, em região de alta vulnerabilidade, com relações familiares próxima em um lar intergeracional e vínculo forte com comércio. São Carlos, SP, 2016.....	95
Figura 12: Arranjo familiar de uma idosa, aparentemente vulnerável, em região de alta vulnerabilidade com relação familiar próxima em um lar com neto e vínculo com filhos. São Carlos, SP, 2016	96
Figura 13: Arranjo familiar de uma idosa, aparentemente vulnerável, em região de alta vulnerabilidade com relação familiar próxima em um lar com cônjuge e vínculo recíproco com filhos. São Carlos, SP, 2016	96
Figura 14: Arranjo familiar de uma idosa, aparentemente vulnerável, em região de alta vulnerabilidade com relação familiar próxima em lar com filho e vínculo forte com igreja. São Carlos, SP, 2016	97
Figura 15: Arranjo familiar de um idoso, aparentemente vulnerável em região de alta vulnerabilidade com vínculo recíproco com vizinhos e igreja. São Carlos, SP, 2016	97
Figura 16: Arranjo familiar de uma idosa aparentemente vulnerável em região de alta vulnerabilidade com vínculos próximo com igreja e equipamento social.São Carlos, SP, 2016	98
Figura 17: Arranjo familiar de uma idosa aparentemente vulnerável em região de alta vulnerabilidade com vínculos próximo com família, equipamento de saúde e social.São Carlos, SP, 2016	98

Figura 18: Arranjo familiar de uma idosa com fragilidade leve em região de muito baixa vulnerabilidade com relações familiares próxima em um lar intergeracional e vínculo com supermercado.São Carlos, SP, 2016	99
Figura 19: Arranjo familiar de uma idosa com fragilidade leve em região de muito baixa vulnerabilidade com relações familiares próxima em um lar intergeracional e vínculo com igreja, supermercado e equipamento de saúde.São Carlos, SP, 2016.....	99
Figura 20: Arranjo familiar de uma idosa com fragilidade leve em região com muito baixa vulnerabilidade com relação familiar próxima em um lar com cônjuge e vínculos próximo e recíproco com equipamentos de saúde e social, igreja e lazer.São Carlos, SP, 2016.....	100
Figura 21: Arranjo familiar de uma idosa com fragilidade leve em região com muito baixa vulnerabilidade com relação familiar próxima em um lar com filho e vínculos próximo e recíproco com igreja, comércio e família.São Carlos, SP, 2016	100
Figura 22: Arranjo familiar de uma idosa com idade avançada, fragilidade leve, em região de média vulnerabilidade e relações familiares próxima em um lar com neto e vínculo com igreja e equipamento de saúde. São Carlos, SP, 2016.....	101
Figura 23: Arranjo familiar de uma idosa com fragilidade leve em região de alta vulnerabilidade com relações familiares próxima em um lar com filho e vínculo com filhos.São Carlos, SP, 2016.....	101
Figura 24: Arranjo familiar de uma idosa com idade avançada, fragilidade leve, em região de alta vulnerabilidade com relações familiares próxima em um lar com filha e vínculo com equipamento de saúde.São Carlos, SP, 2016.....	102
Figura 25: Arranjo familiar de uma idosa com idade avançada, fragilidade leve em região de alta vulnerabilidade com relações familiares próxima em um lar unipessoal e vínculo com igreja e equipamento de saúde.São Carlos, SP, 2016	102
Figura 26: Arranjo familiar de uma idosa com fragilidade leve em região de alta vulnerabilidade com relações familiares próxima em um lar com filhos e vínculo com família.São Carlos, SP, 2016.....	103
Figura 27: Arranjo familiar de uma idosa com idade avançada, com fragilidade leve, em região de alta vulnerabilidade com relações familiares próxima em um lar com filho e vínculo com hospital.São Carlos, SP, 2016.....	103
Figura 28: Arranjo familiar de uma idosa com fragilidade leve em região de alta vulnerabilidade com relação familiar próxima em um lar intergeracional e vínculo com equipamento social e igreja. São Carlos, SP, 2016.....	104
Figura 29: Arranjo familiar de um idoso com idade avançada, fragilidade moderada, em região com muito baixa vulnerabilidade com relação familiar conflituosa em um lar intergeracional e vínculos próximo com trabalho e comércio.São Carlos, SP, 2016.....	104
Figura 30: Arranjo familiar de uma idosa com idade avançada, com fragilidade moderada em região de muito baixa vulnerabilidade com relação familiar conflituosa em um lar com filho e vínculo com equipamento de saúde.São Carlos, SP, 2016.....	105
Figura 31: Arranjo familiar de uma idosa com fragilidade moderada em região de muito baixa vulnerabilidade com relação familiar conflituosa em um lar com filho e vínculo com banco e igreja. São Carlos, SP, 2016.....	105

Figura 32: Arranjo familiar de um idoso com idade avançada, fragilidade moderada em região de média vulnerabilidade com relações próxima em um lar unipessoal e vínculos próximo com banco e barbearia. São Carlos, SP, 2016.....	106
Figura 33: Arranjo familiar de uma idosa com fragilidade moderada em região de média vulnerabilidade com relações familiares próxima em um lar unipessoal e vínculos próximo com equipamentos de saúde e social. São Carlos, SP, 2016.....	106
Figura 34: Arranjo familiar de uma idosa com fragilidade moderada em região de média vulnerabilidade com relações familiares próxima um lar intergeracional e vínculo com comércio, família e igreja. São Carlos, SP, 2016.....	107
Figura 35: Arranjo familiar de uma idosa com fragilidade moderada em região de média vulnerabilidade e relações familiares próxima em um lar com filha e vínculo com equipamento de saúde.São Carlos, SP, 2016.....	107
Figura 36: Arranjo familiar de uma idosa com fragilidade moderada em região de alta vulnerabilidade com relação familiar conflituosa em um lar com filha e vínculo com equipamento de saúde.São Carlos, SP, 2016.....	108
Figura 37: Arranjo familiar de uma idosa com fragilidade moderada em região de alta vulnerabilidade com relações familiares próxima em um lar intergeracional e vínculo com família e igreja.São Carlos, SP, 2016.....	108
Figura 38: Arranjo familiar de uma idosa com fragilidade moderada em região de alta vulnerabilidade com relação familiar próxima em um lar com filho e vínculo recíproco com igreja.São Carlos, SP, 2016.....	109
Figura 39: Arranjo familiar de uma idosa com fragilidade severa em região de alta vulnerabilidade com relações familiares próxima em um lar intergeracional e vínculo forte com família e equipamento de saúde.São Carlos, SP, 2016.....	109
Figura 40: Arranjo familiar de uma idosa com fragilidade severa em região de alta vulnerabilidade com relação familiar conflituosa em um lar com filho e vínculo recíproco com igreja.São Carlos, SP, 2016.....	110
Figura 41: Arranjo familiar de uma idosa com fragilidade severa em região de alta vulnerabilidade com relações familiares próxima em um lar intergeracional e vínculo com banco e equipamento de saúde.São Carlos, SP, 2016.....	110
Figura 42: Arranjo familiar de uma idosa com fragilidade severa em região de alta vulnerabilidade com relação familiar conflituosa em um lar com filho e vínculo com equipamentos de saúde.São Carlos, SP, 2016.....	111
Figura 43: Arranjo familiar de uma idosa com fragilidade severa em região de alta vulnerabilidade com relações familiares próxima em um lar com cônjuge e sem vínculo.São Carlos, SP, 2016.....	111
Figura 44: Arranjo familiar de uma idosa com fragilidade severa em região de alta vulnerabilidade com relações próximas em um lar unipessoal com vínculos próximo e recíproco com igreja e equipamentos de saúde e social.São Carlos, SP, 2016.....	112

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Distribuição de variáveis sociodemográficas avaliadas segundo questionário de identificação de idosos cadastrados em CRAS. São Carlos, SP, 2016.....	47
Tabela 2: Distribuição do estado de origem de idosos cadastrados em CRAS. São Carlos, SP, 2016.....	49
Tabela 3: Comparação do nível de fragilidade avaliado segunda a EFE em relação às variáveis sociodemográficas de idosos cadastrados em CRAS. São Carlos, SP, 2016	50
Tabela 4: Distribuição das questões avaliadas segunda Avaliação Subjetiva de Saúde de idosos cadastrados em CRAS. São Carlos, SP, 2016	53
Tabela 5: Comparação do nível de fragilidade avaliado segundo a EFE em relação à Avaliação Subjetiva de Saúde de idosos cadastrados em CRAS. São Carlos, SP, 2016.....	54
Tabela 6: Distribuição do nível de fragilidade avaliado segundo a EFE de idosos cadastrados em CRAS. São Carlos, SP, 2016	55
Tabela 7: Distribuição dos domínios de fragilidade avaliado segunda a EFE de idosos cadastrados em CRAS. São Carlos, SP, 2016	55
Tabela 8: Comparação dos domínios avaliados segundo a EFE em relação aos níveis de fragilidade de idosos cadastrados em CRAS. São Carlos, SP, 2016	57
Tabela 9: Comparação da vulnerabilidade em relação ao nível de fragilidade avaliado segundo a EFE de idosos cadastrados em CRAS. São Carlos, SP, 2016	59
Tabela 10: Distribuição dos domínios de qualidade de vida avaliados segundo Whoqol-bref e Whoqol-old de idosos cadastrados em CRAS. São Carlos, SP, 2016	60
Tabela 11: Comparação do nível de fragilidade avaliado segunda a EFE em relação aos domínios avaliados segundo Whoqol-bref de idosos cadastrados em CRAS. São Carlos, SP, 2016.....	61
Tabela 12: Comparação do nível de fragilidade avaliado segundo a EFE em relação aos domínios avaliados segundo Whoqol-old de idosos cadastrados em CRAS. São Carlos, SP, 2016.....	63
Tabela 13: Comparação da vulnerabilidade em relação aos domínios avaliados segundo Whoqol-bref de idosos cadastrados em CRAS. São Carlos, SP, 2016.....	64
Tabela 14: Comparação da vulnerabilidade em relação aos domínios avaliados segundo Whoqol-old de idosos cadastrados em CRAS. São Carlos, SP, 2016.	66
Tabela 15: Distribuição das questões avaliadas segunda Satisfação Global com a Vida de idosos cadastrados em CRAS. São Carlos, SP, 2016.	67
Tabela 16: Comparação do nível de fragilidade avaliado segunda a EFE em relação à Satisfação Global com a Vida de idosos cadastrados em CRAS. São Carlos, SP, 2016.	68
Tabela 17: Distribuição dos domínios de rastreio cognitivo avaliados segundo MoCA de idosos cadastrados em CRAS. São Carlos, SP, 2016.	70
Tabela 18: Comparação do nível de fragilidade avaliado segunda a EFE em relação aos domínios avaliados segundo MoCA de idosos cadastrados em CRAS. São Carlos, SP, 2016. .	71

Tabela 19: Comparação dos níveis de fragilidade avaliado segundo a EFE em relação à nota de corte avaliado segundo MoCA de idosos cadastrados em CRAS. São Carlos, SP, 2016. .	72
Tabela 20: Comparação dos domínios avaliados segundo a EFE em relação à nota de corte de idosos cadastrados em CRAS. São Carlos, SP, 2016.	73
Tabela 21: Comparação da vulnerabilidade em relação aos domínios avaliados segundo MoCA de idosos cadastrados em CRAS. São Carlos, SP, 2016.	74
Tabela 22: Comparação da vulnerabilidade em relação à nota de corte segundo MoCA de idosos cadastrados em CRAS. São Carlos, SP, 2016.	75
Tabela 23: Distribuição da quantidade de membros no mesmo lar avaliado segundo Genograma de idosos cadastrados em CRAS. São Carlos, SP, 2016.	75
Tabela 24: Distribuição da quantidade de membros familiares residentes no mesmo lar segundo Genograma de idosos cadastrados em CRAS. São Carlos, SP, 2016.	77
Tabela 25: Comparação do nível de fragilidade avaliado segundo a EFE em relação à quantidade de membros familiares e outros residentes no mesmo lar avaliado segundo Genograma de idosos cadastrados em CRAS. São Carlos, SP, 2016.	79
Tabela 26: Distribuição do tipo de laço consanguíneo no mesmo lar avaliado segundo Genograma de idosos cadastrados em CRAS. São Carlos, SP, 2016.	80
Tabela 27: Comparação do nível de fragilidade avaliado segundo a EFE em relação ao laço consanguíneo no mesmo lar segundo Genograma de idosos cadastrados em CRAS. São Carlos, SP, 2016.	81
Tabela 28: Comparação da vulnerabilidade em relação à quantidade de membros familiares e outros residentes no mesmo lar avaliado segundo Genograma de idosos cadastrados em CRAS. São Carlos, SP, 2016.	83
Tabela 29: Comparação da vulnerabilidade em relação ao tipo de laço consanguíneo no mesmo lar avaliado segundo Genograma de idosos cadastrados em CRAS. São Carlos, SP, 2016.	85
Tabela 30: Distribuição da quantidade de vínculo avaliado segundo Ecomapa de idosos cadastrados em CRAS. São Carlos, SP, 2016.	87
Tabela 31: Distribuição do vínculo externo avaliado segundo Ecomapa de idosos cadastrados em CRAS. São Carlos, SP, 2016.	87
Tabela 32: Distribuição do nível de fragilidade avaliado segundo a EFE em relação à quantidade de vínculo avaliado segundo Ecomapa de idosos cadastrados em CRAS. São Carlos, SP, 2016.	88
Tabela 33: Comparação do nível de fragilidade segundo a EFE em relação à quantidade de vínculo externo avaliado segundo Ecomapa de idosos cadastrados em CRAS. São Carlos, SP, 2016.	88
Tabela 34: Comparação da vulnerabilidade em relação à quantidade de vínculo avaliado segundo Ecomapa de idosos cadastrados em CRAS. São Carlos, SP, 2016.	90
Tabela 35: Comparação do nível de fragilidade avaliado segundo a EFE em relação ao vínculo externo avaliado segundo Ecomapa de idosos cadastrados em CRAS. São Carlos, SP, 2016.	91
Tabela 36: Comparação da vulnerabilidade em relação à quantidade de vínculo externo avaliado segundo Ecomapa de idosos cadastrados em CRAS. São Carlos, SP, 2016.	91

Tabela 37: Comparação da vulnerabilidade em relação ao vínculo externo avaliado segundo Ecomapa de idosos cadastrados em CRAS. São Carlos, SP, 2016.	92
---	----

LISTA DE SIGLAS

ABVD	Atividade Básica de Vida Diária
BF	Bolsa Família
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CAPES	Centro de Atenção Psicossocial
CEP	Comitê de Ética em Pesquisas em Seres Humanos
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado da Assistência Social
EFE	Escala de Fragilidade de Edmonton
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IPVS	Índice Paulista de Vulnerabilidade Social
LOAS	Lei Orgânica de Assistência Social
MoCA	The Montreal Cognitive Assessment
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial de Saúde
PEC	Proposta de Emenda à Constituição
PNAS	Política Nacional de Assistência Social
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDR	Teste do Relógio
UFSCar	Universidade Federal de São Carlos
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade Saúde da Família
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
WHOQOL	The Whoqol Group

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	19
1.1 Fragilidade.....	20
1.2 Políticas Públicas de Assistência Social.....	24
1.3 Vulnerabilidade Social e Centro de Referência de Assistência Social	27
2 JUSTIFICATIVA	33
3 OBJETIVOS	35
4 MÉTODOS.....	35
4.1 Tipo do estudo	35
4.2 Local do estudo.....	35
4.3 População e amostra do estudo.....	39
4.4 Procedimentos.....	42
5 RESULTADOS	39
5.1 Perfil Sociodemográfico, Saúde e Fragilidade	46
5.2 Fragilidade	54
5.3 Qualidade de Vida, Satisfação Global com a Vida e Fragilidade	59
5.4 Cognição e Fragilidade	70
5.5 Relações Familiares, Externas e Fragilidade	75
6 DISCUSSÃO	113
6.1 Perfil Sociodemográfico, Saúde e Fragilidade	113
6.2 Fragilidade	115
6.3 Qualidade de Vida, Satisfação Global com a Vida e Fragilidade	116
6.4 Cognição e Fragilidade	118
6.5 Relações Familiares, Externas e Fragilidade	119
7 CONCLUSÃO	123
8 REFERÊNCIAS.....	125
9 APÊNDICES	134
10 ANEXOS.....	146

1. INTRODUÇÃO

A fragilidade tem se tornado uma epidemia silenciosa que afeta as pessoas idosas e esta tendência é evidente tanto nos países desenvolvidos quanto aqueles em desenvolvimento (MICHEL et al. 2015). A rápida transição demográfica, de fato, exige maiores despesas para o público idoso e isto coloca em perigo a sustentabilidade dos sistemas de saúde e assistência social. Por estas razões, desde a década passada, tem havido um crescente apelo para implementação de ações preventivas, considerando a possibilidade de reversão da fragilidade (CESARI et al. 2016).

O envelhecimento humano constituído como processo dinâmico, progressivo, irreversível e universal é caracterizado por mudanças biológicas e determinantes sociais (KOLLER; ROCKWOOD, 2013; WALLACE et al. 2015). As transformações na população decorrente do aumento da expectativa de vida vêm acompanhada de estilo de vida pouco saudável e modificações no quadro de saúde que contribuem para o surgimento da fragilidade (RODRÍGUEZ-ARTALEJO; RODRÍGUEZ-MAÑAS, 2014; CHEN et al. 2014; FRIED et al. 2001).

Projeções de estudos têm demonstrado que indivíduos com 65 anos ou mais aumentarão mundialmente nas próximas décadas. A fragilidade é uma síndrome associada ao envelhecimento com destaque na literatura mundial, que apresenta desfechos adversos (TRIBES; OLIVEIRA, 2011). Nela podem se encontrar manifestações de doenças crônicas que contribuem com os riscos que acompanham a fragilidade (CLEGG et al. 2013). Pesquisadores internacionais têm definido as pessoas frágeis como usuárias de recursos da sociedade, hospitais e instituições de longa permanência, representando assim desafios para os serviços públicos (SOURIAL et al. 2012).

Diversos grupos internacionais de pesquisa fomentam estudos em fragilidade. Os debates mais recentes giram em torno se a fragilidade pode advir de condições clínicas independentes ou de uma síndrome compreendida por aspectos biomédicos e psicossociais (RODRIGUEZ-MAÑAS, 2013; ROCKWOOD, 1994). A fragilidade inicialmente remetia a associação de perda funcional e presença de comorbidades com prejuízo nas atividades básicas e instrumentais de vida diária, caracterizando em estado de vulnerabilidade fisiológica podendo estar relacionada com múltiplas manifestações: aparência, estado nutricional, avaliação subjetiva da saúde, uso de medicamentos,

deficiências físicas e sensoriais (LACAS, ROCKWOOD, 2012; STENBERG et al. 2011).

De igual maneira, pertencer ao gênero feminino, ter idade avançada, baixa escolaridade, baixa renda, ausência de suporte familiar e social, viver sozinho, estilo de vida pouco saudável, polifarmácia, histórico de demências, apresentar percepção negativa de saúde, comprometimento cognitivo, fazer uso de serviços de saúde e ter sido hospitalizado são os principais fatores que podem ocasionar risco para a fragilidade (VAINGANKAR et al. 2016; BRIGOLA et al. 2015; MELLO et al. 2014; PEGORARI, OLIVEIRA et al. 2014, GIMÉNEZ et al. 2011).

No entanto, a fragilidade pode ser considerada como uma vulnerabilidade multifatorial, acompanhada de limitações funcionais, comorbidades, interações ambientais e psicossociais. O conceito de vulnerabilidade pode ser amplamente entendido como a situação das pessoas, perante os problemas de saúde em que incluem problemas físicos, mentais, psicológicos e funcionais (ANDREW; KEEFE, 2014).

Nesse contexto, idosos frágeis têm maiores necessidades de cuidado, sendo a família o principal apoio a qual assume todas as responsabilidades. Esta situação se torna complexa quando o suporte familiar é limitado e há a necessidade de buscar apoio em serviços públicos. Desse modo, a efetivação da Política Brasileira de Assistência Social, caracterizada pela complexidade mediante relações intrafamiliares e relações da família com outras esferas da sociedade, se torna um desafio tanto para a formulação quanto para a execução da política, cabendo aos serviços públicos assistenciais e de saúde otimizar o apoio e o suporte social aos familiares (VIEIRA et al., 2013).

1.1 Fragilidade

A fragilidade é um conceito emergente que desperta interesse na área da saúde. Embora não há uma única definição e consenso clínico, o conceito de fragilidade tem aumentado devido à uma melhor compreensão de saúde e do estado funcional das pessoas idosas. A fragilidade tem sido objeto de estudo para muitos pesquisadores na tentativa de projetar, desenvolver e implementar intervenções preventivas, ou pelo menos, atrasar o início da incapacidade e suas consequências adversas (CESARI et al. 2016; CLEGG et al. 2013; ANDRADE et al. 2012).

A partir de consesus e fontes primárias que se esforçam para chegar em uma definição da fragilidade, grupo de especialidades de diversos países tem se reunido em busca de definições. A heterogeneidade de conceitos em relação à fragilidade é

dinâmica e apresenta influência de múltiplos determinantes, o que contribui para a não definição de uma única conclusão (MORLEY et al. 2013). O Quadro seguinte apresenta as principais definições de fragilidade.

Quadro 1: Principais definições de fragilidade. São Carlos, SP, 2016.

ANO	REVISTA	AUTORES	DEFINIÇÃO
1994	Can Med Assoc J	Rockwood, K. et al.	Modelo dinâmico de ganhos (aspectos de saúde, atitudes e práticas saudáveis) e perdas (doenças, incapacidades e dependências) que envolve aspectos de doenças cardíacas e incontinência, incapacidade funcional, quedas, deficiência e dependência para ABVD.
2001	Journal of Gerontology	Fried, L. et al.	Ciclo, um processo de declínio energético que inclui perda de massa muscular, taxa metabólica, força, energia e diminuição na mobilidade.
2004	Gérontologie et société	Bergman, H. et al.	Via de resultados adversos afetada por fatores biológicos, psicológicos e sociais.
2006	The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences	Morley, J.E. et al.	Interação de doenças com os processos fisiológicos que ocorrem durante o envelhecimento.
2006	The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences	Bandeem-Roche, K. et al.	Grupo de sinais e sintomas que em conjunto caracterizam uma anormalidade.
2012	Journal of Gerontology: Medical Sciences	Rodríguez-Mañas, L. et al.	Síndrome multidimensional caracterizada por estado de extrema vulnerabilidade onde o estresse mínimo pode causar prejuízo funcional havendo a necessidade de avaliar o desempenho físico, nutricional, mental e cognitivo.
2013	J Am Med Ger Assoc	Morley, J.E. et al.	Estado clínico com múltiplas causas e contribuintes que é caracterizada pela diminuição da força, resistência e função fisiológica. Estado vulnerável de risco para desenvolvimento de dependência ou óbito, indicando declínio físico, cognitivo e social.

Para a realização da avaliação da fragilidade, alguns pesquisadores consideram a avaliação em diferentes aspectos e contextos culturais, econômicos e clínicos (MORLEY et al. 2013; RODRIGUEZ-MAÑAS et al. 2012; ROCKWOOD, 2006). O modelo proposto por Rockwood e Bergman em 2012 avaliam a fragilidade em sete domínios: nutrição, atividade física, mobilidade, força, energia, cognição e humor. Desse modo, a fragilidade é precursora do declínio funcional, sendo considerada risco para a saúde. As combinações de fatores resultam em perda de força muscular e funções do corpo, ocasionando dependência, deficiência e consequências adversas, tais como: hospitalização, institucionalização e, conseqüentemente, a morte (LITTEL et al., 2009).

Rodríguez-Manãs et al. (2013) destacam que a fragilidade tem de ser focada na avaliação de cinco domínios (estado nutricional, energia, atividade física, mobilidade e força) seguida de cinco critérios (perda de peso, cansaço, atividade de lazer, velocidade de marcha e força de preensão manual, respectivamente) além de considerar as configurações culturais, econômicas, éticas e clínicas. Gray e colaboradores em 2016 realizou revisão sistemática em países de baixa e média renda e verificou avaliação da fragilidade por meio do estado nutricional, atividade física, cognição, peso, mobilidade, força, suporte social e relacionamento.

A fragilidade tem sido estudada em diferentes países, tais como, França, Alemanha, Estados Unidos, Canadá, México, entre outros (ROCKWOOD; BERGMAN, 2012). Dois grupos de pesquisa fomentam estudos em fragilidade. O grupo de pesquisadores liderado por Linda Fried, nos Estados Unidos e o grupo liderado por Rockwood no Canadá. Fried et al. (2001) consideram a fragilidade como uma síndrome clínica multifatorial, com diminuição de reservas de energia e resistência reduzida aos estressores. A perda de energia teria como base o tripé composto por sarcopenia, desregulação neuroendócrina e disfunção imunológica. Essas alterações conduziram à redução significativa de massa muscular e a um estado inflamatório crônico que somado a fatores extrínsecos como comorbidades, redução de ingesta alimentar e inatividade física, dariam início a um círculo vicioso que provoca o declínio acumulativo dos sistemas fisiológicos, prejudicando a manutenção da homeostase do organismo (Fried et al 2001). Com base nos dados do Cardiovascular Health Study, com a população americana, Fried e colaboradores propuseram um fenótipo de fragilidade baseado em cinco critérios: perda de peso não intencional no último ano; exaustão avaliada por autorrelato de fadiga; diminuição da força de preensão palmar; baixo nível de atividade

física e diminuição da velocidade da marcha. Idosos com três ou mais desses indicadores positivos seriam classificadas como frágeis.

Outro grupo de pesquisadores, ligado ao Canadian Study of Health and Ageing (CSHA), liderado por Rockwood, realizou um estudo de base populacional e multicêntrico que teve como objetivo pesquisar a prevalência e incidência de fatores de risco e padrões de cuidados da síndrome em idosos canadenses. Este estudo na sua primeira etapa teve uma duração de cinco anos e na segunda etapa focou a abrangência da fragilidade, o comprometimento cognitivo, o envelhecimento saudável e os cuidadores (MCDOWELL et al. 2001). Especificamente com relação à fragilidade buscou analisar as causas, desfechos e processo da síndrome. Assim, este grupo definiu a fragilidade de forma ampliada, enfatizando o processo multifatorial que envolve aspectos biológicos, psicológicos, sociais e ambientais.

Os estudos avançam a condição da fragilidade e seu conceito tem evoluído para a identificação do acúmulo de déficits ao longo da vida, decorrente de fatores biopsicosociais que levam a uma maior vulnerabilidade e risco adversos (ROCKWOOD, 2006, CLEGG, et. al 2013, KOLLER E ROCKWOOD, 2013). Embora a fragilidade tenha um quadro conceitual claro, não existe uma única definição operacional de fragilidade que possa satisfazer todos os especialistas, para uma definição robusta e consensual que pode ser empregada em uma variedade de configurações (RODRÍGUEZ-MAÑAS et al. 2012).

Nesse contexto, idosos em situação de fragilidade tem maior necessidade de cuidado, gerando demandas para a Assistência Social e para a Assistência em Saúde, sendo dever das Políticas Públicas ajudá-los e legitimá-los, além de promover suporte e atender suas necessidades, pois esta circunstância pode se torna complexa quando o idoso reside em bairros de vulnerabilidade social e necessita do auxílio das Políticas Sociais (ROCKWOOD et al., 1994). No entanto, o rastreamento populacional em grande escala de problemas de saúde e sociais com subsequente encaminhamento para serviços especializados é um fator importante no desenvolvimento de intervenções para a sustentabilidade desses serviços (GRAY et al. 2016).

1.2 Políticas Públicas de Assistência Social

A Política Nacional de Assistência Social (PNAS) busca incorporar as demandas presentes na população brasileira no que tange à responsabilidade política, objetivando tornar claras suas diretrizes para a efetivação da assistência social como direito de

cidadania e responsabilidade do Estado, com garantia à segurança de sobrevivência, de acolhida e de vivência familiar. A política tem como usuários os cidadãos e grupos que se encontram em situações de vulnerabilidade e riscos, tais como: famílias e indivíduos com fragilidade de vínculos de afetividade; identidades estigmatizadas em termos étnico, cultural e sexual; desvantagem pessoal resultante de deficiências; exclusão pela pobreza ou no acesso às demais políticas públicas, dentre outras (BRASÍLIA, 2004).

A Assistência Social como política de proteção social busca a garantia de direitos para todos e sem contribuição prévia à provisão dessa proteção. Desse modo, alguns pontos de vista diante da realidade do país são de grande relevância, tais como: uma visão social de proteção, a qual supõe conhecer os riscos, as vulnerabilidades sociais, bem como os recursos com que conta para enfrentar tais situações com menor dano pessoal e social possíveis; uma visão capaz de captar as diferenças sociais, entendendo que as circunstâncias e os requisitos sociais circundantes do indivíduo, e dele em sua família, são determinantes para sua proteção e autonomia; uma visão capaz de entender que a população tem necessidades, mas também possibilidades ou capacidades que devem ser desenvolvidas. Logo, a construção dessa política considera três pilares de proteção social: as pessoas, as suas circunstâncias e a família. Desse modo, a proteção social exige a capacidade de maior aproximação possível do cotidiano das pessoas, pois são nelas que riscos e vulnerabilidades se constituem (BRASIL, 2011; BRASÍLIA, 2004).

A proteção social deve garantir segurança de sobrevivência, de acolhida, de convívio ou vivência familiar, com o objetivo de prevenir situações de risco, por meio do desenvolvimento de potencialidades, aquisições e fortalecimento dos vínculos para aqueles que vivem em situação de vulnerabilidade social, decorrente da pobreza e privação (BRASÍLIA, 2004). Além disso, a proteção deverá ser centrada nas condições socioeconômicas da população, que vai além da simples prestação de serviço clínico-assistencial e que estimula ações intersetoriais que incluem saneamento básico, habitação, renda, trabalho e alimentação.

O Sistema Único de Assistência Social (SUAS), inserido na PNAS, foi implantado em 2003, sendo um requisito essencial da Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS). A LOAS propõe um conjunto de ações interligados com o objetivo de garantir a proteção social para aqueles que necessitam, incluindo benefícios, serviços,

programas e projetos de atenção ao idoso (BRASÍLIA, 2005). Reza o artigo primeiro dessa lei:

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

No entanto, o SUAS é um sistema público não contributivo, descentralizado e participativo, cuja função é oferecer efetividade à Assistência Social como política pública, como também manter a harmonia entre a rede de proteção básica e especial, com centralidade na família (BRASÍLIA, 2004).

O SUAS realiza ações de Proteção Social Especial e Básica. A Proteção Social Especial tem por objetivo prover atenção socioassistencial às famílias e indivíduos que se encontram em situação de risco pessoal e social, por ocorrência de abandono, maus-tratos físicos e/ou psíquicos, abuso sexual, uso de substâncias psicoativas, cumprimento de medidas socioeducativas, situação de rua, situação de trabalho infantil, dentre outras. A Proteção pode ser de Média Complexidade e Alta Complexidade. A Média Complexidade considera os serviços que oferecem atendimento às famílias e indivíduos que tiveram seus direitos violados, mas cujos vínculos familiares e comunitários não foram rompidos. Neste sentido, requerem maior atenção especializada e individualizada, tais como: serviços de orientação ao apoio sóciofamiliar; abordagem de rua; medidas socioeducativas em meio aberto, dentre outras. Este serviço pode ser oferecido em Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS). A Proteção Social de Alta Complexidade garante proteção integral, tais como: moradia, alimentação, trabalho protegido para as famílias e indivíduos que se encontram sem referência, entre outras. Essa proteção pode ser oferecida em casas-lares, repúblicas, albergues e república temporária (BRASÍLIA, 2009; 2011).

A Proteção Social Básica potencializa a família como unidade de referência, fortalecendo seus vínculos internos e externos por meio dos serviços locais que visam à socialização, o acolhimento e à convivência em família com vínculos não rompidos sendo eles: Programa de Atenção Integral às Famílias; Grupos e Centros de Convivência de Idosos; Programa de Inclusão Produtiva e projetos de enfrentamento da pobreza, entre outros. O serviço do mesmo pode ser oferecido em Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) (BRASÍLIA, 2009).

1.3 Vulnerabilidade Social e Centro de Referência de Assistência Social

O termo vulnerabilidade vem do latim, *vulnerare* = ferir e *vulnerabilis* = que causa lesão. É definido como a capacidade do ser humano ou do sistema sofrer dano em resposta a um estímulo, susceptibilidade de ser ferido, prejudicado ou ofendido. A vulnerabilidade adquire diversas formas e dimensões, sendo elas: biológica: continuamente desequilibrada por elementos biologicamente desestruturantes, o que faz necessário a auto-organização; psicológica: depende da construção do psique do ser humano com base em suas experiências afetivas e imaginativas; espiritual: faz uso de recursos simbólicos, para ajudar a enfrentar os desafios e os limites impostos pela realidade e a social, ambiental e cultural: criadas pelo entorno social e cultural (MAIA, 2011).

O conceito de vulnerabilidade pode assumir diferentes definições, sendo ela social ou relacional. O conceito de vulnerabilidade social foi utilizado em 1948 pela Declaração Universal dos Direitos Humanos para caracterizar grupos ou indivíduos, politicamente ou judicadamente fragilizados, na promoção, proteção ou garantia de seus direitos de cidadania. Dentro da contextualização ética, a terminologia foi iniciada em 1978 no Relatório de Belmont abordando princípios éticos necessários para pesquisa com seres humanos (RINCO; LOPES; DOMINGUES, 2012). A vulnerabilidade social é multidimensional, pois afeta de diferentes formas e intensidade os indivíduos. É resultado da combinação de como o indivíduo consegue informações, recursos materiais, escolaridade, bem como enfrentar barreiras culturais e imposições violentas (AMENDOLA, 2012). Logo, a vulnerabilidade se relaciona aos fatores estruturais da sociedade, no que tange à desigualdade de renda, educação e acesso aos serviços, sendo um conceito adequado para a compreensão da dinâmica do processo de desigualdade social nos países em desenvolvimento (RINCO; LOPES; DOMINGUES, 2012).

A Política de Assistência Social em 2013 apresentou o conceito de vulnerabilidade relacional como uma matéria de intervenção que garante a segurança de convívio, socialização e acolhimento em famílias cujos vínculos familiares e comunitários não foram rompidos. Caracteriza-se por vínculos por conta que os sujeitos estabelecem com a família e a sociedade, relações próximas, que configuram a percepção de pertencimento. A vulnerabilidade relacional pode abranger diferentes naturezas – são descritas como vulnerabilidades por diminuir as capacidades humanas e colocar os sujeitos na condição de demandantes da proteção social - sendo elas aspectos

relacionados à violência, isolamento, conflito, preconceito, discriminação, abandono, entre outros. No sentido de concretizar esta perspectiva, a Política elaborou um conjunto de indicadores como marcadores de estratégias com os usuários no sentido de ampliação e diversificação do campo relacional como fonte de afeto e apoio, sendo eles: família, amigos, grupos de trabalho, técnicos de equipamentos públicos e o próprio território (BRASIL, 2013).

