

UNIVERSIDADE ALTO VALE DO RIO DO PEIXE (UNIARP)

MESTRADO ACADÊMICO EM DESENVOLVIMENTO E SOCIEDADE

LUIZ EDUARDO BONDAN

**FRAGILIDADE E QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS EM CONTEXTO DE
VULNERABILIDADE SOCIAL**

CAÇADOR - SC

2020

LUIZ EDUARDO BONDAN

**FRAGILIDADE E QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS EM CONTEXTO DE
VULNERABILIDADE SOCIAL**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico em Desenvolvimento e Sociedade, Linha de Pesquisa Desenvolvimento, Sociedade e Educação, da Universidade Alto Vale do Rio do Peixe (UNIARP), como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre em Desenvolvimento e Sociedade**.

Orientador: Prof. Dr. Ricelli Endrigo Ruppel da Rocha

CAÇADOR - SC

2020

Catálogo Fonte, elaborada pela Bibliotecária: Célia De Marco / CRB14-692 da Universidade Alto Vale do Rio do Peixe – UNIARP – Caçador – SC.

B711f

Bondan, Luiz Eduardo

Fragilidade e qualidade de vida de idosos em contexto de vulnerabilidade social. / Luiz Eduardo Bondan. Caçador: EDUNIARP, 2020.

103f

Orientador: Prof. Dr. Ricelli Endrigo Ruppel da Rocha

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico em Desenvolvimento e Sociedade, Linha de Pesquisa Desenvolvimento, Sociedade e Educação, da Universidade Alto Vale do Rio do Peixe (UNIARP), como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Desenvolvimento e Sociedade.

1. Envelhecimento. 2. Vulnerabilidade. 3. Síndrome. 4. Qualidade de vida I. Rocha, Ricelli Endrigo Ruppel da. II TÍTULO.

CDD: 612 / 362.6

LUIZ EDUARDO BONDAN

**FRAGILIDADE E QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS EM CONTEXTO DE
VULNERABILIDADE SOCIAL**

A Comissão Examinadora, abaixo assinada, aprova a Dissertação apresentada no Programa de Mestrado Acadêmico em Desenvolvimento e Sociedade, Linha de Pesquisa Desenvolvimento, Sociedade e Educação da Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre em Desenvolvimento e Sociedade**.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Ricelli Endrigo Ruppel da Rocha - UNIARP
(Presidente da Banca/ Orientador)

Profa. Dra. Natalia Veronez da Cunha Bellinati - UNIPLAC
(Membro da banca)

Prof. Dr. André Trevisan - UNIARP
(Membro da banca)

Caçador, SC, 30 de março de 2020.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho, primeiramente, a Deus por ser essencial em minha vida. Aos meus pais, Jairo Bondan (*in memoriam*) e Inez Maria Vanz Bondan, e aos meus irmãos, André, Gianfrancesco e Ana Eliza.

AGRADECIMENTOS

A presente Dissertação de Mestrado não poderia chegar a bom porto sem o precioso apoio de várias pessoas. Em primeiro lugar, não posso deixar de agradecer ao meu orientador, Professor Dr. Ricelli Endrigo Ruppel da Rocha, por todo o empenho e dedicação na construção desse trabalho. Agradeço imensamente também aos meus amigos Lindomar Palmera e Ana Paula Rodrigues Alves Palmera, cujo apoio e amizade estiveram presentes em todos os momentos dessa caminhada.

Agradecimentos Institucionais:

- Ao Programa de Bolsas Universitárias de Santa Catarina, UNIEDU, do Governo do Estado de Santa Catarina;
- À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES.

RESUMO

A fragilidade é uma síndrome multifatorial e multidimensional caracterizada pela diminuição da força, resistência e função fisiológica, aumentando a vulnerabilidade de um indivíduo em desenvolver dependência e morte, impactando negativamente na qualidade de vida. O objetivo desse estudo foi avaliar a fragilidade e a qualidade de vida de idosos em contexto de vulnerabilidade social, atendidos nos Centros de Referência da Assistência Social – CRAS do município de Videira - SC. Participaram do estudo 101 idosos atendidos nos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS). Foram avaliados a fragilidade com o instrumento Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional – 20 (IVCF-20) e a qualidade de vida relacionada à saúde com o questionário WHOQOL-OLD. Para as análises estatísticas comparando os domínios da qualidade de vida intragrupos e entre os grupos Frágil e Não frágil, foram utilizados a análise de variância (ANOVA) e o teste t de Students para amostras independentes, respectivamente. Para as associações e as correlações foi realizado o teste qui-quadrado (χ^2) e a correlação de Pearson com nível de significância adotado de $p < 0,05$. Os resultados mostraram que 54,5% dos idosos atendidos no CRAS são do sexo feminino, com idade entre 60 e 69 anos e a maioria possui companheiro. Na avaliação da escolaridade, 74,3% possui Ensino Básico completo e/ou incompleto, 83,2% são aposentados, 60,4% residem com cônjuge e filhos, 93,1% possui renda entre 0 a 2 salários mínimos, 78,2% apresentam problemas de saúde e 88,1% não possuem plano de saúde. A classificação da fragilidade mostrou que 40,6% estão em risco de fragilização e 23,8% são classificados como frágeis. A idade foi associada a fragilidade nos idosos ($p < 0,05$). Os piores escores dos domínios da qualidade de vida foram no domínio morte e morrer e funcionamento do sensorio nos idosos frágeis e não frágeis. Enquanto os melhores escores foram nos domínios intimidade, atividades passadas, presentes e futuras e relações sociais tanto para os idosos não frágeis como para os idosos frágeis. O escore global da percepção da qualidade de vida dos idosos frágeis foi de 48,7% e de 49,8% para os idosos não-frágeis, não havendo diferença significativa entre os grupos ($p > 0,05$). Houve uma correlação positiva fraca entre a fragilidade com o domínio funcionamento do sensorio nos idosos ($p > 0,05$). Em conclusão, a idade e a perda dos sentidos estão relacionadas com a fragilidade e com a qualidade de vida dos idosos dos CRAS.

Palavras-chave: Envelhecimento. Vulnerabilidade. Síndrome. Qualidade de Vida.

ABSTRACT

Frailty is a multifactorial and multidimensional syndrome characterized by a decrease in strength, resistance and physiological function, increasing an individual's vulnerability in developing dependence and death, negatively impacting quality of life. The aim of this study was to assess the frailty and quality of life of the elderly in the context of social vulnerability, attended at the Social Assistance Reference Centers in the municipality of Videira - SC. The study included 101 elderly people attended at the Social Assistance Reference Centers. Frailty was assessed using the Functional Clinical Vulnerability Index - 20 instrument and health-related quality of life with the WHOQOL-OLD questionnaire. For statistical analysis comparing the domains of quality of life within groups and between the Fragile and Non-fragile groups, analysis of variance and the Student's t test for independent samples were used, respectively. For associations and correlations, the chi-square test (χ^2) and Pearson's correlation were performed with a significance level of $p < 0.05$. The results showed that 54.5% of the elderly assisted at Social Assistance Reference Center are female, aged between 60 and 69 years and most have a partner. In the evaluation of schooling, 74.3% have completed and / or incomplete Basic Education, 83.2% are retired, 60.4% live with spouse and children, 93.1% have an income between 0 to 2 minimum wages, 78, 2% have health problems and 88.1% do not have health insurance. The fragility classification showed that 40.6% are at risk of fragility and 23.8% are classified as fragile. Age was associated with frailty in the elderly ($p < 0.05$). The worst scores in the domains of quality of life were in the domain of death and dying and the functioning of the sensory in frail and non-frail elderly people. While the best scores were in the domains of intimacy, past, present and future activities and social relationships for both non-frail and frail elderly people. The global score on the perception of quality of life of frail elderly people was 48.7% and 49.8% for non-frail elderly people, with no significant difference between groups ($p > 0.05$). There was a weak positive correlation between frailty and the sensory functioning domain in the elderly ($p > 0.05$). In conclusion, age and loss of consciousness are related to the frailty and quality of life of the elderly in Social Assistance Reference Center.

Keywords: Aging. Vulnerability. Syndrome. Quality of life.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Classificação da fragilidade dos idosos dos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS).....	55
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características dos idosos dos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS).....	54
Tabela 2 - Associação entre as características socioeconômicas, demográficas e ocupacionais com a fragilidade nos idosos dos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS).....	56
Tabela 3 - Percepção da qualidade de vida em cada domínio do WHOQOL-OLD e a qualidade de vida global (QV) dos idosos frágeis e não frágeis dos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS).....	57
Tabela 4 - Resultados das correlações entre os idosos em condição de fragilidade com os domínios da qualidade de vida.....	58

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
1 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	16
1.1 ENVELHECIMENTO	16
1.1.1 Diferentes Vertentes no Processo de Envelhecimento.....	18
1.1.2 Alterações Biopsicossociais no Envelhecimento	19
1.1.3 O Envelhecer e a Identidade Social e Pessoal.....	20
1.1.4 Consequências Sociais, Econômicas e Políticas do Envelhecimento	21
1.1.5 Envelhecimento Ativo	22
1.1.6 Envelhecimento, Saúde e Qualidade de Vida	23
1.2 FRAGILIDADE - CONCEITO	25
1.2.1 Fenótipo da Fragilidade	27
1.2.2 Fragilidade: Trajetórias de uma Nova Abordagem do Idoso	28
1.2.3 Fragilidade: Marcadores Clínicos e Biológicos.....	30
1.2.4 Fragilidade e Qualidade de Vida	30
1.2.5 Consenso Brasileiro de Fragilidade em Idosos: Conceitos, Epidemiologia e Instrumentos de Avaliação	32
1.2.5.1 Revisão Sistemática dos Aspectos Epidemiológicos e Conceituais	34
1.2.5.2 Instrumentos de avaliação.....	35
1.3 VULNERABILIDADE	36
1.3.1 Vulnerabilidade Social na Sociedade Contemporânea	39
1.3.2 Índice e Indicadores de Vulnerabilidade Social.....	41
1.3.3 Vulnerabilidade no Envelhecimento	42
1.3.4 Avaliação da Vulnerabilidade do Idoso	44
1.3.5 Vulnerabilidade, Saúde e Qualidade de Vida	47
2 METODOLOGIA	49
2.1 TIPO DE PESQUISA	49
2.2 LOCAL DO ESTUDO	49
2.3 PARTICIPANTES	49
2.4 DESENHO DO ESTUDO	50
2.5 INSTRUMENTOS DE PESQUISA	50
2.5.1 Avaliação Socioeconômica	50
2.5.2 Questionário Internacional de Atividade Física – Versão Curta.....	50

2.6 QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE.....	51
2.7 FRAGILIDADE.....	52
2.8 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS.....	52
3 RESULTADOS	54
4 DISCUSSÃO	59
CONSIDERAÇÕES FINAIS	68
REFERÊNCIAS.....	70
APÊNDICES	85
ANEXOS	88

INTRODUÇÃO

A partir de 1970 o Brasil teve seu perfil demográfico transformado: de uma sociedade majoritariamente rural e tradicional, com famílias numerosas e alto risco de morte na infância, passou-se a uma sociedade principalmente urbana, com menos filhos e nova estrutura nas famílias brasileiras (LEONE; MAIA; BALTAR, 2010).

De uma população predominante jovem em um passado nem tão distante, observa-se, nos dias atuais, um contingente cada vez mais significativo de pessoas com 60 anos ou mais de idade (VASCONCELOS; GOMES, 2012).

Segundo Alves (2008), a transição demográfica inicia com a redução das taxas de mortalidade e, depois de um tempo, com a queda das taxas de natalidade, provocando significativas alterações na estrutura etária da população. E as projeções indicam que em 2050 a população brasileira será de 253 milhões de habitantes, a quinta maior população do planeta (BRITO, 2008).

Estas mudanças ocorrem pelos maiores investimentos em saúde pública nas últimas décadas e as reduções na taxa de fecundidade e mortalidade (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016).

As projeções referentes ao aumento da população idosa no Brasil têm acontecido em todas as regiões do país. No entanto, em algumas, o envelhecimento da população tem se estabelecido de forma abrupta e, em outras, mais lentamente. Nesta questão, destaca-se o fato de que o Brasil é formado por cinco regiões geográficas que variam, significativamente, em suas dimensões territoriais, sociais, econômicas e culturais. Deste modo, o envelhecimento também se manifesta segundo as diversidades e desequilíbrios regionais, principalmente, sociais e econômicos (MAFRA et al., 2010).

Na região sul do país, especificamente em Santa Catarina, uma pesquisa realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2018) sobre a projeção da população idosa aponta que em 2018 o grupo etário com maior população projetada encontra-se na faixa de 30 a 39 anos, que concentra 16,7% da população total. Para 2035 o número de pessoas em Santa Catarina com 65 anos, ou mais, vai ultrapassar o de menores de 15 anos, o que aponta para um aumento acelerado da população idosa no Estado, sendo esse quarto mais rápido entre as

unidades da federação. Em 2060 o grupo etário de 60 a 69 anos representará quase 13% da população total de Santa Catarina (IBGE, 2018).

Este processo de envelhecimento causa alterações de natureza biológica, socioeconômica e psicossocial, o que aumenta a fragilidade e influencia na qualidade de vida dos idosos (AGNE et al., 2016). A fragilidade é uma síndrome clínica com múltiplas causas e fatores contributivos, caracterizada pela diminuição da força, resistência e função fisiológica, aumentando a vulnerabilidade de um indivíduo ao desenvolvimento de maior dependência, declínio físico, cognitivo e social (JESUS et al., 2017). Neste contexto, considerando a transição demográfica mundial e o crescente aumento da população idosa, a fragilidade é cada vez mais reconhecida como um problema de saúde pública. Representa um desafio para as sociedades atuais, especialmente nos países em desenvolvimento por conta do seu impacto negativo na saúde e na qualidade de vida do idoso, bem como no aumento do uso dos serviços de saúde (DUARTE et al., 2018).

Segundo Jesus et al. (2017), pesquisar a fragilidade em idosos em contexto de vulnerabilidade social oferece avanços no conhecimento e sugere contribuições para a rede de serviços públicos que assistem aos idosos. Dentre os programas assistenciais está o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), que é um local público, localizado, prioritariamente, em áreas de maior vulnerabilidade social, onde são oferecidos os serviços de Assistência Social com o objetivo de fortalecer a convivência com a família e com a comunidade (MINISTÉRIO DA SAUDE, 2015).

A maioria dos estudos têm sido realizado com a população idosa em geral (DUARTE et al., 2018), com idosos vinculados a planos de saúde ou programas de promoção da saúde (MANSO; MARESTI; OLIVEIRA, 2019) idosos portadores de HIV (CERQUEIRA, 2015) ou idosos institucionalizados (MANTOVANI, 2018). Em um estudo, que avaliou a fragilidade de idosos em vulnerabilidade social cadastrados em cinco Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) do município de São Carlos - SP, entretanto, a percepção da qualidade vida não foi pesquisada neste estudo (JESUS et al., 2017).

A identificação da fragilidade e a qualidade de vida de idosos em contexto de vulnerabilidade social podem fundamentar a alocação de recursos e programas assistenciais para aqueles com maiores possibilidades de desfechos adversos, como redução da capacidade funcional e óbito (BARBOSA; MANSUR; COLUGNATI, 2017). Destaca-se ainda que, através do levantamento de informações com

presente pesquisa, poderá orientar o planejamento e as ações de cuidado dos idosos que buscam o CRAS e auxiliar no planejamento de ações de atenção e promoção da saúde e qualidade de vida. Além disso, subsidiar políticas de saúde e educação para a população de crianças, jovens e adultos, uma vez que o envelhecimento é um processo de curso de vida (RODRIGUES; NERI, 2012).

Portanto, o objetivo geral deste estudo foi avaliar a fragilidade e a qualidade de vida de idosos em contexto de vulnerabilidade social atendidos nos Centros de Referência da Assistência Social – CRAS do município de Videira - SC. Para responder ao objetivo geral, os seguintes objetivos específicos foram propostos: a) Analisar as características socioeconômicas e demográficas dos idosos atendidos nos Centros de Referência de Assistência Social – CRAS; b) Avaliar o perfil de fragilidade dos idosos atendidos nos Centros de Referência de Assistência Social – CRAS; c) Avaliar a percepção da qualidade de vida relacionada à saúde dos idosos atendidos nos Centros de Referência de Assistência Social – CRAS; d) Analisar as associações entre as características socioeconômicas e demográficas com a condição de fragilidade dos idosos atendidos nos Centros de Referência de Assistência Social – CRAS; e) Correlacionar a condição de fragilidade com os domínios da qualidade de vida. Avaliar nível de atividade física (IPAQ).