A construção do conceito de vulnerabilidade social no contexto brasileiro fundamenta-se na PNAS, a qual define o público alvo da Assistência Social no conjunto de pessoas residentes em domicílios com serviços de infraestrutura inadequados, tais como: abastecimento de água proveniente de poço ou nascente, sem banheiro ou sanitário e mais de dois moradores por dormitório; família com renda *per capita* inferior a um quarto do salário mínimo; família com renda *per capita* inferior a meio salário mínimo, com pessoas de 0 a 14 anos e responsável com menos de quatro anos de estudo; família na qual há um chefe de família mulher, sem cônjuge, analfabeta e com filhos menores de 15 anos; família na qual há uma pessoa com 16 anos ou mais desocupada e com quatro ou menos anos de estudo; família que há uma pessoa com 10 a 15 anos que trabalhe; família que há uma pessoa com 4 a 14 anos que não estude; família com renda *per capita* inferior a meio salário mínimo, com pessoa de 60 anos ou mais e família com renda *per capita* inferior a meio salário mínimo, com uma pessoa com deficiência (BRASÍLIA, 2004).

Levando em consideração os diferentes fatores para verificar a vulnerabilidade, o Estado de São Paulo, via Fundação SEADE (2010) elaborou o Índice Paulista de Vulnerabilidade Social (IPVS) para classificar a vulnerabilidade. O IPVS classifica os setores censitários do Estado de São Paulo segundo níveis de vulnerabilidade, com base em dimensões socioeconômicas e demográficas. A dimensão socioeconômica contempla: porcentagem de responsáveis pelo domicílio alfabetizados; porcentagem de responsáveis pelo domicílio com ensino fundamental completo; anos médios de estudo do responsável pelo domicílio; rendimento nominal médio do responsável pelo domicílio; porcentagem de responsáveis com rendimento de até 3 salários mínimos. A dimensão demográfica abrange: porcentagem de responsáveis pelo domicílio com idade entre 10 e 29 anos; idade média do responsável pelo domicílio; porcentagem de crianças de 0 a 4 anos. Desse modo, a vulnerabilidade é dividida em seis grupos:

Grupo 1: Nenhuma vulnerabilidade: engloba os setores censitários em melhor situação socioeconômica (muito alta), com os responsáveis pelo domicílio possuindo os mais elevados níveis de renda e escolaridade. Apesar de o

estágio das famílias no ciclo de vida não ser um definidor do grupo, seus responsáveis tendem a ser mais velhos, com menor presença de crianças pequenas e de moradores nos domicílios, quando comparados com o conjunto do Estado de São Paulo;

Grupo 2: Vulnerabilidade muito baixa: abrange os setores censitários que se classificam em segundo lugar, no Estado, em termos da dimensão socioeconômica (média ou alta). Nessas áreas concentram-se, em média, as famílias mais velhas;

Grupo 3: Vulnerabilidade baixa: formado pelos setores censitários que se classificam nos níveis altos ou médios da dimensão socioeconômica e seu perfil demográfico caracteriza-se pela predominância de famílias jovens e adultas;

Grupo 4: Vulnerabilidade média: composto pelos setores que apresentam níveis médios na dimensão socioeconômica, estando em quarto lugar na escala em termos de renda e escolaridade do responsável pelo domicílio. Nesses setores concentram-se famílias jovens, isto é, com forte presença de chefes jovens (com menos de 30 anos) e de crianças pequenas;

Grupo 5: Vulnerabilidade alta: engloba os setores censitários que possuem as piores condições na dimensão socioeconômica, estando entre os dois grupos em que os chefes de domicílios apresentam, em média, os níveis mais baixos de renda e escolaridade e, ainda concentra famílias mais velhas e com menor presença de crianças pequenas;

Grupo 6: Vulnerabilidade muito alta: o segundo dos dois piores grupos em termos da dimensão socioeconômica (baixa), com grande concentração de famílias jovens. A combinação entre chefes jovens, com baixos níveis de renda e de escolaridade e presença significativa de crianças pequenas permite inferir ser este o grupo de maior vulnerabilidade à pobreza.

Embora a vulnerabilidade social seja fator importante para todas as fases da vida, na velhice há evidências crescentes que ligam circunstâncias sociais com idades (ANDREW; KEEFE, 2014). Andrew et al. (2012) apontam que os fatores que incluem status socioeconômico, privação social, apoio, isolamento, rede e engajamento social influenciam a vulnerabilidade. Somam-se a isso alguns fatores sociais que são propriedades do indivíduo, como nível educacional, familiares, estado civil e influências do bairro em que vive. Browne-Yung; Ziersh; Baum (2013) afirmam que as pessoas que residem em bairros socioeconômicos desfavorecidos possuem pior saúde em relação aos que residem em bairros favorecidos, incluem nesse contexto histórias de vida individuais, distinção cultural e posição social.

Fatores sociais como o fato de morar em contextos de maior vulnerabilidade social, com piores condições financeiras, menor nível de escolaridade, menor acesso a serviços de saúde e falta de suporte social podem também contribuir com o aumento da vulnerabilidade (GUTIERREZ-ROBLEDO; ÁVILA-FUNES 2012). Estes fatores

podem se tornar notáveis nas pessoas idosas quando aumentam as dependências de apoios sociais e diminuem as oportunidades de engajamento social (ANDREW, 2010).

O Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) é implantado em municípios de acordo com o seu porte e em áreas de maior vulnerabilidade social para gerenciar e executar as ações de proteção básica no território referenciado. O mesmo é uma unidade pública estatal de base territorial, de cunho assistencial, que abrange um total de mil famílias por ano.

A legislação prevê que nos municípios de pequeno porte seja implantado o mínimo de um CRAS para até 2.500 famílias referenciadas ou para até 3.500 famílias referenciadas, com a composição mínima de dois técnicos de nível superior, sendo um profissional assistente social e outro preferencialmente psicólogo e dois técnicos de nível médio; para municípios de médio porte, que se implantem o mínimo de dois CRAS, cada um com até 5.000 famílias referenciadas com a composição de três técnicos de nível superior, sendo dois profissionais assistentes sociais e preferencialmente um psicólogo e três técnicos de nível médio; para os municípios de grande porte, que se implantem o mínimo de quatro CRAS, cada um com até 5.000 famílias referenciadas; e metrópoles o mínimo de oito CRAS, cada um para até 5.000 famílias referenciadas com a composição de quatro técnicos de nível superior, sendo dois profissionais assistentes sociais, um psicólogo e um profissional que compõe o SUAS e quatro técnicos de nível médio (BRASÍLIA, 2004).

As equipes de referência para CRAS devem ter um coordenador, devendo o mesmo, independentemente do porte do município, ser técnico de nível superior, concursado, com experiência em trabalhos comunitários e gestão de programas, projetos, serviços e benefícios socioassistenciais (BRASÍLIA, 2006, 2004). O funcionamento do CRAS é no mínimo de 5 dias por semana, 8 horas diárias, sendo que a unidade deverá necessariamente funcionar no período diurno podendo eventualmente executar atividades complementares a noite, com possibilidade de funcionar em feriados e finais de semana (BRASIL, 2014).

O CRAS é vinculado ao SUAS e tem por finalidade executar serviços de proteção social básica, e do mesmo modo, organizar e coordenar a rede de serviços socioassistenciais locais da política de assistência social, atuando juntamente com famílias e indivíduos em contexto comunitário, visando à orientação e ao convívio sóciofamiliar e comunitário. O objetivo da proteção social básica é prevenir situações de risco por meio do desenvolvimento de potencialidades e aquisições, além de fortalecer

os vínculos familiares e comunitários em situações de vulnerabilidade social, decorrente da pobreza, privação ou fragilização. São considerados serviços de proteção básica: Programa de Atenção Integral às Famílias; Programa de Inclusão Produtiva e Projetos de enfrentamento da pobreza; Centros de Convivência para Idosos; Serviços para crianças de 0 a 6 anos que visem o fortalecimento dos vínculos familiares, o direito de brincar, ações de socialização e de sensibilização para a defesa dos direitos das crianças; Serviços socioeducativos para crianças, adolescentes e jovens na faixa etária de 6 a 24 anos, Programas de incentivo ao protagonismo juvenil e Centros de Informação e de Educação para o trabalho voltado para jovens e adultos (BRASÍLIA, 2009).

O município de São Carlos possui uma população de 221.950 mil habitantes (IBGE, 2010). A renda *per capita* mensal do município é de R\$ 37.652,04 e o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) corresponde a 0,805 (IBGE, 2013). A população de idosos no município corresponde a 8,9%, sendo um total de 19.754 mil idosos (IBGE, 2010). Em combinação com a população de São Carlos, o município conta com cinco CRAS localizados nas áreas de abrangência do São Carlos VIII, Santa Felícia, Pacaembu, Cidade Aracy e Santa Eudóxia, sendo este distrito do município. De acordo com a classificação de vulnerabilidade social a cidade se divide em seis grupos, sendo eles (FUNDAÇÃO SEADE 2010):

- Grupo 1 (baixíssima vulnerabilidade): abrange 7,6% do total da população. O rendimento nominal médio dos domicílios é de R\$ 6,17 e a idade média dos responsáveis pelos domicílios é de 49 anos.

- Grupo 2 (vulnerabilidade muito baixa): abrange 59% do total da população. O rendimento nominal médio dos domicílios é de R\$ 2,82 e a idade média dos responsáveis pelos domicílios é de 50 anos.

- Grupo 3: (vulnerabilidade baixa): abrange 14,7% do total da população. O rendimento nominal médio dos domicílios é de R\$2,48 e a idade média dos responsáveis pelos domicílios é de 42 anos.

- Grupo 4 (vulnerabilidade média): abrange 5,7% do total da população. O rendimento nominal médio dos domicílios é de R\$ 1,76 e a idade média dos responsáveis pelos domicílios é de 49 anos.

- Grupo 5 (vulnerabilidade alta): corresponde a 12,9% do total da população. O rendimento nominal médio dos domicílios é de R\$ 1,35 e a idade média dos responsáveis pelos domicílios é de 42 anos.

- Grupo 6 (vulnerabilidade alta - setores rurais): corresponde 0,1% do total da população. O rendimento nominal médio dos domicílios é de R\$ 1,48 e a idade média dos responsáveis pelos domicílios é de 44 anos.

2. JUSTIFICATIVA

A fragilidade presente nas pessoas idosas tem aspectos multidimensionais, heterogêneos e instáveis que a tornam complexa quando recebe influências de fatores característicos da vulnerabilidade social (BORGES et al. 2013). Dentre esses fatores determinantes encontra-se serviços de infra-estrutura inadequados. A construção do conceito de vulnerabilidade social dentro a PNAS define como público alvo o conjunto de pessoas residentes em domicílios com serviços de infraestrutura inadequados, dentre eles a escolaridade, condições de trabalho, habitação, meio ambiente e condições de acesso aos serviços (BRASÍLIA, 2005; GUTIÉRREZ-ROBLEDO, 2012). Andrew; Keefe (2014) argumentam que dentre a diversidade de fatores sociais que influenciam a vulnerabilidade existe a necessidade da mesma ser vista e estudada por meio de uma perspectiva integrada e abrangente de influências sociais, sendo o contexto social a chave para a compreensão de saúde e doença (ANDREW, 2010).

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) no contexto brasileiro considera dois grupos populacionais de idosos, os independentes e os frágeis ou em processo de fragilização. Os independentes são aqueles que se mantêm ativos socialmente e familiarmente, mesmo com doenças, e os frágeis ou em processo de fragilização são os que possuem condições de saúde, fatores contextuais, pessoais e ambientais que são prejudiciais para a autonomia e capacidade funcional do idoso (BRASIL, 2006). Considerando a dinâmica do processo de envelhecimento, torna-se oportuno conhecer a interação dos vários fatores. Intervenções multidimensionais e multissetoriais em relação à fragilidade do idoso em contexto de vulnerabilidade social, é de suma importância para os serviços de saúde e assistência social que criem mecanismos de monitoramento, de aplicabilidade e apontamento de soluções, para que se garanta a prevenção de risco tanto na atenção quanto na proteção básica do sistema público (BRASIL, 2006; BRASÍLIA, 2004).

Nesse sentido, idosos frágeis em contexto de vulnerabilidade social podem trazer consigo demandas para as políticas públicas, podendo estar altamente relacionada à saúde das pessoas idosas e à necessidade de auxílios da assistência social (ANDREW et al, 2008). Assim, pesquisar a fragilidade em idosos em contexto de vulnerabilidade social pode oferecer avanços no conhecimento acerca da influência de fatores sociais em pessoas idosas frágeis e pode sugerir contribuições para a rede de serviços públicos governamentais e não governamentais que assistem os idosos. De igual maneira, avaliar

a vulnerabilidade social é quantificar o ambiente e as condições existentes, considerando que em idosos as circunstâncias sociais são complexas e há a interação de múltiplos fatores (ANDREW, 2010).

Estudos na área de vulnerabilidade social ganham em especial relevância, quando se faz necessária deter a situação concreta do idoso fragilizado e do contexto em que ele se encontra, como também, identificar tensões entre as necessidades decorrentes de sua situação singular e particular, tanto do âmbito familiar quanto do ambiente social, do mesmo modo, está em consonância com a PNSPI em que prioriza o desenvolvimento de estudos e pesquisas como ações de melhorias nos serviços ofertados, de forma contínua e integral, para a melhor tomada de decisão (BRASIL, 2006; SANTOS et al. 2016).

Nesse contexto, realizar pesquisas na área do envelhecimento é prioridade e consta na Agenda de Investigação sobre Envelhecimento do século XXI e Associação Internacional de Gerontologia e Geriatria que incentivam pesquisas em envelhecimento e campos afins, com foco na identificação de aspectos sociais, culturais e econômicos que podem contribuir para a elaboração de políticas públicas e gerar resultados para uma melhor compreensão dos fatos (NEW YORK, 2007).

Considerando a importância de avaliar a fragilidade na população vulnerável e os diferentes aspectos que a influenciam, além das questões clínicas, esse estudo adota verificar a fragilidade com base nos critérios que Rockwood e Colaboradores apresentam. Sendo assim, pretendeu-se responder ao seguinte questionamento: qual é o nível de fragilidade de idosos residentes em bairros com vulnerabilidade social e cadastrados em CRAS em relação à qualidade de vida, cognição, relações familiares e sociais?

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Analisar a situação de fragilidade de idosos residentes em bairros com vulnerabilidade social e cadastrados em CRAS em relação à qualidade de vida, cognição, relações familiares e sociais em um município do interior do Estado de São Paulo.

3.2 Objetivos Específicos

- Analisar a fragilidade, qualidade de vida e cognição de idosos, avaliados pela Escala de Fragilidade de Edmonton, Whoqol-bref, Whoqol-old e MoCA;
- Correlacionar a fragilidade de idosos com o Índice Paulista de Vulnerabilidade Social;
- Analisar a composição familiar dos idosos, avaliados pelo Genograma, identificando relações familiares;
- Analisar o suporte oferecido aos idosos e à família, avaliados pelo Ecomapa, identificando as relações externas.

4. MÉTODOS

4.1 Tipo do estudo

Estudo exploratório, comparativo e transversal, com a utilização do método quantitativo de investigação. Faz parte ao estudo denominado “A fragilidade do idoso e o Sistema de Atenção Básica de Assistência Social”, coordenado pela Profa. Dra. Marisa Silvana Zazzetta.

4.2 Local do estudo

A pesquisa foi realizada no município de São Carlos. Em combinação com a população de São Carlos, o município conta com cinco CRAS localizados nas áreas de abrangência do São Carlos VIII, Santa Felícia, Pacaembu, Cidade Aracy e Santa Eudóxia.

A cobertura total dos bairros visitados pertencentes aos CRAS do São Carlos VIII, Santa Felícia, Cidade Aracy, Pacaembu e Santa Eudóxia, distrito em área rural, são apresentados a seguir:

- CRAS São Carlos VIII - foram visitados 34 bairros em que haviam idosos cadastrados, sendo eles: Tangará, Santa Maria I, Santa Maria II, Vila Jacobucci, Maria Stela Fagá, Vila Nery, Jardim São João Batista, Jardim Munique, Jardim Real, Vila São José, São Carlos VIII, Vila Faria, Jardim Nossa Senhora da Aparecida, Vila São Caetano, Jardim Cardinalli, Vila Tijuco Preto, Vila Brasília, Vila Costa do Sol, Parque Douradinho, Vila Nossa Senhora de Fátima, Vila Rancho Velho, Vila Vista Alegre, Vila Elizabeth, Jardim dos Coqueiros, Residencial Itamarati, Jardim São Rafael, Vila São Gabriel, Parque Primavera, Parque Sabará, Jardim Nova Estação, Derigi, Belvedere, Santa Helena e Vila Marina;

- CRAS Santa Felícia - foram visitados 24 bairros em que haviam idosos cadastrados, sendo eles: Santa Felícia, Romeu Tortorelli, Arnon de Mello, Santa Angelina, Morada do Sol, Morada dos Deuses, Parque Fehr, Ipanema, Planalto Paraíso, Parque Sisi, Jardim Centenário, Jardim Bandeirantes, Jardim Paulistano, Jardim São Carlos, Jóquei Clube, Vila Celina, Parque Delta, Parque Industrial, Cidade Jardim, Vila Pureza, Jardim Hicari, Santa Paula, Santa Mônica e Parque Arnaldo Schmidt;

- CRAS Cidade Aracy - foram visitados cinco bairros em que haviam idosos cadastrados, sendo eles: Cidade Aracy I, Cidade Aracy II, Presidente Collor de Melo, Antenor Garcia e Zavaglia.

- CRAS Pacaembu – foram visitados 33 bairros em que haviam idosos cadastrados, sendo eles: Pacaembu, Cruzeiro do Sul, Gonzaga, Pq. Itaipu, Vl. Irene, Santa Tereza, Jd. Morumbi, Pq. Novo Mundo, Vl. Monteiro, Monte Carlo, Vl. Pelicano, Vl. Lutfala, Azulville, Vl. Izabel, Jd. Mercedes, Recreio São Judas, Vl. Marcelino, Novo Horizonte, Vl. Sonia, Jd. São Paulo, Vl. Conceição, Jd. Ricetti, Vl. Prado, Centro, Jd. Nova São Carlos, Castelo Branco, Madre Cabrini, Belvedere, Maracanã, Vl. Alpes, Dona Francisca, Jd. Martinelli e Jd. Havaí.

- CRAS Santa Eudóxia – foram visitados três bairros em que haviam idosos cadastrados, sendo eles: Centro, Jardim Itararé e Habitacional Tavone.

As Figuras 1, 2, 3, 4 e 5 a seguir, ilustram alguns dos bairros os quais os CRAS analisados no estudo se situam.

Figura 1: Região pertencente ao CRAS do São Carlos VIII. São Carlos, SP, 2015.



Fonte: do autor.

Figura 2 : Região pertencente ao CRAS da Santa Felícia. São Carlos, SP, 2015.



Fonte: do autor.

Figura 3: Região pertencente ao CRAS da Cidade Aracy. São Carlos SP, 2015



Fonte: do autor.

Figura 4: Região pertencente ao CRAS do Pacaembu. São Carlos, SP, 2016.



Fonte: do autor.

Figura 5 - Região pertencente ao CRAS de Santa Eudóxia. São Carlos, SP, 2016.



Fonte: do autor.

4.3 População e amostra do estudo

Idosos cadastrados em cinco CRAS do município de São Carlos: São Carlos VIII, Santa Felícia, Cidade Aracy, Pacaembu e Santa Eudóxia.

Foi utilizado o Banco de Dados da pesquisa intitulada “A fragilidade do idoso e o Sistema de Atenção Básica de Assistência Social” mediante aprovação do Comitê de Ética em Pesquisas em Seres Humanos (CEP) da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) em 14 de agosto de 2012 com parecer no. 72.182 (APÊNDICE B).

O referido Banco, ao momento de iniciar o presente estudo em 2016, contava com os dados de idosos cadastrados em três CRAS do município: São Carlos VIII, Santa Felícia e Cidade Aracy. Com o presente estudo ampliou-se o Banco, incluindo os dados de idosos cadastrados em outros dois CRAS Pacaembu e Santa Eudóxia. Sendo assim, na atualidade conta com dados da totalidade dos CRAS do município.

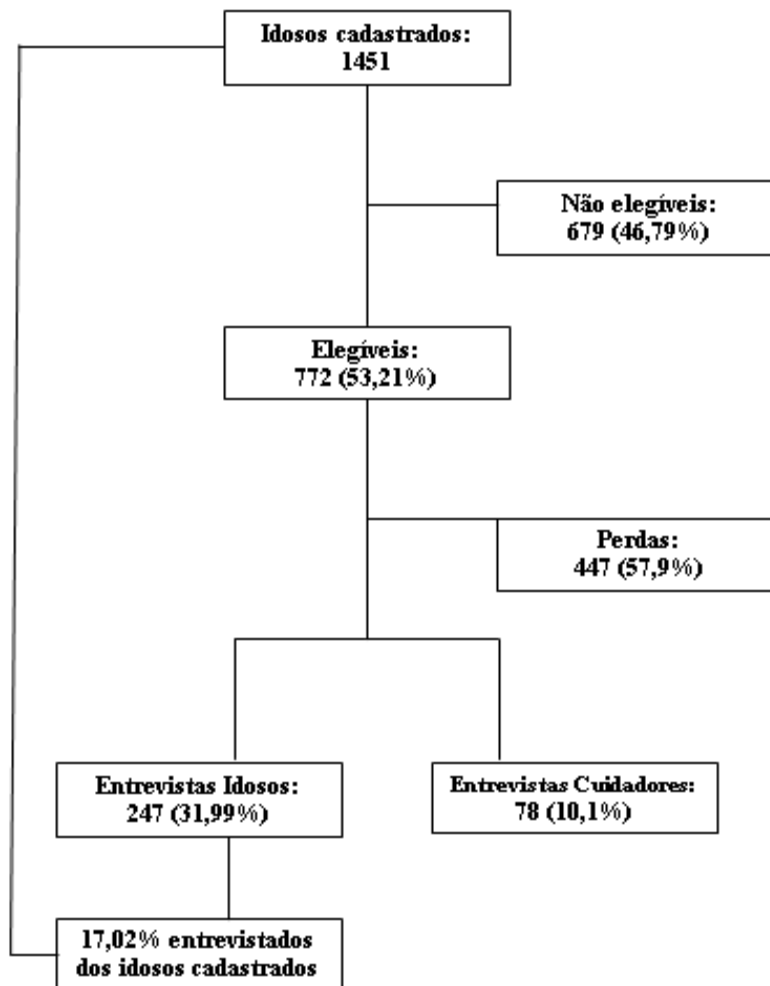
O estudo contou com a aprovação da Divisão de Proteção Social Básica do município de São Carlos, para realização da pesquisa nos respectivos CRAS e também da Coordenadora responsável pela pesquisa (APÊNDICE C/D).

O levantamento de dados nos CRAS consistiu no acesso a todos os prontuários existentes em papel em que se encontram registradas as famílias e selecionaram-se aqueles em quais registravam membros idosos. De posse dessas informações, foi verificado nome, idade, data de nascimento e endereço dos idosos. Optou-se por não

realizar cálculo amostral e realizar a pesquisa com todos os idosos cadastrados nos equipamentos.

O fluxograma a seguir apresenta a quantidade de idosos que eram cadastrados nos referidos CRAS que compõe o Banco de Dados.

Figura6: Fluxograma para identificação de idosos cadastrados em CRAS. São Carlos, SP, 2016.



Fonte: Elaboração do autor.

Os CRAS tinham 1451 idosos cadastrados, não foram elegíveis 679 (46,79%) por motivos que não foram encontrados nos referidos endereços de cadastro, os cadastrados haviam mudado de endereço e idosos que residiam em áreas fora de abrangência do CRAS. Dos 772 (53,21%) que foram elegíveis, 447 (57,9%) corresponderam a perdas por motivos de recusa, óbito, desistência durante a entrevista e idosos que estavam sozinhos e não tinham entendimento em responder aos questionamentos. No referido banco se encontram 247 entrevistas com idosos e 78 com cuidadores. No presente estudo foram utilizadas somente as entrevistas com os idosos.

A presente pesquisa ampliou o Banco de Dados com coleta no CRAS do Pacaembu e Santa Eudóxia.

4.3.1 Critérios de inclusão e exclusão

Como critérios de inclusão foram adotados:

- Ter idade igual ou superior a 60 anos;
- Estar cadastrado em um dos CRAS;
- Ser familiar do idoso em caso o mesmo estivesse impossibilitado de responder.

Critérios de exclusão:

- Idosos que estivessem hospitalizados ou institucionalizados no momento da visita.

4.3.2 Variáveis do estudo

Variáveis independentes:

1. Fragilidade (Escala de Fragilidade de Edmonton), classificada em: não frágil (0-4 pontos), aparentemente vulnerável (5-6 pontos), fragilidade leve (7-8 pontos), fragilidade moderada (9-10 pontos) e fragilidade severa (11 ou mais pontos).

2. Vulnerabilidade (IPVS), classificada a vulnerabilidade de acordo com os CRAS de referência: baixa, muito baixa, média e alta.

Variáveis explicativas do estudo:

1. Gênero: foi considerado o gênero masculino e feminino;
2. Faixa etária: data de nascimento e a referência da data da entrevista;
3. Etnia: branca, negra, parda e amarela;
4. Estado conjugal: casado, solteiro, viúvo, separado e divorciado;
5. Religião: católico, espírita, evangélico, testemunha de Jeová, não tem, outras;
6. Ocupação atual: aposentado e não aposentado;

7. Escolaridade: analfabeto, alfabetizado sem escolarização, 1 a 4 de escolaridade, 5 a 8 anos e 9 ou mais anos;

8. Qualidade de vida: foi avaliada por meio do Whoqol-bref e Whoqol-old, dividido por domínios, sendo que quanto maior o escore melhor a qualidade de vida. Instrumento validado e revisado por Fleck et al. (2000);

9. Estado cognitivo: foi classificado por ter ou não comprometimento cognitivo, segundo os pontos de corte do The Montreal Cognitive Assessment (MoCA), recomendado por Bertolucci et al. (2008);

10. Suporte social: foi avaliada a relação familiar por meio do Genograma e a relação social por meio do Ecomapa, ambos os instrumentos desenvolvidos por Wright; Leahey (2002).

4.4 Procedimentos

4.4.1 Procedimentos para a coleta de dados

Inicialmente foi realizado contato com a Divisão de Proteção Social Básica e agendado um dia e horário para a apresentação do projeto. Após a aprovação do projeto, foi realizada visita nos CRAS para apresentar aos gestores dos equipamentos a pesquisa. Após consentimento em cada unidade, foi solicitado acesso aos prontuários de todos os usuários para verificar os idosos que eram cadastrados. De posse dessas listas, foram realizadas visitas nas residências de todos os idosos cadastrados.

Os dados que compõem o Banco foram coletados nas residências dos idosos no período de 2012 a 2016, por uma equipe de alunos de graduação do Curso de Gerontologia. Um treinamento prévio foi realizado para a padronização da coleta de dados. A coleta de dados dos idosos cadastrados em todos os CRAS foi realizada mediante visita domiciliar. O tempo aproximado para a realização da entrevista foi de aproximadamente 1 hora.

4.4.2 Instrumentos para coleta de dados

Os instrumentos para a realização da coleta de dados foram:

1- Entrevista semi-estruturada: dados de identificação, ocupação, estado civil, escolaridade, moradia, renda, queixa de saúde e Avaliação Subjetiva da Saúde;

- 2- Escala de Fragilidade de Edmonton (EFE);
- 3- Qualidade de Vida: Whoqol-bref, Whoqol-old e Satisfação Global com a Vida;
- 4- Avaliação Cognitiva MoCA;
- 5- Genograma e Ecomapa.

Entrevista semi-estruturada abordou dados sócio-demográficos: nome, idade, gênero, ocupação atual e anterior, aposentadoria, etnia, crença religiosa, naturalidade, estado civil, escolaridade, moradia, renda e queixa de saúde, constituído pelos pesquisadores. A Avaliação Subjetiva da Saúde foi composta por cinco questões relacionadas à saúde e ao nível de atividade (BRASIL, 2006) (APÊNDICE E).

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

Para avaliar a Qualidade de Vida foi utilizado o Whoqol – bref e o Whoqol-old, instrumentos desenvolvidos pelo The WHOQOL GROUP em 1998 e validados no Brasil por Fleck et al. em 2000 e a Satisfação Global com a Vida. O primeiro é um questionário com 26 questões, no qual o entrevistado deve responder sobre como se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida, tomando como referência as duas últimas semanas. Ao final é atribuído um valor para a qualidade de vida e para os domínios físico, psicológico, social e ambiente, que podem atingir até 100 pontos (ANEXO E). O segundo instrumento Whoqol- old contém perguntas a respeito dos pensamentos, sentimentos e sobre certos aspectos da qualidade de vida dos idosos, e também atribui um valor para os domínios: funcionamento do sensorio; autonomia; atividades passadas, presentes e futuras; participação social; morte e morrer e intimidade, além do escore total (FLECK et al. 2000) (ANEXO C). A Avaliação da Satisfação Global com a Vida foi avaliada por meio de oito questões

relacionadas à satisfação com a vida, ambiente, acesso aos serviços de saúde e transportes (BRASIL, 2006) (APÊNDICE E).

A Avaliação Cognitiva foi avaliada pelo MoCA (The Montreal Cognitive Assessment) desenvolvida por Nasreddine em 2005 e traduzida e validada no Brasil por Bertolucci em 2008. O teste possibilita o rastreamento de possível comprometimento cognitivo, por meio de avaliação de oito domínios: visuo-espaciais/executivas, nomeação, memória, atenção, linguagem, abstração, evocação tardia e orientação. O escore total do instrumento é de 30 pontos, e a nota de corte 26 pontos. Uma pontuação abaixo desta indica possível déficit cognitivo e a necessidade de investigação mais aprofundada. A pontuação final dos indivíduos com escolaridade igual ou menor que 12 anos, deve-se adicionar 1 ponto (NASREDDINE et al, 2005; BERTOLUCCI et al, 2008) (ANEXO D).

O Genograma foi utilizado para identificar arranjos familiares e relações próximas, distantes e conflituosas segundo relato do entrevistado, por meio de elaboração de representação gráfica (ANEXO E). De forma a identificar locais e equipamentos da comunidade utilizados pelo entrevistado foi utilizado o Ecomapa, identificando relações de proximidade, por meio de diagrama (WRIGHT; LEAHEY, 2002; BRASIL, 2006) (ANEXO F).

4.4.3 Procedimentos para análise de dados

Os dados foram armazenados no *software* Microsoft Office Excel (2010). A análise dos dados quantitativos foi realizada no programa “*The SAS System for Windows*”, versão 9.2, 2008, de forma descritiva e univariada.

- Perfil da amostra: para descrever o perfil da amostra segundo as variáveis em estudo foram feitas tabelas de frequência das variáveis categóricas (gênero, idade, etnia, estado civil, religião, ocupação atual, fragilidade e vulnerabilidade), com valores de frequência absoluta (n) e percentual (%), e estatísticas descritivas das variáveis numéricas (idade, escores dos instrumentos), com valores de média, desvio padrão, valores mínimo, máximo e mediana.

- Consistência interna: foi utilizado o coeficiente alfa de Cronbach. Valores acima de 0,70 indicam alta consistência dos instrumentos. Os instrumentos Edmonton, Whoqol-bref, Whoqol-old e MoCA, obtiveram os respectivos valores: 0,530, 0,851, 0,861 e 0,835.

- Comparação das variáveis categóricas entre grupos: foi utilizado o teste qui-quadrado de Pearson, ou o teste exato de Fisher, na presença de valores esperados menores que 5.
- Comparação das variáveis numéricas entre 2 grupos foi utilizado o teste de Mann-Whitney, e entre 3 ou mais grupos, o teste de Kruskal-Wallis, devido à ausência de distribuição normal das variáveis (testes de normalidade de Shapiro-Wilk e de Kolmogorov-Smirnov). Pelos resultados, verificou-se que todos os escores tiveram desvio significativo de uma distribuição normal, ou seja, $p < 0.05$. Os instrumentos Edmonton, Whoqol-bref, Whoqol-old e MoCA, obtiveram valores de 0,001 para o Teste Shapiro- Wilk e 0,010 para Kolmogorov-Smirnov.
- Relação entre as variáveis numéricas: foi usado o coeficiente de correlação de Spearman, valores de 0 a 1 indicam correlação.
- O nível de significância adotado para os testes estatísticos foi de 5% ($p < 0.05$).

4.4.4 Procedimentos éticos

Todos os preceitos éticos foram respeitados, conforme Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e Parecer 721.82/2012 referente à Pesquisa que originou o Banco de Dados intitulado “A fragilidade do idoso e o Sistema de Atenção Básica de Assistência Social”. O projeto foi autorizado pela Secretaria Municipal de Assistência Social (APÊNDICE C) e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, com Parecer 1785874/2016 (ANEXO B).

5. RESULTADOS

5.1 Perfil Sociodemográfico, Saúde e Fragilidade

O presente estudo foi desenvolvido com 247 participantes idosos que eram cadastrados em um dos cinco CRAS no município de São Carlos. Dos entrevistados, 197 (79,75%) pertenciam ao gênero feminino, enquanto 50 (20,24%) ao gênero masculino. A faixa etária predominante dos entrevistados foi de 60 aos 69 anos sendo um total de 160 (64,78%) idosos e a média de idade correspondeu a 68,52 (dp=7,28) anos. Dos respondentes, 142 (57,49%) eram de etnia branca, 109 (44,13%) casados, 151 (61,13%) católicos, 133 (53,85%) possuíam de 1 a 4 anos de estudo e 137 (55,47%) eram aposentados. Em relação à saúde, 133 (53,85%) relataram ter de uma a duas doenças, sendo que a média de todos os entrevistados correspondeu a 2,38 (dp=1,48) doenças. Quanto à vulnerabilidade da região em que os participantes residiam, 144 (58,29%) residiam em regiões de alta vulnerabilidade. A tabela 1 apresenta a distribuição das variáveis sociodemográficas dos idosos pesquisados.

Tabela 1: Distribuição de variáveis sociodemográficas avaliadas segundo questionário de identificação de idosos cadastrados em CRAS. São Carlos, SP, 2016.

Variáveis	Categorias	N (%)	Média (dp)	Mínimo	Mediana	Máximo
Dados numéricos	Idade	247	68,52 (7,28)	60	66	94
	Tempo de Aposentadoria	137	11,50 (13,32)	0	8	90
	Número de doenças relatadas	247	2,38 (1,48)	0	2	7
Gênero	Feminino	197 (79,76)				
	Masculino	50 (20,24)				
Idade	60-69	160 (64,78)				
	70-79	64 (25,91)				
	80-89	19 (7,69)				
	> 90	4 (1,62)				
Etnia	Branca	142 (57,49)				
	Negra	69 (27,94)				
	Parda	35 (14,17)				
	Amarela	1 (0,40)				
Estado civil	Casado	109 (44,13)				
	Solteiro	6 (2,43)				
	Viúvo	94 (38,06)				
	Separado	20 (8,10)				
	Divorciado	18 (7,29)				
Religião	Católica	151 (61,13)				
	Evangélica	74 (29,96)				
	Espírita	6 (2,43)				
	Testemunha de Jeová	5 (2,02)				
	Outras	5 (2,02)				
	Não tem	6 (2,43)				
Ocupação atual	Aposentados	137 (55,47)				

	Não aposentados	110 (44,53)
Escolaridade	Analfabeto	45 (18,22)
	Alfabetizado s/escolarização	23 (9,31)
	1-4 anos de estudo	133 (53,85)
	5- 8 anos de estudo	35 (14,17)
	9 anos ou +	11 (4,45)
Doenças relatadas	Nenhuma	14 (5,67)
	1 a 2	133 (53,85)
	≥ 3	100 (40,48)
Vulnerabilidade Social	Alta	144 (58,29)
	CRAS S. Carlos VIII	48 (19,43)
	CRAS Cidade Aracy	66 (26,72)
	CRAS S. Eudóxia	30 (12,15)
	Média (CRAS Pacaembu)	56 (22,67)
	Muito Baixa (CRAS S. Felícia)	47 (19,03)

Fonte: Elaboração do autor.