Este estudo está vinculado a Linha de Pesquisa Desenvolvimento, Sociedade e Educação, do Programa de Mestrado em Desenvolvimento e Sociedade, da Universidade Alto Vale do Rio do Peixe (UNIARP). Apresenta uma abordagem interdisciplinar para entender e analisar o fenômeno da fragilidade e a qualidade de vida em idosos em contexto de vulnerabilidade social, pois certos fenômenos ou problemas merecem atenção abrangente envolvendo, em seu estudo, distintas áreas, como por exemplo: psicologia, ciências sociais enfermagem, medicina, etc. Ainda, os estudos com essa temática de pesquisa vinculam-se às diretrizes da corrente interdisciplinar das ciências, na certeza de que a interdisciplinaridade promove interações entre diferentes saberes que possibilitam a construção do conhecimento, resultando no aperfeiçoamento de métodos, leis e aplicações práticas na resolução de problemas relacionados com a sociedade e o desenvolvimento. Assim, essa dissertação é estruturada em quatro itens. No capítulo 1 é apresentado todo o referencial teórico abordando o processo de envelhecimento, a síndrome da fragilidade e a relação com a qualidade de vida e a vulnerabilidade. O capítulo 2 apresenta os procedimentos metodológicos utilizados para a realização da pesquisa.

No capítulo 3 é apresentada toda a descrição dos resultados do estudo e no capítulo 4 a discussão dos principais resultados, e considerações finais.

1 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

ENVELHECIMENTO

Para Maia (2011) o envelhecimento é um processo contínuo que se dá desde a concepção até a morte, compondo o desenvolvimento humano. Possui características próprias, que necessitam ser reconhecidas e identificadas

As projeções indicam que em 2050 "a população brasileira será de 253 milhões de habitantes, a quinta maior população do planeta, abaixo apenas da Índia, China, EUA e Indonésia" (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016). Terão se passado menos de 40 anos entre 2005, quando a taxa de fecundidade total do país atingiu 2,1 filhos por mulher (nível para se alcançar um crescimento demográfico sustentado nulo) e o período de crescimento verdadeiramente nulo da população brasileira (BATISTA; JACCOUD; AQUINO, 2008, p 7).

Para Bulsing e Jung (2016) o envelhecimento é um fenômeno universal que pressupõe alterações não apenas físicas e biológicas, mas também psicológicas e sociais. Essas alterações são naturais e gradativas, variando conforme as características genéticas e o modo de vida de cada um (ZIMERMAN, 2000).

O envelhecimento populacional é um dos grandes desafios a serem enfrentados atualmente, pois em grande parte dos países do mundo assiste-se a um fenômeno de envelhecimento histórico, no qual a esperança média de vida ultrapassa os 80 anos. Em alguns países esse grupo chega a representar cerca de 19% do total, porém, projeções demográficas já sugerem que possa vir a representar cerca de 30% no prazo de poucas décadas (LOPES; MENDES; SILVA, 2014).

No Brasil, de acordo com o Censo realizado em 2010, 9,7% da população brasileira se constitui por idosos, além de que, segundo projeções demográficas, até 2050, 22% dos habitantes terá mais de 60 anos, mostrando assim que a porcentagem de pessoas idosas irá aumentar para 21%, ao passo que a de crianças descerá de 33% para os 20% (PINA, 2013).

De acordo com os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2018), nos últimos 20 anos as taxas de crescimento de idosos no Brasil vêm crescendo progressivamente. Como causas deste aumento do número de idosos pode-se destacar a melhoria da qualidade de vida, até mesmo por possuírem novas prioridades, como a própria independência (IBGE, 2018).

Além disso, o acréscimo da população idosa está relacionado ao baixo índice de crescimento populacional ligado a menores taxas de fecundidade (IBGE, 2018).

De acordo com Kalache (2007, p. 1110) “os países desenvolvidos primeiro enriqueceram e depois envelheceram. Países como o Brasil estão envelhecendo antes de serem ricos”.

Segundo Maia (2011) no Brasil a velhice é considerada uma etapa desse processo, inicia-se aos 60 anos e em países desenvolvidos inicia-se com 65 anos. O Brasil adota o critério etário acima definido referendado ainda pela Política Nacional do Idoso (Lei n.º 8.842 de 04/01/1994) e pelo Estatuto do Idoso (Lei n.º 10.147 de 01/10/2003).

Segundo Miranda, Mendes e Silva (2016), foi a partir de 1970 que o Brasil teve seu perfil demográfico transformado: de uma sociedade majoritariamente rural e tradicional, com famílias numerosas e alto risco de morte na infância, passou-se a uma sociedade principalmente urbana, com menos filhos e nova estrutura nas famílias brasileiras. Afirmam ainda os autores que de uma população predominante jovem em um passado nem tão distante, observa-se, significativo aumento de pessoas com 60 anos de idade ou mais. A transição demográfica inicia com a redução das taxas de mortalidade e, depois de um tempo, com a queda das taxas de natalidade, provocando significativas alterações na estrutura etária da população.

Segundo Barbosa et al. (2017) em muitos países o processo de envelhecimento tem ocorrido de maneira lenta e gradual, possibilitando adaptações no provimento de serviços sociais, previdenciários e de saúde. No Brasil, entretanto, esse processo vem ocorrendo de forma acelerada, principalmente no início do Século XXI, associando-se a importantes transformações sociais e econômicas, bem como à mudança no perfil epidemiológico e nas demandas dos serviços de saúde (BARBOSA et al., 2017).

Por ser multideterminado, o envelhecimento pode ser analisado por várias perspectivas, como a biológica, a psicológica, a social, a econômica, a funcional e a cronológica. Segundo Silva, Fossati e Portella (2007) é marcado por fatores significativos que afetam diretamente a autoestima do idoso, como a crise de identidade, provocada pela falta de desempenhar um papel social, as mudanças de papéis na família, na sociedade ou em seu trabalho, a morte do parceiro e de amigos, o surgimento de doenças, o isolamento social e a aposentadoria que chega, muitas vezes, trazendo sentimentos de inutilidade e mudanças na rotina

Quanto a esse processo, Beleza e Soares (2019) afirma que o envelhecimento se configura como uma experiência heterogênea, que dependerá de como o indivíduo organiza sua vida a partir de circunstâncias histórico-culturais, incidência de patologias e interação entre fatores genéticos e ambientais.

Embora existam grandes diferenças individuais nesse processo, três domínios gerais devem ser considerados: aumento de déficits físicos, pressões e perdas sociais e perspectiva iminente de finitude (BELEZA; SOARES, 2019).

1.1.1 Diferentes Vertentes no Processo de Envelhecimento

De acordo com Teixeira e Neri (2008), a perspectiva biológica do envelhecimento reúne seu ponto consensual na chamada teoria do declínio. Segundo essa teoria, o envelhecimento é caracterizado por uma lentidão que abrange diferentes domínios do comportamento. O autor afirma ainda que na origem dessa lentidão está o declínio de um conjunto de funções orgânicas (como, por exemplo, a diminuição da capacidade de regeneração das células e conseqüente envelhecimento dos tecidos). Barreto (2005) divide o envelhecimento em duas fases, sendo elas o primário, um processo pessoal, natural, gradual que se caracteriza por uma diminuição das “aptidões e capacidades, tanto físicas como mentais”, o qual se encontra relacionado com o código genético de cada um. Na segunda fase o autor explica que é o secundário, processo “patológico” cujas alterações físicas e/ou mentais ocorrem de forma imprevisível e as causas são diversas (determinadas por doenças ou lesões, fortemente relacionadas com alterações ambientais), sendo as suas manifestações vivenciadas de forma distinta pelo ser humano. Para Irigaray, Schneider e Gomes (2011) a funcionalidade cognitiva de idosos está relacionada à sua saúde, à qualidade de vida e ao bem-estar psicológico, sendo considerado um indicador importante de envelhecimento ativo e longevidade.

O processo de envelhecimento envolve alterações que vão desde o nível dos processos mentais, da própria personalidade, das motivações que a pessoa tem, das aptidões sociais, ou seja, o envelhecimento, do ponto de vista psicológico, vai depender de fatores de ordem genética, patológica (doenças e/ou lesões), de potencialidades individuais (processamento de informação, memória, desempenho cognitivo, entre outras), com interferência do meio ambiente e do contexto sociocultural. Especificamente na velhice, segundo os autores Irigaray, Schneider e Gomes (2011), ainda não há um consenso sobre a ocorrência de declínios e ganhos

em relação ao bem-estar psicológico.

1.1.2 Alterações Biopsicossociais no Envelhecimento

Na concepção de Lopes (2016), o processo de envelhecimento se inicia desde a concepção, sendo então a velhice definida como um processo dinâmico e progressivo no qual ocorrem modificações morfológicas, funcionais e bioquímicas, que determina a perda das capacidades de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos.

A idade cronológica deixa de ser um marcador preciso para as mudanças que acompanham o envelhecimento, passando a ser apenas uma forma padronizada de contagem dos anos vividos, uma vez que existem variações de diferentes intensidades relacionadas ao estado de saúde, participação e níveis de independência entre pessoas mais velhas que possuem a mesma idade. Segundo alguns estudos, outros eventos, relacionados à vida pessoal, familiar e profissional servem de pontos de referência para mudanças. Desta forma, o envelhecimento humano pode ser compreendido como um processo complexo e composto pelas diferentes idades: cronológica, biológica, psicológica e social (SCHNEIDER; IRIGARAI, 2008).

A falta de motivação e planejamento do futuro, a necessidade de entender as perdas orgânicas, afetivas e sociais, a dificuldade de se adaptar às mudanças rápidas, os questionamentos sobre autoimagem e autoestima e as alterações psíquicas são vistos como os principais aspectos psicológicos nesse contexto (ZIMERMAN, 2000).

Neurologicamente, o processo de envelhecimento concentra-se na redução da rede neuronal e dendrítica, o que implica alterações nos tempos de reação, raciocínio, agilidade e mobilidade do idoso (ARANHA, 2007). Ou seja, nada diferente das perdas de outros órgãos que compõe o organismo humano que envelhece. Este mesmo autor propõe que, pensar na psicologia do velho, ou seja, seu funcionamento psíquico, é analisar um conjunto de traços e mecanismos que intervêm habitualmente no envelhecimento: tendência a desinteressar-se pelo mundo e pelos outros, tendência ao recolhimento narcísico, perda das capacidades de sublimação, repressão para etapas pré-genitais do desenvolvimento, tendência ao ciúme, ligado à frustração (ARANHA, 2007).

Diante de tais evidências é possível pensar desdobramentos psicopatológicos no envelhecimento. Aranha (2007) destaca três quadros típicos no atendimento de idosos. O primeiro destaca os quadros de depressão. Outro quadro presente é de ansiedade, como angústia inconsciente por medo do aniquilamento e da fragmentação que passa a ser maior do que o medo da própria morte. Por fim, os quadros demenciais associados à deterioração neurológica, mas também a mecanismos psicológicos pouco funcionais que não conseguiram criar uma nova subjetividade reorganizadora das instâncias envolvidas. Sobre o processo de envelhecimento, Souza et al. (2004) afirmam que a pessoa idosa pode vir sofrer alterações de diversas ordens que favorecem condições de fragilidade, muitas vezes associada a uma doença crônico-degenerativa ou a um quadro de comorbidade.

1.1.3 O Envelhecer e a Identidade Social e Pessoal

A construção da identidade social e pessoal para viver o maior tempo possível como sujeitos sociais e garantirem que a velhice será abordada como um acontecimento da vida, um destino, mas, também, como um experimento, ou seja, a possibilidade de invenção de modos de existência que contrariem os modelos e valores vigentes na atualidade (MONTEIRO, 2011).

Afirma ainda Monteiro (2011) que isso permite pensar a velhice em termos de identidade social e perceber que ela é uma classificação, que há uma valoração por parte da sociedade e uma característica própria e auto valoração da idade etária, separando e agrupando os indivíduos em um parâmetro de idade.

Segundo Papaléo Netto (2002) o tema envelhecimento de forma abrangente, incluindo a saúde, doença, tempo e morte, compreende necessária e, principalmente, a análise dos aspectos sociais, culturais, políticos e econômicos relativos a valores, estigmas e sistemas carregados de simbologias, que traçam a história das sociedades humanas e suas representações sociais. Envelhecer faz parte do processo humano que é inexorável e natural. É importante a interação, a comunicação e a convivência com outros idosos buscando-se não criar uma imagem de velhos, entendendo que os idosos são pessoas que vivem uma etapa da vida e a produção de cada um segue seu curso, na sua área de conhecimento, quando ensinam, pesquisam ou produzem (PAPALÉO NETO, 2002). O autor ainda afirma que

É imprescindível que os idosos saibam reconhecer que cada um tem uma

identidade singular e pessoal, cada um assumindo-se sem exigir de si a uniformidade. Os sujeitos independentes de sua idade têm papéis diferentes a desempenhar. Torna-se, portanto, importante que a sociedade reveja seus conceitos e preconceitos sobre a sexualidade e entenda o quanto ainda é possível e necessária a troca afetiva que pode ser realizada por toda a vida do ser humano (PAPALÉO NETTO, 2002).

Apesar das mudanças em algumas áreas para que os idosos possam não se sentir culpados pelos seus desejos sexuais, independentemente da forma de sua manifestação, os preconceitos em relação à atividade sexual precisam ser discutidos e analisados, visando a uma melhor explicação e orientação das verdadeiras mudanças existentes no seu comportamento sexual (RISMAN, 2005).

Os termos “amadurecer” e “idade madura” também são muito utilizados e significam a sucessão de mudanças ocorridas no organismo e a conquista de papéis sociais e de comportamentos considerados próprios ao adulto mais velho (NERI; FREIRE, 2000).

Para Neri e Freira (2000), essa estruturação do indivíduo na velhice representa o seu tempo subjetivo de ser sujeito de si, em modelar, direcionar e dizer qual o espaço e lugar de fala que deseja ocupar, quais as condições para algumas transposições de dificuldades, o que deve aceitar ou rejeitar, os desenhos de vida que quer construir como prioridade para viver melhor o seu tempo.

Este reconhecimento de si e sua assimilação faz com que o homem tente viver em sua subjetividade temporal, não abrindo os seus avessos, mostrando uma suposta assimilação do que ainda parece ser seu e o tempo subjetivo e a natureza de poder fazer suas atividades cotidianas ao reconquistar as experiências de vida no mundo possível, armazenadas em suas memórias, ou em uma outra perspectiva, que “lute garridamente para conseguir ser visto na invisibilidade que a sociedade impõe ao velho” (LOUREIRO, 2006, p. 258).

1.1.4 Consequências Sociais, Econômicas e Políticas do Envelhecimento

A transição demográfica inicia com a redução das taxas de mortalidade e, depois de um tempo, com a queda das taxas de natalidade, provocando significativas alterações na estrutura etária da população (ALVES, 2008).

Essas alterações têm ocorrido rapidamente, exigindo uma resposta rápida e adequada que não se realizará sem a intervenção do Estado por meio da implantação e implementação de políticas públicas fundamentais (BRITO, 2008).

Para Kalache (2008) o envelhecimento populacional traz consigo problemas de saúde que desafiam os sistemas de saúde e de previdência social. Diz ainda Kalache (2008) que envelhecer não significa necessariamente adoecer, a menos que exista doença associada, o envelhecimento está associado a um bom nível de saúde. Além disso, os avanços no campo da saúde e da tecnologia permitiram para a população com acesso a serviços públicos ou privados adequados, uma melhor qualidade de vida nessa fase. Com isso, é fundamental investir em ações de prevenção ao longo de todo o curso de vida, em virtude do seu potencial para "resolver os desafios de hoje e, de forma crescente, os de amanhã" (KALACHE, 2008, p. 1109).

Segundo Batista, Jaccoud e Aquino (2008), os países têm buscado, cada vez mais, compreender o processo de envelhecimento populacional, procurando alternativas para "manter seus cidadãos idosos socialmente e economicamente integrados e independentes" Isso porque a presença crescente de pessoas idosas na sociedade impõe o desafio de inserir o tema do envelhecimento populacional na formulação das políticas públicas e de implementar ações de prevenção e cuidado direcionados às suas necessidades, subsidiando a organização de uma rede com capacidade para ofertar serviços e ações no âmbito da proteção social (BATISTA; JACCOUD; AQUINO, 2008).

1.1.5 Envelhecimento Ativo

Dessa forma, cabe, na sociedade brasileira, a realização de uma análise sobre o caráter do envelhecimento populacional uma vez que nos deparamos com uma sociedade que vem apresentando diversas dificuldades e inabilidades relacionadas a promoção de uma boa qualidade de vida à população idosa (MENDES et al., 2014).

Em virtude de tais carências e com o propósito de satisfazer as necessidades da população idosa e potencializar as suas capacidades, a Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu o conceito de Envelhecimento Ativo como uma perspectiva de curso de vida, dependendo de uma variedade de determinantes de cunho pessoal, comportamental, econômico, ambiental, social e de saúde (SANTOS, 2016).

De acordo com o modelo atual do envelhecimento ativo, a integração plena dos idosos na sociedade é considerada a única forma de estes poderem exercer o seu direito de cidadania. Este modelo, para além dos aspectos de manutenção da autonomia física e psicológica, implica a participação e envolvimento em assuntos sociais, culturais, económicos, civis e espirituais (MENDES et al., 2014).

O desempenho de atividades sociais faz com que as pessoas se envolvam socialmente e participem das interações sociais e produtivas, estas acabam por se beneficiar do senso de pertencimento propiciado pela vida em grupos, derivem informações importantes à adaptação e tenham chances aumentadas de experimentar bem-estar subjetivo (VIEIRA, 2013).

Em relação à cidadania ativa, na sociedade atual, impera a necessidade de dinâmicas que promovam mudanças nas situações de redução de informação, de passividade e dependência face à decisão de produção e partilha de conhecimentos e de promoção da autonomia e independência dos idosos por tanto tempo quanto possível (MENDES et al., 2014).

Nesse contexto, ressalta-se que modelos inovadores de atenção, como os centros de convivência, têm se revelado alternativas com elevada relação custo/benefício e resultados encorajadores. Outra iniciativa que demonstra bons resultados, desde a sua implantação, são as Universidades da Terceira Idade (UNATIS), as quais oferecem um campo de experimentação e assistência integralmente voltado para os desafios da terceira idade (MOLITERNO et al., 2015).

1.1.6 Envelhecimento, Saúde e Qualidade de Vida

A crescente preocupação com questões relacionadas à qualidade de vida vem de um movimento dentro das ciências humanas e biológicas no sentido de valorizar parâmetros mais amplos que o controle de sintomas, a diminuição da mortalidade ou o aumento da expectativa de vida (PEREIRA; TEIXEIRA; SANTOS, 2012).

Quanto ao conceito de qualidade de vida, a *World Health Organization* (1997), aborda como a percepção do indivíduo quanto à sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores em que vive, levando em conta suas metas, expectativas, padrões e preocupações, e, segundo Vagetti et al. (2013), trata-se de uma definição polissêmica, cujos componentes podem oscilar de pesquisador para pesquisador.

A forma como é abordada e os indicadores adotados estão diretamente ligados aos interesses científicos e políticos de cada estudo e área de investigação, bem como das possibilidades de operacionalização e avaliação (PEREIRA; SANTOS; TEIXEIRA, 2012).

Afirmam ainda Pereira, Santos e Teixeira (2012) que, dependendo da área de interesse, o conceito, muitas vezes, é adotado como sinônimo de saúde (MICHALOS; ZUMBO; HUBLEY, 2000; SCHMIDT et al., 2005) felicidade e satisfação pessoal (RENWICK; BROWN, 1996), condições de vida (BUSS, 2000), estilo de vida (NAHAS, 2003), dentre outros, e seus indicadores vão desde a renda até a satisfação com determinados aspectos da vida. Devido a essa complexidade, conforme abordam Dantas, Sawada e Malerbo (2003) e Seild e Zanonn (2004), a qualidade de vida apresenta-se como uma temática de difícil compreensão e necessita de certas delimitações que possibilitem sua operacionalização em análises científicas.

É considerada como a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (WHOQOL, 1994), e mesmo como uma questão ética segundo Santin (2002), que deve, primordialmente, ser analisada a partir da percepção individual de cada um (GILL; FEISNTEIN, 1994).

Para Dawalibi, Goulart e Prearo (2014), o conceito de qualidade de vida relaciona-se à autoestima e ao bem-estar pessoal e abrange uma grande gama de aspectos, tais como: a capacidade funcional, o nível socioeconômico, o estado emocional, a interação social, a atividade intelectual, o autocuidado, o suporte familiar, o estado de saúde, os valores culturais, éticos e a religiosidade, o estilo de vida, a satisfação com o emprego e/ou com as atividades da vida diária e com o ambiente em que se vive.

Já Minayo, Hartz e Buss (2000) afirmam que qualidade de vida é uma noção eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial. Pressupõe a capacidade de efetuar uma síntese cultural de todos os elementos que determinada sociedade considera seu padrão de conforto e bem-estar. Entendem ainda Minayo, Hartz e Buss (2000), a qualidade de vida como uma marca da relatividade cultural, pois a abrangência de muitos significados do termo, refletem

conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades que a ele se reportam em variadas épocas, espaços e histórias diferentes.

Para Camelo, Giatti e Barreto (2016) a qualidade de vida é um construto subjetivo e multidimensional que considera a percepção e compreensão da realidade e incorpora a satisfação diante domínios da vida que os indivíduos valorizam.

Qualidade de vida, é um construto individual e associado ao grau de expectativa, cultura e personalidade. Em geral, qualidade de vida está relacionada à autoestima e bem-estar pessoal e, dessa forma, tende a ser influenciada por vários aspectos como estado de saúde, nível socioeconômico, estilo de vida, interação social, suporte familiar e satisfação com a vida (CAMELO; GIATTI; BARRETO, 2016).

Ainda Segundo Camelo, Giatti e Barreto (2016) alguns autores consideram ainda que o aspecto funcional é o principal determinante da qualidade de vida, já que o estado de saúde influencia o desempenho adequado de funções consideradas importantes pelos indivíduos. Dessa forma, o conceito de “qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS)” foi criado justamente para incorporar essa valorização do estado de saúde como determinante da qualidade de vida.

Em relação a qualidade de vida no envelhecimento, Telles et al., (2015) afirmam que o processo de envelhecimento no Brasil tem desencadeado uma série de mudanças em vários setores da sociedade tais como saúde, economia e política, alterando inclusive a visão sobre a velhice e como esse “novo” quantitativo de cidadãos está impactando no cenário social.

Para Paiva et al. (2016) apesar do aumento de pessoas idosas ser uma conquista da humanidade, isso não garante às mesmas a dignidade para se viver bem, ou seja, a qualidade de vida não acompanha a evolução ocorrida no perfil demográfico e epidemiológico. Diante disso, o maior desafio tem sido cuidar de uma grande população idosa cuja maioria apresenta nível socioeconômico e educacional baixo e uma alta prevalência de doenças crônicas e incapacitantes, o que tem exigido um maior investimento em pesquisas sobre qualidade de vida na velhice (PAIVA et al., 2016).

1.2 FRAGILIDADE - CONCEITO

O processo de envelhecimento humano é multifatorial e progressivo em todas as suas dimensões: biológica, psicológica, socioeconômica, cultural e espiritual, o

que implica perda da reserva funcional tornando o indivíduo mais susceptível às doenças crônicas. Isto pode contribuir para a diminuição da funcionalidade e o surgimento da síndrome da fragilidade que é um indicador importante da condição de saúde do idoso (FLUETI et al., 2018). Ainda segundo Flueti et al. (2018), vêm sendo realizadas para a elaboração de um conceito sobre fragilidade a fim de ser utilizada na prática dos serviços de saúde, mas devido a sua característica multidimensional, sua definição ainda representa um desafio a ser superado.

A fragilidade é um estado de vulnerabilidade com uma pobre resolução da homeostase, após um evento estressor, aumentando o risco de resultados adversos, tais como debilidade muscular, fragilidade óssea, desnutrição, risco de quedas, vulnerabilidade ao traumatismo e infecções, além de pressão arterial instável e diminuição da capacidade funcional, portanto a fragilidade pode ser entendida como um estado dinâmico que afeta o indivíduo que sofre perdas em um ou mais domínios do funcionamento humano (físico, psicológico e social), causada pela influência de uma série de variáveis e que aumenta o risco de efeitos adversos (FLUETI et al., 2018).

Para Andrade et al. (2018) a fragilidade é caracterizada como uma síndrome de declínio da energia decorrente de alterações que acontecem em razão do envelhecimento, e essas alterações predispõem os idosos à redução acentuada da massa muscular e a um estado inflamatório crônico que, quando associado a doenças, imobilidade ou a outros fatores extrínsecos, resulta na diminuição da reserva energética e no aumento da vulnerabilidade física.

Diferentes estudos mostram que essa síndrome está associada à idade avançada e a piores condições socioeconômicas, como renda insuficiente e baixo nível de escolaridade e, além disso, apesar de não ser sinônimo destas condições, a fragilidade está relacionada à presença de doenças crônicas e incapacidade, podendo predispor esses eventos ou ser causada por eles (FRIED et al., 2001; MELO; ENGSTON; ALVES, 2014; SANTOS et al., 2009).

Já para Oliveira et al. (2019) a fragilidade é uma síndrome clínica caracterizada pela diminuição da força, resistência e função fisiológica, aumentando a vulnerabilidade de um indivíduo ao desenvolvimento de maior dependência e/ou morte.

O processo fisiopatológico da fragilidade resulta de alterações de vários mecanismos e sistemas biológicos que culminam no rompimento do equilíbrio

homeostático (OLIVEIRA et al., 2019). De modo geral, o desequilíbrio dos múltiplos sistemas pode conduzir a um declínio global na habilidade do organismo como um todo em tolerar estressores, aumentando, assim, o risco de ocorrência de desfechos adversos associados à fragilidade. Esses desfechos levariam a uma espiral negativa de declínio funcional (OLIVEIRA et al., 2019).

A fragilidade engloba características clínicas próprias do envelhecimento e que segundo Fried (2001), Rockwood, Howlett e Mackinigth (2004) e Santos (2008) é um estado fisiológico de maior vulnerabilidade ao estresse, que resulta da diminuição de reservas fisiológicas. Esta diminuição é oriunda da dificuldade em manter a homeostase em face das perturbações, sejam elas extremos de temperatura ambiental, exacerbações de uma doença crônica, doença aguda ou uma lesão.

Segundo Fried (2001) toda a pessoa idosa que apresentar três ou mais dos critérios anteriormente referidos é considerada frágil. Se apresentar só uma ou duas das características supracitadas, o idoso é tido como pré-frágil e se não apresentar nenhuma das cinco características, o idoso é considerado não frágil.

Alguns autores consideravam, unicamente, a dimensão física para avaliar a fragilidade, mas há outros pesquisadores que contrapõem esta posição e englobam também na determinação da fragilidade a dimensão social e psicológica (FRIED, 2001). Segundo Rockwood (2005) a fragilidade é multifatorial envolvendo fatores sociais e médicos que se interligam e que confirmam a propriedade multidimensional da síndrome.

1.2.1 Fenótipo da Fragilidade

A Síndrome da Fragilidade, segundo Van Can et al. (2008), é resultado de deficiências multissistêmicas, que geram alterações diferenciadas do processo normal de envelhecimento. Pra Van Can et al. (2008) e Fried et al. (2001) a fragilidade é definida como queda da reserva e resistência a estressores do organismo, levando a redução da capacidade de retorno à homeostase. Os componentes físicos da fragilidade são destacados neste conceito e interagem em forma de ciclo, o da fragilidade, e estão apoiados no tripé sarcopenia, desregulação neuroendócrina e alterações imunológicas (VAN CAN et al., 2008; WALSTON et al., 2006). O fenótipo de fragilidade, proposta operacional de Fried et al. (2001) é capaz de traduzir as manifestações do ciclo da fragilidade. É composto pelos itens perda de peso, exaustão, nível de atividade física, força muscular e lentidão da marcha, e

classifica o idoso em frágil, pré-frágil e não frágil, de acordo com número de itens positivos.

O fenótipo da fragilidade proposto para facilitar o diagnóstico abrange a diminuição de reservas fisiológicas e, simultaneamente, de resistência, havendo um declínio mais acelerado de diferentes sistemas fisiológicos que implicam um déficit de energia, disfunção imunológica, sarcopenia, tolerância ao esforço e diminuição da força muscular (FRIED, 2001). Esse tipo de manifestação visível tem validade concorrente satisfatória, evidenciada pela associação com idade avançada, condições crônicas, função cognitiva e sintomas depressivos e pelo valor preditivo para desfechos adversos como quedas, hospitalização, incapacidade e morte (GILL et al., 2006; FREIHEIT et al., 2011).

Em relação à contribuição de cada item do fenótipo na determinação da fragilidade, Drey et al. (2011) encontraram como o mais comum a exaustão e o menos comum o baixo nível de atividade física. Já Rothman et al. (2008) encontraram os itens mais comuns a lentidão da marcha e o nível de atividade física, sendo que o nível de atividade física foi o que mais aumentou no acompanhamento da amostra.

Na população brasileira, um estudo encontrou o item lentidão da marcha como o mais frequente, tanto em idosos frágeis como pré-frágeis (JARDIM et al., 2013). E em outro estudo realizado por Silva et al. (2011) o mais comum foi a exaustão, seguida pela lentidão da marcha e força muscular.

Apesar destes dados, ainda não existem estudos com grandes amostras da população brasileira acerca da contribuição individual e em conjunto com os outros de cada item na determinação da síndrome da fragilidade. Na prática clínica dos profissionais que lidam com idosos, em todos os níveis de atenção, avaliar os itens do fenótipo e determinar quais necessitam de maior atenção para abordagem precoce, pode ajudar na prevenção do avanço da fragilidade e suas consequências adversas para a saúde (SILVA et al., 2016).

1.2.2 Fragilidade: Trajetórias de uma Nova Abordagem do Idoso

O interesse pelo estudo da fragilidade no idoso tem sido crescente nas últimas décadas. Ainda que o termo fragilidade seja encontrado na literatura com diferentes definições há, ultimamente, uma convergência no entendimento dessa condição como uma síndrome caracterizada por menor capacidade adaptativa aos

eventos agressores, resultando em maior vulnerabilidade a desfechos adversos, como quedas, hospitalização, incapacidade e morte. Esse conceito, foi operacionalizado, tanto na pesquisa como na prática clínica, através da identificação de elementos que configurariam o fenótipo da fragilidade, os quais incluem: baixa atividade física, fadigabilidade/ exaustão, redução da massa muscular (sarcopenia), perda de peso não intencional e lentificação da marcha (FRIED et al., 2001).

Estudos apontam também marcadores laboratoriais que estariam associados ao fenótipo de fragilidade, como IL-6, CRP, 25-hidroxivitamina D, IGF-1, D-dímero, permitindo-nos uma compreensão da síndrome como uma entidade que apresenta em sua patogênese processos hormonais, imunológicos, pró-coagulantes e inflamatórios, e vale ressaltar o debate existente acerca da inter-relação entre fragilidade e variáveis como cognição, aspectos psicológicos, nutricionais, ambientais e comorbidades (HAMERMAN, 1999; MORLEY et al., 2006).

O conceito de fragilidade possibilita sair da abordagem, reconhecidamente limitada, do idoso com base em doenças e órgãos, em direção a um verdadeiramente novo paradigma que trata de um novo itinerário no cuidado que pode conferir resultados mais efetivos à atenção da crescente população geriátrica, em termos de prevenção, reabilitação e redução de custos com a assistência (BERGMAN, 2007).

Considerando que idosos aparentemente sem problemas no desempenho de tarefas do cotidiano podem apresentar importante vulnerabilidade a eventos adversos (representariam os frágeis sem dependência para as atividades da vida diária (AVDs) (WOODS et al., 2005).

Para Guilley et al. (2008) o enfoque da fragilidade pode favorecer a implementação de intervenções que se antecipariam ao desenvolvimento da dependência funcional. Para Fried et al. (2001) existem várias propostas de mensuração da fragilidade no idoso, incorporando os elementos constituintes do fenótipo de fragilidade. Fried et al. (2001) ainda estabeleceram uma definição operacional da síndrome, dessa forma, frágeis seriam idosos com três ou mais e pré-frágeis aqueles com um ou dois dos referidos elementos.

Segundo Filho (2010), no Brasil, resultados de estudos, alguns amplos e de caráter multicêntrico, descrevendo a prevalência e demais características da fragilidade, começam a ser publicados e debatidos. Afirma ainda Filho (2010) que investigações possibilitarão avaliar potenciais aplicações do conceito de fragilidade

em nosso contexto, tanto do ponto de vista clínico, como em termos de saúde coletiva.

1.2.3 Fragilidade: Marcadores Clínicos e Biológicos

Não há marcadores de qualquer natureza sejam sociais, econômicos ou biológicos, que delimitem de maneira clara, inequívoca e consensual, a fronteira a partir da qual um indivíduo deve ser classificado como idoso (LOURENÇO, 2008). O relógio e a cronologia a ele associada, embora necessário e largamente utilizado como critério de decisão em situações como a definição de direitos sociais, ou para a inclusão de populações em estudos sobre aspectos do envelhecimento, não constitui, quando visto isoladamente, parâmetro adequado para se estimar as verdadeiras condições de desgaste orgânico individual associado ao tempo e aos seus efeitos (LOURENÇO, 2008).

O envelhecimento humano é marcado por alterações fisiológicas, que ocorrem de maneira diferenciada, em maior ou menor intensidade, em todos os aparelhos e sistemas, e isto se dá de tal maneira que o idoso, quando visto do ponto de vista individual, carrega a sua própria velhice, única e singular. Diversidade e singularidade são, portanto, aspectos essenciais para o correto entendimento do envelhecimento humano dos pontos de vista populacional e individual (LOURENÇO, 2008).

Segundo Cezari et al. (2014), a fragilidade é associada a situações socioeconômicas desfavoráveis, baixa escolaridade e pobreza. E para Looman et al., (2016) diante da população que vem envelhecendo, as próprias pessoas idosas preferem envelhecer na comunidade e viver de forma independente no lar pelo maior tempo possível ou até a morte. Este cenário torna-se inquietante, uma vez que pessoas com fragilidade sofrem com as necessidades decorrentes de suas condições funcionais nos aspectos físicos, psíquicos e sociais, causando impactos negativos na saúde e na qualidade de vida.