Quanto à naturalidade dos participantes 164 (66,4%) eram do estado de São Paulo seguido de 27 (10,93%) do Pernambuco, conforme tabela 2.

Tabela 2: Distribuição do estado de origem de idosos cadastrados em CRAS. São Carlos, SP, 2016.

Estado	N	%
Piauí	1	0,40
Rio de Janeiro	1	0,40
Pará	2	0,81
Alagoas	3	1,21
Sergipe	3	1,21
Ceará	5	2,02
Bahia	9	3,64
Paraná	14	5,67
Minas Gerais	18	7,28
Pernambuco	27	10,93
São Paulo	164	66,40

Fonte: Elaboração do autor.

Quando realizada a comparação do nível de fragilidade avaliado segundo a EFE em relação às variáveis sociodemográficas do estudo, obteve-se que para o gênero feminino 78 (39,59%) dos entrevistados possuíam algum nível de fragilidade (leve, moderada ou severa) enquanto que para o gênero masculino apenas 13 (26%) participantes indicaram algum nível de fragilidade. Em relação à faixa etária dos respondentes, a maioria tinha idade entre 60 e 69 anos e destes 69 (66,99%) não apresentaram fragilidade. Em relação à etnia dos participantes, 55 (22,26%) dos entrevistados que eram brancos e possuíam fragilidade em algum nível. Dos respondentes casados, 53 (51,46%) não eram frágeis e em relação à religião, dos entrevistados católicos, 60 (24,29%) possuíam fragilidade em algum nível. Quanto à aposentadoria, 56 (54,37%) não possuíam fragilidade. Em relação à escolaridade, 51 (38,34%) possuíam de 1 a 4 anos de estudo e apresentaram fragilidade em algum nível. Realizada comparação da quantidade de doenças relatadas 7 (63,64%) possuíam de uma a duas doenças e estavam com fragilidade severa. Houve diferença estatisticamente significativa para o número de doenças para os que não tiveram fragilidade e se diferenciaram dos que tiveram fragilidade moderada e severa. A tabela 3 apresenta a comparação dos níveis de fragilidade em relação às variáveis sociodemográficas.

Tabela 3: Comparação do nível de fragilidade avaliado segundo a EFE em relação às variáveis sociodemográficas de idosos cadastrados em CRAS. São Carlos, SP, 2016.

Variável	Total	Categoria	Não Frágil	Aparent. Vulnerável	Fragil. Leve	Fragil. Moderada	Fragil. Severa
	Total		103	53	50	30	11
Gênero	197	Feminino	77 74,76%	42 79,25%	43 86%	25 83,33%	10 90,91%
		Masculino	26 25,24%	11 20,75%	7 14%	5 16,67%	1 9,09%
Idade	160	60-69	69 66,99%	38 71,70%	27 54%	18 60%	8 72,73%
		70-79	30 29,13%	11 20,75%	15 30%	6 20%	2 18,18%
		80-89	4 3,88%	2 3,77%	7 14%	5 16,67%	1 9,09%
		≥ 90	4 0	2 3,77%	1 2%	1 3,33%	0
Etnia	142	Branca	58 56,31%	29 54,72%	31 62%	16 53,33%	8 72,73%
		Negra	32 31,07%	13 24,53%	12 24%	11 36,67%	1 9,09%
		Parda	35 11,65%	11 20,75%	7 14%	3 10%	2 18,18%
		Amarela	1 0,97%	0	0	0	0
Estado Civil	109	Casado	53 51,46%	22 41,51%	16 32%	13 43,33%	5 45,45%

	6	Solteiro	2 1,94%	2 3,77%	1 2%	0	1 9,09%
	94	Viúvo	33 32,04%	19 35,85%	24 48%	14 46,67%	4 36,36%
	20	Separado	8 7,77%	5 9,43%	5 10%	1 3,33%	1 9,09%
	18	Divorciado	7 6,80%	5 9,43%	4 8%	2 6,67%	0
Religião	151	Católica	59 57,28%	32 60,38%	33 66%	18 60%	9 81,82%
	74	Evang.	31 30,10%	18 33,96%	15 30%	10 33,33%	0
	5	Test.Jeová	1 0,97%	1 1,89%	1 2%	2 6,67%	0
	6	Espírita	4 3,88%	0	0	0	2 18,18%
	5	Outras	2 1,94%	2 3,77%	1 2%	0	0
	6	Não tem	6 5,83%	0	0	0	0
Aposentado	137	Sim	56 54,37%	29 54,72%	26 52%	21 70%	5 45,45%
	110	Não	47 45,63%	24 45,28%	24 48%	9 30%	6 54,55%
Escolaridade	45	Analfabeto	15 14,56%	12 22,64%	10 20%	5 16,67%	3 27,27%
	23	Alfabetizado	10 9,71%	3 5,66%	5 10%	3 10%	2 18,18%

	133	1 a 4	50 48,54%	32 60,38%	28 56%	18 60%	5 45,45%
	35	5 a 8	24 23,30%	3 5,66%	5 10%	3 10%	0
	11	≥ 9	4 3,88%	3 5,66%	2 4%	1 3,33%	1 9,09%
Doenças relatadas*	14	0	12 11,65%	2 3,77%	0	0	0
	133	1 a 2	65 63,11%	33 62,26%	19 38%	9 30%	7 63,64%
	100	≥ 3	26 25,24%	18 33,96%	31 62%	21 70%	4 36,36%

Fonte: Elaboração do autor.

porcentagem relativa

* valor-p <0,001 referente ao teste de Kruskal-Wallis para comparação das variáveis entre 5 grupos

Os entrevistados foram avaliados acerca de sua saúde segundo a Avaliação Subjetiva da Saúde. Dos 247 respondentes, 120 (48,78%) avaliaram sua saúde no momento atual como “regular”, 164 (66,40%) avaliaram sua saúde em comparação com a de outras pessoas da sua idade como “pior”. Avaliados sobre o cuidado que dedicam à sua saúde, 89 (36,18%) consideraram como “boa”. A tabela 4 apresenta a distribuição das respostas dos idosos entrevistados.

Tabela 4: Distribuição das questões avaliadas segundo a Avaliação Subjetiva de Saúde de idosos cadastrados em CRAS. São Carlos,SP, 2016.

Questão	Muito boa	Boa	Regular	Ruim	Muito ruim	Melhor	Igual	Pior
1-De um modo geral, como o senhor avalia a sua saúde no momento atual?	24 (9,76%)	61 (24,80%)	120 (48,78%)	20 (8,13%)	21 (8,54%)			
2-Como o senhor avalia sua saúde em comparação com a de outras pessoas da sua idade?						34 (13,77%)	49 (19,84%)	164 (66,40%)
3-Como o senhor avalia a sua saúde hoje, em comparação com há de um ano atrás?						74 (29,96%)	72 (29,15%)	101 (40,89%)
4-Como o senhor avalia o cuidado que dedica à sua saúde?	52 (21,14%)	89 (36,18%)	83 (33,74%)	8 (3,25%)	14 (5,69%)			
5- Como o senhor avalia o seu nível de atividade em comparação com a de um ano atrás?						70 (28,34%)	94 (38,06%)	83 (33,60%)

Fonte: Elaboração do autor.

Quando realizada análise da comparação do nível de fragilidade com a Avaliação Subjetiva de Saúde, obteve diferença significativa para 27 (54%) que avaliaram a saúde no momento atual como “regular” e tiveram fragilidade leve, enquanto que 10 (33,33%) avaliaram sua saúde em comparação com a de outras pessoas como “melhor” e tiveram fragilidade moderada. Quanto à avaliação do cuidado que dedicam à sua saúde, 29 (54,72%) tiveram percepção de “regular” e estavam aparentemente vulneráveis como pode ser verificado na tabela 5.

Tabela 5: Comparação do nível de fragilidade avaliado segundo a EFE em relação à Avaliação Subjetiva de Saúde de idosos cadastrados em CRAS. São Carlos, SP, 2016.

Questão	Resposta	Total	Não Frágil	Aparent. Vulnerável	Fragil. Leve	Fragil. Moderada	Fragil. Severa
		Total	103	53	50	30	11
1-De um modo geral, como o senhor avalia a sua saúde no momento atual? p<0,001	Muito boa	24	13 (12,75%)	4 (7,55%)	5 (10%)	2 (6,67%)	0
	Boa	61	36 (35,29%)	15 (28,30%)	7 (14%)	3 (10%)	0
	Regular	120	46 (45,10%)	30 (56,60%)	27 (54%)	13 (43,33%)	4 (36,36%)
	Ruim	20	4 (3,92%)	3 (5,66%)	6 (12%)	5 (16,67%)	2 (18,18%)
	Muito Ruim	21	3 (2,94%)	1 (1,89%)	5 (10%)	7 (23,33%)	5 (45,45%)
2-Como o senhor avalia a sua saúde em comparação com a de outras pessoas de sua idade? p<0,001	Melhor	34	8 (7,77%)	5 (9,43%)	9 (18%)	10 (33,33%)	2 (18,18%)
	Igual	49	13 (12,62%)	8 (15,09%)	16 (32%)	7 (23,33%)	5 (45,45%)
	Pior	164	82 (79,61%)	40 (75,47%)	25 (50%)	13 (43,33%)	4 (36,36%)
3-Como o senhor avalia a sua saúde hoje, em comparação com há de um ano atrás? p=0,112	Melhor	74	35 (33,98%)	15 (28,30%)	18 (36%)	5 (16,67%)	1 (9,09%)
	Igual	72	35 (33,98%)	15 (28,30%)	10 (20%)	10 (33,33%)	2 (18,18%)
	Pior	101	33 (32,04%)	23 (43,40%)	22 (44%)	15 (50%)	8 (72,73%)
4-Como o senhor avalia o cuidado que dedica à sua saúde? p=0,002	Muito boa	52	29 (28,43%)	5 (9,43%)	10 (20%)	7 (23,33%)	1 (9,09%)
	Boa	89	39 (38,24%)	29 (54,72%)	10 (20%)	6 (20%)	5 (45,45%)
	Regular	83	28 (27,45%)	15 (28,30%)	26 (52%)	11 (36,67%)	3 (27,27%)
	Ruim	8	2 (1,96%)	1 (1,89%)	2 (4%)	3 (10%)	0
	Muito Ruim	14	4 (3,92%)	3 (5,66%)	2 (4%)	3 (10%)	2 (18,18%)
5-Como o senhor avalia o seu nível de atividade em comparação com a de um ano atrás? p=0,019	Melhor	70	38 (36,89%)	17 (32,08%)	9 (18%)	4 (13,33%)	2 (18,18%)
	Igual	94	40 (38,83%)	21 (39,62%)	20 (40%)	11 (36,67%)	2 (18,18%)
	Pior	83	25 (24,27%)	15 (28,30%)	21 (42%)	15 (50%)	7 (63,64%)

Fonte: Elaboração do autor.

porcentagem relativa

5.2 Fragilidade

Avaliada a fragilidade dos 247 idosos cadastrados em CRAS, pode ser verificado que 103 (41,70%) não apresentaram fragilidade, 53 (21,45%) se apresentaram vulneráveis e 91 (36,84%) se apresentaram com fragilidade em algum nível (leve, moderada ou severa) tendo uma pontuação acima de 7 pontos, como pode ser visualizado na tabela 6. Houve diferença estatisticamente significativa para aqueles que não apresentaram fragilidade.

Tabela 6: Distribuição do nível de fragilidade avaliado segundo a EFE de idosos cadastrados em CRAS. São Carlos, SP, 2016.

Nível	Pontuação	N	%
Não apresenta fragilidade*	0-4	103	41,70
Aparentemente vulnerável	5-6	53	21,45
Fragilidade leve	7-8	50	20,24
Fragilidade moderada	9-10	30	12,14
Fragilidade severa	11 ou mais	11	4,45

Fonte: Elaboração do autor.

*valor- $p < 0,003$ referente ao teste de Kruskal-Wallis para comparação entre 3 ou mais grupos

Quando avaliada a fragilidade em relação aos domínios da EFE, pode ser verificado que a média de pontuação foi de 5,54 ($dp=2,82$) pontos sendo considerada uma média de aparentemente vulneráveis. Os domínios que obtiveram médias próximas de seu escore total foi o uso de medicamentos com média de 0,61 ($dp=0,7$) com pontuação máxima de um ponto, o domínio humor (frequência de tristeza ou sentir deprimido) com média de 0,54 ($dp=0,5$) com pontuação máxima de um ponto. Destaca-se a maior média para o domínio cognição (TDR) média de 1,4 ($dp=0,83$) com máximo de 2 pontos, como pode ser visto na tabela 7.

Tabela 7: Distribuição dos domínios de fragilidade avaliado segundo a EFE de idosos cadastrados em CRAS. São Carlos, SP, 2016.

Domínios	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Mediana	Máximo
Cognição (0-2 pontos)	1,4	0,83	0	2	2
Estado Geral Saúde (0-4 pontos)	0,74	0,87	0	1	4
Independência Funcional (0-2 pontos)	0,46	0,68	0	0	2
Suporte Social (0-2 pontos)	0,28	0,58	0	0	2
Uso de Medicamentos (0-1 ponto)	0,61	0,7	0	0	1
Nutrição (0-1 ponto)	0,29	0,46	0	0	1
Humor (0-1 ponto)	0,54	0,5	0	1	1
Continência (0-1 ponto)	0,33	0,47	0	0	1
Desempenho Funcional (0-2 pontos)	0,79	0,86	0	1	2
Total	5,54	2,82	0	5	13

Fonte: Elaboração do autor.

Realizada análise da comparação dos domínios, houve diferença estatisticamente significativa entre os não frágeis com pontuação média de 2,88 ($dp=1,15$) pontos. Quanto aos domínios avaliados houve diferença significativa para todos os níveis de fragilidade.

A média dos domínios avaliados para os que tiveram fragilidade leve foi de 7,46 ($dp=0,5$) pontos. A média dos domínios que tiveram fragilidade moderada foi de 9,3 ($dp=0,47$) pontos e para os que tiveram fragilidade severa a média dos domínios foi de 11,64 ($dp=0,81$) pontos, pode ser verificado que a maior média nos domínios avaliados

corresponderam aos idosos que tiveram fragilidade severa, como pode ser visto na tabela 8. Em todos os domínios avaliados segundo os níveis de fragilidade a cognição e o uso de medicamentos foi o que obteve maior média próxima de sua pontuação.

Tabela 8: Comparação dos domínios avaliados segundo a EFE em relação aos níveis de fragilidade de idosos cadastrados em CRAS. São Carlos, SP, 2016.

Nível de Frag.	Domínios	Total	Média	DP	Mínimo	Mediana	Máximo
Não Frágil	Cognição*		1,11	0,9	0	1	2
	Estado Geral Saúde*		0,3	0,52	0	0	2
	Independência Func*		0,17	0,43	0	0	2
	Suporte Social		0,17	0,47	0	0	2
	Uso de Medicamentos*	103	0,22	0,46	0	0	2
	Nutrição*		0,11	0,31	0	0	1
	Humor*		0,3	0,46	0	0	1
	Continência*		0,13	0,33	0	0	1
	Desempenho Funcional*		0,33	0,6	0	0	2
	Total		2,88	1,15	0	3	4
Aparentemente Vulnerável	Cognição		1,47	0,77	0	2	2
	Estado Geral Saúde		0,6	0,72	0	0	3
	Independência Func		0,3	0,57	0	0	2
	Suporte Social	53	0,3	0,61	0	0	2
	Uso de Medicamentos		0,57	0,6	0	1	2
	Nutrição		0,36	0,48	0	0	1
	Humor		0,66	0,48	0	1	1
	Continência		0,3	0,46	0	0	1
	Desempenho Funcional		0,75	0,83	0	1	2
	Total		5,51	1,05	4	5	12
Fragilidade Leve	Cognição		1,68	0,68	0	2	2
	Estado Geral Saúde		1,02	0,68	0	1	2
	Independência Func		0,7	0,65	0	1	2
	Suporte Social		0,34	0,56	0	0	2
	Uso de Medicamentos	50	1	0,7	0	1	2
	Nutrição		0,36	0,48	0	0	1
	Humor		0,66	0,48	0	1	1
	Continência		0,5	0,51	0	0,5	1
	Desempenho Funcional		1,14	0,86	0	1	2
	Total		7,46	0,5	7	7	8
Fragilidade Moderada	Cognição		1,6	0,72	0	2	2
	Estado Geral Saúde		1,4	0,97	0	1	3
	Independência Func		0,97	0,85	0	1	2
	Suporte Social		0,47	0,82	0	0	2
	Uso de Medicamentos	30	1,17	0,75	0	1	2
	Nutrição		0,53	0,51	0	1	1
	Humor		0,8	0,41	0	1	1
	Continência		0,67	0,48	0	1	1
	Desempenho Funcional		1,6	0,67	0	2	2
	Total		9,3	0,47	9	9	10

Fragilidade Severa	Cognição		1,91	0,3	1	2	2
	Estado Geral Saúde		2,36	1,21	0	2	4
	Independência Func		1,45	0,69	0	2	2
	Suporte Social		0,45	0,52	0	0	1
	Uso de Medicamentos	11	1,09	0,7	0	1	2
	Nutrição		0,73	0,47	0	1	1
	Humor		1	0	1	1	1
	Continência		0,73	0,47	0	1	1
	Desempenho Funcional		1,55	0,69	0	2	2
	Total		11,64	0,81	11	11	13

Fonte: Elaboração do autor.

*valor-p <0,001 referente ao teste Kruskal- Wallis para comparação entre 3 ou mais grupos

Em relação à análise comparativa da vulnerabilidade com os níveis de fragilidade, obteve-se que os mais frágeis estavam em região de alta vulnerabilidade e os menos frágeis em região de baixa vulnerabilidade e os aparentemente vulneráveis apresentaram-se em região de média vulnerabilidade. Dos 247 entrevistados, 144 (58,29%) residiam em região de alta vulnerabilidade e desses 53 (21,45%) apresentaram fragilidade em algum nível (leve, moderada ou severa). Aqueles que residiam em região de média vulnerabilidade, em um total de 56 (22,67%), 22 (39,28%) apresentaram fragilidade em algum nível. Os entrevistados que residiam em região de muito baixa vulnerabilidade, em um total de 47 (19,02%) 16 (34,04%) também apresentaram fragilidade em algum nível.

Realizada análise da correlação dos níveis de fragilidade com a vulnerabilidade segundo IPVS, verificou-se que houve correlação negativa e não houve diferença estatisticamente significativa. A tabela 9 apresenta a comparação da vulnerabilidade em relação aos níveis de fragilidade.

Tabela 9: Comparação da vulnerabilidade em relação ao nível de fragilidade avaliado segundo a EFE de idosos cadastrados em CRAS. São Carlos, SP, 2016.

Vulnerabilidade	Total	Não frágil	Aparent Vuln	Frag Leve	Frag Moder	Frag Severa	Análise Correlacional
Total		103	53	50	30	11	
Alta (CRAS S. Carlos VIII)	48	16 15,53%	10 8,87%	12 24%	5 16,67%	5 45,45%	
Alta (CRAS Cidade Aracy)	66	31 30,10%	13 24,53%	12 24%	8 26,67%	2 18,18%	
Alta (CRAS S. Eudóxia)	30	14 13,59%	7 13,21%	4 8%	2 6,67%	3 27,27%	p-valor= 0,4936 r= - 0,04376
Média (CRAS Pacaembu)	56	20 19,42%	14 26,42%	12 24%	10 3,33%	0	
Muito Baixa (CRAS S. Felícia)	47	22 21,36%	9 16,98%	10 20%	5 16,67%	1 9,09%	

Fonte: Elaboração do autor.

porcentagem relativa

5.3 Qualidade de Vida, Satisfação Global com a Vida e Fragilidade

Avaliada a qualidade de vida, verificou-se que na avaliação dos domínios do Whoqol-bref a média foi de 62,26 (dp=10,84) pontos e do Whoqol-old a média foi de 65,29 (dp=11,49) pontos. Quanto aos domínios avaliados segundo Whoqol-bref e Whoqol-old, obteve-se que no Whoqol-bref o domínio relação social apresentou maior média com 67,51 (dp=14,61) pontos e o domínio meio ambiente obteve a menor média com 56,66 (dp=12,76) pontos, avaliados em uma escala de zero a 100. Quanto à aplicação do Whoqol-old, obteve-se que o domínio morte e morrer alcançou pontuação média mais elevada, com 71,42 (dp=26,1) pontos e o domínio atividades passadas, presentes e futuras obteve a menor média com 61,96 (dp=13,84) pontos, também avaliados em uma escala de zero a 100. A tabela a seguir apresenta a distribuição dos domínios de qualidade de vida avaliados segundo Whoqol-bref e Whoqol-old.

Tabela 10: Distribuição dos domínios de qualidade de vida avaliados segundo Whoqol-bref e Whoqol-old de idosos cadastrados em CRAS. São Carlos-SP, 2016.

Domínios Qualidade de Vida	Média	DP	Mínimo	Mediana	Máximo
Físico	60,74	17,83	0	60,71	100
Psicológico	64,13	14,71	8,33	66,67	95,83
Relação Social	67,51	14,61	0	75	100
Meio Ambiente	56,66	12,76	15,63	56,25	100
Whoqol-bref Total	62,26	10,84	27,68	63,91	97,17
Funcionamento do Sensório	65,44	22,46	6,25	68,75	100
Autonomia	64,63	15,28	18,75	68,75	100
Atividades Pas Pres e Fut	61,96	13,84	25	62,5	93,75
Participação Social	63,66	15,78	12,5	68,75	100
Morte e Morrer	71,42	25,66	0	81,25	100
Intimidade	64,63	18,76	0	75	100
Whoqol-old Total	65,29	11,49	29,17	66,67	88,54

Fonte: Elaboração do autor.

Quando realizada a comparação do nível de fragilidade com os domínios do Whoqol-bref, obteve-se que o domínio social alcançou maior média para todos os níveis de fragilidade. Quanto ao domínio menor pontuado, para os não frágeis, aparentemente vulneráveis e os que tiveram fragilidade leve o domínio meio ambiente foi o que obteve menor média com 60,99 (dp=11,22), 56,48 (dp=10,51) e 52,63 (dp=13,08) pontos respectivamente.

A maior média avaliada pelos domínios foi para os não frágeis com média 67,66 (dp=7,62) pontos, como pode ser observado na tabela 11. Realizada análise da correlação da fragilidade com a qualidade de vida avaliada pelo Whoqol-bref, verificou-se que houve correlação negativa e diferença estatisticamente significativa. Houve diferença estatisticamente significativa entre os domínios avaliados dos entrevistados não frágeis com pontuação média de 67,66 (dp=7,62) pontos.

Tabela 11: Comparação do nível de fragilidade avaliado segundo a EFE em relação aos domínios avaliados segundo Whoqol-bref de idosos cadastrados em CRAS. São Carlos, SP, 2016.

Nível Fragilidade	Total	Domínio	Média	DP	Mín	Med	Máx	Análise Correlacional
Não Frágil	103	DF*	69,07	13,54	28,57	61,43	100	p<0,001 r: - 0,05307
		DP*	70,19	9,56	45,83	70,83	95,83	
		DS	70,39	12,66	33,33	75	100	
		DMA*	60,99	11,22	31,25	62,5	100	
		Total	67,66	7,62	43,86	67,52	97,17	
Aparentemente Vulnerável	53	DF	62,59	17,23	10,71	67,86	89,29	
		DP	63,82	14,97	12,5	66,67	95,83	
		DS	66,82	15,29	8,33	75	91,67	
		DMA	56,48	10,51	28,13	59,38	75	
		Total	62,43	9,36	29,8	65,59	72,92	
Fragilidade Leve	50	DF	57,63	13,55	32,14	57,14	96,43	
		DP	61,38	15,02	16,67	62,5	83,33	
		DS	66,83	12,88	33,33	75	83,33	
		DMA	52,63	13,08	15,63	54,69	75	
		Total	59,62	9,83	36,38	59,41	77,49	
Fragilidade Moderada	30	DF	43,81	18,23	0	46,43	71,43	
		DP	55,83	15,23	8,33	54,17	79,17	
		DS	62,5	16,49	0	66,67	83,33	
		DMA	51,25	14,18	15,63	50	84,38	
		Total	53,35	11,69	28,01	56,08	73,62	
Fragilidade Severa	11	DF	34,09	10,88	21,43	35,51	57,14	
		DP	43,94	19,40	20,83	45,83	83,33	
		DS	60,61	24,18	16,67	66,67	100	
		DMA	50	17,68	25	50	90,63	
		Total	47,16	12,45	27,68	46,24	73,85	

Fonte: Elaboração do autor.

DF: domínio físico, DP: domínio participação social, DS: domínio relação social, DMA: domínio meio ambiente.

*Valor-p<0,001 referente ao teste Kruskal-Wallis para comparação entre 3 ou mais grupos

Quanto à comparação do nível de fragilidade com os domínios do Whoqol-old, verificou-se que o domínio morte e morrer obteve maior média de pontuação para todos os níveis de fragilidade. Quanto ao domínio menor pontuado, para os não frágeis e os que tiveram fragilidade leve o domínio atividades passadas, presentes e futuras foi o que obteve menor média com 64,66 (dp=12,05) e 59,63 (dp=14,46) pontos respectivamente. Para os aparentemente vulneráveis o domínio funcionamento do sensorio foi o que obteve menor média com 61,20 (dp=22,91). Os que tiveram fragilidade moderada o domínio participação social foi o de menor média com 52,08 (dp=19,23) pontos e os que tiveram fragilidade severa o domínio intimidade foi o que obteve menor média com

44,82 (dp=31,92) pontos. A maior média avaliada pelos domínios foi para os não frágeis com média 69,91 (dp=8,37) pontos, como pode ser verificado na tabela 12.

A média do domínio avaliado para os aparentemente vulneráveis foi de 65,43 (dp=11,03) pontos. A média do domínio dos que tiveram fragilidade leve foi de 63,17 (dp=11,74) pontos. A média do domínio que tiveram fragilidade moderada foi de 57,71 (dp=11,16) pontos e a média para os que tiveram fragilidade severa foi de 51,61 (dp=15,64) pontos. Realizada análise da correlação da fragilidade com a qualidade de vida avaliada pelo Whoqol-old, verificou-se que houve correlação negativa e diferença estatisticamente significativa. Houve diferença estatisticamente significativa entre os domínios avaliados dos entrevistados não frágeis com pontuação média de 69,91 (dp=8,37) pontos.

Tabela 12: Comparação do nível de fragilidade avaliado segundo a EFE em relação aos domínios avaliados segundo Whoqol-old de idosos cadastrados em CRAS. São Carlos, SP, 2016.

Nível Fragilidade	Total	Domínio	Média	DP	Mín	Med	Máx	Análise Correlacional
Não Frágil	103	DFS*	73,73	19,64	25	75	100	p<0,001 r: - 0,43951
		DA*	68,75	12,35	18,75	68,75	100	
		DAPPF	64,66	12,05	31,25	68,75	93,75	
		DPS*	68,93	11,85	31,25	75	93,75	
		DMM*	73,83	25,04	0	81,25	100	
		DI**	69,6	14,83	0	75	100	
		Total	69,91	8,37	46,88	70,83	85,42	
Aparentemente Vulnerável	53	DFS	61,20	22,91	6,25	62,50	100	
		DA	64,64	15,25	25	68,75	100	
		DAPPF	62,74	13,54	31,25	62,5	93,75	
		DPS	64,64	14,51	31,25	68,75	100	
		DMM	74,29	21,21	25	81,25	100	
		DI	64,86	17,86	12,5	75	93,75	
		Total	65,43	11,03	39,58	67,71	82,29	
Fragilidade Leve	50	DFS	60,63	22,88	25	65,63	100	
		DA	64,5	14,31	25	68,75	93,75	
		DAPPF	59,63	14,46	25	62,5	87,5	
		DPS	62,63	15,54	25	68,75	100	
		DMM	70,88	26,20	0	81,25	100	
		DI	60,75	19,48	0	65,63	100	
		Total	63,17	11,74	29,17	65,1	87,5	
Fragilidade Moderada	30	DFS	57,50	21,04	31,25	50	93,75	
		DA	55,21	18,93	18,75	59,38	75	
		DAPPF	57,08	16,23	25	56,25	87,5	
		DPS	52,08	19,23	12,5	56,25	93,75	
		DMM	63,33	29,94	6,25	65,63	100	
		DI	61,04	19,61	25	75	87,5	
		Total	57,71	11,16	32,29	57,29	88,54	
Fragilidade Severa	11	DFS	51,70	24,22	25	50	100	
		DA	51,70	17,48	18,75	50	81,25	
		DAPPF	56,82	16,88	31,25	56,25	87,5	
		DPS	45,45	16,56	12,5	50	68,75	
		DMM	59,66	29,76	18,75	62,5	100	
Total	51,61	15,64	32,29	52,08	82,29			

Fonte: Elaboração do autor.

DFS: domínio funcionamento do sensório, DA: domínio autonomia, DAPPF: domínio atividades presentes, passadas e futuras, DPS: domínio participação social, DMM: domínio morte e morrer e DI: domínio intimidade.

*valor-p <0,001 referente ao teste Kruskal- Wallis para comparação de 3 ou mais grupos

**valor-p=0,004 referente ao teste Kruskal- Wallis para comparação de 3 ou mais grupos

Quando realizada a comparação da vulnerabilidade em relação aos domínios do Whoqol-bref, o domínio social foi o que obteve maior média para vulnerabilidade alta e muito baixa vulnerabilidade com os respectivos valores 69,44 (dp=19,78), 70,08 (dp=12,14), 65,39 (dp=16,45) e 64,54 (dp=12,82). O domínio menor pontuado para todos os níveis de vulnerabilidade foi o meio ambiente, como pode ser verificado na tabela seguinte. A maior média pontuada pelos domínios foi de 64,69 (dp=10,04) pontos para a média vulnerabilidade, conforme tabela 13. Houve diferença estatisticamente significativa entre os domínios avaliados dos entrevistados residentes em região de alta vulnerabilidade (CRAS S. Carlos VIII) com pontuação média de 61,79 (dp=12,62).

Tabela 13: Comparação da vulnerabilidade em relação aos domínios avaliados segundo Whoqol-bref de idosos cadastrados em CRAS. São Carlos-SP, 2016.

Vulnerabilidade	Total	Domínio	Média	DP	Mínimo	Mediana	Máximo
Alta (CRAS S. Carlos VIII)	48	DF	61,46	18,85	21,43	60,71	100
		DP	61,63	17,78	20,83	64,58	95,83
		DS*	69,44	19,78	0	75	100
		DMA**	54,62	15,75	15,63	56,25	90,63
		Total	61,79	12,62	28,01	63,21	85,19
Alta (CRAS Cidade Aracy)	66	DF	58	17,61	10,71	60,71	96,43
		DP	64,42	14,8	8,33	68,33	83,33
		DS	70,08	12,14	25	75	100
		DMA	54,53	9,84	28,13	56,25	75
		Total	61,75	10,18	29,8	62,67	87,13
Alta (CRAS S. Eudóxia)	30	DF	62,86	16,26	32,14	66,07	85,71
		DP	62,50	15,28	25	62,50	87,50
		DS	65,39	16,45	8,43	75	83,33
		DMA	60,31	11,26	25	62,5	75
		Total	63,01	11,17	27,68	65,96	75,73
Média (CRAS Pacaembu)	56	DF	64,73	15,91	21,43	67,86	92,86
		DP	68,53	11,26	37,50	66,67	95,83
		DS	65,92	13,03	25	66,67	100
		DMA	59,60	12,85	25	62,50	100
		Total	64,69	10,04	38,24	66,31	97,17
Muito Baixa (CRAS S. Felícia)	47	DF	57,74	19,53	0	60,71	85,71
		DP	62,06	13,77	16,67	66,67	79,17
		DS	64,54	12,82	33,33	75	75
		DMA	55,89	13,12	15,63	56,25	84,88
		Total	64,06	10,37	36,38	62,83	74,59

Fonte: Elaboração do autor.

DF: domínio físico, DP: domínio participação social, DS: domínio social, DMA: domínio meio ambiente.

* valor-p:0,026 referente ao teste de Kruskal-Wallis para comparação das variáveis de 3 grupos ou mais

**valor-p:0,023 referente ao teste de Kruskal-Wallis para comparação das variáveis de 3 grupos ou mais

Em relação à comparação da vulnerabilidade com os domínios do Whoqol-old, o domínio morte e morrer foi o que obteve maior média para alta, média e muito baixa vulnerabilidade com os respectivos valores 63,15 (dp=30,41), 82,48 (dp=25,24), 67,52 (dp=20,59) e 71,74 (dp=24,39). O domínio menor pontuado para a vulnerabilidade alta foi intimidade, atividades presentes, passadas e futuras e participação social com as respectivas médias 58,85 (dp=23,45), 60,57 (dp=12,86) e 60,83 (dp=16,55). Para a média vulnerabilidade o domínio com menor pontuação foi funcionamento do sensório com média de 63,5 (dp=19,58) pontos e para a muito baixa vulnerabilidade a menor média pontuada foi o domínio atividades passadas, presentes e futuras com 62,63 (dp=14,66) pontos. A maior média pontuada pelos domínios foi de 67,01 (dp=11,97) pontos para muito baixa vulnerabilidade, como pode ser visto na tabela 14. Houve diferença estatisticamente significativa para o domínio morte e morrer avaliados dos entrevistados residentes em região de alta vulnerabilidade (CRAS São Carlos VIII) com pontuação média de 60,72 (dp=14,33) pontos.

Tabela 14: Comparação da vulnerabilidade em relação aos domínios avaliados segundo Whoqol-old de idosos cadastrados em CRAS. São Carlos-SP, 2016.

Vulnerabilidade	Total	Domínio	Média	DP	Mínimo	Mediana	Máximo
Alta (CRAS S. Carlos VIII)	48	DFS	62,24	23,77	6,25	62,5	100
		DA	61,59	19,81	18,75	59,38	100
		DAPPF	59,38	16	25	62,5	87,5
		DPS	59,11	17,44	12,5	59,38	100
		DMM*	63,15	30,41	0	71,88	100
		DI	58,85	23,45	0	62,5	100
		Total	60,72	14,33	32,29	60,94	87,5
Alta (CRAS Cidade Aracy)	66	DFS	68,37	22,73	25	75	100
		DA	63,64	13,99	18,75	68,75	93,75
		DAPPF	60,57	12,86	25	62,5	75
		DPS	62,78	16,13	12,5	68,75	75
		DMM	82,48	25,24	25	100	100
		DI	63,73	19,34	0	75	75
		Total	66,93	10,26	29,17	68,23	82,29
Alta (CRAS S. Eudóxia)	30	DFS	68,75	22,68	25	75	93,75
		DA	63,54	13,74	31,25	68,75	93,75
		DAPPF	63,58	13,44	31,25	65,63	93,75
		DPS	60,83	16,55	25	62,5	93,75
		DMM	67,08	21,65	25	68,75	100
		DI	66,25	18,32	12,5	75	100
		Total	65	12,08	32,29	69,27	85,42
Média (Pacaembu)	56	DFS	63,5	19,58	31,25	65,63	93,75
		DA	65,96	12,66	18,75	68,75	87,5
		DAPPF	64,4	12,32	25	68,75	87,5
		DPS	67,08	11,89	25	68,75	87,5
		DMM	67,52	20,59	25	75	100
		DI	67,3	12,5	37,5	75	87,5
		Total	65,96	8,34	43,75	67,19	83,33
Muito Baixa (CRAS Sta. Felícia)	47	DFS	64,76	23,94	25	68,75	100
		DA	68,22	15,24	18,75	75	100
		DAPPF	62,63	14,66	31,25	68,75	93,75
		DPS	67,29	15,92	25	75	100
		DMM	71,74	24,39	25	81,25	100
Total	67,01	11,97	32,29	68,75	88,54		

Fonte: Elaboração do autor.

DFS: domínio funcionamento do sensorio, DA: domínio autonomia, DAPPF: domínio atividades presentes, passadas e futuras, DPS: domínio participação social, DMM: domínio morte e morrer e DI: domínio intimidade.

* valor-p<0,001 referente ao teste de Kruskal-Wallis para comparação das variáveis de 3 grupos ou mais

Quando analisada as questões segundo Satisfação Global com a Vida dos 247 idosos, 152 (61,54%) responderam estar “muito satisfeito” com a sua vida hoje, bem como com a capacidade de resolver as coisas (64,37%), com as amizades e relações

familiares (82,59%), com o ambiente (76,11%), com o acesso aos serviços de saúde (56,68%) e satisfeitos com o transporte (61,13%), de acordo com tabela 15.

Tabela 15: Distribuição das questões avaliadas segunda Satisfação Global com a Vida de idosos cadastrados em CRAS. São Carlos, SP, 2016.

Questão	Pouco	Mais ou menos	Muito
1- O senhor está satisfeito com sua vida hoje?	23 (9,31%)	72 (29,15%)	152(61,54%)
2- Comparando com outras pessoas que tem sua idade, o senhor diria que está satisfeito com a sua vida?	25 (10,12%)	50 (20,24%)	172 (69,64%)
3- O senhor está satisfeito com a sua memória para fazer e lembrar as coisas de todo dia?	44 (17,81%)	52 (21,05%)	151 (61,13%)
4- O senhor está satisfeito com sua capacidade para fazer e resolver as coisas de todo dia?	33 (13,36%)	55 (22,27%)	159 (64,37%)
5- O senhor está satisfeito com suas amizades e relações familiares?	13 (5,26%)	30 (12,15%)	204 (82,59%)
6- O senhor está satisfeito com o ambiente em que vive?	29 (11,74%)	30 (12,15%)	188 (76,11%)
7- O senhor está satisfeito com seu acesso aos serviços de saúde?	59 (23,89%)	48 (19,43%)	140 (56,68%)
8- O senhor está satisfeito com os meios de transporte de que dispõe?	56 (22,67%)	40 (16,19%)	151 (61,13%)

Fonte: Elaboração do autor.

Em relação à comparação do nível de fragilidade com a Satisfação Global com a Vida, houve diferença significativa para 71 (68,93%) que não eram frágeis e estavam “muito” satisfeitos com sua vida hoje. Quando perguntado se estavam satisfeitos com a memória 25 (50%) dos entrevistados que apresentaram fragilidade leve e disseram “muito” satisfeitos. Em relação à satisfação com as amizades e relações familiares 42 (84%) tiveram fragilidade leve e estavam “muito” satisfeitos. Quanto à satisfação com o meio ambiente 21(70%) possuíam fragilidade moderada e estavam “muito” satisfeitos, quanto à saúde 25 (52%) estavam “mais ou menos” satisfeitos e tiveram fragilidade em algum nível (leve, moderada ou severa) e em relação aos meios de transporte 11 (36,67%) tiveram fragilidade moderada e estavam “pouco” satisfeitos, na tabela 16 seguem as comparações.

Tabela 16: Comparação do nível de fragilidade avaliado segundo a EFE em relação à Satisfação Global com a Vida de idosos cadastrados em CRAS. São Carlos, SP, 2016.

Questão	Resposta	Total	Não Frágil	Aparentemente Vulnerável	Fragilidade Leve	Fragilidade Moderada	Fragilidade Severa
Total			103	53	50	30	11
1- O senhor está satisfeito com sua vida hoje? p<0,001	Pouco	23	2 (1,94%)	4 (7,55%)	7 (14%)	7 (23,33%)	3 (27,27%)
	Mais ou menos	72	30 (29,13%)	11 (20,75%)	16 (32%)	9 (30%)	6 (54,55%)
	Muito	152	71 (68,93%)	38(71,70%)	27 (54%)	14 (46,67%)	2 (18,18%)
2- Comparando-se com outras pessoas que tem sua idade, o senhor está satisfeito com a sua vida? p<0,001	Pouco	25	3 (2,91%)	2 (3,77%)	8 (16%)	9 (30%)	3 (27,27%)
	Mais ou menos	50	13 (12,62%)	7 (13,21%)	15 (30%)	8 (26,67%)	7 (63,64%)
	Muito	172	87 (84,47%)	44 (83,02%)	27 (54%)	13 (43,33%)	1 (9,09%)
3- O senhor está satisfeito com sua memória para fazer e lembrar as coisas de todo dia? p=0,002	Pouco	44	11 (10,68%)	9 (16,98%)	11 (22%)	8 (26,67%)	5 (45,45%)
	Mais ou menos	52	15 (14,56%)	10 (18,87%)	14 (28%)	11 (36,67%)	2 (18,18%)
	Muito	151	77 (74,76%)	34(64,15%)	25 (50%)	11 (36,67%)	4 (36,36%)
4- O senhor está satisfeito com sua capacidade para fazer e resolver as coisas de todo dia? p<0,001	Pouco	33	5 (4,85%)	6 (11,32%)	7 (14%)	11 (36,67%)	4 (36,36%)
	Mais ou menos	55	12 (11,65%)	13 (24,53%)	16 (32%)	10 (33,33%)	4 (36,36%)
	Muito	159	86 (83,50%)	34 (64,15%)	27 (54%)	9 (30%)	3 (27,27%)
5- O senhor está satisfeito com suas amizades e relações familiares? p=0,01	Pouco	13	2 (2,1,94%)	3 (5,66%)	2 (4%)	4 (13,33%)	2 (18,18%)
	Mais ou menos	30	9 (8,74%)	6 (11,32%)	6 (12%)	5 (16,67%)	4 (36,36%)
	Muito	204	92 (89,32%)	44 (83,02%)	42 (84%)	21 (70%)	5 (45,45%)

6- O senhor está satisfeito com o ambiente em que vive? p=0,002	Pouco	23	6 (5,83%)	7 (13,21%)	11 (22%)	3 (10%)	2 (18,18%)
	Mais ou menos	30	5 (4,85%)	9 (16,98%)	7 (14%)	6 (20%)	3 (27,27%)
	Muito	188	92 (89,32%)	37 (69,81%)	32 (64%)	21 (70%)	6 (54,55%)
7- O senhor está satisfeito com seu acesso aos serviços de saúde?	Pouco	59	27 (26,21%)	13 (24,53%)	10 (20%)	9 (30%)	0
	Mais ou menos	48	13 (12,62%)	10 (18,87%)	11 (22%)	10 (33,33%)	4 (36,36%)
	Muito	140	63 (61,17%)	30 (56,60%)	29 (58%)	11 (36,67%)	7 (63,64%)
8- O senhor está satisfeito com os meios de transporte de que dispõe? p=0,002	Pouco	56	18 (17,48%)	15 (28,30%)	8 (16%)	11 (36,67%)	4 (36,36%)
	Mais ou menos	40	10 (9,71%)	10 (18,87%)	10 (20%)	8 (26,67%)	2 (18,18%)
	Muito	151	75 (72,82%)	28 (52,83%)	32 (64%)	11 (36,67%)	5 (45,45%)

Fonte: Elaboração do autor.

porcentagem relativa

valor-p referente ao teste Kruskal- Wallis para comparação entre 3 ou mais grupos

5.4 Cognição e Fragilidade

Realizada avaliação do rastreio cognitivo mediante o MoCA com os 247 idosos, o domínio orientação foi o que obteve média mais próxima da pontuação máxima, sendo 4,56 (dp=2,01) pontos e o domínio menor pontuado foi o visuo-espacial executiva com média de 1,23 (dp=1,59) pontos. A média dos domínios avaliados foi de 12,63 (dp=7,14) pontos sendo a pontuação máximo do instrumento de 30 pontos e nota de corte 26, de acordo com tabela 17.

Tabela 17: Distribuição dos domínios de rastreio cognitivo avaliados segundo MoCA de idosos cadastrados em CRAS. São Carlos-SP, 2016.

Domínios	Média	DP	Mínimo	Mediana	Máximo
Visuo-Esp.Exc. (0-5 pontos)	1,23	1,59	0	0	5
Nomeação (0-3 pontos)	1,85	1,15	0	2	3
Atenção (0-6 pontos)	2,4	1,94	0	2	6
Linguagem (0-3 pontos)	0,78	0,95	0	0	3
Abstração (0-2 pontos)	0,5	0,71	0	0	2
Evocação Tardia (0-5 pontos)	1,31	1,55	0	0	5
Orientação (0-6 pontos)	4,56	2,01	0	5	6
Total	12,63	7,14	0	13	30

Fonte: Elaboração do autor.

Quando realizada a comparação do nível de fragilidade com os domínios avaliados segundo MoCA, obteve que para todos os níveis de fragilidade o domínio com maior média foi o de orientação e o domínio com menor média foi o visuo-espacial executiva. Realizada análise da correlação da fragilidade com a cognição avaliada pelo MoCA, verificou-se que houve correlação negativa e diferença estatisticamente significativa. Houve diferença estatisticamente significativa entre os domínios avaliados dos entrevistados não frágeis com pontuação média de 14,45 (dp=7,69) pontos. A tabela a seguir apresenta a comparação do nível de fragilidade com os domínios do MoCA.

Tabela 18: Comparação do nível de fragilidade avaliado segundo a EFE em relação aos domínios avaliados segundo MoCA de idosos cadastrados em CRAS. São Carlos, SP, 2016.

Nível de Fragilidade	Total	Domínios	Média	DP	Mín	Med	Máx	Análise Correlacional
Não frágil	103	VisuoEspExec*	1,63	1,74	0	1	5	p-valor=0,0006 r= - 0,21690
		Nomeação	1,99	1,16	0	2	3	
		Atenção	2,81	2,02	0	3	6	
		Linguagem	0,98	1,08	0	1	3	
		Abstração	0,62	0,77	0	0	2	
		Evoc Tardia**	1,65	1,64	0	1	5	
		Orientação	4,77	2,03	6	6	6	
		Total	14,45	7,69	0	16	28	
Aparentemente Vulnerável	53	VisuoEspExec	0,94	1,35	0	0	5	
		Nomeação	1,72	1,18	0	2	3	
		Atenção	2,09	1,8	0	2	6	
		Linguagem	0,58	0,84	0	0	3	
		Abstração	0,34	0,59	0	0	2	
		Evoc Tardia	0,85	1,2	0	0	4	
		Orientação	4,21	2,15	0	5	6	
		Total	10,74	6,39	0	12	26	
Fragilidade Leve	50	VisuoEspExec	0,98	1,41	0	0	4	
		Nomeação	1,88	1,17	0	2	3	
		Atenção	2,26	1,86	0	2	6	
		Linguagem	0,72	0,83	0	0,5	3	
		Abstração	0,48	0,71	0	0	2	
		Evoc Tardia	1,3	1,52	0	0,5	5	
		Orientação	4,58	1,82	0	5	6	
		Total	12,2	6,4	0	13	25	
Fragilidade Moderada	30	VisuoEspExec	1,03	1,61	0	0	5	
		Nomeação	1,63	1,03	0	2	3	
		Atenção	2,1	1,92	0	1,5	6	
		Linguagem	0,6	0,67	0	0,5	2	
		Abstração	0,37	0,67	0	0	2	
		Evoc Tardia	0,97	1,54	0	0	4	
		Orientação	4,43	2,03	0	5	6	
		Total	11,13	6,59	0	11	26	
Fragilidade Severa	11	VisuoEspExec	0,55	1,21	0	0	3	
		Nomeação	1,73	1,19	0	2	3	
		Atenção	1,64	1,63	0	1	4	
		Linguagem	0,64	1,03	0	0	3	
		Abstração	0,55	0,82	0	0	2	
		Evoc Tardia	1,27	1,85	0	0	4	
		Orientação	4,64	2,06	0	6	6	
		Total	11	7,04	0	14	21	

Fonte: Elaboração do autor.

*valor-p=0,023 referente ao teste Kruskal-Wallis para comparação entre 3 ou mais grupos

** valor-p=0,029 referente ao teste Kruskal-Wallis para comparação entre 3 ou mais grupos

Quanto à avaliação do nível de fragilidade em relação à nota de corte segundo MoCA houve diferença significativa para 216 (87,44%) participantes que tiveram pontuação menor que 26 pontos e desses 84 (38,88%) apresentaram fragilidade em algum nível (leve, moderada ou severa) indicando possível comprometimento cognitivo enquanto 31 (12,50%) idosos apresentaram pontuação igual ou maior que 26 pontos e não estavam frágeis, como pode ser observado na tabela 19.

Tabela 19: Comparação dos níveis de fragilidade avaliado segundo a EFE em relação à nota de corte avaliado segundo MoCA de idosos cadastrados em CRAS. São Carlos, SP, 2016.

Nota de Corte	Total	Não Frágil	Apar. Vulner	Frag.Leve	Frag.Mod	Frag.Sev
<26	216	81 78,64%	51 96,23%	46 92%	28 93,33%	10 90,91%
≥ 26	31	22 21,36%	2 3,77%	4 8%	2 6,67%	1 9,09%
Total		103	53	50	30	11

Fonte: Elaboração do autor.

porcentagem relativa
p-valor=0,011

Quando realizada a comparação dos domínios da fragilidade com a nota de corte segundo MoCA obteve que para os respondentes que tiveram pontuação menor que 26 pontos a maior média foi para o domínio cognição, uso de medicamentos, humor e continência com os respectivos valores 1,5 (dp=0,78), 0,6 (dp=0,69), 0,54 (dp=0,5) e 0,34 (dp=0,47). Houve diferença estatisticamente significativa entre os domínios avaliados segundo a EFE dos entrevistados que tiveram nota de corte menor que 26 pontos (p-valor:0,002) e os domínios que tiveram diferença estatisticamente significativa foram cognição e independência funcional. A média dos domínios avaliados em relação à nota de corte foi de 5,74 (dp=2,79) pontos, conforme tabela 20.

Tabela 20: Comparação dos domínios avaliados segundo a EFE em relação à nota de corte de idosos cadastrados em CRAS. São Carlos, SP, 2016.

Nota de Corte	Total	Domínios	Fragilidade	Média	DP	Mínimo	Mediana	Máximo
<26	216	Cognição*		1,5	0,78	0	2	2
		Estado Geral Saúde		0,77	0,89	0	1	4
		Indep. Funcional**		0,5	0,7	0	0	2
		Suporte Social		0,26	0,56	0	0	2
		Uso de Medicamentos		0,6	0,69	0	0	2
		Nutrição		0,3	0,46	0	0	1
		Humor		0,54	0,5	0	1	1
		Continência		0,34	0,47	0	0	1
		Desempenho Funcional		0,82	0,86	0	1	2
		Total			5,74	2,79	0	5
≥ 26	31	Cognição		0,71	0,86	0	0	2
		Estado Geral Saúde		0,52	0,72	0	0	3
		Indep. Funcional		0,19	0,4	0	0	1
		Suporte Social		0,42	0,67	0	0	2
		Uso de Medicamentos		0,65	0,75	0	0	2
		Nutrição		0,26	0,44	0	0	1
		Humor		0,58	0,5	0	1	1
		Continência		0,29	0,46	0	0	1
		Desempenho Funcional		0,58	0,85	0	0	2
		Total			4,16	2,68	0	4

Fonte: Elaboração do autor.

*valor-p<0,001 referente ao teste Mann-Whitney para comparação entre 2 grupos

**valor-p=0,026 referente ao teste Mann-Whitney para comparação entre 2 grupos

Quanto à comparação da vulnerabilidade com os domínios segundo MoCA os domínios nomeação e orientação foram os que obtiveram maior média em todas as regiões vulneráveis e os domínios visuo-espacial executiva e atenção foram os que tiveram menor média. A maior média no total dos domínios avaliados segundo MoCA foi de 13,85 (dp=7,69) pontos para muito baixa vulnerabilidade. A média dos domínios avaliados não atingiram a nota de corte, todas pontuações foram abaixo de 26 pontos para todas as regiões vulneráveis. Houve diferença estatisticamente significativa entre os domínios avaliados para alta vulnerabilidade no CRAS São Carlos VIII, para os domínios cognição e independência funcional. Na tabela 21 apresentam-se os resultados.

Tabela 21: Comparação da vulnerabilidade em relação aos domínios avaliados segundo MoCA de idosos cadastrados em CRAS. São Carlos-SP, 2016.

Vulnerabilidade	Total	Domínio	Média	DP	Mínimo	Mediana	Máximo
Alta (CRAS S. Carlos VIII)	48	VisuoEspExec	1,08	1,46	0	0	5
		Nomeação*	2,04	1,03	0	2	3
		Atenção	2,48	2,06	0	2	6
		Linguagem**	1,25	1,08	0	1	3
		Abstração**	0,44	0,58	0	0	2
		Evoc Tardia	1,15	1,52	0	0	4
		Orientação***	4,83	1,67	0	5	6
		Total	13,27	6,18	0	13	24
Alta (CRAS Cidade Aracy)	66	VisuoEspExec	1,5	1,68	0	0	5
		Nomeação	2,05	1,1	0	2	3
		Atenção	2,58	1,76	0	2,5	6
		Linguagem	0,85	0,90	0	1	3
		Abstração	0,71	0,82	0	0	2
		Evoc Tardia	1,55	1,52	0	1	5
		Orientação	4,94	1,8	0	6	6
		Total	14,17	6,55	0	14,5	25
Alta (CRAS S. Eudóxia)	30	VisuoEspExec	0,53	1,4	0	0	4
		Nomeação	1,33	1,03	0	1	3
		Atenção	2,17	2,31	0	1	6
		Linguagem	0,60	0,97	0	0	3
		Abstração	0,10	0,31	0	0	1
		Evoc Tardia	1,07	1,34	0	0,5	4
		Orientação	4,33	2,06	0	5	6
		Total	10,13	6,88	0	10	23
Média (CRAS Pacaembu)	56	VisuoEspExec	1,13	1,40	0	0	4
		Nomeação	1,64	1,29	0	2	3
		Atenção	2,02	1,84	0	2	6
		Linguagem	0,39	0,68	0	0	2
		Abstração	0,30	0,54	0	0	3
		Evoc Tardia	1,27	1,67	0	0	5
		Orientação	3,88	2,41	0	5	6
		Total	10,63	7,66	0	13	24
Muito Baixa (CRAS S. Felícia)	47	VisuoEspExec	1,57	1,93	0	0	5
		Nomeação	1,98	1,15	0	2	3
		Atenção	2,70	1,88	0	3	6
		Linguagem	0,79	0,93	0	1	3
		Abstração	0,74	0,87	0	0	2
		Evoc Tardia	1,34	1,63	0	0	5
		Orientação	4,72	1,93	0	6	6

Total	13,85	7,69	0	14	28
--------------	--------------	-------------	----------	-----------	-----------

Fonte: Elaboração do autor.

*valor-p=0,018 referente ao teste Kruskal-Wallis para comparação entre 3 ou mais grupos

**valor-p<0,001 referente ao teste Kruskal-Wallis para comparação entre 3 ou mais grupos

***valor-p=0,049 referente ao teste Kruskal-Wallis para comparação entre 3 ou mais grupos

Em relação à comparação da vulnerabilidade com a nota de corte segundo MoCA, em todas as regiões vulneráveis a maioria dos entrevistados tiveram nota abaixo da pontuação de corte, apenas 31 (12,55%) tiveram nota acima de 26 pontos. Verificou-se que a maioria dos entrevistados possuíam comprometimento cognitivo, quanto maior a vulnerabilidade maior o comprometimento, como pode ser visto na tabela 22.

Tabela 22: Comparação da vulnerabilidade em relação à nota de corte segundo MoCA de idosos cadastrados em CRAS. São Carlos-SP, 2016.

Vulnerabilidade	Total	< 26	≥ 26
Alta (CRAS S. Carlos VIII)	48	43 (19,91%)	5 (16,13%)
Alta (CRAS Cidade Aracy)	66	55 (25,46%)	11 (35,48%)
Alta (CRAS Santa Eudóxia)	30	28 (12,96%)	2 (6,45%)
Média (CRAS Pacaembu)	56	53 (24,54%)	3 (9,68%)
Muito Baixa (CRAS S. Felícia)	47	37 (17,13%)	10 (32,26%)
Total		216	31

Fonte: Elaboração do autor.

5.5 Relações Familiares, Externas e Fragilidade

Quando analisado os arranjos familiares descritos nos Genogramas dos 247 entrevistados foram quantificados todos os membros que residiam no mesmo lar com os idosos. A média de membros foi de 2,75 (dp=1,45), sendo mínimo de um membro (16,79%) residente com o idoso e máximo de 9 (0,4%) membros residentes em um mesmo lar, na tabela 23 se apresenta a distribuição.

Tabela 23: Distribuição da quantidade de membros no mesmo lar avaliado segundo Genograma de idosos cadastrados em CRAS. São Carlos, SP, 2016.

Quantidade de membros no mesmo lar	N	%
1	40	16,79
2	89	36,03
3	57	23,08
4	36	14,57
5	12	4,86
6	7	2,83
7	3	1,21
8	2	0,81
9	1	0,4

Fonte: Elaboração do autor.

Em relação aos membros familiares residentes com os idosos entrevistados, obtive que 179 (72,79%) possuíam familiares no mesmo lar, sendo que a maioria possuíam de 1 a 2 filhos residentes no mesmo lar (48,1%) e netos (23,48%) residentes. Apenas 3 (1,21%) dos 247 entrevistados haviam pais ou irmãos residentes no mesmo lar, de acordo com tabela 24.

Tabela 24: Distribuição da quantidade de membros familiares residentes no mesmo lar avaliado segundo Genograma de idosos cadastrados em CRAS. São Carlos-SP, 2016.

Membros	Nenhum membro	1-2 membros	3-4 membros	5 ou mais membros	Média (dp)	Mínimo	Mediana	Máximo
Geração de pais/irmãos	0	3 (1,21%)	0	0	0,01 (0,11)	0	0	1
Geração de filhos	121 (48,9%)	119 (48,1%)	7 (2,83%)	0	0,69 (0,81)	0	1	4
Geração de netos	176 (71,2%)	58 (23,48%)	13 (5,26%)	0	0,51 (0,94)	0	0	4
Outros*	131 (53%)	114 (46,1%)	1(0,40%)	1 (0,40%)	0,53 (0,65)	0	0	5

Fonte: Elaboração do autor.

*outros: cônjuge, nora, genro, enteado, sobrinho.

Quando realizada a comparação do nível de fragilidade em relação à quantidade de membros familiares e outros, no mesmo lar, obteve maior média de filhos residentes com os idosos para todos os níveis de fragilidade. Quanto à quantidade de membros que residiam com os idosos no mesmo lar a maior média foi de 2,83 (dp=1,29) membros para os que tiveram fragilidade moderada e em relação à quantidade de outros membros não familiares, cônjuge, nora, genro, enteado ou sobrinho, a maior média foi 0,61 (dp=0,66) membros residentes no mesmo lar com o idoso, conforme tabela 25. Houve diferença estatisticamente significativa entre a quantidade de membros no mesmo lar para os entrevistados que não tiveram fragilidade e residiam com pais ou irmãos.

Tabela 25: Comparação do nível de fragilidade avaliado segundo a EFE em relação à quantidade de membros familiares e outros residentes no mesmo lar avaliado segundo Genograma de idosos cadastrados em CRAS. São Carlos, SP, 2016.

Nível Fragilidade	Total	Genograma	Média	DP	Mínimo	Mediana	Máximo
Não Frágil	103	Quant. membros mesmo lar	2,84	1,62	0	2	8
		Quant. membros geração pais/irmãos*	0	0	0	0	0
		Quant. membros geração filhos	0,65	0,88	0	0	4
		Quant. membros geração netos	0,58	1,01	0	0	4
		Quant. membros mesmo lar outros	0,61	0,66	0	1	3
Aparentemente Vulnerável	53	Quant. membros mesmo lar	2,62	1,24	1	2	7
		Quant. membros geração pais/irmãos	0,06	0,23	0	0	1
		Quant. membros geração filhos	0,7	0,72	0	1	3
		Quant. membros geração netos	0,49	0,99	0	0	4
		Quant. membros mesmo lar outros	0,38	0,49	0	0	1
Fragilidade Leve	50	Quant. membros mesmo lar	2,6	1,48	1	2	9
		Quant. membros geração pais/irmãos	0	0	0	0	0
		Quant. membros geração filhos	0,64	0,8	0	0	3
		Quant. membros geração netos	0,4	0,73	0	0	3
		Quantidade membros mesmo lar outros	0,54	0,84	0	0	5
Fragilidade Moderada	30	Quant. membros mesmo lar	2,83	1,29	1	3	6
		Quant. membros geração pais/irmãos	0	0	0	0	0
		Quant. membros geração filhos	0,8	0,71	0	1	2
		Quant. membros geração netos	0,5	0,97	0	0	4
		Quant. membros mesmo lar outros	0,5	0,51	0	0,5	1
Fragilidade Severa	11	Quant. membros mesmo lar	3	1,1	2	3	5
		Quant. membros geração pais/irmãos	0	0	0	0	0
		Quant. membros geração filhos	1	0,77	0	1	2
		Quant. membros geração netos	0,36	0,67	0	0	2
		Quant. membros mesmo lar outros	0,45	0,52	0	0	1

Fonte: Elaboração do autor.

*valor-p=0,026 referente ao teste Kruskal-Wallis para comparação entre 3 ou mais grupos

Quanto ao tipo de relação no mesmo lar, 127 (51,42%) apontaram relações próximas com os membros que possuíam laço consanguíneo - familiares, enquanto que 151 (61,13%) apontaram relação próxima com os membros que não haviam laço de consanguinidade e 104 (44,11%) dos 247 entrevistados não relataram tipo de relação com os familiares, como pode ser vista na tabela 26.

Tabela 26: Distribuição do tipo de laço consanguíneo no mesmo lar avaliado segundo Genograma de idosos cadastrados em CRAS. São Carlos-SP, 2016.

Tipo de relação	Não relatado	Normal	Próxima	Estreita	Distante	Conflituosa
Com laço consanguíneo	104 44,11%	0	127 51,42%	2 0,81%	3 1,21%	11 4,45%
Sem laço consanguíneo*	86 34,82%	1 0,40%	151 61,13%	1 0,40%	2 0,81%	2 2,42%

Fonte: Elaboração do autor.

*sem laço consanguíneo: cônjuge, nora, genro, afilhado, enteado.

Quando analisado os níveis de fragilidade avaliado segundo a EFE em comparação com o tipo de relação no mesmo lar segundo Genograma, obteve-se que 127 (51,41%) relataram ter relação “próxima” com os membros que possuíam laço consanguíneo e desses 49 (38,58%) possuíam fragilidade em algum nível (leve, moderada ou severa). Quanto à relação com os membros no mesmo lar sem laço consanguíneo, 151 (61,13%) relataram ter relação “próxima” e desses 55 (36,42%) possuíam fragilidade em algum nível, de acordo com a tabela 27.

Tabela 27: Comparação do nível de fragilidade avaliado segundo a EFE em relação ao laço consanguíneo no mesmo lar avaliado segundo Genograma de idosos cadastrados em CRAS. São Carlos, SP, 2016.

Relação mesmo lar	Total	Resposta	Não Frágil	Aparentemente Vulnerável	Fragilidade Leve	Fragilidade Moderada	Fragilidade Severa
Com laço consanguíneo	104	Não relatado	48 46,60%	20 37,74%	24 48%	10 33,33%	2 18,18%
	127	Próxima	51 49,51%	27 50,94%	26 52%	15 50%	8 72,73%
	2	Estreita	1 0,97%	1 1,89%	0	0	0
	11	Conflituosa	2 1,98%	3 5,66%	0	5 16,67%	1 9,09%
	3	Mais que 1 relação	1 0,97%	2 3,37%	0	0	0
		Total	103	53	50	30	11
Sem laço consanguíneo*	86	Não relatado	36 34,95%	18 33,96%	18 36%	11 36,67%	3 27,27%
	1	Normal	0	0	0	0	1 9,09%
	151	Próxima	62 60,19%	34 64,15%	31 62%	17 56,67%	7 63,64%
	1	Estreita	0	1 1,89%	0	0	0
	2	Distante	1 0,97%	0	0	1 3,33%	0
	2	Conflituosa	1 0,97%	0	0	1 3,33%	0
	4	Mais que 1 relação	3 2,91%	0	1 2%	0	0
	Total	103	53	50	30	11	

Fonte: Elaboração do autor.

*sem laço consanguíneo: cônjuge, nora, genro, afilhado, enteado.
porcentagem relativa

Quanto à comparação da vulnerabilidade em relação à quantidade de membros familiares, para alta vulnerabilidade (CRAS São Carlos VIII) a maior média de residentes no mesmo lar foi a de idosos com filhos residentes com média de 0,77 ($dp=0,83$). Para a alta vulnerabilidade - CRAS Cidade Aracy e CRAS Santa Eudóxia - a maior média de residentes foram os filhos e outros membros não familiares. Para a média e muito baixa vulnerabilidade a maior média de residentes no mesmo lar foram os filhos com média de 0,89 ($dp=0,98$) e 0,70 ($dp=0,75$) respectivamente, conforme tabela 28. Houve diferença estatisticamente significativa para a quantidade de membros de pais e irmãos na alta vulnerabilidade.

Tabela 28: Comparação da vulnerabilidade em relação à quantidade de membros familiares e outros residentes no mesmo lar avaliado segundo Ecomapa de idosos cadastrados em CRAS. São Carlos, SP, 2016.

Vulnerabilidade	Total	Genograma	Média	DP	Mínimo	Mediana	Máxima
Alta (CRAS S. Carlos VIII)	48	Quant. membros mesmo lar	2,90	1,62	1	2,50	9
		Quant. membros geração pais/irmãos*	0	0	0	0	0
		Quant. membros geração filhos	0,77	0,83	0	1	3
		Quant. membros geração netos	0,46	0,82	0	0	3
		Quant. membros mesmo lar outros	0,65	0,86	0	1	5
Alta (CRAS Cidade Aracy)	66	Quant. membros mesmo lar	2,71	1,25	1	2	6
		Quant. membros geração pais/irmãos	0	0	0	0	0
		Quant. membros geração filhos	0,56	0,75	0	0	3
		Quant. membros geração netos	0,53	1,07	0	0	4
		Quant. membros mesmo lar outros	0,61	0,58	0	1	2
Alta (CRAS Santa Eudóxia)	30	Quant. membros mesmo lar	2,47	1,17	0	2	6
		Quant. membros geração pais/irmãos	0,07	0,25	0	0	1
		Quant. membros geração filhos	0,47	0,51	0	0	1
		Quant. membros geração netos	0,3	0,79	0	0	3
		Quantidade membros mesmo lar outros	0,47	0,51	0	0	1
Média (CRAS Pacaembu)	56	Quant. membros mesmo lar	2,77	1,51	1	2	8
		Quant. membros geração pais/irmãos	0,02	0,13	0	0	1
		Quant. membros geração filhos	0,89	0,98	0	0	4
		Quant. membros geração netos	0,43	0,78	0	0	3
		Quant. membros mesmo lar outros	0,46	0,66	0	0	3
Muito Baixa (CRAS Santa Felícia)	47	Quant. membros mesmo lar	2,83	1,58	1	3	8
		Quant. membros geração pais/irmãos	0	0	0	0	0
		Quant. membros geração filhos	0,70	0,75	0	1	3
		Quant. membros geração netos	0,74	1,07	0	0	4
		Quant. membros mesmo lar outros	0,40	0,54	0	0	2

Fonte: Elaboração do autor.

*valor-p=0,049 referente ao teste Kruskal-Wallis para comparação de 3 ou mais grupos

Quanto à comparação da vulnerabilidade com o tipo de relação no mesmo lar segundo Genograma, obteve que para todas as regiões de vulnerabilidade, a relação “próxima” foi a mais relatada tanto para os membros com laço consanguíneo quanto para os membros sem laço consanguíneo conforme tabela 29.

Tabela 29: Comparação da vulnerabilidade em relação ao tipo de laço consanguíneo no mesmo lar avaliado segundo Genograma de idosos cadastrados em CRAS. São Carlos-SP, 2016.

Vulnerabilidade	Total	Relação mesmo lar	Não relatado	Normal	Próxima	Estreita	Distante	Conflituosa	Mais que 1 relação
Alta (São Carlos VIII)	48	C/ laço consanguíneo	21 45,83%	0	24 50%	0	0	2 4,17%	0
		S/ laço consanguíneo	15 31,25%	0	33 68,75%	0	0	0	0
Alta (Cidade Aracy)	66	C/ laço consanguíneo	29 43,93%	0	31 46,96%	0	0	5 7,57%	6 9,09%
		S/ laço consanguíneo	18 27,27%	1 1,51%	44 66,66%	1 1,51%	0	0	3 4,55%
Alta (Santa Eudóxia)	30	C/ laço consanguíneo	8 26,67%	0	19 63,33%	2 6,67%	0	1 3,33%	0
		S/ laço consanguíneo	13 43,33%	0	15 50%	1 3,33%	1 3,33%	0	0
Média (CRAS Pacaembu)	56	C/ Laço consanguíneo	25 44,64%	0	27 48,21%	0	0	2 3,57%	2 3,57%

Muito Baixa (CRAS Santa Felícia)	47	S/ laço consanguíneo	22 39,28%	0	32 57,14%	0	0	1 1,78%	1 1,78%
		C/ laço consanguíneo	20 42,55%	0	26 55,31%	0	0	1 2,12%	0
		S/ laço consanguíneo	18 38,29%	0	28 59,57%	0	0	1 2,12%	0

Fonte: Elaboração do autor.