1.2.4 Fragilidade e Qualidade de Vida

A qualidade de vida constitui uma temática transversal que atinge inúmeras áreas do conhecimento humano, biológico, social, político, econômico, médico, etc., resultantes de estudos científicos e não científicos, o que implica em uma plêiade de

compreensões, nem sempre convergentes, a respeito do tema (ALMEIDA; GUTIERREZ; MARQUES, 2012). O debate acerca desse tema qualidade de vida, proposto por Herculano (2000), remete à necessidade de compreendê-lo como relativo, como uma questão que varia de acordo com diferenças individuais, sociais e culturais, bem como de acordo com o maior ou menor acesso às inovações tecnológicas.

Já para Minayo, Hartz e Buss (2019), o tema qualidade de vida é tratado sob os mais diferentes olhares, seja da ciência, através de várias disciplinas, seja do senso comum, seja do ponto de vista objetivo ou subjetivo, seja em abordagens individuais ou coletivas. No âmbito da saúde, quando visto no sentido ampliado, ele se apoia na compreensão das necessidades humanas fundamentais, materiais e espirituais e tem no conceito de promoção da saúde seu foco mais relevante, portanto, quando vista de forma mais focalizada, qualidade de vida em saúde coloca sua centralidade na capacidade de viver sem doenças ou de superar as dificuldades dos estados ou condições de morbidade. Isso porque, em geral, os profissionais atuam no âmbito em que podem influenciar diretamente, isto é, aliviando a dor, o mal-estar e as doenças, intervindo sobre os agravos que podem gerar dependências e desconfortos, seja para evitá-los, seja minorando consequências dos mesmos ou das intervenções realizadas para diagnosticá-los ou tratá-los (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2019).

Esses aspectos podem ser observados durante o processo de envelhecimento que vem acompanhado de um conjunto de mudanças fisiológicas, psicológicas e sociais que podem desencadear múltiplas síndromes, entre elas a fragilidade (CHEN; MAO; LENG, 2017).

A fragilidade é um estado de mudança multidimensional em que há aumento da vulnerabilidade e perda da resistência diante de estressores externos, o que eleva a chance de ocorrerem determinados eventos adversos à saúde, tais como diminuição da força, resistência e função fisiológica comprometendo a qualidade de vida do idoso (FRIED et al., 2017; MORLEY et al., 2017).

Quando se considera o envelhecimento e a longevidade, muitas são as preocupações acerca das mudanças nos aspectos sociais e epidemiológicos e dos impactos sobre a qualidade de vida das pessoas (THE WHOQOL GROUP, 2015).

Para Fillit e Butler, 2009 e Chang et al. (2013), embora as relações entre envelhecimento, fragilidade física e qualidade de vida tenham sido pouco

exploradas, recente número de estudos internacionais liga a síndrome da fragilidade a pior qualidade de vida. Entretanto, ainda não há um consenso estabelecido de que a síndrome da fragilidade influencia de maneira negativa na qualidade de vida dos indivíduos, sendo necessários mais estudos que abordem essa temática (FILLIT; BUTLER, 2009; CHANG et al., 2013).

Segundo Lenardt et al. (2016) a fragilidade está associada à qualidade de vida dos idosos, pois quanto maior é o nível de fragilidade, menor é a qualidade de vida desses indivíduos e a condição de fragilidade física do idoso não significa desfecho para pior qualidade de vida e tampouco envelhecimento e fragilidade são sinônimos, portanto o autor entende que a fragilidade física é uma condição gerenciável, podendo ser alvejada por meio de intervenções da enfermagem gerontológica.

Essas intervenções se concretizam por meio do controle do declínio físico com estímulo à realização das atividades básicas, instrumentais e avançadas de vida diária, suporte nutricional, redução da polifarmácia. Para tanto, são imprescindíveis os programas de rastreamento e gestão da fragilidade nos ambientes de atendimento à saúde dos idosos (LENARDT et al., 2015).

Para Berlezi et al. (2019) estudos epidemiológicos também são de grande importância para o diagnóstico das condições dos idosos, para que se possa apontar alternativas e criar tecnologias para os serviços públicos de saúde que atendam às necessidades do idoso, na perspectiva do idoso ser independente e ter uma melhor qualidade de vida.

1.2.5 Consenso Brasileiro de Fragilidade em Idosos: Conceitos, Epidemiologia e Instrumentos de Avaliação

O Consenso Brasileiro de Fragilidade em Idosos (CBFI) foi criado por uma decisão de dez instituições acadêmicas da área de geriatria e gerontologia que, desde julho de 2005, se reúnem mensalmente, por meio de teleconferências de gerontologia (TeleGero), com o objetivo de discutir temas relacionados ao envelhecimento humano. Na reunião da TeleGero de setembro de 2015, por proposta de um de seus membros, consensualmente acatada, formou-se uma comissão de especialistas para definir a metodologia de trabalho do CBFI. Após essa reunião, constituiu-se uma força-tarefa composta de um número variável de membros de cada unidade acadêmica participante da TeleGero e de profissionais de

outras unidades cujo interesse profissional e/ou atividade assistencial, de ensino, de pesquisa ou de gestão estivessem relacionados com a síndrome de fragilidade no idoso. A força-tarefa desenvolveu suas atividades mediante teleconferências mensais, troca de mensagens eletrônicas e um encontro presencial, em 2016, na cidade de Fortaleza, Ceará, Brasil, durante o XX Congresso Brasileiro de Geriatria e Gerontologia (LOURENÇO et al., 2018).

Quanto a conceituação, a fragilidade representa um estado inespecífico de risco aumentado de mortalidade e de eventos adversos de saúde, como a dependência, a incapacidade, as quedas e lesões, as doenças agudas, a lenta recuperação de doenças, a hospitalização e a institucionalização de longa permanência (WINOGRAD et al., 1991; BILOTTA et al., 2012). Na população idosa, os indivíduos frágeis são os que mais necessitam de cuidados de saúde, e, por essa razão, a fragilidade pode ser utilizada como um potencial organizador de gerenciamento de saúde do idoso (TELLO-RODRÍGUEZ; VARELA-PINEDO, 2016).

Diante do rápido envelhecimento populacional em nosso país, consequência das transições demográfica e epidemiológica, o número de indivíduos frágeis está aumentando aceleradamente (IGBE, 2015). Segundo Bock et al. (2016) e Comans et al. (2016) nos países de alta renda, dependendo da população avaliada, 10 a 25% das pessoas com 65 anos ou mais podem ser assim classificadas e muitos dos cuidados de medicina geriátrica, por exemplo, avaliações abrangentes, intervenções preventivas e cuidados multidisciplinares, são direcionados aos idosos frágeis, pois nesse grupo se tem uma melhor relação custo/efetividade.

Entre os vários modelos conceituais de fragilidade, Aguayo et al. (2017) mostra modelo da redução na reserva funcional, envolvendo múltiplos sistemas orgânicos, é o que tem obtido melhor aceitação entre os pesquisadores da área.

Nesse modelo, a fragilidade representa um estado de aumento de vulnerabilidade fisiológica, apresenta-se de forma heterogênea, está associada à idade cronológica e reflete alterações fisiológicas multissistêmicas com repercussões sobre a capacidade de adaptação homeostática (FRIED et al., 2001).

A escala mais utilizada para instrumentalizar essa definição é composta de itens que avaliam o estado nutricional, o gasto de energia, a atividade física, a mobilidade e a força muscular (FRIED et al., 2001).

Outro modelo conceitual é o de acúmulo de déficits, fundamentado no somatório de limitações e doenças, com ênfase no número desses distúrbios mais

do que em sua natureza. Seu instrumento de medida define a fragilidade utilizando pelo menos 30 variáveis, incluindo incapacidades e comorbidades (MITNITSKI; MOGILNER; ROCKWOOD, 2001).

O terceiro modelo conceitual é o multidimensional, caracterizado como um estado dinâmico de perdas que afeta uma ou mais áreas como cognição, aspectos físicos e o domínio social (SANTIAGO; MATOS; GOBENS, 2012; FABRÍCIO-WEHBE et al., 2013). Por fim, uma série de outros instrumentos de aferição são baseados, sobretudo, na presença de incapacidade funcional (HENTSCHEL et al., 2016; MORAES et al., 2016).

No Brasil, tal diversidade de modelos, conceitual e operacional, tem produzido dúvidas entre os envolvidos com as questões relativas à saúde do idoso. Tais dúvidas abrangem: áreas de pesquisa, como melhor investigar os quadros de fragilidade, de ensino, como informar alunos de graduação, pós-graduação e profissionais de saúde em geral e de assistência, como identificar e tratar indivíduos frágeis nas redes pública e privada de saúde (LOURENÇO, 2018).

1.2.5.1 Revisão Sistemática dos Aspectos Epidemiológicos e Conceituais

Em uma revisão sistemática publicada por Da Mata et al. (2016) a prevalência de fragilidade variou de 7,7 a 42,6%. Já na revisão elaborada pelo Consenso Brasileiro de Fragilidade em Idosos, esse número variou entre 6,7 e 74,1%. As principais fontes de variação da prevalência foram o instrumento empregado para classificar os indivíduos como frágeis e o cenário de avaliação. O relatório dessa revisão mostra instrumentos que utilizam quatro grandes modelos conceituais de fragilidade e, corroborando a literatura internacional, reconheceu a escala de fragilidade do *Cardiovascular Health Study* (EFCHS) como o instrumento mais aplicado nos estudos publicados no Brasil. A multiplicidade dos instrumentos verificados nessa realidade traz dificuldades na uniformidade das prevalências. Essa significativa variação denota limitação expressa quanto aos resultados detectados e as suas comparações. A necessidade de padronização no que se refere ao modelo e, especialmente, ao instrumento diagnóstico faz parte dos desafios para determinação do idoso frágil, que, sob a ótica do presente consenso, ainda necessita de amplo escrutínio. Entretanto, todos os trabalhos identificados, independentemente dos modelos empregados, foram unânimes em apresentar a necessidade urgente de diagnosticar a síndrome de fragilidade, dados seus

inúmeros desfechos indesejáveis (LOURENÇO et al., 2018).

1.2.5.2 Instrumentos de avaliação

Quanto aos instrumentos, têm-se, de um lado, aqueles que valorizam aspectos multidimensionais do idoso, aspectos sociais, psicológicos, cognitivos, e, de outro, os que lidam exclusivamente com elementos físicos da fragilidade (LOURENÇO et al., 2018).

O estudo elaborado pelo Consenso Brasileiro de Fragilidade em Idosos em 2015, reconheceu a clara distinção entre os vários instrumentos analisados, e, do ponto de vista de definição, dois grandes modelos foram utilizados: o de vulnerabilidade e o de fragilidade fisiológica. De forma simplificada, concluiu-se que vulnerabilidade é um termo abrangente que engloba inúmeras dimensões dinâmicas, biológica, psicológica, cultural e social (AYRES et al., 2003). Já a fragilidade fisiológica, como definida por Buchner e Wagner (1992) é uma vulnerabilidade orgânica associada ao envelhecimento e desencadeada por eventos estressantes, em que ocorre desequilíbrio dos mecanismos homeostáticos, promovendo uma espiral negativa de eventos indesejáveis. À medida que a idade avança aumentam as prevalências de comorbidades e limitações da capacidade funcional do idoso. Embora essas condições costumem acompanhar a fragilidade fisiológica, elas são distintas desta última (WALSTON et al., 2006).

Com relação aos instrumentos que adotaram o modelo de fragilidade fisiológica, especialmente a escala de fragilidade do *Cardiovascular Health Study* (EFCHS) foi observado que, mesmo com cinco critérios bem definidos como: força de prensão palmar, velocidade da marcha, sensação de exaustão, gasto calórico e perda de peso, muitos trabalhos recorreram a pontos de corte não adaptados para seus respectivos estudos, especificamente para os dois primeiros itens. Além disso, outros trabalhos optaram por utilizar somente quatro dos cinco itens propostos, considerando as limitações já existentes e a dificuldade diagnóstica dessa condição. A modificação desses itens traz ainda mais limitação para a adequada identificação da fragilidade na prática clínica (LOURENÇO et al., 2018).

O Consenso Brasileiro de fragilidade em idosos concordou com as seguintes definições e recomendações na assistência, no ensino e na pesquisa: Fragilidade representa um estado de vulnerabilidade fisiológica relacionada à idade, produzida pela reserva homeostática diminuída e pela capacidade reduzida do organismo de

enfrentar um número variado de desfechos negativos de saúde, como internações hospitalares, quedas e perda funcional, com aumento da probabilidade de morte; Fragilidade não deve ser confundida com incapacidade, vulnerabilidade não fisiológica e multimorbidades; Todo profissional de saúde que assiste ao idoso deve conhecer a síndrome de fragilidade e suas consequências; Não há evidências suficientes para o estabelecimento de estratégias populacionais de rastreamento da síndrome de fragilidade na população idosa em geral, entretanto, a força-tarefa considera que o reconhecimento dessa síndrome é importante, uma vez que identifica idosos com mais risco de desfechos desfavoráveis e, por consequência, é capaz de impactar o cuidado individualizado; Os instrumentos *Frail Scale* (FS) e escala de fragilidade do *Cardiovascular Health Study* (EFCHS) abordam a síndrome de fragilidade. As escalas de Edmonton, Tilburg e Kihon adotam o conceito de vulnerabilidade.

De acordo com a realidade a ser aplicada, esses instrumentos devem ser utilizados considerando o objetivo a alcançar: identificar o idoso frágil ou o idoso vulnerável; Enquanto dados normativos não estão disponíveis para a população brasileira, os pontos de corte dos itens que compõem as escalas de fragilidade, como, por exemplo, velocidade de marcha e força de preensão palmar, devem ser adaptados para a população do estudo (LOURENÇO et al., 2018).

Pesquisadores do Brasil devem investigar métodos mais simples para a identificação da síndrome de fragilidade que facilitem seu uso tanto em ambiente assistencial especializado, como, por exemplo, ambulatórios de geriatria, quanto na atenção primária de saúde (LOURENÇO et al., 2018).

1.3 VULNERABILIDADE

Para Monteiro (2011), o tema da vulnerabilidade não é novo, uma vez que essa terminologia vem sendo usualmente aplicada por cientistas sociais de diferentes disciplinas há bastante tempo. O tema caracteriza-se por um complexo campo conceitual, constituído por diferentes concepções e dimensões que podem voltar-se para o enfoque econômico, ambiental, de saúde, de direitos, entre tantos outros (MONTEIRO, 2011). É importante salientar que esta temática vem sendo trabalhada ao longo de anos, pois o seu conceito está em processo de construção, tendo em vista sua magnitude e complexidade.

Na América Latina, o conceito foi descrito por Moser (1998) a partir da concepção *asset/vulnerability framework*, um significativo avanço no tema ao apontar que os riscos de mobilidade social descendentes não se apresentavam apenas para a população pobre, mas para a sociedade em geral, uma vez que a desproteção e a insegurança transcendem a capacidade de satisfação das necessidades básicas.

A vulnerabilidade social tem relação com a estrutura de vida cotidiana das pessoas. Entre as situações geradoras de vulnerabilidade social em pesquisas nos países periféricos, podem ser citadas: a baixa capacidade de pesquisa no país; disparidades socioeconômicas na população; baixo nível de instrução das pessoas; inacessibilidade a serviços de saúde e vulnerabilidades específicas relacionadas com o gênero feminino e com as questões raciais e étnicas, entre outras (MORAIS; MONTEIRO, 2017, p. 315-316).

Segundo Filgueira e Peri (2004) a vulnerabilidade social foi definida como a escassa capacidade de resposta individual ou grupal perante riscos e imprevistos, bem como também entendida como a predisposição à queda do nível de bem-estar, derivada de uma configuração de atributos negativos e a dificuldade em alcançar um retorno material e também simbólico necessário.

Para Agne et al. (2016), atualmente, vulnerabilidade é um termo frequentemente utilizado para designar a suscetibilidade das pessoas para o desenvolvimento de problemas e danos de saúde. Considera-se vulnerável uma pessoa cuja capacidade de realizar as atividades normais da vida diária, ou para promover seu próprio cuidado e proteção, está prejudicada por alterações mentais, emocionais, físicas ou sociais (AGNE et al., 2016).

Considerando aspectos individuais e sociais, tanto para conceituar quanto para identificar a população vulnerável, é possível considerar que, mesmo que a vulnerabilidade se instale, em maior grau, nas populações pobres, nas sociedades capitalistas contemporâneas, em que as relações sociais se desenvolvem por modos marcadamente complexos, a questão econômica é relevante, porém não determinante para essa identificação. Além disso, outros aspectos como morar em contextos de maior vulnerabilidade, possuir baixo nível de escolaridade, status socioeconômicos e limitado acesso aos serviços públicos podem também contribuir com o aumento da vulnerabilidade da população (JESUS et al., 2017).