Analisada a quantidade de relações externas dos 247 entrevistados avaliados segundo Ecomapa foi verificado os vínculos dos mesmos. Obteve uma média de 2,18 (dp=1,37) vínculos sendo que 126 (51%) dos entrevistados possuíam de 1 a 2 vínculos externos, 85 (34,41%) de 3 a 4 e 11 (4,45%) 5 ou mais vínculos, como pode ser visualizado na tabela 30.

Tabela 30: Distribuição da quantidade de vínculo avaliado segundo Ecomapa de idosos cadastrados em CRAS. São Carlos, SP, 2016.

Quantidade de vínculos	N	%
0	25	10,12
1	54	21,86
2	72	29,15
3	63	25,51
4	22	8,91
5	7	2,83
6	1	0,40
7	2	0,81
8	1	0,40

Fonte: Elaboração do autor.

Analisado o tipo de vínculo externo dos respondentes, 93 (37,65%) apontaram a família, 95 (38,46%) apontaram equipamentos de saúde enquanto 26 (10,53%) equipamento social, 125 (50,61%) relataram instituições religiosas, 17 (6,88%) trabalho, 2 (0,81%) instituição de ensino, 30 (12,15%) eventos e atividades de lazer e 91 (36,84%) comércios em geral, como pode ser observado na tabela 31.

Tabela 31: Distribuição do vínculo externo avaliado segundo Ecomapa de idosos cadastrados em CRAS. São Carlos, SP, 2016.

Vínculo	NÃO	SIM
Família	154 62,35%	93 37,65%
Equipamento Saúde	152 61,54%	95 38,46%
Equipamento Social	221 89,47%	26 10,53%
Instituição Religiosa	122 49,39%	125 50,61%
Trabalho	230 93,12%	17 6,88%
Instituição de ensino	244 99,19%	2 0,81%
Eventos/Lazer	217 87,85%	30 12,15%
Comércio/Banco	156 63,16%	91 36,84%

Fonte: Elaboração do autor.

Realizada análise da distribuição do nível de fragilidade em relação à quantidade de vínculo segundo Ecomapa, obteve que os não frágeis possuíam uma média de 2,34 ($dp=1,27$) vínculos externos. Os entrevistados que tiveram fragilidade severa possuíam menor vínculo com 1,27 ($dp=1,27$), como pode ser observado na tabela 32.

Tabela 32: Distribuição do nível de fragilidade avaliado segundo a EFE em relação à quantidade de vínculo avaliado segundo Ecomapa de idosos cadastrados em CRAS. São Carlos, SP, 2016.

Nível de Fragilidade	Total	Média	DP	Mínimo	Mediana	Máximo
Não Frágil	103	2,34	1,27	0	2	8
Aparentemente Vulnerável	53	2,57	1,51	0	2	7
Fragilidade Leve	50	1,92	1,38	0	2	6
Fragilidade Moderada	30	1,7	1,09	0	2	3
Fragilidade Severa	11	1,27	1,42	0	1	3

Fonte: Elaboração do autor.

Quanto à comparação do nível de fragilidade em relação a quantidade de vínculos externos, houve diferença significativa entre os que não possuíam vínculo para fragilidade severa, de um a dois vínculos para os não frágeis, aparentemente vulneráveis, fragilidade leve e severa e para os que possuíam três ou mais vínculos para os não frágeis e aparentemente vulneráveis. Pode ser verificado que os que não possuíam vínculo 18 (7,28%) apresentaram fragilidade em algum nível. Os que possuíam de um a dois vínculos corresponderam a 53 (51,46%) e não eram frágeis seguido dos que tinham três vínculos ou mais (43,69%), como pode ser observado na tabela 33.

Tabela 33: Comparação do nível de fragilidade segundo a EFE em relação à quantidade de vínculo externo avaliado segundo Ecomapa de idosos cadastrados em CRAS. São Carlos, SP, 2016.

Quantidade de vínculos	Total	Não Frágil	Apar. Vulner.	Frag. Leve	Frag. Mod.	Frag. Sev.
0	25	5 4,85%	2 3,77%	8 16%	5 16,67%	5 45,45%
1 a 2	126	53 51,46%	27 50,94%	28 56%	16 53,33%	2 18,18%
≥ 3	96	45 43,69%	24 45,28%	14 28%	9 30%	4 36,36%
Total		103	53	50	30	11

Fonte: Elaboração do autor.

porcentagem relativa

valor-p <0,01 referente ao teste Kruskal- Wallis para comparação entre 3 ou mais grupos

Quanto à comparação do nível de fragilidade em relação ao vínculo externo, dos 93 entrevistados que possuíam vínculo com a família, 40 (38,83%) não eram frágeis. Dos idosos respondentes, 95 (38,46%) possuíam vínculo com equipamento de

saúde e desses 38 (40%) tinham fragilidade em algum nível (leve, moderada ou severa). Apenas 26 (10,52%) dos idosos possuíam vínculo com equipamento social e desses 14 (13,59%) não estavam frágeis. Em relação ao vínculo com instituição religiosa, 125 (50,6%) relataram vínculo e desses 51 (50,49%) não estavam frágeis como apresentado na tabela 35. Ressalta-se que o vínculo com equipamento social refere-se aos idosos ou familiares cadastrados que buscavam auxílio no CRAS como BPC, cesta básica, BF, fralda geriátrica e pagamento de conta de água e luz.

Tabela 34: Comparação do nível de fragilidade avaliado segundo a EFE em relação ao vínculo externo avaliado segundo Ecomapa de idosos cadastrados em CRAS. São Carlos, SP, 2016.

Vínculo	Resposta	Total	Não Frágil	Apar. Vuln.	Frag. Leve	Frag. Mod.	Frag. Sev.
Família	Sim	93	40 38,83%	27 50,94%	14 28%	9 30%	3 27,27%
	Não	154	63 61,17%	26 49,06%	36 72%	21 70%	8 72,73%
Equipamento Saúde	Sim	95	33 32,04%	24 45,28%	20 40%	13 43,33%	5 45,45%
	Não	152	70 67,96%	29 54,72%	30 60%	17 56,67%	6 54,55%
Equipamento Social	Sim	26	14 13,59%	4 7,55%	5 10%	1 3,33%	2 18,18%
	Não	221	89 86,41%	49 92,45%	45 90%	29 96,67%	9 81,82%
Instituição Religiosa	Sim	125	51 49,51%	29 54,72%	29 58%	14 46,67%	2 18,18%
	Não	122	52 50,49%	24 45,28%	21 42%	16 53,43%	9 81,82%
Trabalho	Sim	17	8 7,77%	7 13,21%	0	2 6,67%	0
	Não	230	95 92,23%	46 86,79%	50 100%	28 93,33%	11 100%
Instituição de ensino	Sim	2	0	1 1,92%	1 2%	0	0
	Não	244	103 100%	51 98,08%	49 98%	30 100%	11 100%
Eventos/Lazer	Sim	30	18 17,48%	7 13,21%	4 8%	1 33,33%	0
	Não	217	85 82,52%	46 86,79%	46 92%	29 96,67%	11 100%
Comércio/Banco	Sim	91	46 44,66%	20 37,74%	16 32%	8 26,67%	1 9,09%
	Não	156	57 55,34%	33 62,26%	34 68%	22 73,33%	10 90,91%
Total			103	53	50	30	11

Fonte: Elaboração do autor.

porcentagem relativa

Quanto à comparação da vulnerabilidade em relação à quantidade de vínculo, a maior média foi de 2,55 (dp=1,36) vínculos para média vulnerabilidade e a menor média foi para alta vulnerabilidade (CRAS São Carlos VIII) com 1,25 (dp=1,42) vínculo, de acordo com tabela 34. Verificou-se diferença estatisticamente significativa na alta vulnerabilidade (CRAS São Carlos VIII).

Tabela 35: Comparação da vulnerabilidade em relação à quantidade de vínculo avaliado segundo Ecomapa de idosos cadastrados em CRAS. São Carlos, SP, 2016.

Vulnerabilidade	Total	Média	DP	Mínimo	Mediana	Máximo
Alta (CRAS São Carlos VIII)	48	1,25	1,42	0	1	5
Alta (CRAS Cidade Aracy)	66	2,32	1,2	0	2	8
Alta (CRAS Santa Eudóxia)	30	2,43	1,1	0	3	4
Média (CRAS Pacaembu)	56	2,55	1,36	0	2	7
Muito Baixa (CRAS Santa Felícia)	47	2,32	1,34	0	2	6

Fonte: Elaboração do autor.

Quando analisada a comparação da vulnerabilidade em relação à quantidade de vínculo, dos 247 entrevistados, obteve que para a região de alta vulnerabilidade (CRAS São Carlos VIII) 21 (43,75%) não possuíam nenhum vínculo, enquanto que para a média vulnerabilidade 29 (51,78%) possuíam de um a dois vínculos e para muito baixa vulnerabilidade 28 (58,33%) possuíam de um a dois vínculos, conforme tabela 36.

Tabela 36: Comparação da vulnerabilidade em relação à quantidade de vínculo externo avaliado segundo Ecomapa de idosos cadastrados em CRAS. São Carlos-SP, 2016.

Vulnerabilidade	Total	0	1 a 2	≥ 3
Alta (CRAS S. Carlos VIII)	48	21 (43,75%)	19 (39,58%)	8 (16,66%)
Alta (CRAS Cidade Aracy)	66	1 (1,51%)	37 (58,06%)	28 (42,42%)
Alta (CRAS S. Eudóxia)	30	1 (3,33%)	13 (43,33%)	16 (53,33%)
Média (CRAS Pacaembu)	56	1 (1,78%)	29 (51,78%)	26 (46,42%)
Muito Baixa (CRAS S. Felícia)	47	1 (2,12%)	28 (58,33%)	18 (38,29%)
Total		25	126	96

Fonte: Elaboração do autor.

valor-p <0,01 referente ao teste Kruskal- Wallis para comparação de 3 ou mais grupos

Quanto à comparação da vulnerabilidade em relação ao vínculo externo dos entrevistados, 93 (37,65%) possuíam vínculo com a família e desses 57 (61,29%) estavam em região de alta vulnerabilidade. Quanto ao vínculo com saúde, dos 95 (38,46%) que possuíam esse vínculo 34 (51,52%) residiam em região de alta vulnerabilidade. Dos idosos entrevistados, 25 (10,12%) possuíam vínculo com equipamento social e desses 42 (89,36%) estavam em região de muito baixa vulnerabilidade. Dos 125 (50,6%) que relataram vínculo com instituição religiosa, 30 (53,57%) estavam em região de alta vulnerabilidade, como pode ser observado na tabela 37. Houve diferença estatisticamente significativa para o equipamento de saúde, instituição religiosa e comércio/banco.

Tabela 37: Comparação da vulnerabilidade em relação ao vínculo externo avaliado segundo Ecomapa de idosos cadastrados em CRAS. São Carlos, SP, 2016.

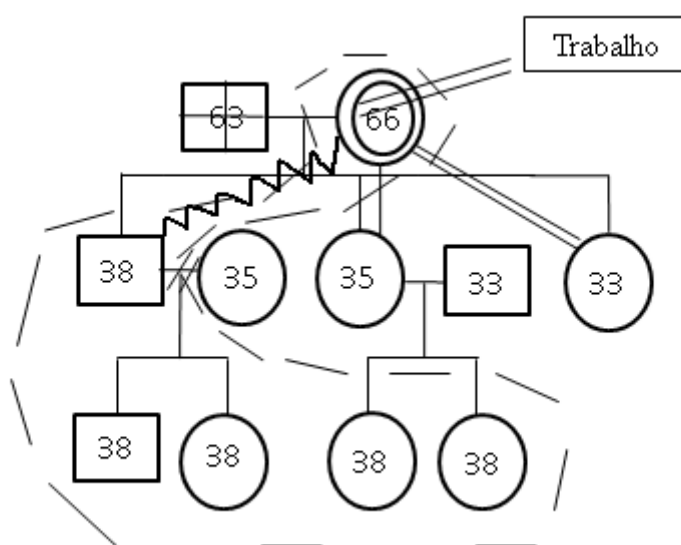
Vínculo	Resposta	Total	Alta (S.C. VIII)	Alta (Cid.Arac.)	Alta (S.Eud.)	Média (Pac.)	Muito Baixa (S. Fel.)
Família	Sim	93	17 35,42%	23 34,85%	17 56,67%	23 41,07%	13 27,66%
	Não	154	31 64,58%	43 65,15%	13 43,33%	33 58,93%	34 72,34%
	Total		48	66	30	56	47
Equipamento Saúde p-valor: <0,001	Sim	95	7 14,58%	34 51,52%	11 33,67%	20 35,71%	23 48,94%
	Não	152	41 85,42%	32 48,48%	19 63,33%	36 64,29%	24 51,06%
	Total		48	66	30	56	47
Equipamento Social	Sim	25	4 9,33%	4 6,06%	9 30%	4 7,14%	42 89,36%
	Não	221	44 91,67%	62 93,94%	21 70%	52 92,86%	5 10,64%
	Total		48	66	30	56	47
Instituição Religiosa p-valor: 0,013	Sim	125	14 29,17%	36 54,55%	15 50%	30 53,57%	14 29,17%
	Não	122	34 70,83%	17 36,17%	15 50%	26 46,43%	34 70,83%
	Total		49	66	30	56	47
Trabalho	Sim	17	3 6,25%	5 7,56%	0	5 8,93%	4 8,51%
	Não	230	45 93,75%	30 45,45%	0	51 91,07%	43 91,49%
	Total		48	66	30	56	47
Instituição de ensino	Sim	2	0	0	0	2 3,57%	0
	Não	244	48 100%	65 100%	30 100%	54 96,43%	47 100%
	Total		48	65	30	56	47
Eventos/Lazer	Sim	30	5 10,42%	7 10,61%	6 20%	6 10,71%	6 12,77%
	Não	217	43 89,58%	59 89,39%	24 80%	50 89,29%	41 87,23%
	Total		48	66	30	56	47
Comércio/Banco p-valor: 0,001	Sim	91	8 16,67%	24 36,36%	15 50%	30 53,57%	14 29,79%
	Não	156	40 83,33%	42 63,64%	15 50%	26 46,43%	33 70,21%
	Total		48	66	30	56	47

Fonte: Elaboração do autor.

porcentagem relativa

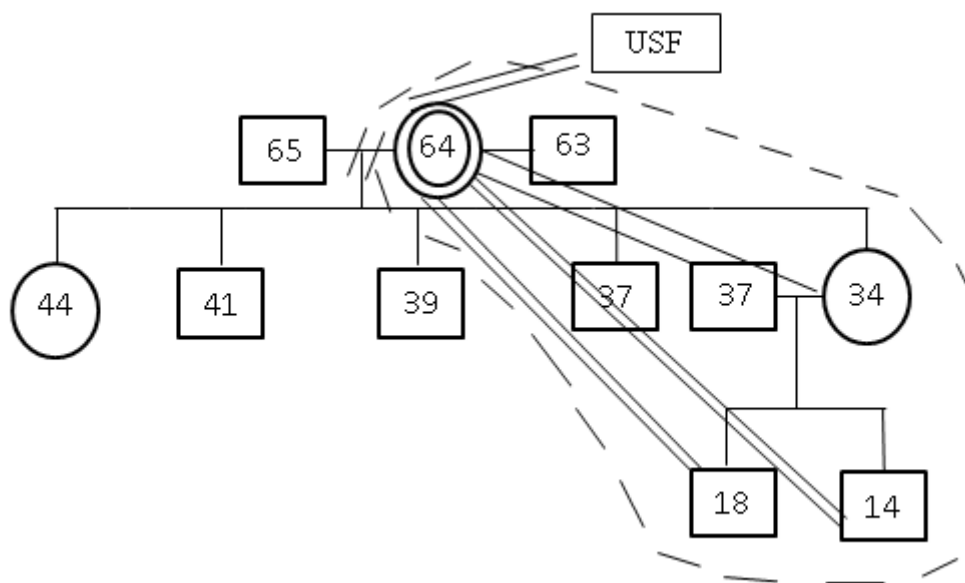
As representações seguintes ilustram as relações familiares e relações externas, identificados por meio dos vínculos, de alguns dos idosos entrevistados com fragilidade leve, moderada e severa em regiões de alta, média e muito baixa vulnerabilidade, ilustrados por meio do Genograma e Ecomapa segundo relato dos idosos respondentes. Percebe-se arranjo familiar em contexto intergeracional, relações familiares próximas e frágeis vínculos externos.

Figura 7: Arranjo familiar de uma idosa, aparentemente vulnerável, em região com muito baixa vulnerabilidade com relação familiar conflituosa em um lar com filho e vínculo forte com trabalho. São Carlos, SP, 2016.



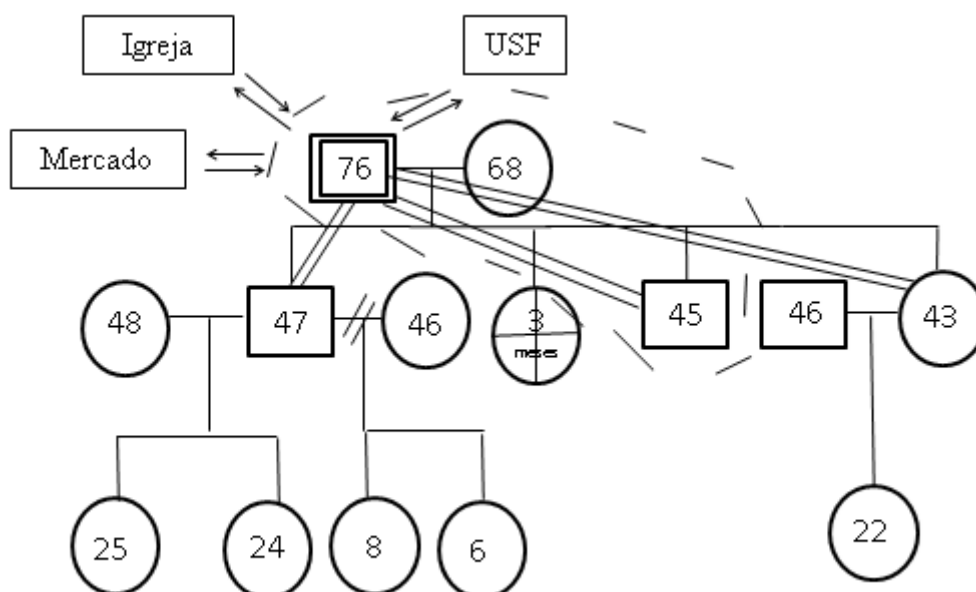
Fonte: Elaboração do autor.

Figura 8: Arranjo familiar de uma idosa, aparentemente vulnerável, em região de média vulnerabilidade, com relações familiares próximas em um lar intergeracional e vínculo forte com equipamento de saúde. São Carlos, SP, 2016.



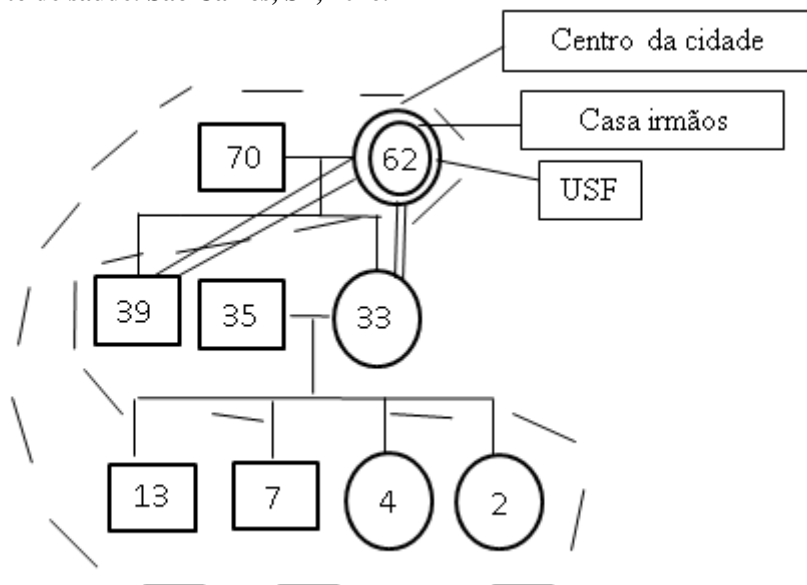
Fonte: Elaboração do autor.

Figura 9: Arranjo familiar de um idoso, aparentemente vulnerável, em região de média vulnerabilidade, com relações familiares próximas em um lar com filho residente e vínculo recíproco com igreja, comércio e equipamento de saúde. São Carlos, SP, 2016.



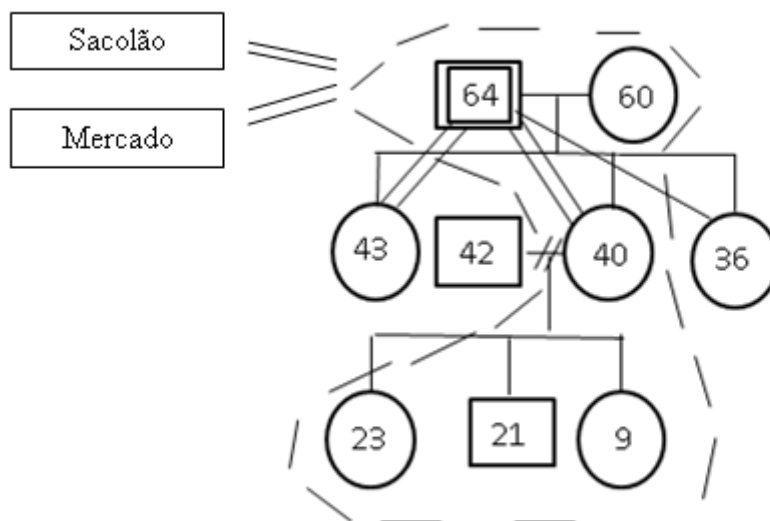
Fonte: Elaboração do autor.

Figura 10: Arranjo familiar de uma idosa, aparentemente vulnerável, em região de alta vulnerabilidade, com relações familiares próximas em um lar intergeracional e vínculo com irmãos e equipamento de saúde. São Carlos, SP, 2016.



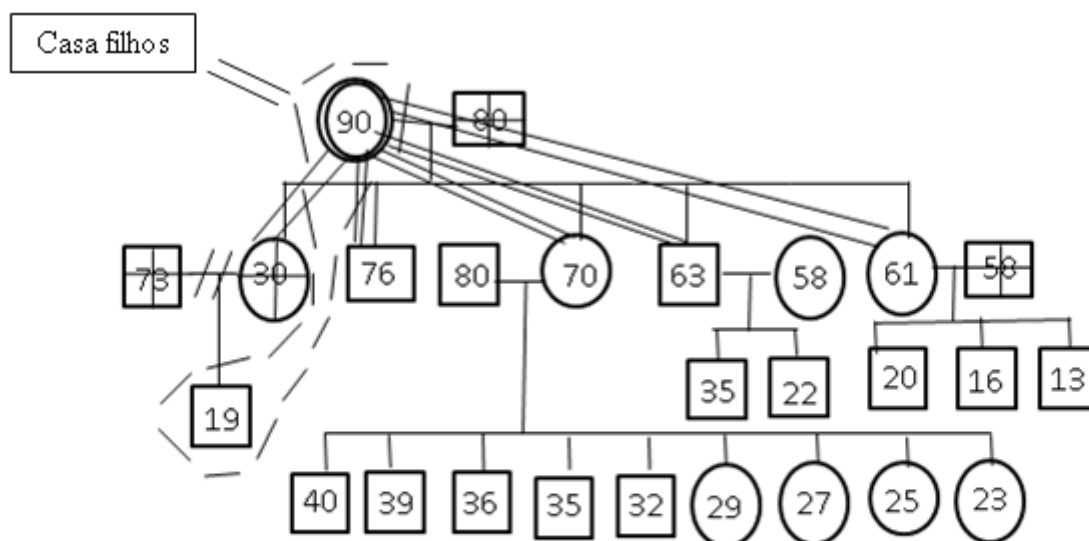
Fonte: Elaboração do autor.

Figura 11: Arranjo familiar de uma idosa, aparentemente vulnerável, em região de alta vulnerabilidade, com relações familiares próximas em um lar intergeracional e vínculo forte com comércio. São Carlos, SP, 2016



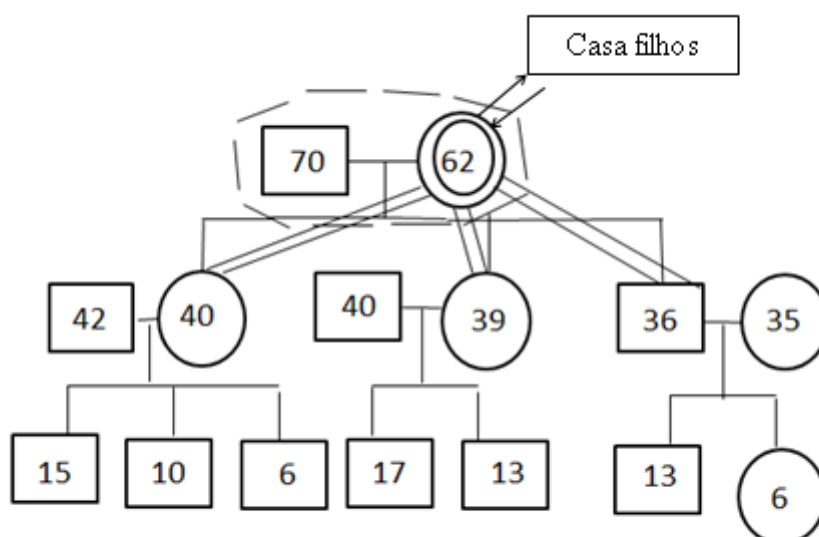
Fonte: Elaboração do autor.

Figura 12: Arranjo familiar de uma idosa, aparentemente vulnerável, em região de alta vulnerabilidade com relação familiar próxima em um lar com neto e vínculo com filhos. São Carlos, SP, 2016.



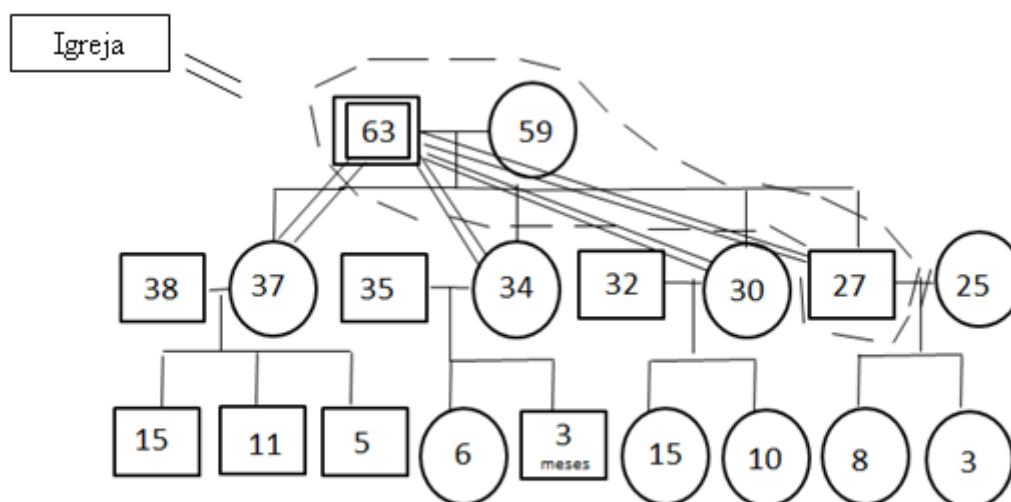
Fonte: Elaboração do autor.

Figura 13: Arranjo familiar de uma idosa, aparentemente vulnerável, em região de alta vulnerabilidade com relação familiar próxima em um lar com cônjuge e vínculo recíproco com filhos. São Carlos, SP, 2016.



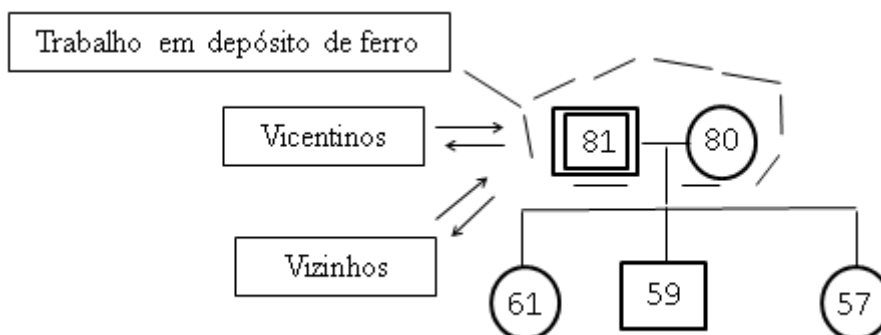
Fonte: Elaboração do autor.

Figura 14: Arranjo familiar de uma idosa, aparentemente vulnerável, em região de alta vulnerabilidade com relação familiar próxima em lar com filho e vínculo forte com igreja. São Carlos, SP, 2016.



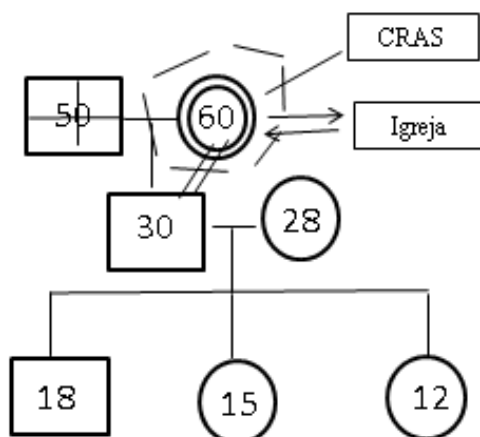
Fonte: Elaboração do autor.

Figura 15: Arranjo familiar de um idoso, aparentemente vulnerável em região de alta vulnerabilidade com vínculo recíproco com vizinhos e igreja. São Carlos, SP, 2016.



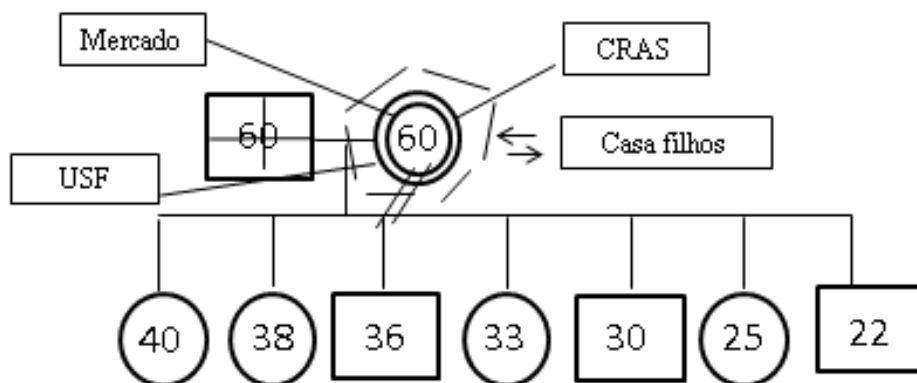
Fonte: Elaboração do autor.

Figura 16: Arranjo familiar de uma idosa aparentemente vulnerável em região de alta vulnerabilidade com vínculos próximo com igreja e equipamento social. São Carlos, SP, 2016.



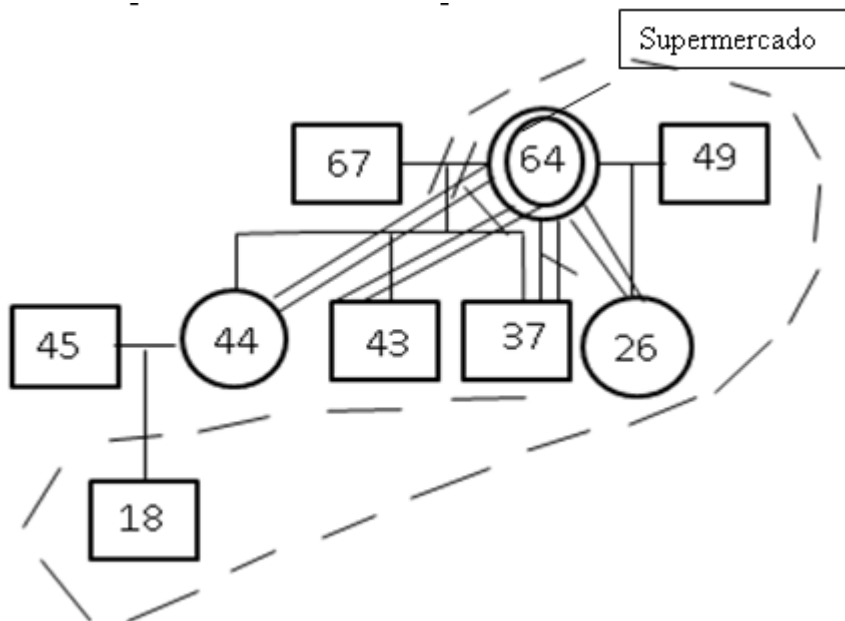
Fonte: Elaboração do autor.

Figura 17: Arranjo familiar de uma idosa aparentemente vulnerável em região de alta vulnerabilidade com vínculo próximo com família, equipamento de saúde e social. São Carlos, SP, 2016.



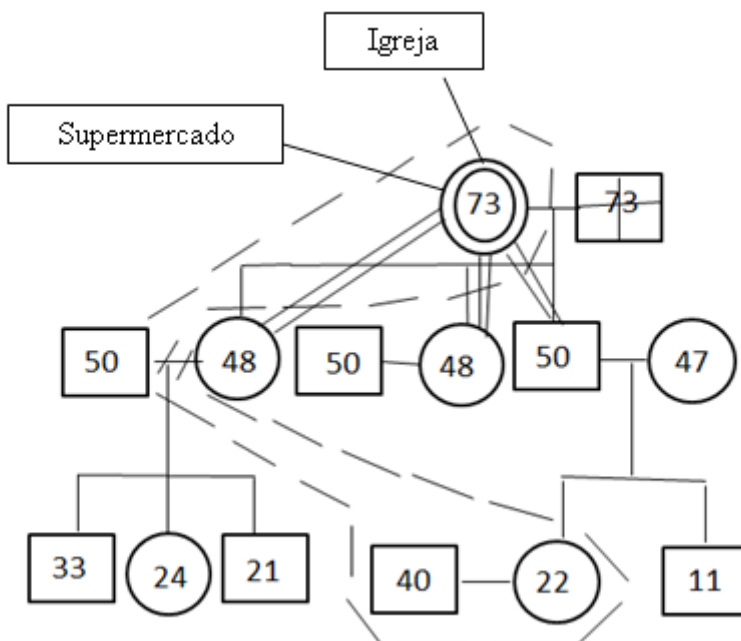
Fonte: Elaboração do autor.

Figura 18: Arranjo familiar de uma idosa com fragilidade leve em região de muito baixa vulnerabilidade com relações familiares próxima em um lar intergeracional e vínculo com supermercado. São Carlos, SP, 2016.