É nesse sentido que se torna possível associar a vulnerabilidade à precariedade no acesso à garantia de direitos e proteção social, caracterizando a

ocorrência de incertezas e inseguranças e o frágil ou nulo acesso a serviços e recursos para a manutenção da qualidade de vida de grupos populacionais (CARMO, 2018). Destaca ainda o autor que diversas áreas do conhecimento confundem vulnerabilidade com risco, porém, a abordagem dá-se através de perspectivas diferenciadas.

Yunes e Szymanski (2001) chamaram atenção para a diferença entre os conceitos de risco e vulnerabilidade. O conceito de vulnerabilidade “é aplicado erroneamente no lugar de risco”, pois são dois conceitos distintos (YUNES; SZYMANSKI, 2001, p. 29). Enquanto risco foi usado pelos epidemiologistas em associação a grupos e populações, a vulnerabilidade refere-se aos indivíduos e às suas suscetibilidades ou predisposições a respostas ou consequências negativas.

Segundo Janczura (2012) constata-se que há uma discussão em torno da gênese do conceito de risco e seu uso (FRANÇA et al., 2002; YUNES; SZYMANSKI, 2001) que apresenta-se em várias disciplinas do campo das Ciências Naturais e Exatas (por exemplo, Biologia e Ecologia) e, em particular, das Ciências da Saúde (Medicina e Epidemiologia) e das Ciências Sociais e Humanas (Economia, Sociologia, Política e Psicologia). Portanto, pode-se abordar o processo risco/vulnerabilidade de maneira interdisciplinar.

Ademais, França et al. (2002) acentuam que a definição de risco para uma sociedade relaciona-se com aspectos que envolvem a moralidade e reforçam as contribuições que Mary Douglas (teoria cultural do risco).

A teoria social de Beck e Giddens aborda a necessidade de criarem-se instrumentos de investigação que privilegiem as construções da população a respeito de riscos, considerando seus aspectos sociais, o que inclui abranger as especificidades culturais, econômicas e subjetivas das populações, sem querer universalizar as conclusões através de estudos quantitativos e psicométricos.

Já a compreensão de vulnerabilidade elaborada por Katzman (1999, p. 8) mostra que:

A vulnerabilidade social deve ser entendida como a ausência, por parte de indivíduos, grupo ou famílias, de ativos capazes de enfrentar determinados riscos, ou seja, ativos que lhes dariam maior controle sobre as forças que afetam seu bem-estar, que lhes permitisse maior aproveitamento das oportunidades. Seriam esses ativos, físicos, humanos e sociais.

Uma relação quanto às noções de carências e de exclusão remetidas a vulnerabilidade e risco são descritas por Carneiro e Veiga (2004) onde pessoas,

famílias e comunidades são vulneráveis quando não dispõem de recursos materiais e imateriais para enfrentar com sucesso os riscos a que são ou estão submetidas, nem de capacidades para adotar cursos de ações/estratégias que lhes possibilitem alcançar patamares razoáveis de segurança pessoal/coletiva.

Vulnerabilidade social como o resultado negativo da relação entre a disponibilidade dos recursos materiais ou simbólicos dos atores, sejam eles indivíduos ou grupos, e o acesso à estrutura de oportunidades sociais econômicas culturais que provêm do Estado, do mercado e da sociedade. Esse resultado se traduz em debilidades ou desvantagens para o desempenho e mobilidade social dos atores (VIGNOLI, 2001 *apud* AMBRAMOVAY, 2002, p. 13).

Cabe considerar, todavia, que o caráter multifacetado da conceituação da vulnerabilidade é não apenas uma vantagem, mas também provoca dificuldades para sua análise, na medida em que dificulta a definição de variáveis precisas e a construção de um indicador exato para esse conceito (CANÇADO; SOUZA; CARDOSO, 2014).

1.3.1 Vulnerabilidade Social na Sociedade Contemporânea

Segundo Guiddens (2012), as desigualdades sociais geradas pelo sistema capitalista cada vez mais dividem a sociedade entre incluídos e excluídos.

Vivemos num mundo de transformações, que afetam quase todos os aspectos do que fazemos. Para bem ou para mal, estamos sendo impelidos rumo a uma ordem global que ninguém compreende plenamente, mas cujos efeitos se fazem sentir sobre nós (GIDDENS, 2012, p. 17).

As transformações ocorridas no âmbito social, econômico, político e cultural, traduzem uma importante etapa do desenvolvimento do capitalismo em que o mundo se encontra atualmente, onde regiões, países e pessoas devem se adequar aos padrões de desenvolvimento capitalista onde a lógica é a exclusão social como consequência a vulnerabilidade (LIBANEO; OLIVEIRA; TOSCHI, 2012).

Para Gabatz (2015), o tema da exclusão e vulnerabilidade social mostra um grande conjunto de incertezas, desafios e inquietações em relação à sociedade brasileira contemporânea, no que se refere a sua capacidade de criar instrumentos que possibilitem novas oportunidades e caminhos. Nos dilemas, contradições e incertezas da sociedade contemporânea, é importante compreender os mecanismos de exclusão e vulnerabilidade social que, ao que parece, acabam sendo assumidos e renovados pelas diretrizes de um Estado regido, principalmente, pelas suas

demandas econômicas globais, ou seja, do processo de globalização (GABATZ, 2015).

Para Saramago (2016, p. 303):

É certo que a globalização propiciada pelo progresso e evolução das tecnologias provoca o aumento da produtividade e o crescimento econômico, mas também pode provocar efeitos não desejados sobre a distribuição de renda da população. Assim, a desigualdade social gerada pela globalização e o deslocamento do poder para quem detém o acesso à informação são desafios atuais.

O tema da vulnerabilidade social, como por exemplo, passou a receber maior atenção nos últimos anos a partir da conceituação de exclusão social, que se encontra diretamente ligada a uma investigação atual do mundo do trabalho, em países desenvolvidos e em desenvolvimento (GABATZ, 2015).

Essa perspectiva também é assumida por Escorel (1999, p. 67)

A o tomar o cuidado de chamar atenção para o conteúdo do termo (e não conceito) exclusão social” para indicar “ao mesmo tempo um processo e um estado”. Processo, porque se trata do movimento social que exclui; e estado, devido ao resultado final deste movimento, que é a própria exclusão. A autora faz questão de também destacar que a exclusão social é uma expressão que pode “designar toda situação ou condução social de carência, dificuldade de acesso, segregação, discriminação, vulnerabilidade e precariedade em qualquer âmbito [pois] a exclusão não é somente de bens materiais, [uma vez] que está privação desqualifica seu portador”.

Quanto ao debate sobre vulnerabilidade social Gabatz (2015) afirma ainda que esse fenômeno passou a enfocar a problemática do mercado a partir da segunda metade dos anos de 1990, se pôde perceber um processo de reestruturação com consequências sociais importantes e que afetaram a vida da população. Ainda segundo Gabatz (2015), esse processo alimentou novos debates que passaram a questionar a qualidade das ocupações que estavam sendo ofertadas no contexto das mudanças estruturais do capitalismo, e dessa maneira geral configura-se então que os grupos sociais em situação de vulnerabilidade no mercado de trabalho seriam aqueles marcados por:

[...] baixo grau de instrução formal; [...] insuficiente ou inadequada formação e qualificação profissional; [...] ausência ou reduzida experiência anterior de trabalho, como os jovens; [...] ser portador de necessidades especiais; [...] ter reduzida capacidade física, como grupos de idosos ou com doenças crônicas; [...] sofrer discriminação em função do gênero, cor da pele, etnia (BRASIL, 2005, p. 17).

As situações de vulnerabilidade são constitutivas de uma sociedade fundada na desigualdade e guiada por uma lógica que reproduz a divisão desproporcional de ativos físicos, pessoais e sociais (GABATZ, 2015).

1.3.2 Índice e Indicadores de Vulnerabilidade Social

Existe uma certa confusão sobre o significado de índice e indicador, muitas vezes erroneamente utilizados como sinônimos (SÍCHE et al., 2007). Segundo Mitchell (1996), indicador é uma ferramenta que permite a obtenção de informações sobre uma dada realidade. Já para Mueller, Torres e Morais (1997), um indicador pode ser um dado individual ou um agregado de informações, sendo que um bom indicador deve conter os seguintes atributos: simples de entender, quantificação estatística e lógica coerente e comunicar eficientemente o estado do fenômeno observado. Para Shields, Solar e Martin (2002) um índice revela o estado de um sistema ou fenômeno.

É válido ressaltar que as limitações existentes para a operacionalização desse conceito não impediram o desenvolvimento de instrumentos com a intenção de mensurar a vulnerabilidade (SCHUMANN; MOURA, 2015). Para Cançado, Souza e Cardoso (2014) é necessário pensar indicadores gerais que considerem as variáveis quantitativas e qualitativas da vulnerabilidade e que são capazes de medir a intensidade e dimensão dos grupos vulneráveis. Dados censitários possibilitam a quantificação de capital físico e humano, no entanto, não nos permite apreender o capital social, que é de fundamental importância para diferenciar a vulnerabilidade entre situações semelhantes de pobreza (CANÇADO; SOUZA; CARDOSO, 2014).

Um registro apresentado por Costa et al. (2018) sobre o processo de construção do índice de vulnerabilidade social (IVS) e um índice sintético alternativo ao índice de desenvolvimento humano municipal (IDHM), procura revelar ou mostrar condições de vulnerabilidade social em diferentes recortes territoriais do Brasil.

O IVS e o Atlas da Vulnerabilidade Social (AVS) dos municípios e das regiões metropolitanas (RMs) brasileiras resultam de um amplo esforço de identificação, desenvolvimento e o referenciamento de indicadores destinado a permitir a visualização imediata da disparidade das condições de vida presentes nas diversas escalas do território brasileiro (COSTA et al., 2018).

Essa análise mostra também que a observação da evolução do índice nos municípios brasileiros reforça a percepção do desenvolvimento desigual e das

iniquidades sociais e econômicas ainda não superadas no Brasil, embora os territórios com maiores IVS em 2000 sejam os que mais evoluíram ao longo da década, não sem exceções (COSTA et al., 2018). Afirma ainda o autor que os apontamentos possíveis a partir das análises exploratórias trazidas por este texto para discussão nos levam à inevitável constatação de que as continuadas políticas públicas experimentadas entre 2000 e 2010, redução da pobreza, valorização do salário mínimo, formalização do trabalho, empoderamento de mulheres chefes de família, proteção da infância, fortalecimento da agricultura familiar (segurança alimentar) e os investimentos em infraestrutura urbana, não foram suficientes para equiparar, em baixos níveis, as situações de vulnerabilidade social entre as diversas escalas de territórios.

1.3.3 Vulnerabilidade no Envelhecimento

Segundo Campos e Felipe (2016), a Organização Mundial da Saúde (OMS) conceitua que o envelhecimento é um processo fisiológico que inicia na concepção e ocorre durante toda a vida e considera idoso aquele com 60 anos ou mais nos países em desenvolvimento e nos desenvolvidos 65 anos ou mais. Segundo o autor, o crescimento da população idosa é um fenômeno mundial e, no Brasil, as modificações acontecem de forma acelerada e significativa. Ainda para Campos e Felipe (2016) acredita-se que o país será, em 2025, o sexto do mundo em número absoluto de idosos, totalizando 33,8 milhões de indivíduos nessa faixa etária, com a proporção evoluindo de 2,7% para 14,7% da população, e ao contrário dos países desenvolvidos, que elevaram sua renda e implementaram estratégias para o desenvolvimento social previamente ao processo de envelhecimento, o Brasil se depara com as demandas de uma sociedade que envelhece em um contexto de acentuada desigualdade social, pobreza e fragilidade das instituições.

De maneira significativa, as piores condições de saúde são, frequentemente, encontradas nos grupos socialmente menos favorecidos, especialmente para a população idosa, que apresenta características de exclusão social e, também, expressam o efeito cumulativo do constructo socioeconômico ao longo da vida (OLIVEIRA et al., 2017).

Para Costa et al. (2018) o envelhecimento humano apresenta-se cada vez mais como temática de estudo, devido ao desenho que se traça em âmbito mundial em que ocorre gradual aumento da população idosa, somado à diminuição das taxas

de natalidade observadas nas últimas décadas e a expansão da população idosa torna necessária uma maior compreensão sobre esse público, quais suas características, interesses, necessidades e, principalmente, vulnerabilidades.

Segundo Costa et al. (2018) a preocupação com a velhice tem transformado os eixos das políticas públicas e a noção do dever relativo ao Estado para com essa clientela cada vez maior. Pesquisadores destacam que as diferenças no modo como cada ser envelhece são influenciadas por vários fatores como o estado de saúde, gênero, estilo de vida, local de residência, entre outros e que estes devem ser fonte de pesquisa e análise quando se pensa em indicadores para o envelhecimento humano com qualidade (COSTA et al., 2018).

Segundo Barbosa et al. (2017), por ser um processo multidimensional, que sofre influência de diversos fatores intrínsecos e extrínsecos, abordagens essencialmente biológicas não são suficientes ou satisfatórias para o delineamento de políticas públicas adequadas às reais demandas desse grupo, e Por essa razão, é imprescindível que as questões relativas ao estudo da vulnerabilidade de idosos sejam abordadas sob uma perspectiva mais abrangente.

Afirmam ainda Barbosa et al. (2017), que no âmbito da gerontologia, a vulnerabilidade como o estado de indivíduos ou grupos que, por alguma razão, têm sua capacidade de autodeterminação reduzida e podem apresentar dificuldades para proteger os próprios interesses devido a déficits de poder, inteligência, educação, recursos, força ou outros atributos.

Para Oliveira et al. (2017), ao contrário dos países desenvolvidos, que elevaram sua renda e implementaram estratégias para o desenvolvimento social previamente ao processo de envelhecimento, o Brasil se depara com as demandas de uma sociedade que envelhece em um contexto de acentuada desigualdade social, pobreza e fragilidade das instituições.

O desenvolvimento técnico e econômico do território brasileiro ocorreu de forma desordenada, seguindo um padrão de concentração geográfica no qual predominaram o acúmulo de recursos em determinadas áreas, as chamadas Regiões Concentradas do Brasil (OLIVEIRA et al., 2017).

Assim, diante da existência de iniquidades, que se referem às injustas diferenças de oportunidades e recursos, em grande parte relacionadas à classe social, sexo, etnia ou território, produzem-se as desigualdades em saúde (CORGOZINHO; OLIVEIRA, 2016). De maneira significativa, as piores condições de

saúde são frequentemente encontradas nos grupos socialmente menos favorecidos, especialmente, para a população idosa, que apresenta características de exclusão social e, também, expressam o efeito cumulativo do constructo socioeconômico ao longo da vida (OLIVEIRA et al., 2017).

Afirma ainda o autor que o estudo dos fatores socioeconômicos que abrangem a população idosa, para destacar os territórios de maior vulnerabilidade e os fatores associados ao mesmo, pode orientar o planejamento de políticas públicas que atendam a essa demanda populacional. Existem hoje bancos de dados de domínio público que disponibilizam uma ampla quantidade de variáveis socioeconômicas, entretanto, apesar de tais dados fornecerem um robusto subsídio para a avaliação e planejamento de políticas públicas, o grande volume de informações dificulta a análise deste contexto socioeconômico com um todo (OLIVEIRA et al., 2017).

1.3.4 Avaliação da Vulnerabilidade do Idoso

O rápido envelhecimento da população brasileira, aliado ao aumento da longevidade dos idosos, traz profundas consequências na estruturação das redes de atenção à saúde, com maior carga de doenças crônicas e incapacidades funcionais e, como consequência, a constatação do surgimento de novas demandas e o uso mais intensivo dos serviços de saúde (MORAES et al., 2017), entretanto, ainda que as doenças sejam mais frequentes nesta faixa etária, nem sempre estão associadas à dependência funcional.

Para Moraes et al. (2017), o envelhecimento do indivíduo não é sinônimo de incapacidades e dependência, mas sim, de maior vulnerabilidade. Afirma ainda os autores que as condições sociais, incluindo o nível socioeconômico, a presença de suporte social, o engajamento social e a sensação de autossuficiência exercem influência decisiva na saúde dos indivíduos e interferem na sua sobrevivência, particularmente, entre os idosos.

O componente sócio familiar resgata a importância de outros determinantes da saúde como sexo, raça/cor, escolaridade, estado civil, arranjos familiares, viuvez recente, idoso cuidador, participação e apoio social, acesso a serviços e situação laboral (MORAES et al., 2017). Todavia, estes marcadores são qualitativos e difíceis de serem mensurados, limitando sua utilização em escalas estruturadas (MORAES et al., 2017).

Mesmo não sendo consensual, o componente clínico-funcional da fragilidade está melhor estruturado para a avaliação do idoso e integra os determinantes biológicos, físicos, cognitivos e psíquicos (saúde mental) responsáveis pelo declínio funcional em idosos (MORAES et al., 2017). O envelhecimento aumenta o risco de problemas de saúde (senilidade) relacionados às doenças e causas externas (tais como traumas e acidentes) que, usualmente, apresentam-se na forma de comorbidades múltiplas (polipatologia, polifarmácia e internação recente) e representam a principal causa de incapacidades nos idosos (MORAES et al., 2017).