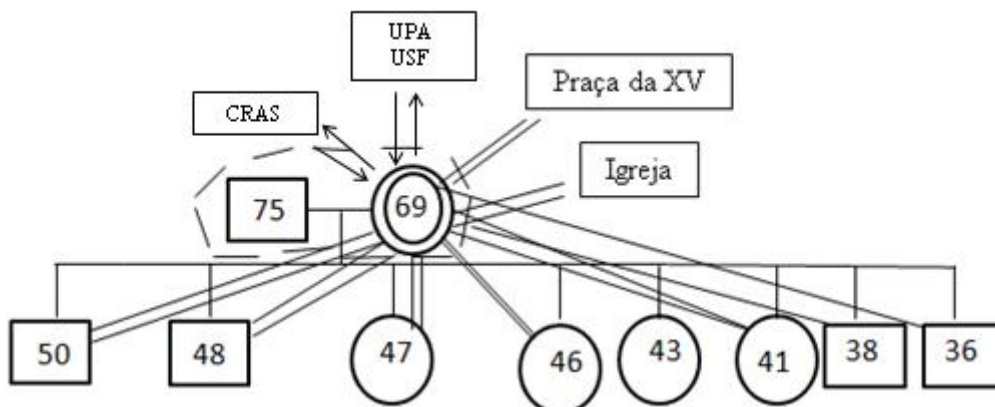
Fonte: Elaboração do autor.

Figura 19: Arranjo familiar de uma idosa com fragilidade leve em região de muito baixa vulnerabilidade com relações familiares próxima em um lar intergeracional e vínculo com igreja, supermercado e equipamento de saúde. São Carlos, SP, 2016.



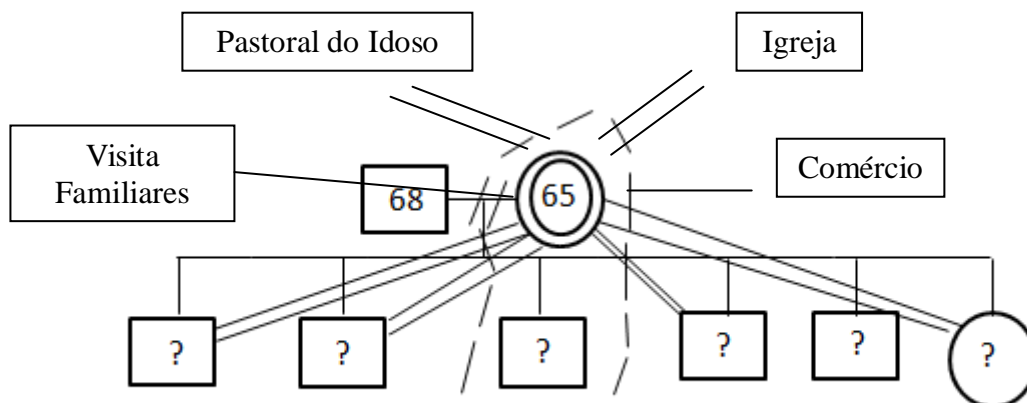
Fonte: Elaboração do autor.

Figura 20: Arranjo familiar de uma idosa com fragilidade leve em região com muito baixa vulnerabilidade com relação familiar próxima em um lar com cônjuge e vínculos próximo e recíproco com equipamentos de saúde e social, igreja e lazer. São Carlos, SP, 2016.



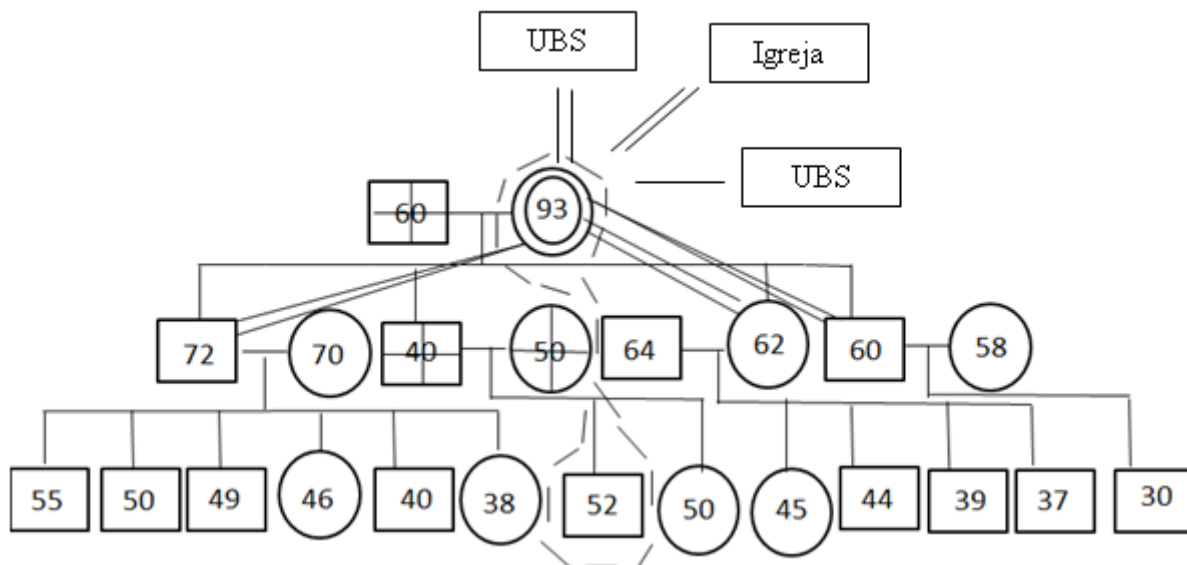
Fonte: Elaboração do autor.

Figura 21: Arranjo familiar de uma idosa com fragilidade leve em região com muito baixa vulnerabilidade com relação familiar próxima em um lar com filho e vínculos próximo e recíproco com igreja, comércio e família. São Carlos, SP, 2016.



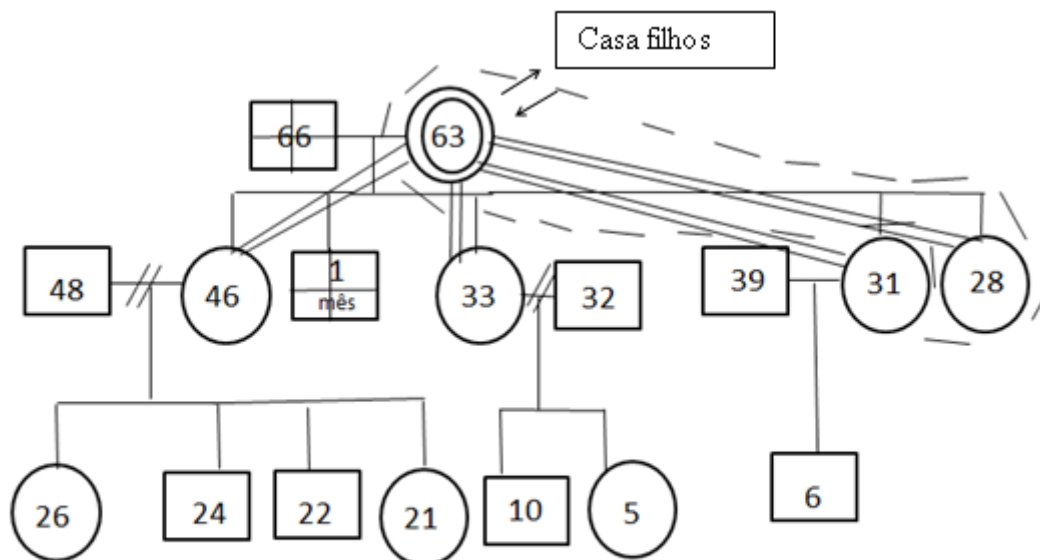
Fonte: Elaboração do autor.

Figura 22: Arranjo familiar de uma idosa com idade avançada, fragilidade leve, em região de média vulnerabilidade e relações familiares próxima em um lar com neto e vínculo com igreja e equipamento de saúde. São Carlos, SP, 2016.



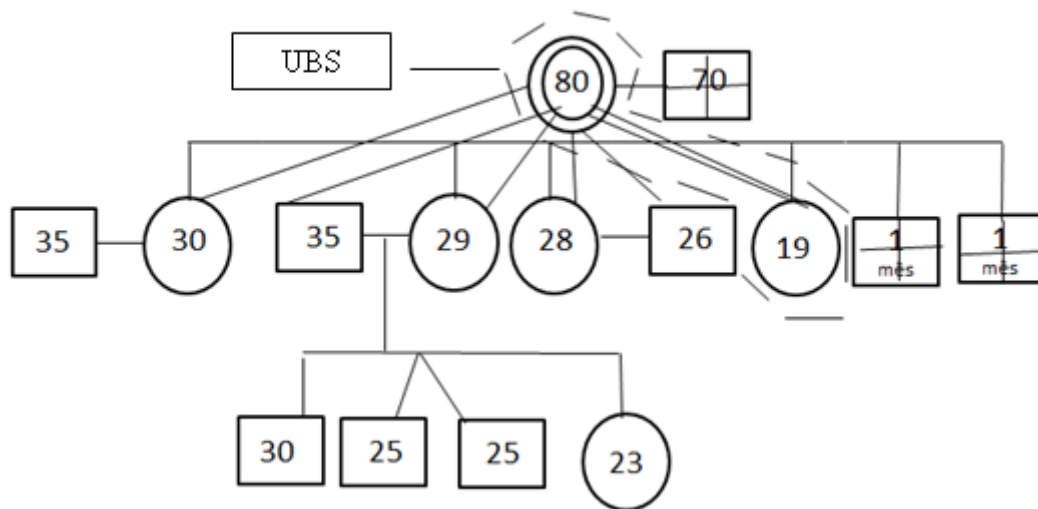
Fonte: Elaboração do autor.

Figura 23: Arranjo familiar de uma idosa com fragilidade leve em região de alta vulnerabilidade com relações familiares próxima em um lar com filho e vínculo com filhos. São Carlos, SP, 2016.



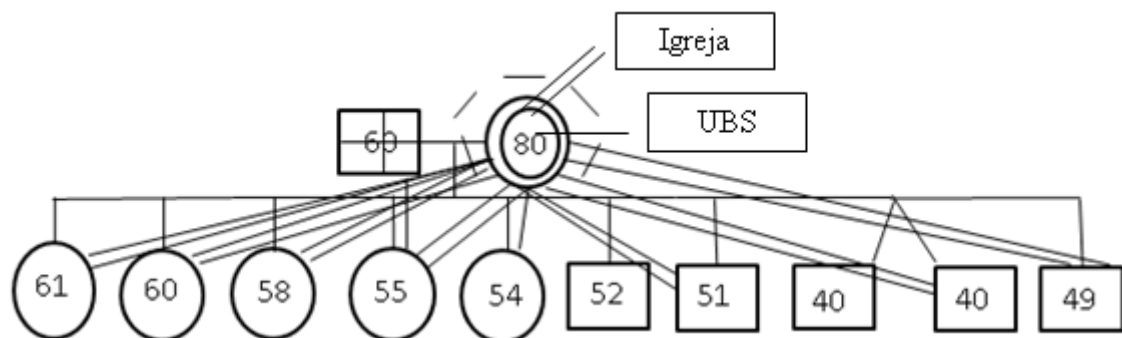
Fonte: Elaboração do autor.

Figura 24: Arranjo familiar de uma idosa com idade avançada, fragilidade leve, em região de alta vulnerabilidade com relações familiares próxima em um lar com filha e vínculo com equipamento de saúde. São Carlos, SP, 2016.



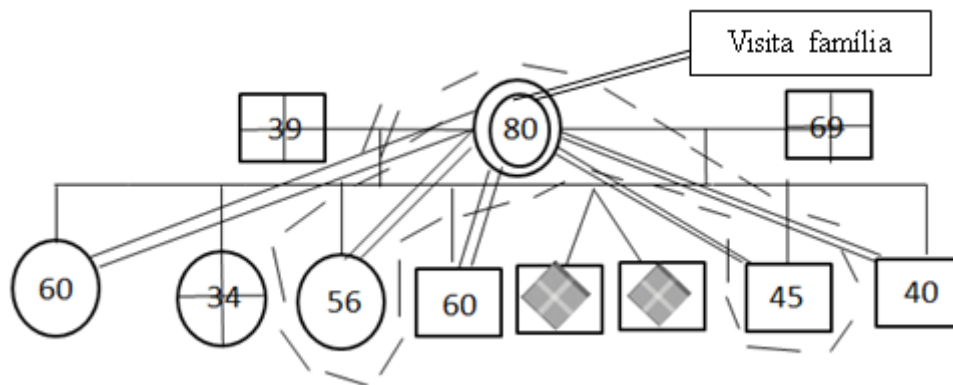
Fonte: Elaboração do autor.

Figura 25: Arranjo familiar de uma idosa com idade avançada, fragilidade leve em região de alta vulnerabilidade com relações familiares próxima em um lar unipessoal e vínculo com igreja e equipamento de saúde. São Carlos, SP, 2016.



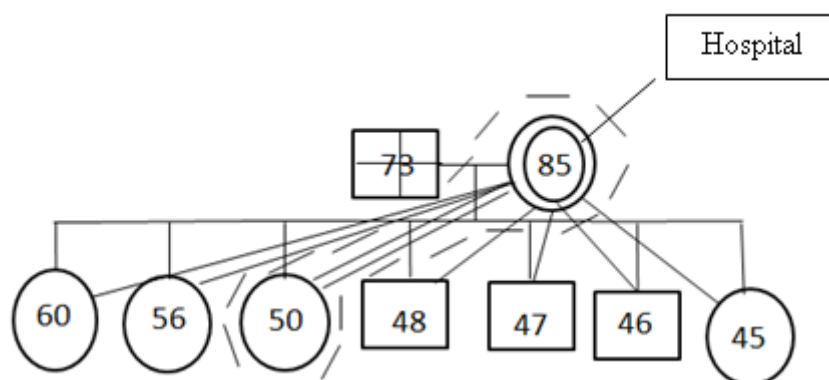
Fonte: Elaboração do autor.

Figura 26: Arranjo familiar de uma idosa com fragilidade leve em região de alta vulnerabilidade com relações familiares próxima em um lar com filhos e vínculo com família. São Carlos, SP, 2016.



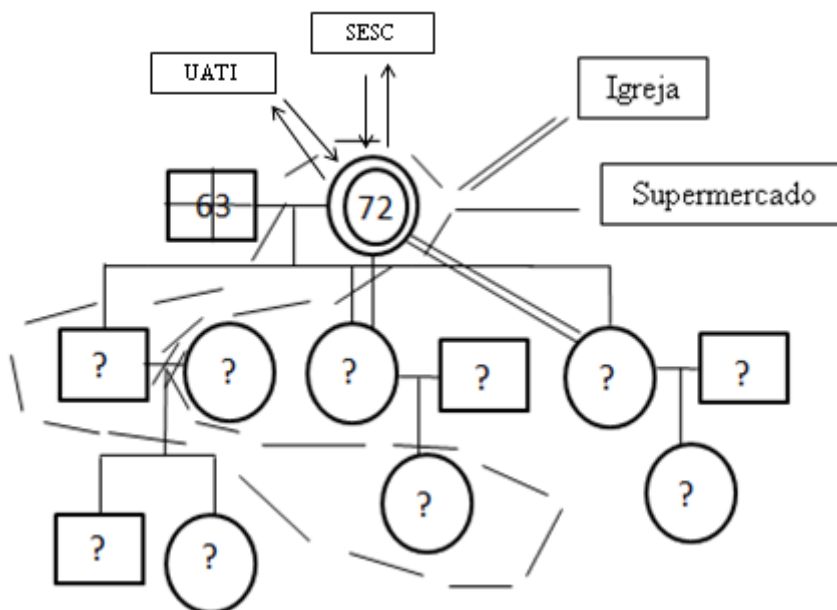
Fonte: Elaboração do autor.

Figura 27: Arranjo familiar de uma idosa com idade avançada, com fragilidade leve em região de alta vulnerabilidade com relações familiares próxima em um lar com filho e vínculo com hospital. São Carlos, SP, 2016.



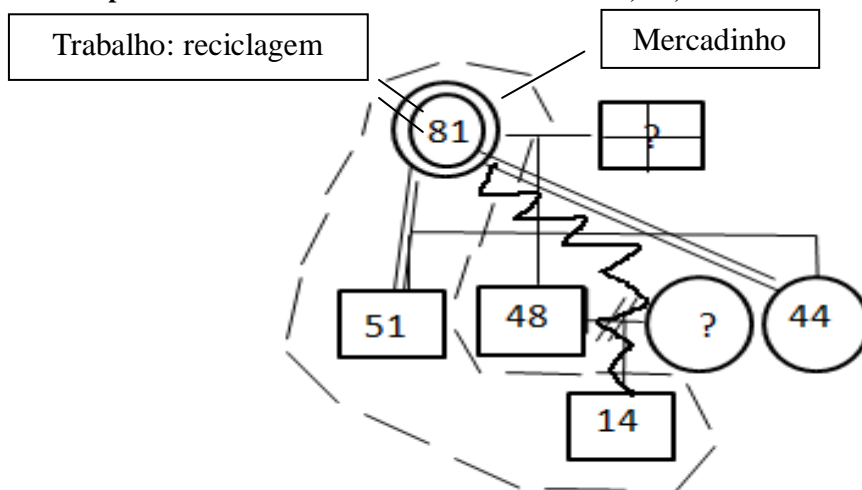
Fonte: Elaboração do autor.

Figura 28: Arranjo familiar de uma idosa com fragilidade leve em região de alta vulnerabilidade com relação familiar próxima em um lar intergeracional e vínculo com equipamento social e igreja. São Carlos, SP, 2016.



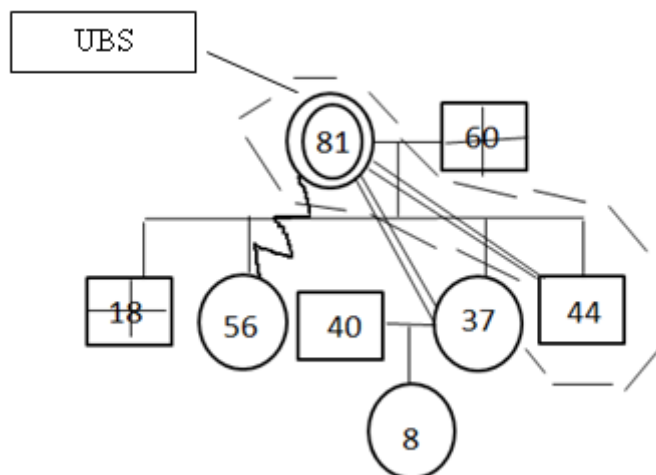
Fonte: Elaboração do autor.

Figura 29: Arranjo familiar de um idoso com idade avançada, fragilidade moderada em região com muito baixa vulnerabilidade com relação familiar conflituosa em um lar intergeracional e vínculos próximo com trabalho e comércio. São Carlos, SP, 2016.



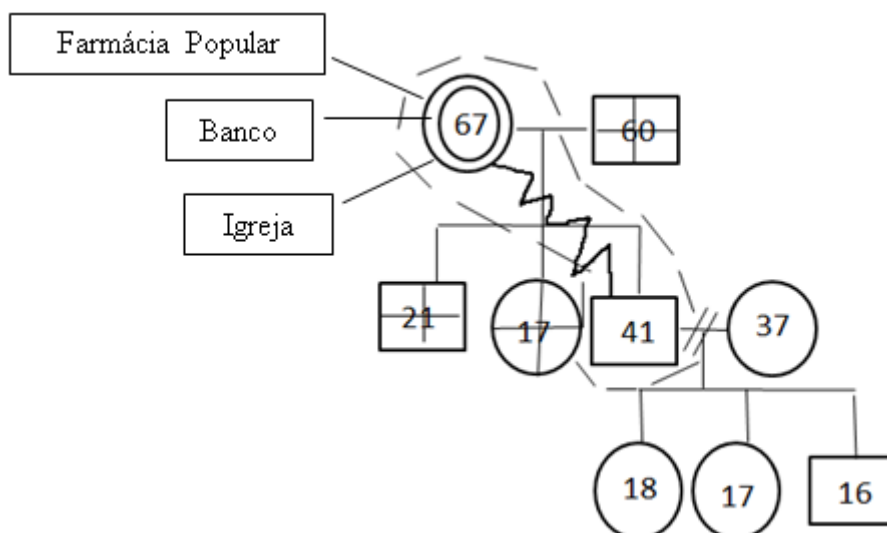
Fonte: Elaboração do autor.

Figura 30: Arranjo familiar de uma idosa com idade avançada, com fragilidade moderada em região de muito baixa vulnerabilidade com relação familiar conflituosa em um lar com filho e vínculo com equipamento de saúde. São Carlos, SP, 2016.



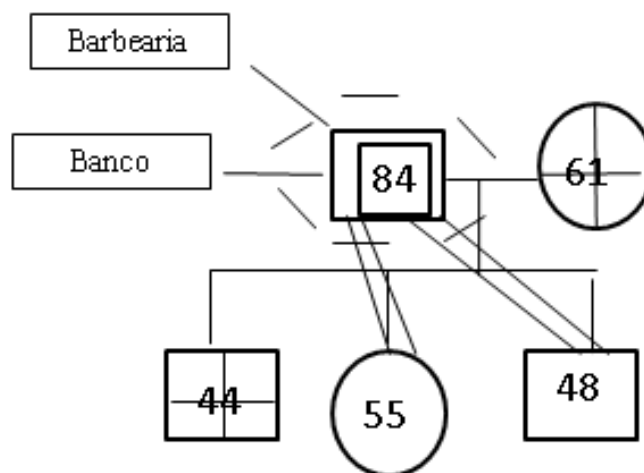
Fonte: Elaboração do autor.

Figura 31: Arranjo familiar de uma idosa com fragilidade moderada em região de muito baixa vulnerabilidade com relação familiar conflituosa em um lar com filho e vínculo com banco e igreja. São Carlos, SP, 2016.



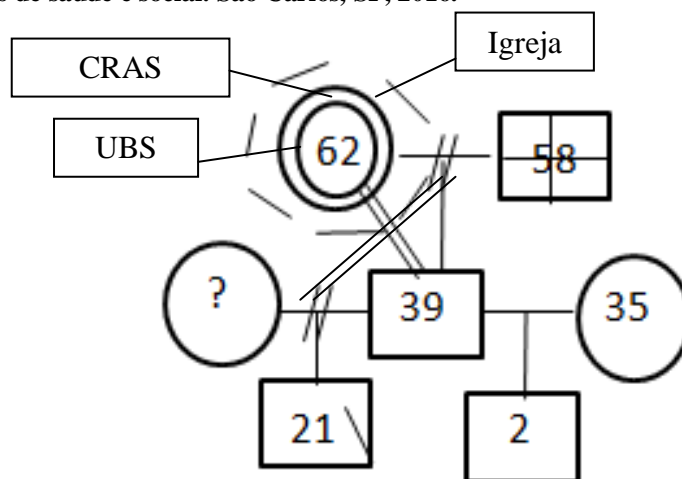
Fonte: Elaboração do autor.

Figura 32: Arranjo familiar de um idoso com idade avançada, fragilidade moderada em região de média vulnerabilidade com relações próximas em um lar unipessoal e vínculos próximos com banco e barbearia. São Carlos, SP, 2016.



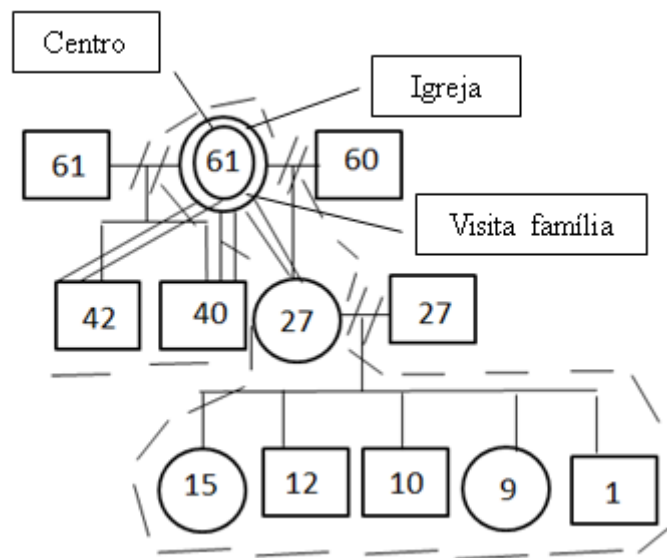
Fonte: Elaboração do autor.

Figura 33: Arranjo familiar de uma idosa com fragilidade moderada em região de média vulnerabilidade com relações familiares próximas em um lar unipessoal e vínculos próximos com equipamentos de saúde e social. São Carlos, SP, 2016.



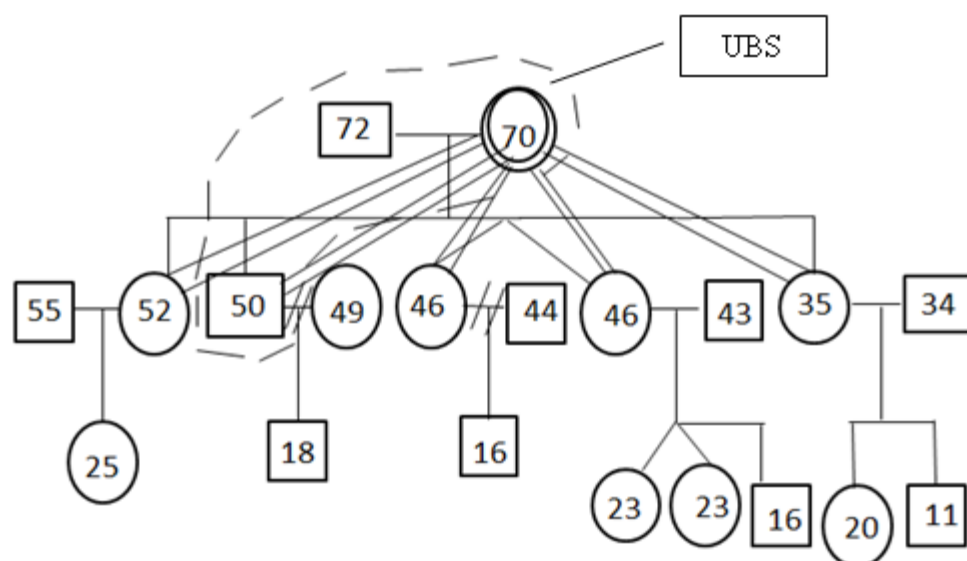
Fonte: Elaboração do autor.

Figura 34: Arranjo familiar de uma idosa com fragilidade moderada em região de média vulnerabilidade com relações familiares próxima um lar intergeracional e vínculo com comércio, família e igreja. São Carlos, SP, 2016.



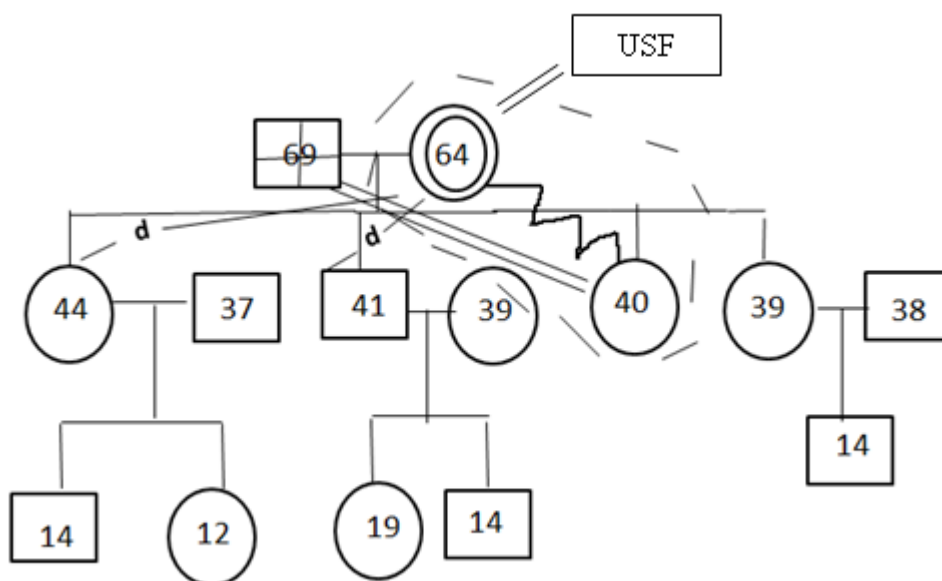
Fonte: Elaboração do autor.

Figura 35: Arranjo familiar de uma idosa com fragilidade moderada em região de média vulnerabilidade e relações familiares próxima em um lar com filha e vínculo com equipamento de saúde. São Carlos, SP, 2016.



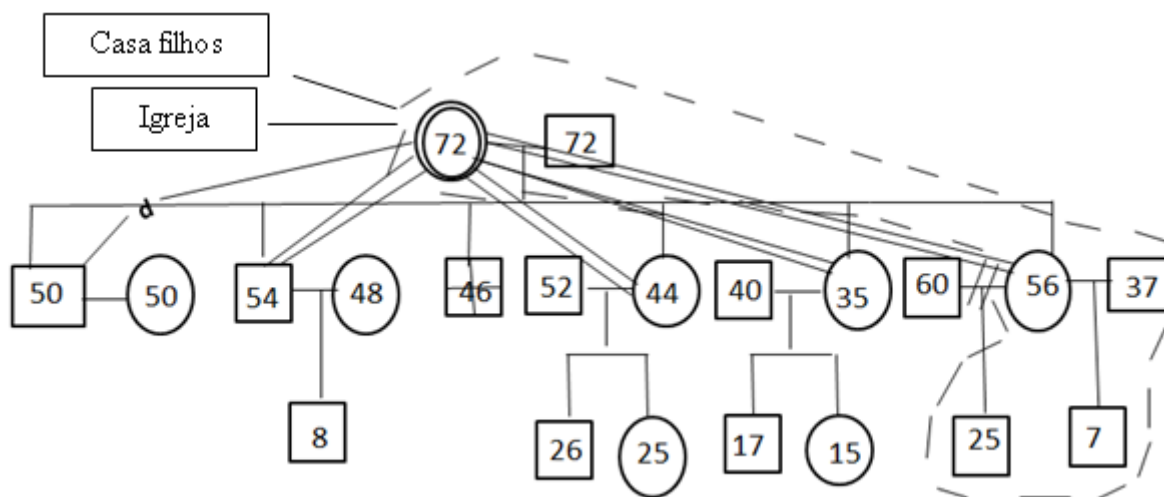
Fonte: Elaboração do autor.

Figura 36: Arranjo familiar de uma idosa com fragilidade moderada em região de alta vulnerabilidade com relação familiar conflituosa em um lar com filha e vínculo com equipamento de saúde. São Carlos, SP, 2016.



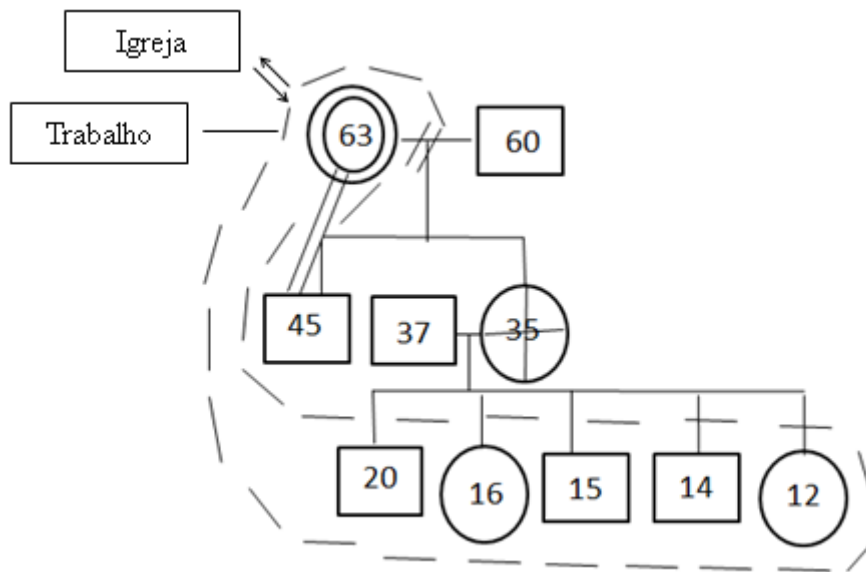
Fonte: Elaboração do autor.

Figura 37: Arranjo familiar de uma idosa com fragilidade moderada em região de alta vulnerabilidade com relações familiares próximas em um intergeracional e vínculo com família e igreja. São Carlos, SP, 2016.



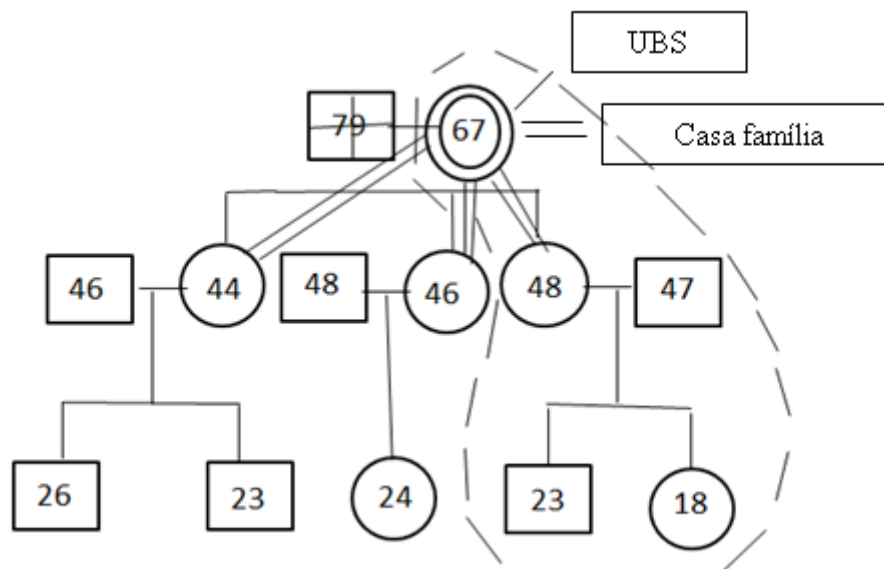
Fonte: Elaboração do autor.

Figura 38: Arranjo familiar de uma idosa com fragilidade moderada em região de alta vulnerabilidade com relação familiar próxima em um lar com filho e vínculo recíproco com igreja. São Carlos, SP, 2016.



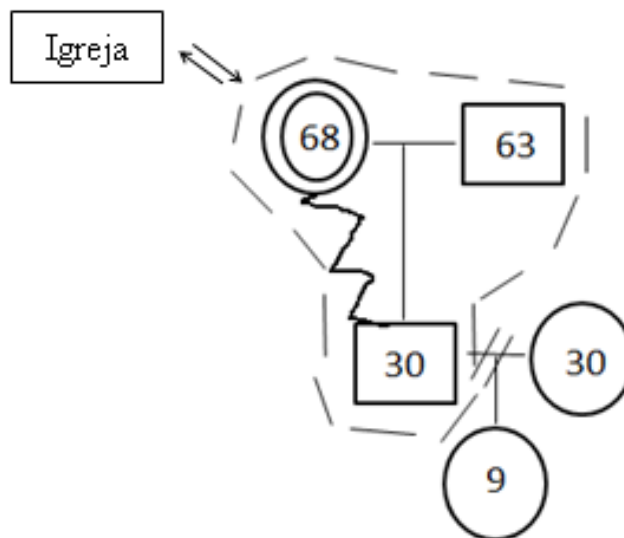
Fonte: Elaboração do autor.

Figura 39: Arranjo familiar de uma idosa com fragilidade severa em região de alta vulnerabilidade com relações familiares próximas em um lar intergeracional e vínculo forte com família e equipamento de saúde. São Carlos, SP, 2016.



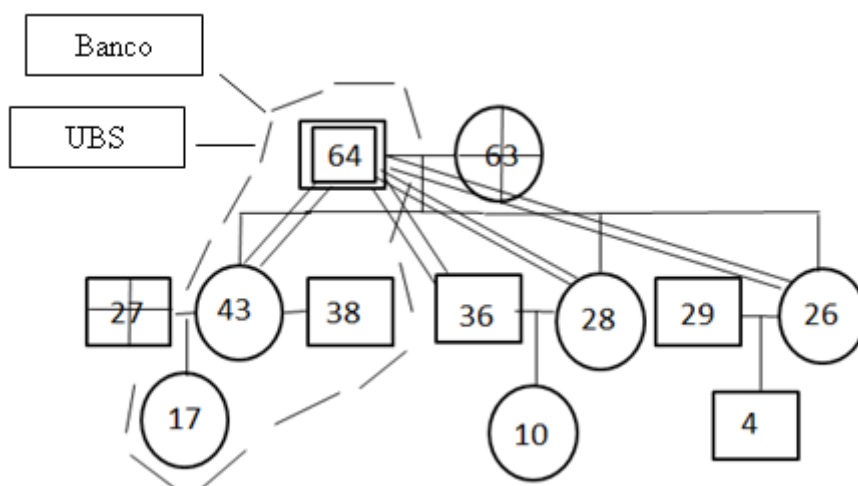
Fonte: Elaboração do autor.

Figura 40: Arranjo familiar de uma idosa com fragilidade severa em região de alta vulnerabilidade com relação familiar conflituosa em um lar com filho e vínculo recíproco com igreja. São Carlos, SP, 2016.



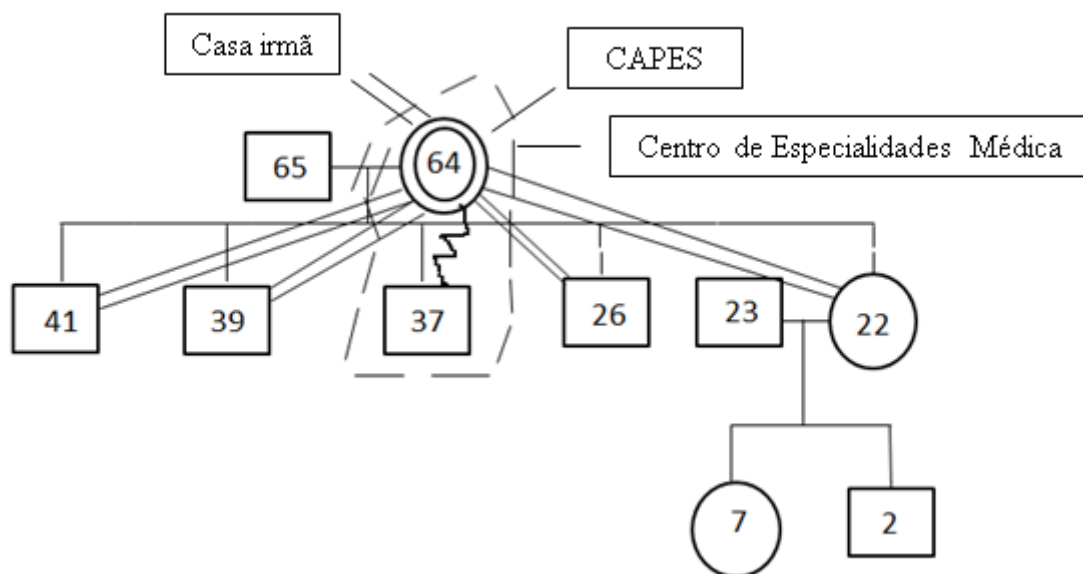
Fonte: Elaboração do autor.

Figura 41: Arranjo familiar de uma idosa com fragilidade severa em região de alta vulnerabilidade com relações familiares próximas em um lar intergeracional e vínculo com banco e equipamento de saúde. São Carlos, SP, 2016.



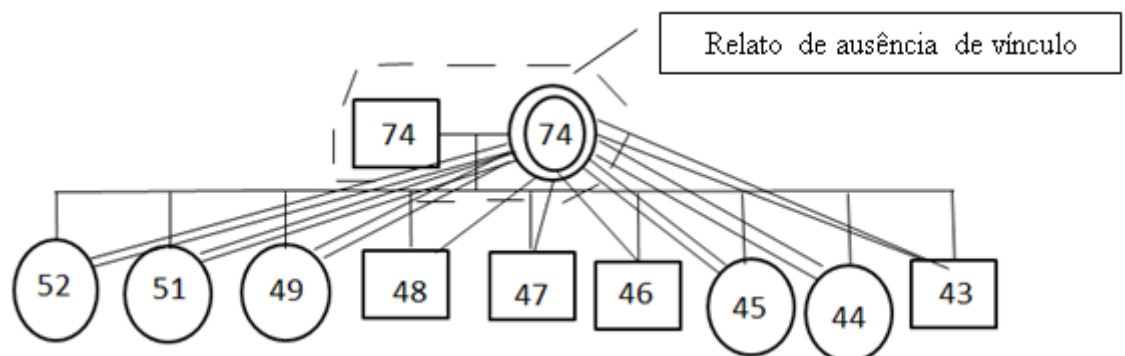
Fonte: Elaboração do autor.

Figura 42: Arranjo familiar de uma idosa com fragilidade severa em região de alta vulnerabilidade com relação familiar conflituosa em um lar com filho e vínculo com equipamentos de saúde. São Carlos, SP, 2016.



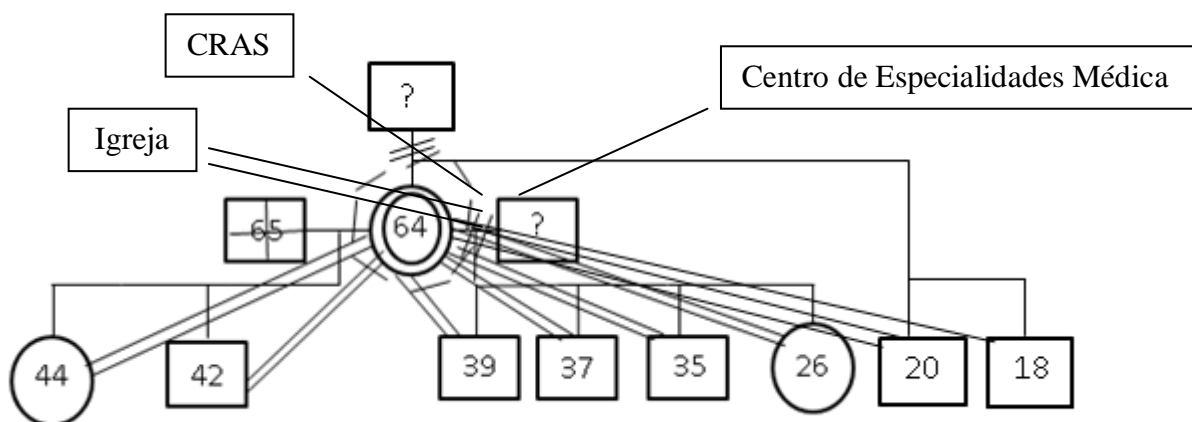
Fonte: Elaboração do autor.

Figura 43: Arranjo familiar de uma idosa com fragilidade severa em região de alta vulnerabilidade com relações familiares próxima em um lar com cônjuge e sem vínculo. São Carlos, SP, 2016.



Fonte: Elaboração do autor.

Figura 44: Arranjo familiar de uma idosa com fragilidade severa em região de alta vulnerabilidade com relações próximas em um lar unipessoal com vínculos próximo e recíproco com igreja e equipamentos de saúde e social. São Carlos, SP, 2016.



Fonte: Elaboração do autor.

6. DISCUSSÃO

6.1 Perfil Sociodemográfico, Saúde e Fragilidade

No presente estudo notou-se predominância do gênero feminino, com idade média de 68,52 anos, brancos, casados, baixa escolaridade e aposentados, semelhantes a pesquisas com população idosa no contexto nacional (GRDEN et al. 2015; ORLANDI; GESUALDO, 2014; LEONARDO et al. 2014; SANTOS et al. 2014; NERI et al. 2013; MEIRA et al. 2016).

Os dados sociodemográficos obtidos indicaram prevalência do gênero feminino, fato que corrobora com o conceito de feminização da velhice. De fato, as mulheres são as que possuem maior expectativa de vida, menores taxas de mortalidade por causas externas, menor exposição à riscos ocupacionais, consomem menos tabaco e álcool, em comparação aos homens e procuram por serviços de saúde e social (STORT et al. 2013). Quanto ao estado conjugal, 109 (44,13%) dos entrevistados eram casados, seguido de 94 (38,06%) viúvos, dado que corrobora com achados de outro estudo em que a menor expectativa de vida foi para os homens (FHON et al. 2013). A presente pesquisa apresenta baixo nível de escolaridade na população de idosos cadastrados em CRAS e isso pode ser decorrente das condições de vida. Evidências apontam que o nível de escolaridade é um fator preditivo para efeitos adversos na saúde das pessoas idosas (GUTIÉRREZ-ROBLEDO; ÁVILA-FUNES, 2012). Além disso, idosos com baixa escolaridade podem apresentar problemas de saúde mental, condições crônicas e fragilidade além de exclusão social, menor acesso às informações e condições socioeconômicas desfavoráveis (SANTOS et al. 2013). No que tange à ocupação atual, houve predominância de idosos aposentados, sendo 137 (55,47%) dos 247 entrevistados. Aposentadoria, pensões e benefícios do Governo são as principais fontes de renda e sustento dos idosos na população brasileira, o que confirma com os achados do presente estudo (WENDT et al. 2015).

Andrew et al. (2010) apresentam que o status socioeconômico em idosos é um conceito amplo que inclui fatores como a escolaridade, ocupação, renda, riqueza e privação. A renda por sua vez, na maioria dos casos, afeta o estado de saúde daqueles que possuem limitação de acesso à serviços. Outro ponto de vista é que a escolaridade influencia a saúde por meio do estilo de vida e comportamentos. Nesse contexto, a vulnerabilidade se relaciona com o status educacional, segundo indivíduos, regiões e grupos sociais (RINCO; LOPES; DOMINGUES, 2012).

Realizada a comparação do nível de fragilidade avaliado segundo a EFE em relação ao perfil sociodemográfico dos entrevistados, obteve-se que para gênero feminino, os que eram brancos, católicos e aposentados possuíam fragilidade em algum nível. Esses dados se assemelham com pesquisa realizada com idosos na comunidade que apresenta o gênero feminino com maior nível de fragilidade avaliados segunda EFE (LEONARDO et al. 2014; FERNANDES et al. 2013). A maior prevalência de fragilidade nas mulheres decorre delas viverem mais, além disso estudos apontam que as mulheres possuem maior dependência econômica, são influenciadas por condições marcadas por questões sexuais e possuem vida social restrita (DUARTE et al. 2012). Estudo em contexto brasileiro encontrou que cerca de 39,1% dos idosos eram frágeis e a síndrome da fragilidade se relacionou com o sexo feminino, segundo critérios de Fried (NERI et al. 2013). Em contexto internacional, estudo realizado com idosos da comunidade pelo Cardiovascular Health Study, nos Estados Unidos, obteve que 6,3% dos participantes foram considerados frágeis e entre eles 68,5% eram mulheres, de acordo com o fenótipo de Fried (FRIED et al. 2001). Estudo realizado pela University of Alberta no Canadá, obteve prevalência de fragilidade nas mulheres em um total de 38,2%, segundo Índice de Fragilidade proposto por Rockwood (GRAHAM et al. 2013).

No presente estudo foi analisada Avaliação Subjetiva da Saúde. Dos entrevistados, obteve avaliação da saúde como “regular” e em comparação com outras pessoas avaliação de “pior” saúde. De igual maneira, quando realizada a comparação da saúde com o nível de fragilidade, obteve percepção “regular” para os idosos que tiveram fragilidade moderada. Em estudo com 1432 idosos da comunidade no estado de São Paulo, com idade média de 69,5 anos, verificou a autoavaliação da saúde e obtiveram percepção “ruim” nos idosos avaliados (BORIM et al. 2014). Outro estudo realizado com 85 idosos em zona rural, com idade média de 73 anos, buscou analisar a autopercepção de saúde aos fatores associados e também apresentou percepção “ruim” de saúde com prevalência nas mulheres (PEDREIRA et al. 2016). Na literatura há indicativos que pesquisar a percepção da saúde tem sido um importante marcador de bem estar e qualidade de vida, pois a maneira com que as pessoas lidam com sua saúde podem determinar suas escolhas, comportamentos e estilos de vida, podendo ser fator preditor para a fragilidade e conseqüentemente para a morte (SILVIA; JÚNIOR; VILELA 2014).

6.2 Fragilidade

Na presente pesquisa pode ser verificado fragilidade nos idosos entrevistados. Dos 247, 21,45% se apresentaram vulneráveis e 36,84% apresentaram fragilidade em algum nível - leve, moderada ou severa. Estudo realizado com idosos atendidos em equipamento de atenção básica no interior paulista, entrevistou 128 idosos e obteve que 21,4% eram vulneráveis e 30,1% apresentaram fragilidade em algum nível, segundo a EFE, dado semelhante aos achados do presente estudo (FERNANDES et al. 2013). Em um estudo realizado com 50 idosos da comunidade para verificar a fragilidade segundo a EFE, obteve que 24% dos entrevistados estavam aparentemente vulneráveis enquanto que 64% estavam frágeis, com prevalência para as mulheres e baixa escolaridade (LEONARDO et al. 2014). Outro estudo realizado com 240 idosos na comunidade no interior paulista, obteve que 39,1% eram frágeis, sendo prevalente as mulheres casadas (FHON et al. 2013).

Estudos brasileiros multicêntricos realizados obtiveram fragilidade entre os idosos. O estudo realizado pelo SABE – Saúde, Bem estar e Envelhecimento, no município de São Paulo, foram avaliados 433 idosos, segundo fenótipo de Fried e obteve a prevalência de 14,1% de fragilidade em 2006, elevando-se para 45% em 2008, demonstrando aumento de fragilidade com o passar da idade (LOURENÇO et al. 2015). Outro estudo multicêntrico é o estudo da Rede FIBRA – Fragilidade em Idosos Brasileiros - que avaliaram 3478 idosos na comunidade, segundo fenótipo de Fried e obteve que 9,1% estavam frágeis (NERI et al. 2013). Os resultados da presente pesquisa corroborou achados que tiveram associação da fragilidade com o gênero feminino, baixo nível de escolaridade e comprometimento cognitivo.

Estudos realizados em contexto internacional, também verificaram fragilidade. O Cardiovascular Health Study envolveu idosos residentes na comunidade estadunidense, e obteve que 6,3% dos participantes eram frágeis e 48,3% não estavam frágeis, a incidência de fragilidade em quatro anos foi de 7,2% e esteve prevalente nas mulheres (NERI et al. 2013). Estudo realizado no Japão com 495 idosos, entre todos os participantes, 45,9% foram classificados como não frágeis e 8,3% frágeis, segundo fenótipo de Fried (CHEN et al. 2014).

Avaliar a fragilidade em idosos nos últimos cinco anos tem sido interesse para pesquisadores com a intenção de verificar aqueles que mais necessitam de atenção médica e assistencial. Em consenso realizado por Gray e colaboradores (2016) verificaram diferentes instrumentos para avaliar a fragilidade. Dos 70 estudos elegíveis,

36 utilizaram os critérios de Fried para avaliar a fragilidade, enquanto que 20 utilizaram o Índice de Fragilidade, proposto pelo Canadian Study of Health and Aging e oito utilizaram a EFE. No entanto, a forma de rastreio da fragilidade para alguns instrumentos ainda não está claro que é uma medida válida de fragilidade em diferentes contextos. O modelo proposto Fried, embora amplamente aceito e utilizado em pesquisas, tem sido criticado como sendo muito dependente de medidas da função física com pouca consideração da saúde mental e das comorbidades. Além de alguns perguntas serem relatadas, seria impróprio tratar algumas condições sem conhecer sua causalidade. Paralelamente, a EFE é composta por questionário de condições clínicas e sociais e tem sido mais utilizada em contexto brasileiro mostrando-se como uma escala adequada à população pesquisada, por ser objetiva e estar em conformidade com o contexto estudado (CESARI et al. 2013). É necessária validação de instrumentos para identificar idosos frágeis, com a intenção de desenvolver estratégias de prevenção no contexto em que o mesmo está inserido.

Em relação à comparação da fragilidade com a vulnerabilidade social obteve que os mais frágeis residiam em regiões de alta vulnerabilidade. A vulnerabilidade social está associada com fatores referentes às condições financeiras, escolaridade, acesso aos serviços de saúde e ausência de suporte social podendo ser desfecho de risco para a fragilidade (GUTIERREZ-ROBLEDO; ÁVILA-FUNES, 2012; ANDREW, 2010). Assim, o idoso fragilizado em situação de vulnerabilidade significa assegurar-lhe proteção de vida para além de proteção de sua integralidade moral, dignidade humana e autonomia (MAIA, 2011).

6.3 Qualidade de vida, Satisfação Global com a Vida e Fragilidade

Investigada a qualidade de vida no presente estudo, obteve maior pontuação no domínio relação social, média de 67,51 pontos no Whoqol-bref e melhor pontuação no domínio morte e morrer, 71,42 pontos no Whoqol-old. Estudo realizado com 76 idosos da comunidade, com idade média de 76,5 anos, o domínio melhor pontuado no Whoqol-bref foi relação social, com uma média de 67,8 pontos (VITORINO et al. 2013). Outro estudo realizado com 238 idosos, com idade média de 69,1 anos, encontrou melhor pontuação no Whoqol-bref no domínio relação social, com média de 68,7 pontos (REIS et al. 2015), dados que corroboram achados desse estudo. O domínio relação social avalia a satisfação do idoso quanto aos amigos, parentes, conhecidos, colegas e à atividade sexual (FLECK et al. 2000). Esse domínio abrange o apoio e suporte social

que o idoso recebe interno e externamente, o que possibilita a uma rede contatos ativa.

Pesquisa realizada com 239 idosos da comunidade com idade média de 64 anos encontrou melhor domínio pontuado para morte e morrer, média de 17 pontos, no Whoqol-old (ROCHA et al. 2016). Estudo multicêntrico realizado com 100 idosos, com idade média de 84 anos, obteve melhor pontuação no domínio morte e morrer, média de 72,7 pontos, no Whoqol-old (GONÇALVES et al. 2013). O domínio morte e morrer evidencia a capacidade de enfrentamento em relação à morte, sendo observada preocupação maior com o risco de sofrimento que a antecede (FREITAS et al. 2016). Destaca que a QV investigada no presente estudo corroborou achados na literatura. Ressalta a importância de investigar QV em populações residentes em áreas vulneráveis, considerando que a QV pode sofrer influência de indicadores de moradia, saúde e educação (OLIVEIRA; SANTOS, 2011).

Quando realizado a comparação de média entre os níveis de fragilidade e com os domínios do Whoqol-bref e Whoqol-old, pode perceber que os idosos que não apresentaram fragilidade e tiveram melhor pontuação no domínio meio ambiente e morte e morrer. O meio ambiente abrange questões em relação à satisfação do local em que vive, cuidados de saúde, participação em eventos da comunidade, o que pode demonstrar percepção e autonomia do idoso em relação ao local em que reside (FLECK et al. 2000). Em relação ao domínio morte e morrer, esse foi o domínio que mais obteve pontuação entre os idosos, o que de fato estão satisfeitos quanto aos sentimentos e inquietações diante da morte (ALMEIDA et al. 2014). Quanto à comparação da fragilidade em relação à qualidade de vida avaliada nos idosos desse estudo, pode ser verificado que quanto maior o nível de fragilidade menor foi a média de pontuação para qualidade de vida. Uma revisão sistemática realizada com estudos prospectivos em contexto internacional verificou a associação entre fragilidade e qualidade de vida de idosos na comunidade. Foram utilizados diferentes instrumentos para verificar fragilidade e qualidade de vida e o estudo contou com a análise de 11 artigos. Houve associação entre fragilidade e pior qualidade de vida para os pré frágeis e frágeis para os domínios físico e mental, independente dos instrumentos utilizados (KOJIMA et al. 2016).

Quanto à comparação da vulnerabilidade com a qualidade de vida, o domínio social do Whoqol-bref obteve maior média para alta e muito baixa vulnerabilidade enquanto que para o Whoqol-old o domínio morte e morrer obteve maior pontuação para alta, média e muito baixa vulnerabilidade. Estudo realizado com idosos da

comunidade e cadastrados em equipamento de atenção básica obteve melhor pontuação para o domínio relação social e morte e morrer (GONÇALVES et al. 2013). Verificou no presente estudo que para as regiões com alta vulnerabilidade obteve-se menor pontuação para qualidade de vida. A qualidade de vida definida como a percepção do indivíduo acerca de sua vida pode estar relacionada com aspectos culturais, éticos, religiosos, podendo ser compreendida como a satisfação das necessidades básicas em uma dada estrutura social (ZHAN, 1992). A OMS define qualidade de vida como a percepção individual de completo bem estar mental e social (FLECK et al. 1999). Em contrapartida, a qualidade de vida pode sofrer influências de indicadores de taxa de violência, saneamento básico, transporte, saúde, educação e moradia, acarretando consequências negativas (OLIVEIRA; SANTOS, 2011).

Na presente investigação quanto à avaliação da Satisfação Global com a Vida, obteve que os idosos entrevistados estavam satisfeitos com a vida, bem como com as amizades, relações familiares e ambiente em que vivem. Pesquisa realizada em contexto brasileiro com idosos residentes da comunidade entre 60 e 69 anos verificou melhor satisfação com a vida comparada com a de outras pessoas (SPOSITO et al. 2013). Em contexto internacional, estudo realizado com 1970 idosos chineses de 65 ou mais anos, obteve associação negativa entre a satisfação com vida, porém a fragilidade se relacionou com a satisfação com a vida entre os idosos mais jovens (YANG; DANAN; MITNITSKI 2016). A satisfação com a vida é um forte indicador para a qualidade de vida, não se referindo apenas aos aspectos de viver bem mas também às necessidades de satisfação social e psicológica (FLECK et al. 2000).

6.4 Cognição e Fragilidade

O presente estudo apresentou possível comprometimento cognitivo entre os idosos avaliados. Verificou-se pontuação abaixo da nota de corte e o domínio menor pontuado foi visuo-espacial executiva.

Verificada a comparação da fragilidade com a cognição dos idosos avaliados obteve que os idosos que tiveram fragilidade em algum nível possuíam comprometimento cognitivo. O menor domínio pontuado foi visuo-espacial executiva, que avalia a alternância de trilha, desenho do cubo e TDR. Estudo realizado em contexto brasileiro com idosos utilizando outros instrumentos para medição de fragilidade e cognição obteve baixo desempenho cognitivo para os idosos frágeis com faixa etária de idade de 65 a 74 anos e apresentaram fragilidade (FARIA et al.

2013). Outro estudo realizado com idosos que utilizou a EFE para verificar fragilidade com outro instrumento para verificar a cognição, obteve que dentre os frágeis, 20% apresentaram déficit cognitivo em uma amostra de 50 idosos avaliados (LEONARDO et al. 2014). A literatura aponta que a presença de déficit cognitivo ocasiona dificuldades na rotina dos idosos, além de alterações na autoestima e na qualidade de vida (DINIZ et al. 2013). Além disso, com o envelhecimento tende a ocorrer uma diminuição da capacidade cognitiva nas pessoas idosas podendo ser impulsionado por fatores genéticos, culturais, hábitos de vida e presença de comorbidas (ZORTEIA et al. 2015).

Verificado na presente pesquisa a comparação da vulnerabilidade com a cognição, obteve que para todas as vulnerabilidades, alta, média e muito baixa os idosos possuíam comprometimento cognitivo. A literatura aponta que a escolaridade pode ser considerada como um fator de proteção no envelhecimento contra o comprometimento cognitivo. Estudo multicêntrico brasileiro realizado com idosos na comunidade, identificou déficit cognitivo em 24,8% da população de estudo e com escolaridade de um a quatro anos (NERI et al. 2013). Andrew; Rockwood (2010) em estudo para verificar associação da vulnerabilidade com a cognição em idosos canadenses, constatou-se que os indivíduos que residiam em alta vulnerabilidade tiveram 36% maior probabilidade de declínio cognitivo, além disso, estudos apontam que idosos em contexto de vulnerabilidade tende a ter menor nível de escolaridade (GUTIERREZ-ROBLEDO; ÁVILA-FUNES, 2012) podendo ser fator de risco para comprometimento cognitivo (TRINDADE et al. 2013). O comprometimento cognitivo em idosos com menor escolaridade pode estar relacionado à menor acesso de estímulos, ficando restritas as relações externas e desenvolvendo um sentimento de ineficácia ao longo dos anos, sendo desfecho para a fragilidade (SANTOS et al. 2013; VAINGANKAR et al. 2016).

6.5 Relações Familiares, Externas e Fragilidade

Na presente pesquisa pode ser verificado segundo Genograma que os idosos residiam em lar intergeracional e possuíam relação próxima com os membros familiares. Dos 247 entrevistados, houve prevalência de 48,1% de filhos residentes no mesmo lar com o idoso e 23,48% com netos. Realizada a comparação da fragilidade dos idosos em lar com filhos, houve predominância nos que possuíam fragilidade severa. Em relação à vulnerabilidade houve predominância no lar com filhos e relação próxima em todas as vulnerabilidades (alta, média e muito baixa).

Quanto às relações externas avaliada segundo Ecomapa, foi constatado o vínculo do idoso entrevistado. Dos respondentes, 51% possuíam vínculo externo com familiares, seguido de equipamento de saúde, social e instituição religiosa. A média de vínculos externos entre os entrevistados foi de 2,18. Quanto à fragilidade, os entrevistados que possuíam vínculo com a família, equipamento social e igreja não estavam frágeis e os que possuíam vínculo com equipamento de saúde possuíam fragilidade em algum nível. Os idosos que não possuíam nenhum vínculo apresentaram fragilidade em algum nível, os que possuíam de um a três ou mais vínculos não estavam frágeis. Em relação à vulnerabilidade, não houve vínculo para aqueles que residiam em alta vulnerabilidade e obteve de um a dois vínculo para média e muito baixa vulnerabilidade.

Estudo realizado com 166 idosos na Paraíba verificou arranjo familiar trigeracional (idoso, filho e neto) com prevalência de 30,1%. No que tange a fragilidade, 39,2% não apresentaram fragilidade e 39,2% apresentaram fragilidade em algum nível, o que corroborou achados da presente pesquisa (DUARTE et al. 2013). Outro estudo realizado com 240 idosos no interior paulista, obteve que 8,8% dos idosos residiam em lares trigeracionais. Em relação à fragilidade avaliada segundo a EFE, 11,3% apresentaram fragilidade moderada e 9,6% fragilidade severa (FHON et al. 2013). Em estudo do SABE, realizado em São Paulo com 433 idosos, verificou que dos 30,3% dos idosos residiam com filhos e 20,4% com filhos e netos (BRITO et al. 2015), dados semelhantes aos encontrados nesse estudo.

Quanto ao arranjo familiar multigeracional, estudo aponta que a estrutura familiar atualmente constituiu em uma organização característica da população de idosos brasileiros mais pobres que está composta por filhos e netos. Tal fato é situação preocupante, uma vez que, no âmbito familiar do idoso, verifica-se uma realidade em que ele é a fonte de renda de seu núcleo familiar (DUARTE et al. 2016).

Estudo realizado com 85 idosos em diferentes contextos de vulnerabilidade social, obteve que 13,3% possuíam filhos e 6,7% netos no mesmo lar e residiam em regiões com alta vulnerabilidade (LUCHESE et al. 2015). Estudo brasileiro realizado com famílias de idosos cadastrados em equipamento de atenção primária, verificou a vulnerabilidade de 403 famílias e obteve arranjo familiar multigeracional, alta taxa de analfabetismo entre os idosos e alta vulnerabilidade em 95 famílias (AMENDOLA et al. 2015). Em estudo para verificar o apoio social em 33 idosos cadastrados em equipamento de atenção básica em contexto de vulnerabilidade houve a prevalência de

vínculo com filhos e netos, seguido de cônjuges e amigos, dados semelhantes aos encontrados no presente estudo (COSTA et al. 2013). Em estudo com idosos que vivem em contexto de vulnerabilidade social, apontou a existência de possível relação do suporte familiar com a vulnerabilidade, porém não houve correlação (INOUYE et al. 2010).

Segundo Andrew (2010;2015) o apoio social refere-se às várias fontes de ajuda e recursos obtidos por meio de relações sociais como a família, amigos e outros prestadores de cuidados, sendo que os tipos de apoio social incluem o apoio emocional-relação com pessoas próximas, instrumental- auxílio para as ABVD e informativo-fornecimento de informações ou conselhos, assim os idosos podem oferecer apoio financeiro em troca receber apoio instrumental. Por outro lado, os vínculos externos são representados pela participação do idoso em atividades sociais, ocupacionais ou em grupo.

Analisado os genogramas dos idosos entrevistados na presente pesquisa, obteve-se que 48,10% dos idosos possuíam de um a dois filhos residentes no mesmo lar e 23,48% haviam de um a dois netos, caracterizando um lar intergeracional. Nas relações externas ao grupo familiar predominaram outros familiares como filhos que moram em outros arranjos familiares, serviços de saúde e assistenciais e em menor número instituições religiosas e comércio. A Política de Assistência contribui para a identificação de aspectos específicos de vulnerabilidade no que tange as relações, como é o caso da vulnerabilidade relacional – que busca o fortalecimento de vínculos por meio de fontes de suporte - a família e equipamentos públicos da saúde e da assistência que caracterizam como os principais apoiadores e protetores dos indivíduos idosos em contexto de vulnerabilidade (BRASIL, 2013). A Política de Assistência considera as relações de parentesco como uma dimensão afetiva e apoiadora no cotidiano, porém esse apoio, em contexto vulnerável, é evidenciado que a família é dependente financeiramente do idoso, de acordo com os arranjos familiares encontrados, que apresentam filhos separados que retornam com seus filhos para os lares de seus pais.

Nesse estudo verificou-se idosos com fragilidade severa em lares unipessoais, com vínculos limitados e ausência de vínculos em contexto de alta vulnerabilidade. Essas características apresentam-se como indicadores para mapear quais famílias precisam ser fortalecidas e orientadas para prestar apoio aos idosos segundo suas peculiaridades. Desse modo, verifica-se a necessidade de ampliação e diversificação do campo relacional do idoso, uma vez que quanto maior o nível de fragilidade há a

necessidade dos vínculos serem ampliados tratando-se das questões de cuidado. Na presente pesquisa os serviços públicos se apresentaram como principais vínculos externos dos idosos, o que vem de encontro com a Política de Assistência, sendo os equipamentos fontes de referencia e principais potencializadores para enfrentamento de riscos e situações em contexto vulnerável.

Considerando a Tipificação Nacional de Assistência Social (BRASIL, 2014), compreende-se que as redes constituídas pelos equipamentos públicos oportunizam a preservação e o fortalecimento de vínculos, mas que otimizam a rede sociassistencial da pessoa idosa de maneira que auxiliem com benefícios, serviços, programas e projetos propostos pela NOB/SUAS (BRASÍLIA, 2005). O presente estudo apresentou que os idosos que possuíam vínculo com equipamento social demandavam benefícios, tais como BPC, BF, cesta básica, fralda geriátrica e pagamento de água e luz. Nesse quesito, é de importancia trazer à tona a reforma da previdência em que os benefícios serão somente para idosos com 70 anos ou mais (PEC 287/2016).

Em situação de vulnerabilidade e considerando o arranjo familiar – lar intergeracional, e a quantidade de idosos que são aposentados, algumas situações podem se tornar complexas e torna-se necessária a busca de suporte na assistência social. Desse modo, há a necessidade dos equipamentos sociais fomentarem seus serviços oferecidos à população para que seja participativa junto às ações do CRAS e não possuir apenas a função de demandar benefícios para a população mas que integre-a em seus serviços oferecidos.

7. CONCLUSÃO

Nesse estudo, houve indicação de que os idosos com fragilidade residiam em regiões mais vulneráveis. Verificou-se associação da fragilidade com qualidade de vida, cognição, relação familiar e externa. Os entrevistados apresentaram qualidade de vida com pontuação considerável, comprometimento cognitivo, relações familiares próximas, em contexto intergeracional, e vínculos externos com equipamento de saúde .

Em nosso contexto cultural, idosos têm a família como a principal fonte de suporte, havendo a necessidade de garantir apoio técnico com foco informativo e orientativo quanto às especificidades desse público. Desse modo, conhecer a fragilidade de idosos em contexto de vulnerabilidade social poderá auxiliar na gestão e implementação de ações dos serviços públicos assistenciais direcionados para este segmento, por meio de intervenções e estratégias. Destaca-se a necessidade dos equipamentos assistir essa população para detecção precoce da síndrome em serviços de saúde e assistencial, por meio de equipamentos constituídos em nossa sociedade como Centro Dia, Centro de Referência do Idoso, Universidade Aberta da Terceira Idade, entre outros, de modo que se criem mecanismos de monitoramento, para a garantia de prevenção tanto na atenção quanto na proteção básica dos sistemas públicos. Sugere-se que sejam realizadas visitas domiciliares para que se mantenha ativa a relação do serviço com o idoso, com a família e com a comunidade. Nesse contexto, sobressai a possibilidade de orientação e educação para os atores que estão envolvidos no processo de envelhecimento e fragilização.

Ressalta-se que os CRAS possuem a função de prevenir a ruptura de vínculos e promover autonomia e sociabilidade no contexto familiar e comunitário, contemplando a heterogeneidade de valores, crenças e identidades no contexto de vulnerabilidade, por meio de ações de caráter protetivo e proativo. Assim, é preciso que as equipes de assistência se familiarizem com as condições do envelhecimento, otimizem os serviços e considerem o apoio social ao idoso, entre eles o cuidado, sendo desfecho para a fragilidade e para a vulnerabilidade.

Destaca-se a importância de um olhar que integre as diferentes dimensões da fragilidade e da vulnerabilidade, não comprometendo somente as políticas de saúde e sociais, mas que sejam vistas por meio de outras políticas e serviços intersetoriais que contemplem a cultura, o esporte, o lazer, prezando pelos idosos e pelas leis regentes.

Nesse sentido, identificações e intervenções para erradicar, prevenir e retardar a fragilidade, quando possível, deve ser integrado tanto em serviços quanto em pesquisas, pois a avaliação consiste em alerta para identificação inicial da síndrome, sendo esta a única forma de prevenir as condições de risco para a fragilidade, focando especialmente nos setores menos favorecidos, com idosos que residem em regiões de alta vulnerabilidade, com escasso apoio e baixo acesso aos serviços existentes ligados às políticas públicas, com vista à melhoria de qualidade de vida na velhice. Destaca-se inovação na pesquisa, pois a literatura ainda apresenta lacunas em relação à estudos em serviços sociais com idosos em contexto de vulnerabilidade. Recomenda-se outros estudos para ampliação do conhecimento e possível implementação de ações por parte dos equipamentos públicos.