Entre os autores que mais se detiveram sobre este conceito, podemos destacar Fried et al. (2001) e Rockwood et al. (2005). Fried, em 2001, propôs o termo frailty para representar uma síndrome geriátrica de natureza multifatorial, caracterizada pela diminuição das reservas de energia e pela resistência reduzida aos estressores, condições essas que resultam do declínio cumulativo dos sistemas fisiológicos. Este conceito foi operacionalizado em um instrumento conhecido como “Fenótipo da Fragilidade” caracterizado pela presença de três ou mais dos seguintes critérios: perda de peso involuntária (5kg no último ano), auto relato de exaustão, fraqueza, baixo nível de atividade física e lentificação da marcha.

Ainda para Fried (2001) a presença de três ou mais parâmetros definiu o “idoso frágil” e a presença de dois parâmetros definiu o idoso “pré-frágil”. Os idosos que não apresentaram nenhum destes parâmetros são considerados robustos.

Em 2005, Rockwood propôs um modelo mais abrangente de fragilidade, baseado na presença de déficits cumulativos, expressados através do Índice de Fragilidade (IF), resultado da aplicação da Avaliação Geriátrica Ampla. Ainda para Rockwood (2005), o IF é uma medida ponderada do acúmulo individual de 30 a 70 déficits clínicos, que incluem doenças específicas (insuficiência cardíaca congestiva, hipertensão arterial, acidente vascular encefálico, infarto agudo do miocárdio, doença de Parkinson, câncer, entre outras), sinais e sintomas (tremor, bradicinesia, cefaleia, síncope, entre outras), perdas funcionais (tais como dependência nas atividades de vida diária, problemas de memória, problemas de humor, alterações da marcha e equilíbrio, quedas, imobilidade, incontinência urinária) e alterações laboratoriais.

Ambos os modelos de fragilidade apresentados por Fried (2001) e Rockwood (2005) apresentam limitações importantes, pois são incapazes de abarcar todas as

condições crônicas de saúde associadas a maior risco de declínio funcional, hospitalização e óbito.

Para Moraes et al. (2017) o modelo proposto por Fried é considerado encapsulado, pois valoriza somente a mobilidade, especificamente, a capacidade aeróbica/muscular, subestimando a importância dos outros domínios funcionais. Além disso, sua aplicação exige o uso de tecnologias e/ou instrumentos diagnósticos pouco disponíveis na atenção básica.

O Índice de Fragilidade, proposto por Rockwood, utiliza um modelo matemático baseado no acúmulo de déficits, que não são claramente definidos ou padronizados e exige a aplicação da avaliação geriátrica ampla (AGA) que é a principal ferramenta utilizada para identificar o idoso frágil e deve ser aplicada por equipe geriátrico-gerontológica especializada, na qual diversas escalas ou instrumentos são utilizados. Sua duração média varia de 60 a 90 minutos (MORAES et al., 2018).

Assim, pode-se considerar a AGA como um procedimento diagnóstico de alto custo, que necessita ser bem indicada, o que torna fundamental a utilização de instrumentos de triagem rápida, aplicados por qualquer profissional de saúde, como os agentes comunitários de saúde ou técnicos de enfermagem, capazes de reconhecer o idoso de risco (MORAES, 2016).

Segundo Moraes et al. (2016) a AGA permite um processo diagnóstico global e amplo, envolvendo o paciente e sua família, com a finalidade de verificar a saúde do idoso como um todo. Consiste também na busca de informações referentes a vários aspectos: funcionalidade global, sistemas funcionais (cognição, humor, mobilidade e comunicação), sistemas fisiológicos principais, uso de medicamentos, história pregressa e fatores contextuais (avaliação sócio familiar, ambiental e do cuidador) que permite ainda classificar o idoso em um dos 10 estratos clínico-funcionais.

Ainda Moraes et al. (2016) para um indivíduo no estrato clínico-funcional ≥ 4 é considerado frágil. Entretanto, a utilização da AGA no contexto da atenção primária é inviável, apresentando uma relação custo-benefício insatisfatória em saúde pública.

Diante disso, Moraes et al. (2016) afirmam que um instrumento de triagem multidimensional objetivo, simples e de rápida aplicação torna-se de grande importância e a partir disso e com essa finalidade, o índice de vulnerabilidade clínico

funcional (IVCF-20) foi construído de forma interdisciplinar, com a participação de vários profissionais da equipe geriátrico-gerontológica especializada na atenção ao idoso.

Um estudo foi realizado por Moraes et al. (2016) para avaliar a adequação do IVCF-20 como instrumento de triagem rápida de vulnerabilidade em idosos brasileiros. Assim, o IVCF-20 pode ser considerado uma metodologia de AGA realizada por profissionais não especialistas em geriatria e gerontologia, que pode ser aplicado por profissionais de nível médio previamente treinados. Entretanto, ressalta-se que se trata de um instrumento de triagem inicial.

Para Costa et al. (2018) instrumentos de triagem disponíveis para o idoso ainda necessitam de um aperfeiçoamento para identificação do idoso frágil.

1.3.5 Vulnerabilidade, Saúde e Qualidade de Vida

Em saúde, a utilização do termo vulnerabilidade começou no início dos anos 1980, com os estudos sobre a síndrome da imunodeficiência adquirida (aids), compartilhando conceituações da área dos Direitos Humanos (PAIVA, 2002; CORREA, 2010; COSTA, 2016; SANCHEZ, 2007).

Segundo Sanchez, (2007), Correa, (2010) e Costa (2016) foram as características da evolução da epidemia, como a mudança no perfil das pessoas atingidas e variáveis socioeconômicas, que trouxeram à tona novas associações ao contexto da infecção, exigindo a redefinição das ideias individualizantes até então vigentes sobre os “grupos de risco”

Já a adoção do conceito de vulnerabilidade, em substituição ao de grupo de risco, aconteceu nesse processo, indicando a ampliação das chances e formas de acometimento pela doença pela totalidade da população (PAIVA, 2002; SANCHEZ, 2007; CORREA, 2010; COSTA, 2016).

Na tentativa de ampliar o conceito proposto por Mann, Tarantola e Netter (*apud* PARKER, 1993) e Ayres et al. (1999) no Brasil, apontam que o modelo de vulnerabilidade está conformado por três planos interdependentes de determinação e, conseqüentemente, de apreensão da maior ou da menor vulnerabilidade do indivíduo e da coletividade. O olhar do autor busca a compreensão do comportamento pessoal ou a vulnerabilidade individual, do contexto social ou vulnerabilidade social e do programa de combate à doença, no caso a AIDS, ou vulnerabilidade programática.

O significado do termo vulnerabilidade, nesse caso, refere-se à chance de exposição das pessoas ao adoecimento, como resultante de um conjunto de aspectos que ainda que se refiram imediatamente ao indivíduo, o recoloca na perspectiva da dupla-face, ou seja, o indivíduo e sua relação com o coletivo (SÁNCHEZ; BERTOLOZZI, 2006). Ainda segundo Sanchez e Bertolozzi (2006) o modelo de vulnerabilidade que interliga os aspectos individuais, sociais e programáticos onde a dimensão individual considera o conhecimento acerca do agravo a saúde e os comportamentos que oportunizam a ocorrência da doença, pois esses comportamentos não são determinados apenas pela ação voluntária das pessoas, mas especialmente por sua capacidade de incorporar o conhecimento e transformar os comportamentos que as tornam suscetíveis ao agravo.

A vulnerabilidade individual apresentada compreende os aspectos biológicos, emocionais, cognitivos, atitudinais e referentes às relações sociais. A social é caracterizada por aspectos culturais, sociais e econômicos que determinam as oportunidades de acesso a bens e serviços. A vulnerabilidade programática refere-se aos recursos sociais necessários para a proteção do indivíduo a riscos à integridade e ao bem-estar físico, psicológico e social. Segundo os mesmos autores, a vulnerabilidade depende da combinação dos elementos dos três domínios no momento atual (RODRIGUES; NERI, 2012).

A abordagem na perspectiva da determinação social da saúde-doença, e que o modelo de vulnerabilidade apresentado incorpora aponta para a necessidade da interdisciplinaridade o que é fundamental quando se trata de problemas ou de necessidades de saúde, na medida em que a complexidade do objeto da saúde requer diferentes aportes teórico-metodológicos, sob pena de reduzir as ações a “tarefas” pontuais, de caráter emergencial, que não modificam a estrutura da teia de causalidade (BRETAS, 2010).

Vale enfatizar que a interpretação da saúde doença, além de se apoiar nos processos de produção e de reprodução social, não deve descolar-se da dimensão subjetiva, que diz respeito às representações/significados que os indivíduos atribuem a fatos e à vida em si, o que acaba por refletir-se nos comportamentos e atitudes das pessoas (SÁNCHEZ; BERTOLOZZI, 2007).

2 METODOLOGIA

Especificamente o município de Videira - SC, local em que foi realizada a presente pesquisa, localizado na região do Meio Oeste catarinense, possui duas unidades do CRAS. Nestas unidades são oferecidos serviços que abrangem o Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF), que está voltado também à pessoa idosa em situação de vulnerabilidade social e o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV), que é um serviço da proteção social básica e tem por finalidade o desenvolvimento de atividades que contribuam no processo de envelhecimento saudável, no desenvolvimento da autonomia e de sociabilidades, no fortalecimento dos vínculos familiares e do convívio comunitário e na prevenção de situações de risco social.

2.1 TIPO DE PESQUISA

A pesquisa foi caracterizada como um estudo descritivo, transversal e com uma abordagem quantitativa. Para Vergara (2000, p. 47) "a pesquisa descritiva expõe as características de determinada população ou fenômeno, estabelece correlações entre variáveis e define sua natureza".

2.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido nos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) do Município de Videira – SC. O município conta com dois centros CRAS, localizados no bairro De Carli e no bairro Amarante.

2.3 PARTICIPANTES

Participaram da pesquisa 101 idosos voluntários atendidos nos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) do Município de Videira - SC. O município conta com dois centros CRAS, localizados no bairro De Carli e no bairro Amarante. Foram avaliados 74 idosos no CRAS do bairro De Carli e 27 idosos no CRAS do bairro Amarante.

Para participar da pesquisa os seguintes critérios de inclusão foram utilizados: a) Idade de 60 anos ou mais; b) Estar inscritos nos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS); c) Residir no Município de Videira SC e; d) Não apresentar déficits graves motores, visuais, auditivos e afasia, déficits cognitivos ou

sequelas que o impeçam de compreender e responder os questionários. Todos os voluntários assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo A) e a pesquisa seguiu os procedimentos conforme a resolução 466/12 do Conselho Nacional de saúde envolvendo pesquisas em seres humanos. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética (CEP) da Universidade Alto Vale do rio do peixe (UNIARP), parecer 3.451.060 (Anexo B).

2.4 DESENHO DO ESTUDO

Inicialmente, o pesquisador entrou em contato com Departamento de Ação Social do Município de Videira – SC, apresentando a intenção de pesquisa ao responsável pelo setor e explicando os objetivos e procedimentos da pesquisa. Logo após, foi solicitada uma autorização para o desenvolvimento da pesquisa com o grupo de idosos vinculados aos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS).

Através da lista de endereços dos inscritos cedido pelos CRAS, deslocou-se até os domicílios e foi apresentado aos indivíduos os objetivos e os procedimentos da pesquisa. Após os esclarecimentos aos idosos, iniciou-se a coleta dos dados através de entrevistas individuais de acordo com a seguinte ordem: 1) Questionário socioeconômico; 2) Questionário internacional de atividade física – IPAQ Curto; 3) Questionário de qualidade de vida WHOQOL-OLD e; 4) Questionário de verificação do índice de vulnerabilidade clínico funcional IVCF- 20.

2.5 INSTRUMENTOS DE PESQUISA

2.5.1 Avaliação Socioeconômica

Para a identificação do perfil socioeconômico dos participantes do estudo foi utilizado o questionário adaptado de Drummond e Alves (2014) com nove (9) questões referentes ao sexo, estado civil, escolaridade, situação ocupacional, faixa de renda mensal, composição familiar, situação de moradia, plano de saúde e alguns problemas de saúde (Apêndice A).

2.5.2 Questionário Internacional de Atividade Física – Versão Curta

O instrumento utilizado para medida do nível de atividade física foi o

Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ - Curto), em sua versão curta (Anexo C). Este teve sua validade testada no Brasil por Matsudo et al. (2001) em um estudo realizado numa amostra de 257 homens e mulheres que se submeteram ao questionário. A versão curta do IPAQ é composta por sete questões abertas e suas informações permitem estimar o tempo despendido, por semana, em diferentes dimensões de atividade física (caminhadas e esforços físicos de intensidades moderada e vigorosa) e de inatividade física (posição sentada), classificando o indivíduo como:

- Inativo: aquele que não realizou nenhuma atividade física por pelo menos 10 minutos contínuos durante a semana;
- Irregularmente Ativo: aquele que realiza atividade física, porém, de forma insuficiente para ser classificado como ativo, pois não cumpre as recomendações quanto à frequência ou duração. Para realizar essa classificação soma-se a frequência e a duração dos diferentes tipos de atividades (caminhada + moderada + vigorosa);
- Ativo: aquele que cumpriu as recomendações de: vigorosa: ≥ 3 dias/sem e ≥ 20 minutos por sessão; ou moderada ou caminhada: ≥ 5 dias/sem e ≥ 30 minutos por sessão; ou qualquer atividade somada: ≥ 5 dias/sem e ≥ 150 minutos/sem (caminhada + moderada + vigorosa);
- Muito Ativo: aquele que cumpriu as recomendações de: vigorosa: ≥ 5 dias/sem e ≥ 30 minutos por sessão ou vigorosa: ≥ 3 dias/sem e ≥ 20 minutos por sessão + moderada ou caminhada: ≥ 5 dias/sem e ≥ 30 minutos por sessão.

2.6 QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE

Para avaliar a qualidade de vida foi utilizado o questionário WHOQOL-OLD (*World Health Organization Quality of Life Group* – Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde) proposto por Fleck *et al.* (2003), que consiste de 24 facetas em uma escala de Likert (LIKERT, 1932) de 1 a 5, atribuídos a seis domínios: Funcionamento do Sensório (FS), Autonomia (AUT), Atividades Passadas, Presentes e Futuras (PPF), Participação Social (PSO), Morte e Morrer (MEM), e Intimidade (INT).

Cada um destes domínios possui quatro itens e o escore dos valores dessas facetas pode oscilar de 4 a 20 (FERRAZ *et al.*, 2002). Os resultados dos escores

brutos de cada faceta foram transformados em um escore que variou de zero a 100. Esta transformação de um escore bruto para um escore transformado da escala entre o zero e 100 possibilitou expressar o escore da escala em porcentagem entre o valor mais baixo possível (0) e o mais alto possível (100) de classificação da qualidade de vida de acordo com o manual do WHOQOL-OLD. Através da amplitude das respostas, os valores de 0 – 20 foram classificados como muito insatisfeitos, 21 – 40 insatisfeitos, 41 – 60 nem insatisfeitos nem satisfeitos, 61 – 80 satisfeitos e 81 – 100 muitos satisfeitos. Além disso, na escala utilizada de zero a 100, quanto mais próximo o escore médio dos idosos estiver de 100, mais satisfeita ou positiva é a percepção da qualidade de vida geral (QV geral) (Anexo D).

2.7 FRAGILIDADE

Para a avaliação da fragilidade foi utilizado o instrumento Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional – 20 (IVCF-20) (Anexo E), validado por Moraes et al. (2016) pelo fato de ser um instrumento de triagem interdisciplinar, que contempla aspectos multidimensionais da condição de saúde dos indivíduos de 60 anos ou mais, constituído por 20 questões distribuídas em 08 seções sobre diversos domínios da saúde e fatores relacionados à saúde (idade, autopercepção da saúde, atividades de vida diária, cognição, humor, mobilidade, comunicação e comorbidades múltiplas: polipatologia, polifarmácia ou internação recente). Cada parte tem uma pontuação específica que, no total, perfaz um valor máximo de 40 pontos, identificando a condição clínico funcional do idoso como robusto, em risco de fragilização e idoso frágil (MORAES et al., 2016).

Quanto maior a pontuação do IVCF-20, pior será a condição clínico funcional do idoso. A classificação da condição clínico funcional do idoso é obtida a partir dos seguintes critérios: pontuação de 0 a 06, o idoso é considerado robusto, pontuação de 07 a 14, o idoso é considerado em risco de fragilização, e pontuação igual ou acima de 15 pontos, o idoso é considerado em condição de fragilidade (MORAES et al., 2016).

2.8 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

As variáveis socioeconômicas, demográficas e ocupacionais foram categorizadas e analisadas as suas distribuições. A variável fragilidade após a

análise inicial com 3 categorias (robusto, risco de fragilização e condição de fragilidade) foi modificada para 2 categorias: 1) Frágil que foi composto pelas categorias risco de fragilização e condição de fragilidade e; 2) Não frágil composto pela categoria de robusto. Esta alteração deve-se ao fato de que o risco e a condição de fragilidade apresentam condições semelhantes de acordo com o declínio funcional e a dependência nas atividades de vida diárias (MORAES et al., 2016).

Inicialmente, foi realizado a estatística descritiva e os resultados foram apresentados como frequência (%), média e desvio padrão (Dp). Para determinar a estatística paramétrica ou não paramétrica foi verificada a normalidade dos dados com o teste de *Kolmogorov-Smirnov*. Devido à distribuição normal, foi utilizado a análise de variância (ANOVA) para comparar os domínios da qualidade de vida intragrupos e o teste T de “*Students*” não-pareado para comparar intergrupos (Frágeis vs. Não frágeis). Para as associações entre as variáveis socioeconômicas e ocupacionais com a fragilidade foi realizado o teste de qui-quadrado (χ^2) de *Pearson*. O coeficiente de correlação de *Pearson* foi utilizado para avaliar a correlação entre fragilidade e qualidade de vida. Todas as análises foram realizadas no *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 25.0. O nível de significância adotado foi de $p < 0,05$.

3 RESULTADOS

A Tabela 1 apresenta os resultados das características socioeconômicas, demográficas e ocupacionais dos idosos dos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS). Predominou o sexo feminino com 54,5%, com idade entre 60 e 69, e 56,4% possuem companheiro. Com relação a escolaridade, 74,3% possuem ensino básico completo e/ou incompleto, 83,2% são aposentados, 64,4% residem com cônjuge e filhos, 93,1%, possuem renda entre até salários mínimos, 78,2% apresentam problemas de saúde e 88,1% não possuem plano de saúde.

Tabela 1 - Características dos idosos dos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS)

(continua)

Variáveis	Idosos CRAS (n= 101)	
	N	%
Sexo		
Masculino	46	45,5
Feminino	55	54,5
Idade (anos)		
60 a 69	62	61,4
70 a 79	27	26,7
80 ou mais	12	11,9
Estado civil		
Sem companheiro	44	43,6
Com companheiro	57	56,4
Escolaridade		
Analfabeto	25	24,8
Ensino básico completo/incompleto	75	74,3
Ensino superior	1	1,0
Renda mensal (salários mínimos)		
0 a 2	94	93,1
3 ou mais	7	6,9
Situação ocupacional		
Aposentados	84	83,2
Outros	17	16,8
Situação de moradia		
Casa própria	94	93,1
Outros	7	6,9

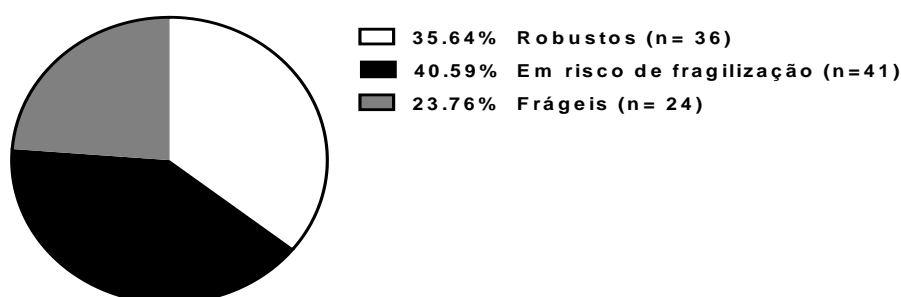
Fonte: O Autor (2020).

Tabela 1 - Características dos idosos dos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS)*(conclusão)*

Variáveis	Idosos CRAS (n= 101)	
	N	%
Composição familiar		
Sozinho	9	8,9
Cônjuge e/ou filhos	65	64,4
Outros	27	26,7
Problemas de saúde		
Sim	79	78,2
Não	22	21,8
Plano de saúde		
Não	89	88,1
Sim	12	11,9
Nível de atividade física (IPAQ)		
Irregularmente ativo	98	97,0
Ativo fisicamente	3	3,0

Fonte: O Autor (2020).

A classificação e frequência de fragilidade a partir da vulnerabilidade clínico funcional dos idosos dos CRAS, onde 35,6% são classificados como idosos robustos, 40,6% estão em risco de fragilização e 23,8% são classificados como frágeis (Gráfico 1).

Gráfico 1 - Classificação da fragilidade dos idosos do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS)

Fonte: O Autor (2020).

Os resultados das associações entre as variáveis socioeconômicas, demográficas e ocupacionais com a fragilidade nos idosos dos CRAS. Os resultados mostraram que o sexo, estado civil, escolaridade, renda mensal, situação ocupacional, situação de moradia, composição familiar, algum problema de saúde, plano de saúde e o nível de atividade física não estão associados com a fragilidade dos idosos ($p > 0,05$). Entretanto, a idade foi associada tanto para os idosos frágeis

quanto não frágeis ($p < 0,05$). A idade de 60 a 69 anos foi proporcionalmente maior para os idosos frágeis e não frágeis comparado as outras faixas etárias.

Tabela 2 - Associação entre as características socioeconômicas, demográficas e ocupacionais com a fragilidade nos idosos dos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS)

Variáveis	Classificação		Valor p
	Idoso Frágil (n= 65)	Idoso não frágil (n= 36)	
Sexo			
Masculino	29(28,7%)	17(16,8%)	0,801
Feminino	36(35,6%)	19(18,9%)	
Idade			
60 a 69	34(33,7%)	28(27,7%)	0,038
70 a 79	22(21,8%)	5(5,0%)	
80 ou mais	9(8,9%)	3(3,0%)	
Estado civil			
Sem companheiro	30(29,7%)	22(21,8%)	0,481
Com companheiro	35(34,7%)	14(13,9%)	
Escolaridade			
Analfabeto	16(15,8%)	9(8,9%)	0,756
Ensino básico completo/incompleto	48(47,5%)	27(26,7%)	
Ensino superior	1(1,0%)	0(0,0%)	
Renda mensal (salários mínimos)			
0 a 2	62 (61,4%)	32(31,7%)	0,218
3 ou mais	3(3,0%)	4(4,0%)	
Situação ocupacional			
Aposentados	64(53,5%)	30(29,7%)	0,974
Outros	11(10,9%)	6(5,9%)	
Situação de moradia			
Casa própria	60(59,4%)	34(33,7%)	0,686
Outros	5(5,0%)	2(2,0%)	
Composição familiar			
Sozinho	6(5,9%)	3(3,0%)	0,715
Cônjuge e/ou filhos	40(39,6%)	25(24,8%)	
Outros	19(18,8%)	8(7,9%)	
Problemas de saúde			
Sim	50(49,5%)	29(28,7%)	0,672
Não	15(14,9%)	7(6,9%)	
Plano de saúde			
Sim	6(5,9%)	6(5,9%)	0,269
Não	59(58,4%)	30(29,7%)	
Nível de atividade física (IPAQ)			
Insuficientemente ativo	64(63,4%)	34(33,7%)	0,255
Ativo fisicamente	1(1,0%)	2(2,0%)	

Fonte: O Autor (2020).

A Tabela 3 mostra os resultados da média dos escores de cada domínio da qualidade de vida e o escore global (QV global) dos idosos frágeis e não frágeis dos

CRAS. As percepções dos idosos frágeis dos CRAS em cada domínio das seis facetas que avaliam a qualidade de vida demonstraram que estão muito insatisfeitos no domínio morte e morrer (16,5%) e nem insatisfeitos e nem satisfeitos no domínio funcionamento do sensório (42,0%). Os domínios autonomia (59,4%), atividades passadas, presentes e futuras (59,5%), participação social (55,6%) e intimidade (58,4%) foram classificados pelos idosos como nem insatisfeitos nem satisfeitos.

As percepções dos idosos não frágeis dos CRAS em cada domínio das seis facetas que avaliam a qualidade de vida demonstraram que estão muito insatisfeitos no domínio morte e morrer (20,6%) e nem insatisfeitos e nem satisfeitos no domínio funcionamento do sensório (43,4%), autonomia (53,4%), atividades passadas, presentes e futuras (59,5%) e participação social (58,3%). Em contrapartida, no domínio intimidade os idosos não frágeis estão satisfeitos (63,7%).

Quando comparado os domínios intragrupos, os escores dos domínios Morte e morrer e Funcionamento do sensório foram significativamente menores do que os domínios Autonomia, Intimidade, Atividades Passadas, Presentes e Futuras e Participação social ($p < 0,0001$). Na comparação entre os idosos frágeis com os não frágeis nos domínios da qualidade de vida, não houve diferença significativa entre ($p > 0,05$).

O escore global da percepção da qualidade de vida (QV global) dos idosos frágeis foi de 48,7% e dos idosos não frágeis foi de 49,8%, resultados estes que classificam a amostra em nem insatisfeitos nem satisfeitos com sua qualidade de vida. (Tabela 3). Ao comparar a qualidade de vida global entre os idosos frágeis com os não frágeis não houve diferença estatística ($p > 0,05$).

Tabela 3 - Percepção da qualidade de vida em cada domínio do WHOQOL-OLD e a qualidade de vida global (QV) dos idosos frágeis e não frágeis dos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS). (Média \pm Desvio padrão)

Domínios da qualidade de vida	Idosos CRAS (n= 101)		Valor de p
	Idoso frágil (n= 65)	Idoso não frágil (n= 36)	
Funcionamento do Sensório	42,0 \pm 1,8	43,4 \pm 16,7	0,901
Autonomia	59,4 \pm 2,4	53,4 \pm 23,7	0,179
APPF	59,5 \pm 1,9	59,5 \pm 17,5	0,997
Participação Social	55,6 \pm 2,4	58,3 \pm 23,2	0,548
Morte e Morrer	16,5 \pm 2,6	20,6 \pm 30,7	0,432
Intimidade	58,4 \pm 3,2	63,7 \pm 22,4	0,315
QV global	48,7 \pm 1,2	49,8 \pm 11,1	0,617

Nota: APPF - Atividades Passadas, Presentes e Futuras **Fonte:** O Autor (2020).

Na Tabela 4 são apresentados os resultados das correlações dos idosos em

condição de fragilidade com os domínios da qualidade de vida. Houve uma relação positiva fraca entre a fragilidade dos idosos com o domínio funcionamento do sensório ($p < 0,05$). Com relação aos outros domínios da qualidade de vida, não houve correlação significativa com os idosos frágeis ($p > 0,05$). Também não houve correlação a condição de fragilidade com a qualidade de vida global do idosos ($p > 0,05$).

Tabela 4 - Resultados das correlações entre os idosos em condição de fragilidade com os domínios da qualidade de vida

Domínios da qualidade de vida	Idosos frágeis (n= 65)	
	CC	Valor p
Funcionamento do Sensório	0,272	0,028*
Autonomia	-0,167	0,183
Atividades Passadas, Presentes e Futuras	-0,014	0,914
Participação Social	-0,106	0,402
Morte e Morrer	-0,055	0,663
Intimidade	-0,017	0,896

CC - coeficiente de correlação; * $p < 0,05$.

Fonte: O Autor (2020).

4 DISCUSSÃO

O principal objetivo desta pesquisa foi avaliar o nível de fragilidade e a qualidade de vida de idosos que participam dos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS). Os principais achados com idosos dos CRAS na presente pesquisa foram a existência de taxas de fragilidade, e qualidade de vida regular.

Os resultados encontrados neste estudo mostraram que a maioria dos idosos dos CRAS são do sexo feminino, com idade entre 60 a 69 anos e possuem companheiro e nível de escolaridade básico completo e/ou incompleto (Tabela 1).

Por exemplo, em um estudo realizado por Araújo Junior et al. (2019) mostrou que os participantes eram em sua maioria de mulheres, com idade média de 70,3 anos, ensino fundamental incompleto, e vivem com companheiro. Santos et al. (2018) mostraram também que a maioria são do sexo feminino, possuem idade entre 60 a 69 anos, são analfabetos ou ensino fundamental incompleto e convivem com companheiro. Em um estudo realizado por Jesus (2018), a média de idade dos participantes foi de 68,5 anos, a maioria eram do sexo feminino, com ensino básico incompleto e convivem com companheiro.

Estas características encontradas nesse estudo, e nos demais, podem estar relacionadas a proporção de idosos do sexo feminino ser maior comparado ao sexo masculino, a expectativa de vida e a participação em atividades sociais. Para Sousa et al. (2018) um fenômeno que acompanha o envelhecimento populacional é a feminização da velhice, isto é, a maior proporção de mulheres que de homens na população idosa, especialmente, em idades mais avançadas. Em 2012, para cada cem mulheres com 60 anos ou mais em todo o mundo, existiam apenas 84 homens, e para cada cem mulheres com 80 anos ou mais, só existiam 61 homens. Além disso, as mulheres possuem maior participação em atividades sociais organizadas, enquanto os homens são mais ativos em atividades cívicas.

Sousa et al. (2019) salientam que uma possível explicação para tal contraste é a maior resistência masculina ao engajamento em atividades de cunho mais cultural, educacional e lúdico, que predominam em espaços como os centros de convivência de idosos e grupos comunitários. Esses achados indicam que existe uma diferenciação ainda forte na sociedade sobre as atividades e comportamentos considerados tipicamente femininos e masculinos. Uma variedade de atividades é

usada como recurso na estruturação e reconstrução do gênero, tais como as atividades sociais, o trabalho, as tarefas domésticas e os esportes (SOUZA et al., 2019).

A baixa escolaridade dos pesquisados têm relação com a dificuldade do acesso as escolas e a educação que era informal e não obrigatória (GROSS, 2018). Dados do IBGE (2018) mostram que 65,5% dos idosos inseridos no mercado de trabalho tinham o ensino fundamental (ou equivalente) incompleto como nível de instrução mais elevado, o que revela uma inserção em postos de trabalho de menor qualificação. Os idosos ocupados tiveram inserção precoce no mercado de trabalho, com 24,7% deles tendo começado a trabalhar com até 9 anos de idade e 43,0% com 10 a 14 anos (IBGE, 2018).

Com relação a renda e a situação ocupacional dos idosos desse estudo, predominou a renda de até 2 salários mínimos e aposentados (Tabela 1). Em estudo realizado por Grden (2017) este mostra que a renda mensal dos idosos é de até um salário mínimo. Já Mira (2018) em seu estudo, mostrou que no que se refere aos determinantes econômicos, os idosos relataram exercer algum tipo de atividade remunerada, recebiam aposentadoria ou algum tipo de benefício social e recebem entre 1 a 3 salários mínimos por mês. Um estudo realizado por Gross et al., (2018) também mostra que os pesquisados têm renda familiar entre um e três salários mínimos.

Os problemas de saúde encontradas nos idosos nesse estudo foram altos. Os fatores que podem gerar as doenças são multicausais, pois, segundo Andrade et al. (2018) no Brasil, o processo de envelhecimento ocorre em condições econômicas, sociais e de saúde desfavoráveis. Esse cenário gera condições propícias para o desenvolvimento de complicações graves de saúde à medida que as pessoas envelhecem. Rodrigues et al. (2018) afirmam que com o avanço da idade, são observadas perdas cognitivas e físicas que podem ser agravadas pelo acúmulo dos efeitos inerentes ao próprio processo de envelhecimento, assim como pela maior presença de doenças crônicas.

Em um estudo realizado por Llano et al. (2017) com 820 idosos, residentes na zona rural do Município de Pelotas/Rio Grande do Sul, 95,2% relataram apresentar algum tipo doença crônica. Sousa et al. (2019) para identificar o estado de saúde global do doente idoso internado aos cuidados da Medicina Interna, do Hospital de Braga, verificou que os doentes apresentavam em média 6 comorbidades, muitas

das quais correspondiam a patologias crônicas progressivas como: demência, insuficiência cardíaca, doença renal crônica e doença pulmonar obstrutiva crônica. Duarte (2019) avaliou 1.399 idosos, residentes no município de São Paulo, verificou que 55,8% apresentavam duas ou mais doenças sendo a hipertensão arterial a mais prevalente (62,5%), declínio cognitivo (9,4%) e sintomas depressivos (14,2%). Também, Lourenço (2018) em estudo com 461 idosos que vivem na comunidade da cidade de Juiz de Fora, Minas Gerais observou que 77% do grupo pesquisado apresenta algum tipo de doença.

Em relação a ter planos de saúde, esta pesquisa mostrou que a maioria não possui. Este achado pode ser explicado pela baixa remuneração dos participantes da pesquisa (1 a 3 salários mínimos). Com a expansão do setor privado no Brasil transformou a assistência à saúde em um bem de consumo. Assim, para parte das empresas privadas de saúde, a lucratividade do negócio passa, também, pela seleção de risco, com natural exclusão dos consumidores mais arriscados, sobretudo, doentes crônicos e idosos, gerando um impacto no reajuste da mensalidade, o que pode impossibilitar o pagamento, resultando na migração do idoso para o SUS (VIEIRA JUNIOR; MARTINS, 2015). Isso também pode ser observado no estudo realizado por Carneiro et al. (2018) na cidade de Montes Claros/MG, com 686 idosos. Os resultados mostraram que 68,8% do grupo utiliza o serviço público de saúde.