Como limitação do estudo destaca-se o recorte transversal que não permitiu estabelecer causalidade entre as variáveis. O tamanho amostral pode limitar a generalização dos resultados, uma vez que se encontrou dificuldades no acesso aos idosos, devido o armazenamento de informações dos usuários no sistema de dados dos equipamentos. A comparação com outros estudos em relação à prevalência de fragilidade em idosos na comunidade limitou a discussão mediante resultados apresentados. Os instrumentos utilizados não foram desenvolvidos para aplicação em idosos em situação de vulnerabilidade social. Ainda há muitas lacunas na literatura referente ao estudo com idosos em vulnerabilidade social. É relevante a criação de estudos com populações de idosos nesse contexto.

Esse estudo possibilitou conhecer o perfil dos idosos que vivem em contexto de vulnerabilidade social. Em alguns casos, a entrevista não pode ser concretizada por conta de questões sociais - violência, tráfico de entorpecentes e insalubridade da residência do idoso, dificultando a coleta de dados. Além disso, o estudo possibilitou ao pesquisador olhar amplo sobre o idoso e o entorno em que está inserido, compreendendo suas dificuldades e limitações.

8. REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, V.C, et al. Qualidade de vida em idosos que sofreram quedas. **Rev. APS.** v.4, n.17, 2014.
- AMENDOLA, F. et al. Vulnerabilidade de famílias de idosos assistidos pela Estratégia Saúde da Família. **Rev. Bras. Enferm.**v. 2, n. 68, 2015.
- AMENDOLA, F. **Construção e Validação de um índice de Vulnerabilidade de Famílias e incapacidades e dependentes.** 2012. 190 f. Tese de doutorado- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 22, 34-36.
- ANDRADE, A.N. et al. Análise do conceito fragilidade em idosos. **Texto & Contexto Enferm,** v. 21, n. 4, p. 748-756, 2012.
- ANDREW, M.K. et al. The impact of social vulnerability on the survival of the fittest older adults. **Age and Aging,** 2012.
- _____. Social Vulnerability, Frailty and Mortality in Elderly People. **PLoS ONE,** Canadá, 2008.
- _____. **Social vulnerability in old age.** Tese (Doutorado em Filosofia) – Dalhousie University Halifax, Nova Scotia, 2010.
- _____. Frailty and Social Vulnerability. **Frailty in Aging,** v. 41, 2015.
- ANDREW, M.K; KEEFE, J. Social vulnerability from a social ecology perspective: a cohort study of older adults from the National Population Health Survey of Canada. **BMC Geriatrics,** 2014.
- BANDEEN-ROCHE, K. et al. Phenotype of frailty: characterization in the women's health and aging studies. **The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences,** v. 61, n. 3, p. 262-266, 2006.
- BERGMAN, H. et al. Developing a Working Framework for Understanding Frailty. **Gérontologie et société,** Canadá,n. 109, p. 2-12, 2004.
- BERTOLUCCI, P.H.F. et al. O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. **Arq. Neuropsiquiatr,** v. 52, n. 1, p. 1-7, 1994.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.** Portaria nº2528 de 19 de outubro de 2006. Brasília (DF):MS; 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde, 2006.

_____. Secretaria Nacional de Assistência Social. **Concepção de Convivência e Fortalecimento de Vínculos**. Brasília: MDS, 2013.

_____. Proposta de Emenda à Constituição (PEC) 287/2016. **Reforma da Previdência**.

_____. Secretaria Nacional de Assistência Social. Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **LOAS atualizada**. 2011.

_____. Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. 2009. **Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais**. Reimpressão 2014..

BRASÍLIA. Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Orientações Técnicas: Centro de Referência de Assistência Social – CRAS**. 2009. BRASÍLIA. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social Política Nacional de Assistência Social PNAS/2004 e Norma Operacional Básica NOB/SUAS. Brasília, 2005. 175 p.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. **Política Nacional de Assistência Social PNAS/2004 e Norma Operacional Básica NOB/SUAS**. Brasília, 2004. 175 p.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUAS NOB-RH/SUAS**. Brasília, 2006. 44 p.

BORGES C.L; et al. Avaliação da fragilidade de idosos institucionalizados. **Acta Paul Enferm**. 2013; v. 4, n. 2.

BORIM, F. S. A. Dimensões da autoavaliação de saúde em idosos. **Revista de Saúde Pública**, v. 5, n. 48, 2014.

BRIGOLA, A.G. et al. Relationship between cognition and frailty in elderly: A systematic review. **Dementia & Neuropsychologia**, v. 9, n. 2, p. 110-119, 2015

BRITO,T.R.T. **Rede social e envelhecimento: relação com funcionalidade e óbito**. Tese. Universidade de São Paulo, 2015.

BROWNE-YUNG, K; ZIERSH, A; BAUM, F. Faking til you make it 's: Social capital accumulation of individuals on low incomes living in contrasting socio-economic neighbourhoods and its implications for health and wellbeing. **Social Scine& Medicine**, v. 85, 2013.

CESARI, M. et al. Sarcopenia and physical frailty: two sides of the same coin. **Pathophysiological Mechanisms of Sarcopenia in Aging and in Muscular Dystrophy: A Translational Approach**, 2016.

_____. The frailty phenotype and the frailty index: different instruments for different purposes. **Age and Aging**, 2013.

_____. Frailty: an emerging public health priority. **JAMDA**, v.17, 2016.

CHEN, X. et al. Frailty syndrome: an overview. **Clinical interventions in aging**, v. 9, 2014.

CLEGG, A. et al. Frailty in elderly people. **Lancet**, 2013.

COSTA, R.S. et al. Apoio social em context de pobreza: esudand idosos com alterações cognitivas e seus cuidadores familiares. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental**, v. 2, n. 5, 2013.

DINIZ, A.B. Avaliação da cognição, atividade física e aptidão física de idosos: Uma revisão crítica. **Estudos de Psicologia**, v. 2, n. 18, 2013.

DUARTE, M.C.S. et al. Fragilidade, morbidade referida e capacidade funcional em mulheres idosas. **Rev Enferm UERJ**, v. 2, n. 24, 2016.

_____. Prevalência e fatores sociodemográficos associados à fragilidade em mulheres idosas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.6, n.66, 2013.

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

FARIA, C.A. et al. Desempenho cognitivo e fragilidade em idosos clientes de operadora de saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 5, n. 47, 2013.

FERNANDES, H.C.L, et al. Avaliação da fragilidade de idosos atendidos em uma unidade da estratégia saúde da família. **Família**, v. 4, n.3, 2013.

FHON .J.R.S. et al. Síndrome de fragilidade relacionada à incapacidade funcional no idoso. **Acta Paul Enferm**. v. 4, n.25, 2013.

- FLECK, M. P. A. et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS. **Rev. Bras. Psiquiatr.** v.21, n.1, p.19-28, 2000.
- FLECK, M.P.A, et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). **Rev. Bras. Psiquiatr.** v.1, n. 21, 1999.
- FRIED, L.P. et. al. Frailty in Older Adults: evidence for a phenotype, **Journal of Gerontology**, v. 56A, n. 3, 2001.
- FREITAS, C.V, et al. Avaliação de fragilidade, capacidade funcional e qualidade de vida dos idosos atendidos no ambulatório de geriatria de um hospital universitário. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 1, n. 19, 2016.
- FUNDAÇÃO SEADE. **Distribuição da população, segundo grupos do IPVS.** São Paulo, 2010.
- GRDEN, C.R.B, et al. Associação entre fragilidade física e escore cognitivo em idosos. **Rev.Rene.** 2015.
- GIMÉNEZ, P.J. et al. Criterios de fragilidaddel adulto mayor. Estudio piloto. **Atención primaria**, v. 43, n. 4, p. 190-196, 2011.
- GOBBENS, R. J. J. et al. Towards an integral conceptual model of frailty. **The journal of nutrition, health & aging**, v. 14, n. 3, p. 175-181, 2010.
- GONÇALVES, L.T.H, et al. Convívio e cuidado familiar na quarta idade: qualidade de vida de idosos e seus cuidadores. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** v. 2, n. 16, 2013.
- GRAY, W.K. et al. Frailty Screening in Low-and Middle-Income Countries: A Systematic Review. **The American Geriatrics Society**, v.64, n.4, 2016.
- GRAHAM, M.M. et al. Frailty and Outcome in Elderly Patients With Acute Coronary Syndrome. **Canadian Journal of Cardiology**, v. 29 (2013).
- GUTIERREZ-ROBLEDO, J.M. ÁVILA-FUNES, J.A. How to include the social factor for determining frailty? **Journal Frailty and Aging**, v.1, n.1, 2012.
- IBGE. **Indicadores sociais do município de São Carlos.** 2013.
- INOUYE, K. et al. Percepções de Suporte Familiar e Qualidade de Vida entre Idosos Segundo a Vulnerabilidade Social. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 3, n.23, 2010.
- KOJIMA G. et al. Association between frailty and quality of life among community-dwelling older people: a systematic review and meta-analysis.**Journal of epidemiology**

and community health, v. 70, n. 7, 2016.

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

LACAS, A.; ROCKWOOD, K. Frailty in Primary Care: a review of its conceptualization and implications for practice. **BMC Medicine**, Canadá, 2012.

LEONARDO, KC, et al. Avaliação do estado cognitivo e fragilidade em idosos mais velhos, residentes no domicílio. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 13, n1, 2014.

LITTEL, R. E. P. et al. Frailty: defining and measuring of a concept. **The Journal of Nutrition, Health & Ageing**, Holanda, v. 13, n. 390-394, 2009.

LOURENÇO, R.A. et al. Fragilidade em Idosos Brasileiros – FIBRA-RJ: metodologia de pesquisa dos estudos de fragilidade, distúrbios cognitivos e sarcopenia. **Revista HUPE**, v. 4, n.14, 2015.

LUCHESE, B.M. Suporte social e contato intergeracional: estudando idosos com alterações cognitivas. **Rev. Eletr. Enf.** v. 3, n. 17, 2015.

MAIA, F.O.M. **Vulnerabilidade e Envelhecimento: Panorama dos idosos residentes no município de São Paulo**. Estudo SABE-2011. Tese de doutorado. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

MC DOWELL, I. Study Sampling in the Canadian Study of Health and Aging. **International Psychogeriatrics**, v.13, n.51, 2001.

MEIRA, A.S. et al. Fragilidade em idosos com doença renal crônica em tratamento conservador. **Rev Rene.**, v. 3, n.17, 2016.

MELLO, A. C. et al. Fatores sociodemográficos e de saúde associados à fragilidade em idosos: uma revisão sistemática de literatura. **Cad Saúde Pública**, v. 30, n. 6, p. 1143-68, 2014.

MICHEL, J.P. et al. Frailty, exercise and nutrition. **Clinics in geriatric medicine**, v. 31, n. 3, p. 375-387, 2015.

MORLEY, J.E et al. Frailty Consensus: A Call to Action. **J Am Med Dir Assoc.** v. 6, n.14, 2013.

MORLEY, J.E. et al. Something about frailty. **The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences**, v. 57, n. 11, p. M698-M704, 2006.

NASREDDINE, Z.S. et al. The Montreal Cognitive Assessment (MoCA): a brief screening tool for mild cognitive impairment. **Journal of the American Geriatrics Society**, v.53, p. 695-699, 2005.

NERI, A.L. et al. Metodologia e perfil sociodemográfico, cognitivo e de fragilidade de idosos comunitários de sete cidades brasileiras: Estudo FIBRA. **Cad. Saúde Pública**, v. 29, n.4, 2013

NEW YORK. Research Agenda on Ageing for the Twenty-First Century. 2007.

OLAROIU, M. et al. Does Frailty Predict Health Care Utilization in Community-Living Older Romanians?. **Current Gerontology and Geriatrics Research**, v. 2016, 2016

OLIVEIRA, J.G.D. et al. A Fisioterapia na Atenção Primária em Saúde: atividade física no envelhecimento. In: SCHWANKE, C.H.A et al. **Atualizações em Geriatria e Gerontologia V**. Porto Alegre: ediPUCRS, 2014.p.125.

OLIVEIRA A; SANTOS, V.L.C. Responsividade dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida de Ferrans e Powers: uma revisão bibliográfica. **Acta Paul Enferm.** v. 6, n.24, 2011.

ORLANDI, F; GESUALDO, G, D. Avaliação do nível de fragilidade de idosos com doença renal crônica em tratamento hemodialítico. **Acta Paul Enferm**, v. 27, n.1, 2014.

PEDREIRA, R.B.S. Autopercepção de saúde entre idosos residentes em áreas rurais. **Revista Kairós**, v.1, n.19, 2016.

PEGORARI, M.S; TAVARES, D.M. Fatores associados à síndrome de fragilidade em idosos residentes em área urbana. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 22, n. 5, p. 874-882, 2014.

REIS, S. P, et al. Estudo da qualidade de vida de idosos não institucionalizados. **jornal de ciências biomédicas e saúde**, v.2, n. 1, 2015.

RINCO, M., LOPES, A.; DOMINGUES, M.A. Envelhecimento e Vulnerabilidade Social: discussão conceitual à luz das políticas públicas e suporte social. **Revista Temática Kairós Gerontologia**,v.15, n.6, p.79-95, 2012.

ROCHA, R. E, et al. Aptidão funcional e qualidade de vida de idosos frequentadores de uma universidade aberta da maior idade. **Journal of Physical Education.**, v. 1, n.27, 2016.

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

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

ROCKWOOD, K. et.al. A comparison of two approaches to measuring frailty in elderly people. **The Journal of Gerontology**, Halifax, v. 62, n. 7, p. 738-743, 2006.

RODRÍGUEZ-ARTALEJO, F; RODRÍGUEZ-MAÑAS, L. The frailty syndrome in the public health agenda. **Journal of epidemiology and community health**, 2014.

ROLFSON, D.B. et al. Validity and reliability of the Edmonton Frail Scale. **Age Aging**, v.35, 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. **Journal of Gerontology: MEDICAL SCIENCES**, 2012.

SANTOS, A.A. et al. Sono, fragilidade e cognição: estudo multicêntrico com idosos brasileiros. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v3, n.66, 2013.

SANTOS, C.T.B. et al. Percurso do idoso em redes de atenção à saúde: um elo a ser construído. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 26, n. 1, 2016.

SANTOS, P, et al. Atividades no lazer e qualidade de vida de idosos de um programa de extensão universitária em Florianópolis (SC). **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v 19, n. 4, 2014.

SILVA, I.T. et al. Autopercepção de saúde de idosos que vivem em estado de coresidência. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 17, n. 2, 2014.

SPOSITO, G. et al. A satisfação com a vida e a funcionalidade em idosos atendidos em um ambulatório de geriatria. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 12, 2013.

STENBERG, S.A. et al. The Identification of Frailty: A Sitematic Literature Review. **Journal American Geriatrics Society**, Israel, v.59, n.11, p. 2129-2138, 2011.

STORT, L.B, et al. Fragilidade de idosos internados na clínica médica da unidade de emergência de um hospital geral terciário. **Texto Contexto Enferm**, v. 2, n.2, 2013.

SOURIAL, N. et al. Contribution of Frailty Markers in Explaining Differences Among Individuals in Five Samples of Older Persons. **Journals of Gerontology: Medical Sciences**, v. 11, n. 67, 2012.

THEOU, O. ROCKWOOD, K. Frailty and social vulnerability. **Interdiscip l Topics Gerontol Geriatr.** v. 41, 2015.

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

TRIBESS, S.; OLIVEIRA, R. J. Síndrome da fragilidade biológica em idosos: revisão sistemática. **Rev. Salud Pub.**, v. 5, n. 13, 2011.

TRINDADE, A.P.N.P. et al. Avaliação cognitiva de pessoas idosas em atendimento ambulatorial. **Fisioter Mov.** V. 2, n. 26, 2013.

VAINGANKAR, J. A. et al. Prevalence of frailty and its association with sociodemographic and clinical characteristics, and resource utilization in a population of Singaporean older adults. **Geriatrics & Gerontology International**, 2016.

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

VITORINO, L.M, et al. Quality of life of seniors living in the community and in long term care facilities: a comparative study. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 21, 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, 2015.

WENDT, C.J.K. Famílias de idosos na Estratégia de Saúde no Sul do Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.3, n.64, 2015.

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

YANG, F; DANAN, G; MITNITSKI, A. Frailty and life satisfaction in Shangai older adults: The roles os age and social vulnerability. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, n.67, 2016.

ZHAN, L. Quality of life: conceptual and measurement issues. **Journal of advanced nursing**, v. 7, v. 17, 1992.

ZORTEIA, B. Avaliação cognitiva de pessoas idosas em atendimento ambulatorial. **Rev. Rene**, n.1, v.16, 2015.

9. APÊNDICES

APÊNDICE A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

1. O(a) senhor(a) está sendo convidado(a) para participar da pesquisa “Fragilidade de idosos em contexto de vulnerabilidade social”.

2. Este trabalho poderá contribuir para identificar a situação de fragilidade dos idosos cadastrados nos Centros de Referência de Assistência Social da cidade de São Carlos, e a identificar demandas que os serviços de assistência enfrentam como consequência da situação de fragilidade dos idosos.

3. O(a) senhor(a) foi selecionado por ter 60 anos ou mais, ou por ser familiar de um idoso usuário do equipamento CRAS. Sua participação não é obrigatória. De acordo com a sua categoria de participante da pesquisa o Sr. Responderá perguntas acerca de:

PESSOA IDOSA: dados pessoais de identificação e aspectos relacionados à fragilidade, estrutura familiar, situação cognitiva e Qualidade de Vida .

FAMILIAR: dados pessoais de identificação e aspectos relacionados à fragilidade, estrutura familiar, situação cognitiva, Qualidade de Vida e sobrecarga do Cuidador.

a. O objetivo do estudo é analisar a situação de fragilidade de idosos residentes em bairros com vulnerabilidade social e cadastrados nos Centros de Referência de Assistência Social, em relação à qualidade de vida, cognição, relações familiares e sociais.

b. Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder algumas questões e levará aproximadamente de 30 a 50 (trinta a cinquenta) minutos de seu tempo.

4. Esta pesquisa oferece risco subjetivo, pois em algumas perguntas remetem à história de vida, condições de vida e saúde, processo de envelhecimento e fragilidade do idoso. O risco dos envolvidos neste estudo é mínimo e caso se perceba qualquer risco ou dano à saúde, as atividades desta pesquisa serão imediatamente suspensas. Caso seja identificado qualquer problema de saúde, o participante será encaminhado para o serviço de saúde do município.

5. A qualquer momento o(a) senhor(a) pode desistir de participar e retirar seu consentimento.

6. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou com o local onde é atendido(a).

7. Sua participação contribuirá para a ampliação do conhecimento acerca do envelhecimento com fragilidade e as demandas que os serviços de assistência enfrentam como consequência de limitações de cuidado das famílias de idoso. O(a) senhor(a) terá como benefício a oportunidade de ser avaliado(a) em relação ao envelhecimento.

8. As informações obtidas através desta pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre a sua participação. Asseguramos que o(a) senhor(a) não será identificado(a). As informações que o(a) senhor(a) nos der serão guardadas no laboratório da UFSCar.

9. O(a) senhor(a) receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço da pesquisadora responsável, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

10. No momento em que a pesquisa estiver pronta, os resultados serão apresentados em eventos e publicados em revistas científicas.

Marisa Silvana Zazzetta

Rodovia Washington Luiz, Km 235, Caixa Postal 676

CEP: 13565-905 - São Carlos – SP Fone (16) 3351-9434

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Fui informada que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km 235, Caixa Postal 676 – CEP: 13565-905 – São Carlos – SP- Brasil. Fone (16) 3351-8028. Endereço eletrônico: cephumanos@power.ufscar.br

Local e data:

Assinatura do(a) entrevistado(a)

APÊNDICE B: Parecer Comitê de Ética em Pesquisa

Plataforma Brasil - Ministério da Saúde

Universidade Federal de São Carlos/UFSCar

PROJETO DE PESQUISA

Título: A fragilidade do idoso e o Sistema de Atenção Básica de Assistência Social

Área Temática:

Pesquisador: Marisa Silvana Zazzetta de Mendiondo

Versão: 2

Instituição: Universidade Federal de São Carlos/UFSCar

CAAE: 00867312.8.0000.5504

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 72182

Data da Relatoria: 14/08/2012

Apresentação do Projeto:

Este trabalho tem por objetivo identificar a situação de fragilidade dos idosos cadastrados nos quatro Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) da cidade de São Carlos, analisando a relação com as demandas a esses equipamentos. Trata-se de um estudo exploratório analítico de natureza descritiva, com a utilização do método quanti-qualitativo de investigação. A coleta dos dados será realizada mediante entrevista semiestruturada, acompanhada da aplicação de instrumentos de rastreio de fragilidade (Escala de Edmonton), condições cognitivas (MoCA) e identificação de estrutura familiar (Genograma e ecomapa) e qualidade de vida (WOQOL breve e WOQOL-old). Nos CRAS será realizado análise organizacional como forma de identificar os serviços específicos para a população idosa.

Objetivo da Pesquisa:

Identificar a situação de fragilidade dos idosos cadastrados nos quatro Centros de Referência de Assistência Social da cidade de São Carlos, analisando a relação com as demandas a esses equipamentos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos estão bem expostos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa tem evidente valor científico e prático como análise da qualidade de vida e dos serviços prestados à pessoa idosa na município de São Carlos.
O projeto está bem apresentado, justificando-se cientificamente e a análise dos riscos e benefícios esta correta.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) apresentado tem o conteúdo que se espera deste documento.

Recomendações:

-

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

-

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

-

SAO CARLOS, 12 de Agosto de 2012

Assinado por:
Daniel Vendruscolo

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Fragilidade de idosos em contexto de vulnerabilidade social

Pesquisador: Isabela Thais Machado de Jesus

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 57857016.0.0000.5504

Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.785.874

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo correlacional, de corte transversal, com utilização do método quantitativo de investigação. Este estudo utilizará e ampliará com dados de mais dois CRAS, o Banco de Dados da pesquisa intitulada: "A fragilidade do idoso e o Sistema de Atenção Básica de Assistência Social".

Objetivo da Pesquisa:**Objetivo Geral**

Analisar a situação de fragilidade de idosos residentes em bairros com vulnerabilidade social e cadastrados em Centros de Referência de Assistência Social em relação à qualidade de vida, cognição, relações familiares e sociais em um município do interior do Estado de São Paulo.

Objetivos Específicos

- Analisar a fragilidade, qualidade de vida e cognição de idosos, avaliados pela Escala de Fragilidade de Edmonton, WHOQOL-bref, WHOQOL-old e MoCA;
- Correlacionar a fragilidade de idosos com o Índice Paulista de Vulnerabilidade Social;
- Analisar a composição familiar de idosos fragilizados, avaliados pelo Genograma, identificando relações

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisa apresenta risco subjetivo, pois em algumas perguntas remetem à história de vida, condições de vida e saúde, processo de envelhecimento e fragilidade do idoso. O risco dos envolvidos neste estudo é mínimo e caso se perceba qualquer risco ou dano à saúde, as atividades desta pesquisa serão imediatamente suspensas. Caso seja identificado qualquer problema de saúde, o participante será encaminhado para o serviço de saúde do município.

Benefícios:

A participação no estudo oferece ao participante a oportunidade de ser avaliado em relação à fragilidade e ao processo de envelhecimento.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa de relevância científica e social.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta Folha de Rosto e TCLE adequados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto de pesquisa não apresenta pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_727914.pdf	23/09/2016 11:38:35		Aceito
Outros	CartarespostaprojetopendenteCEP.docx	23/09/2016 11:35:47	Isabela Thais Machado de Jesus	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Fragilidade de idosos em contexto de vulnerabilidade social CEP2.docx	23/09/2016 11:34:14	Isabela Thais Machado de Jesus	Aceito
Outros	OficioAutorizacaoDivisao.pdf	29/08/2016 20:38:20	Isabela Thais Machado de Jesus	Aceito
Outros	AutorizacaoDivisao.pdf	29/08/2016 20:33:22	Isabela Thais Machado de Jesus	Aceito
Outros	DeclaracaousoBanco.pdf	29/08/2016 20:32:18	Isabela Thais Machado de Jesus	Aceito

Outros	AutorizacaoBanco.pdf	29/08/2016 20:31:08	Isabela Thais Machado de Jesus	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	29/08/2016 20:22:00	Isabela Thais Machado de Jesus	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	29/08/2016 20:19:18	Isabela Thais Machado de Jesus	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO CARLOS, 21 de Outubro de 2016

Assinado por:
Ricardo Carneiro Borra
(Coordenador)

APÊNDICE C: Aprovação Pesquisa Divisão de Proteção Social Básica

	<p>UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS Departamento de Gerontologia Via Washington Luis, Km 235- Caixa Postal, 676 13565-905- São Carlos-SP- Brasil Fones/ Fax: (16) 3351-9628 E-mail: gerontologia@ufscar.br</p>	
---	--	---

São Carlos, 21 de Setembro de 2015.

Prezada Senhora,

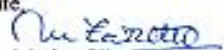
Venho por meio deste, informar que desde 2013 vem sendo desenvolvida na cidade de São Carlos a pesquisa intitulada "A Fragilidade do Idoso e o Sistema de Atenção Básica de Assistência Social". A pesquisa contou com a autorização da Secretaria Municipal de Assistência Social assinada em 05/04/2012 e a subseqüente aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, com parecer no. 72182 em 14/08/2012.

No momento estamos apresentando o Trabalho de Conclusão de Curso da pesquisa intitulada "Cuidadores de idosos frágeis em contexto de vulnerabilidade social: sobrecarga, possibilidades e limitações do cuidado e a Política de Assistência Social" com aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, com parecer no. 325.008/13 em 09/07/2013. Cabe esclarecer que a Pesquisa contou o Financiamento da Fundação de Amparo à Pesquisa no Estado de São Paulo - FAPESP.

Gostaria de solicitar autorização para efetuar continuidade dos estudos no CRAS de Santa Eudóxia, para ampliação do banco de dados, bem como informar que o projeto de pesquisa intitulado "A população idosa frágil no Sistema de Atenção Básica de Assistência Social: desafios da intersetorialidade", da estudante Fernanda Karoline Generoso também utilizará os dados coletados. Para tal fim estamos deixando a cópia do projeto citado.

Sem mais para o momento, aproveitamos para reiterar protestos de estima e consideração.


Atenciosamente,



Marisa Silvana Zazzetta

Responsável pela Pesquisa e Orientadora
Gerontologia/UFSCar

Ilma Senhora
Wiviane Spaziane Tiberti
Secretária Municipal de Cidadania e Assistência Social
Prefeitura Municipal de São Carlos

De: **Eliana** eliana.piassi@saocarlos.sp.gov.br 
Assunto: Pesquisa
Data: 5 de novembro de 2015 10:30
Para: **marisa - Ufscar 2** marisam@ufscar.br



Bom dia! como tem passado?

Este é para retornar a respeito da solicitação da continuidade dos estudos no Cras Santa Eudóxia sobre a "População Idosa Fragil no Sistema de Atenção Básica de Assistência Social"....

A nossa Secretária, Sra Viviane, autorizou a continuação do desenvolvimento da pesquisa. Já conversei com a Coordenadora do CRAS, Fabiana, a respeito, porém ela ainda não leu o projeto.

Portanto, a aluna poderá fazer o contato necessário e combinar com a Fabiana como será desenvolvido o trabalho.

Marisa, gostaria apenas de pedir uma correção se for possível. O título do projeto explicita Sistema de Atenção Básica de Assistência Social, porém atenção básica é um termo da política de saúde.

Em que pese que ambas trabalhem com a prevenção (ou deveriam) no SUAS temos apenas Proteção Social Básica e Proteção Social Especializada de Assistência Social, que é o CREAS.

Em se tratando de política de Assistência Social o termo é inadequado.

Abraços.

--

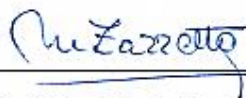
Eliana Piassi
Chefe de Divisão Proteção Básica
16-3307-4628

**APÊNDICE D: Autorização Coordenadora Responsável Banco de Dados e
Declaração para utilização do Banco Mestranda**

DECLARAÇÃO

Declaro que o acesso e o uso do arquivo e/ou registro dos dados coletados pelo Projeto intitulado “A Fragilidade do Idoso e o Sistema de Atenção Básica de Assistência Social”, aprovado pelo CEP sob o número 72182, em 14/08/2012 está autorizado à pesquisadora **Isabela Thais Machado de Jesús**, com a finalidade de realização da pesquisa intitulada “Fragilidade de Idosos em contexto de vulnerabilidade social”, ficando obrigada ao respeito e ao sigilo sobre os dados individuais dos participantes, conforme estabelece o TCLE utilizado no estudo.

São Carlos, 01 de junho de 2016.



Profª Dra. Marisa Silvana Zazzetta

Coordenadora do projeto

Ao


Comitê de Ética da Universidade Federal de São Carlos

Senhor (a) Presidente,

Eu, Isabela Thaís Machado de Jesus, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSCar, sob supervisão da Profa. Dra. Marisa Silvana Zazzetta, venho por meio deste informar que o meu projeto de pesquisa denominado: "Fragilidade de Idosos em contexto de vulnerabilidade social" é um adendo ao estudo intitulado "A Fragilidade do Idoso e o Sistema de Atenção Básica de Assistência Social", aprovado pelo CEP, sob parecer número 72182, em 14/08/2012.

Informo ainda que tenho consentimento para uso do banco de dados, por parte da Profa. Dra Marisa Silvana Zazzetta, cocordenadora do projeto, conforme declaração em anexo.

São Carlos, 01 de junho de 2016.



Isabela Thaís Machado de Jesus

Mestranda

Declaração de autorização para uso de arquivos, registros e similares

Ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFSCar

APÊNDICE E: Entrevista semi-estruturada e Avaliação subjetiva da saúde e satisfação global com a vida

AVALIAÇÃO BÁSICA		
1. IDENTIFICAÇÃO		
Nome: _____		
Sexo: () Feminino () Masculino		
Profissão – Ocupação atual: _____		
Profissão/ocupação anterior: _____		
Aposentado: () Sim () Não Há quanto tempo? _____		
Data de Nascimento: (____ anos)		
Naturalidade:	País:	Estado:
Raça:	Crença Religiosa:	
Estado Civil: Casado () Solteiro () Viúvo () Separado () Divorciado () Há quanto tempo? _____		
Escolaridade:		
() Analfabeto () Alfabetizado sem escolarização		
() Ensino fundamental incompleto (antigo primário e ginásio) Até que série? _____ Número de anos que estudou: _____		
() Ensino fundamental completo (antigo primário e ginásio)		
() Ensino médio incompleto (antigo colegial ou normal) Até que série? _____ Número de anos que estudou: _____		
() Ensino médio completo (antigo colegial ou ginásio)		
() Superior incompleto - Número de anos que estudou: _____		
() Superior completo () Pós-Graduação		
Endereço: _____		
Ponto de Referência: _____		
Telefone: _____ E-mail: _____		
Mãe com quem? _____ Orça de parentesco: _____		
Em caso de necessidade entrar em contato com:		
Nome: _____		Sexo: () Fem () Masc
Data Nascimento: (____ anos)	Parentesco: _____	
Endereço: _____		
Ponto de Referência: _____		
Telefona(s): _____		

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

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

10. ANEXOS

ANEXO B: Escala de Fragilidade de Edmonton

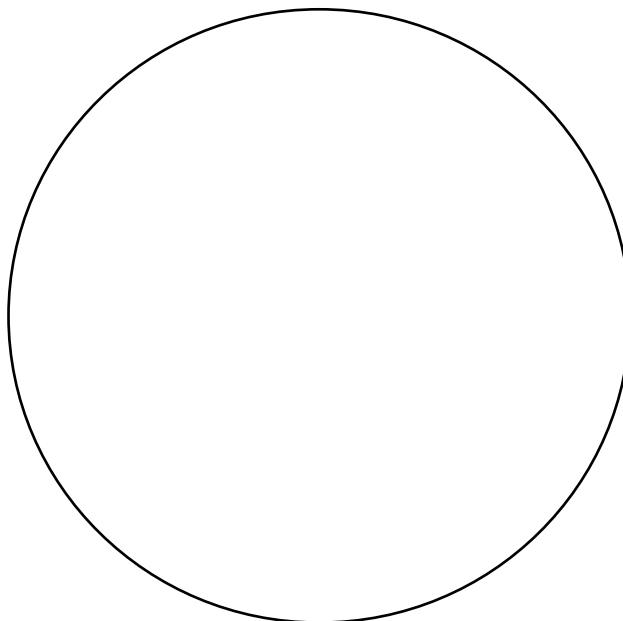
Nome do Entrevistado: _____

Nome do entrevistador: _____

Data: / /

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

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



ANEXO C: Qualidade de Vida

WHOQOL-BREF

WHOQOL - ABREVIADO

Versão em Português

**PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE
GENEBRA**

Coordenação do GRUPO WHOQOL no Brasil

**Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck
Professor Adjunto
Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal
Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Porto Alegre – RS - Brasil**

Instruções

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

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

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

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

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

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

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

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?

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

Você tem algum comentário sobre o questionário?

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

WHOQOL-OLD



WHOQOL-OLD

Instruções

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

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

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

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

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

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

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

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

Muito obrigado(a) pela sua colaboração!

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

old_08 O quanto você tem medo de morrer?

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

old_09 O quanto você teme sofrer dor antes de morrer?

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

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

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

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

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

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

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

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

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

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

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

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

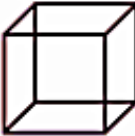
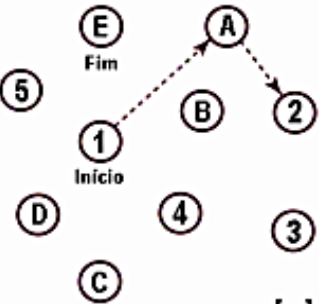

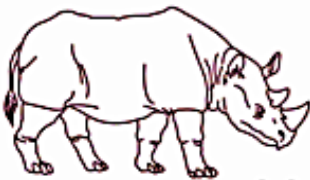
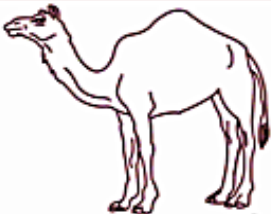
Muito infeliz	Infeliz	Nem feliz nem infeliz	Feliz	Muito feliz
1	2	3	4	5

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

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



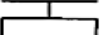










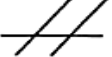



ANEXO D: The Montreal Cognitive Assessment (MoCA)

MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA) Nome: _____ Data de nascimento: / /
 Versão Experimental Brasileira Escolaridade: _____ Data de avaliação: / /
 Sexo: _____ Idade: _____

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

ANEXO E: Genograma

SÍMBOLOS DO GENOGRAMA

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

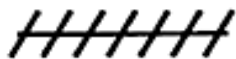
ANEXO F: Ecomapa

SÍMBOLOS DO ECOMAPA

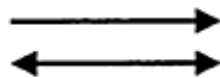
Linhas retas: fortes vínculos



Linhas pontilhadas: vínculos frágeis



Linhas cortadas: relações estressantes



Setas: reciprocidade da relação