Quanto ao nível de atividade física, a grande maioria os idosos dos CRAS são insuficientemente ativos. Este achado é semelhante a outras pesquisas realizadas com idosos, como por exemplo, em um estudo desenvolvido por Alves, Junior e Agne (2019) os idosos foram classificados como sedentários, corroborando com esta pesquisa. Já Llano et al. (2017) identificou que nenhum dos idosos praticavam algum tipo de atividade física. Também, Sousa et al. (2019) em um estudo transversal, mostrou que quanto à dimensão da atividade física e lazer, a prevalência nacional de idosos fisicamente ativos, corroborando com os achados da presente pesquisa.

Segundo Fried et al. (2001) a fragilidade é caracterizada como uma síndrome de declínio da energia decorrente de alterações que acontecem em razão do envelhecimento. Essas alterações predispõem os idosos à redução acentuada da massa muscular e a um estado inflamatório crônico que, quando associado a doenças, imobilidade ou a outros fatores extrínsecos, resulta na diminuição da

reserva energética e no aumento da vulnerabilidade física.

Diferentes estudos mostram que essa síndrome está associada à idade avançada e a piores condições socioeconômicas, como renda insuficiente e baixo nível de escolaridade (FRIED et al., 2001; MOREIRA; LOURENÇO, 2013; MELO; ENGSTON; ALVES, 2014; SANTOS et al., 2009).

Além disso, apesar de não ser sinônimo destas condições, a fragilidade está relacionada à presença de doenças crônicas e incapacidade, podendo predispor esses eventos ou ser causada por eles (FRIED et al., 2001).

Nesta pesquisa, 23,76% dos idosos são frágeis e 40,59% estão em risco de fragilização (Gráfico 1).

No Brasil, a prevalência de fragilidade em idosos variou entre 8,7 e 47,2%, no período de 2009 a 2017 (WEHBE et al., 2009; FHON et al., 2012; CARNEIRO et al., 2017). Estudos nacionais e internacionais apontam que indivíduos de idade mais avançada (FHON et al., 2012; CARNEIRO et al., 2016; CHEN et al., 2010; JÜRSCHIK et al., 2012) do sexo feminino, (CARNEIRO et al., 2016; CIGOLLE et al., 2009; PEREIRA; BORIN; NERI, 2017; MELLO et al., 2017) viúvos ou sem companheiro (CHEN et al., 2010; JÜRSCHIK et al., 2012) de raça/ cor da pele não branca (CIGOLLE et al., 2009) e com menor escolaridade (CARNEIRO et al., 2016), apresentam maiores níveis de fragilidade. Ademais, quanto maior o número de morbidades, maior a suscetibilidade dos idosos à fragilização na velhice (CHEN et al., 2010).

Na Europa e na América do Norte, a prevalência de fragilidade varia de 5,8% a 27,3%, sendo maior entre as mulheres, idosos institucionalizados e com idade avançada. Contudo, em países em desenvolvimento, nos quais o processo de envelhecimento emerge em condições de saúde, econômicas e sociais, frequentemente desfavoráveis, foram observadas prevalências de fragilidade com tendências mais elevadas de 26,7% a 42,6% (VIEIRA et al., 2013).

Em estudo realizado por Amaral et al. (2013) ao analisarem a e a síndrome da fragilidade foi observada a maior proporção de idosos pré-frágeis. Os resultados de Freiheit et al. (2011) corroboram com os achados da presente pesquisa onde em seu estudo, ao constataram pré-fragilidade. Já Santos-Eggimann et al. (2009), também encontraram maiores proporções de idosos europeus pré-frágeis. Espinoza et al. (2010), também afirmam que as prevalências de idosos americanos são pré-frágeis, não frágeis e frágeis.

Destaca-se, que as prevalências de fragilidade são semelhantes aos estudos já produzidos no país, conforme dados multicêntricos exibidos por Neri et al. (2013). Uma média nacional estimada demonstra valores próximos aos 9,0%, enquanto este trabalho verificou que 23,76% dos idosos são frágeis, 40,59% estão em risco de fragilização (Gráfico 1), já em comparação a trabalhos internacionais, pode-se destacar aqui que os valores encontrados foram superiores aos de países como Alemanha (12,1%), Dinamarca (12,4%), França (15,0%), Itália (23,0%) (BARBOSA; MANSUR; COLUGNATI, 2017).

Estudo realizado por Antunez (2014) com 1.399 idosos residentes no município de Pelotas - RS, mostrou que a prevalência de fragilidade foi de 13,8%. Já Lins et al. (2019) avaliou a fragilidade em 179 e os resultados mostraram que 13% dos idosos são frágeis e 38% estão em risco de fragilização, portanto, essas situações quando agregadas passam a representar 51% da amostra. Preto et al. (2018) em seu estudo com 435 idosas encontrou prevalências de 33,3% para não fragilidade, 46,2% para pré-fragilidade e 20,5% para fragilidade, resultados semelhantes a presente pesquisa. Em contrapartida, Cruz (2017) avaliou 339 idosos e mostrou que 35,7% apresentam fragilidade e 42,2% não apresentaram fragilidade, salienta-se que é difícil estabelecer uma estimativa nacional da taxa de fragilidade, pois diversos fatores podem estar relacionados a esta condição.

Nas análises de associação, somente a idade foi relacionada com a fragilidade e nas demais variáveis (sexo, escolaridade, situação ocupacional, situação de moradia, composição familiar, problemas de saúde, planos de saúde e nível de atividade física) não foram encontradas qualquer associação significativa (Tabela 2). Em uma pesquisa com 8.556 participantes da linha de base do Estudo Longitudinal da Saúde dos Idosos Brasileiros (ELSI-Brasil), entre 2015 e 2016, os resultados mostraram que idosos com mais de 70 anos e que possuíam problemas de saúde (hipertensão, diabetes, câncer e artrite), se associavam e aumentavam o risco de fragilidade, corroborando em parte com o presente estudo (ANDRADE et al., 2018). Estudo realizado por Carneiro et al. (2017) com 360 idosos, mostrou que a idade (mais de 65 anos), situação conjugal (possuem companheiro), e problemas de saúde (apresentam dois ou mais problemas de saúde) foram estatisticamente associadas à fragilidade. Já Gross et al. (2018) ao verificarem a associação da fragilidade de idosos com as características sociodemográficos em 555 idosos, foi observada uma associação entre estado civil (a maioria sem companheiro), sexo

(predominou o sexo feminino), moradia e idade (≤ 80 anos), também corroborando em parte com este estudo.

É importante salientar que a única característica nesta pesquisa que foi associada a fragilidade e observado também nos outros estudos foi a idade. Com o processo de envelhecimento que ocorre com o avanço da idade, intensifica-se a perda de funções psicológicas e funcionais, gerando ao longo do tempo à declínios mais graves, aumentando a vulnerabilidade e, conseqüentemente, a fragilidade nos idosos (LLANO et al., 2017). Além disso, destacamos que a falta de associação com outras variáveis sociodemográficos podem estar relacionadas a diferentes fatores, como o tamanho da amostra e as características dos idosos dessa pesquisa.

A qualidade de vida é uma percepção do indivíduo quanto à sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores em que vive, levando em conta suas metas, expectativas, padrões e preocupações (VAGETTI et al., 2013). Nos idosos a qualidade de vida abrange diversos aspectos, entre eles a capacidade funcional, nível socioeconômico, estado psicológico, interação social, atividade intelectual, autocuidado, apoio familiar, valores socioculturais, éticos e religiosos, processo de morte e morrer, estilo de vida, satisfação com o emprego e/ou atividades de vida diárias, o ambiente em que se vive e frequenta (MANSO; MARESTI; OLIVEIRA, 2019).

Interessantemente, na presente pesquisa não houve diferença nas facetas dos domínios da qualidade de vida entre os idosos frágeis e não frágeis, e os domínios funcionamento do sensório, autonomia, atividades passadas, presentes e futuras, participação social e morte e morrer foram classificados pelos idosos frágeis muito insatisfeitos e os idosos não frágeis como nem insatisfeito e nem satisfeitos (Tabela 3). Entretanto, o domínio intimidade nos idosos não frágeis foi a faceta que apresentou percepção satisfatória, enquanto nos idosos frágeis não apresenta satisfação e nem insatisfação (Tabela 3).

Destaca –se que a insatisfação dos aspectos relacionados a morte e morrer pelos idosos dessa pesquisa indica que há preocupações, inquietações, expectativas e temores sobre a morte e morrer. A morte não costuma ser vista como algo espontâneo e natural pelas pessoas. Acredita-se que a morte é vivida simbolicamente nas perdas vivenciadas na velhice. Ao lidar com essas perdas, o idoso lida inevitavelmente com a morte e vivencia o processo de luto. O morrer, além de ser um processo biológico, apresenta-se como uma construção social. Dessa

forma, o processo do morrer pode ser vivido de distintas maneiras, de acordo com os significados compartilhados por esta experiência, uma vez que, esses significados são influenciados pelo momento histórico e pelos contextos socioculturais. Nesse sentido, é importante conceber a morte como um processo e não como um fim. Na prática profissional, atuando com a pessoa idosa em diferentes unidades, seja ela hospitalar, centro de convivência, domicílio e/ou instituição de longa permanência para idosos, percebe-se que estes têm dificuldades em lidar com a temática da morte, principalmente, por conta da idade e dos amigos que vão morrendo (MENEZES, 2014).

Com relação a insatisfação dos idosos com a sua autonomia, isto reflete diretamente na baixa interação social, ocasionado pelo isolamento e exclusão do contexto social e na baixa liberdade de gerenciar sua própria vida (ESTEVES et al., 2017).

Em estudo realizado por Esteves et al. (2017), nas atividades presentes passadas e futuras (PPF) os idosos pouco participam das atividades cotidianas e sociais na comunidade, não tem oportunidade de amar e sentir-se amado, estão insatisfeitos com as realizações e objetivos alcançados durante a vida (ESTEVES et al., 2017).

Quanto ao funcionamento do sensório (FS), Esteves et al. (2017) ainda afirma que devido à perda dos sentidos (audição, visão, paladar, olfato e tato) com o processo do envelhecimento, acaba afetando a vida cotidiana, a capacidade de participar em atividades e de interagir com outras pessoas, tornando o idoso dependente dos cuidados da família, e no aspecto da intimidade (INT) os idosos frágeis sentem que têm poucas chances de amar e de ser amado, não ocorrendo com os idosos não frágeis

Em estudo realizado por Jesus et al. (2018) com o WHOQOL-OLD em 239 idosos pertencentes a uma comunidade de no interior de São Paulo e, também, encontrou no domínio morte e morrer o pior escore (17 pontos) resultados semelhantes a este estudo. Em outro estudo realizado por Manso, Maresti e Oliveira (2019) com 169 idosos vinculados a um plano de saúde e participantes de um programa de promoção à saúde e prevenção de riscos e doenças na cidade de São Paulo, o domínio morte e morrer também obteve o menor escore quando comparado aos outros domínios. Contudo, Junior (2018), ao avaliar a qualidade de vida de 101 idosos residentes em instituições de longa permanência na cidade de São Paulo, o

escore do domínio morte e morrer foi o maior quando comparado aos outros domínios. Paiva et al. (2015) ao avaliar a qualidade de vida de 3.430 idosos comunitários, residentes em 24 municípios da Macrorregião do Triângulo Sul, MG, mostrou alto escore no domínio morte e morrer.

Gutierrez Filho et al. (2014) em estudo com 55 idosos residentes em instituição de longa permanência mostrou que os domínios "autonomia" e "intimidade" tiveram alguns dos mais altos escores da qualidade de vida avaliada com o *WHOQOL-Brief*. Estes resultados divergem do estudo de Dalsenter e Matos (2009) no qual 45,8% dos idosos institucionalizados da cidade de Blumenau - SC referem-se insatisfeitos no domínio autonomia, ou seja, na liberdade de gerenciar sua própria vida.

Do mesmo modo, os maiores escores do domínio intimidade podem indicar que os idosos investigados estão tão satisfeitos ou estão mantendo relações de intimidade suficientes que lhe permitem perceber positivamente a qualidade de vida como um todo. Já estes resultados são corroborados pelo estudo de Bajotto e Goldim (2011), que destaca o companheirismo, o amor e a visão madura da vida, apesar do conformismo com os relacionamentos pessoais e íntimos, como fatores relevantes da qualidade de vida de idosos. Nesse sentido, as análises preditivas permitem explicar o aumento da qualidade de vida a partir do aumento do domínio autonomia e do domínio intimidade (FILHO et al., 2014).

Araújo Junior (2019) avaliou a qualidade de vida em 106 idosos que frequentavam um centro de convivência do interior do estado de Mato Grosso do Sul e mostrou que o domínio e a faceta com maiores escores foram "Relações sociais" (67,22) e "Funcionamento do sensório" (70,87), respectivamente. Já o domínio e a faceta com os piores escores de satisfação foram o "Ambiente" com 59,96%, conforme *WHOQoL-BREF*, e a "Intimidade", com 62,15 de acordo com o *WHOQOL-OLD*. Em outro estudo realizado por Junior (2018) ao avaliar a qualidade de vida de 101 idosos residentes em instituições de longa permanência de alto padrão econômico na cidade de São Paulo, mostrou alto escore no domínio funcionamento do sensório, com 76,67%.

Os idosos frágeis e não-frágeis tinham uma percepção de nem insatisfeitos e nem satisfeitos, ou seja, uma percepção regular com a sua da qualidade de vida global e não houve diferença no escore global (Tabela 3). Estes resultados podem estar relacionado ao fato de que, a qualidade de vida é uma construção subjetiva e

multidimensional, influenciada por diversos fatores como longevidade, satisfação no trabalho e realização pessoal, salário, lazer, relações familiares, disposição, qualidade nos relacionamentos, opções de lazer, acesso a eventos culturais, espiritualidade, entre outros (ROCHA et al., 2017).

Nas correlações entre a condição de fragilidade com os domínios da qualidade de vida, os idosos frágeis correlacionavam-se positivamente com o funcionamento do sensório (Tabela 4). A faceta funcionamento do sensório é representada pelos sentidos da audição, visão, paladar, olfato e tato e sua perda compromete a vida diária, a capacidade de participar de atividades e a capacidade de interagir com outras pessoas, tornando o idoso dependente e comprometendo a sua qualidade de vida (VITORINO et al., 2012). Quanto ao funcionamento do sensório (FS), à perda dos sentidos com o processo do envelhecimento, acaba afetando a vida cotidiana, a capacidade de participar em atividades e de interagir com outras pessoas, tornando o idoso dependente dos cuidados da família (ESTEVES et al., 2017).

A presente pesquisa aponta algumas limitações. O número reduzido de idosos que através do cálculo amostral, inicialmente era para ser desenvolvida com 198 idosos, esta foi concluída com 101 idosos, o pode ter limitado os resultados encontrados. Isto justifica-se pelo fato de que um número expressivo de idosos que ainda estavam cadastrados nas listas de controle dos CRAS não faziam mais parte dos centros, tinham mudado de endereço ou haviam ido a óbito.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O interesse pelo estudo da fragilidade no idoso tem sido crescente nas últimas décadas e diversos fatores podem desencadear esta síndrome. Este cenário torna-se inquietante, pois esta condição pode causar impactos negativos na saúde e na qualidade de vida, aumentando a mortalidade das pessoas idosas.

Em resumo, os resultados da presente pesquisa mostraram que os idosos em contexto de vulnerabilidade social e que são atendidos nos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) do município de Videira - SC são do sexo feminino, com baixo nível de escolaridade e renda, apresentando algum tipo de problema de saúde e os tratamentos ocorrem na rede pública de saúde.

Com relação a fragilidade, grande parte dos idosos dos CRAS estavam em risco ou já apresentavam esta síndrome, principalmente, os idosos com idades mais avançadas.

Na percepção da qualidade de vida pelos idosos dos CRAS, os domínios funcionamento do sensório e o domínio morte e morrer tiveram os piores escores, enquanto os domínios autonomia e atividades presentes passadas, futuras e participação social e intimidade, foram encontrados os melhores escores nos idosos frágeis e não frágeis. A percepção de nem insatisfação e nem satisfação com a qualidade de vida global, foi encontrada tanto nos idosos frágeis como nos idosos não frágeis.

A condição de fragilidade mostrou-se correlacionada com a perda dos sentidos, habilidades sensoriais nas atividades da vida diária: audição, visão, paladar, olfato e tato e sua diminuição ou perda, compromete a execução das atividades vida diária e a capacidade de interagir e participar de atividades sociais, afetando negativamente a qualidade de vida dos idosos dos CRAS. A partir desse estudo, sugerimos que ações intersetoriais envolvendo órgãos como os da saúde, assistência social e educação, desenvolvam políticas de acompanhamento e monitoramento dos casos de idosos em condições de fragilidade, para prevenir o avanço dessa síndrome e atenuar suas consequências negativas nos aspectos biopsicossociais do envelhecimento.

Recomendamos investigações mais aprofundadas com este grupo, na tentativa de identificar fatores que podem estar associados a esta síndrome e auxiliar na prevenção de possíveis agravos à saúde. Ressaltamos ainda que

melhorar as condições de atendimento e acompanhamento de idosos em risco de fragilidade pelos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) do município de Videira – SC, é um fator imprescindível para melhorar a qualidade de vida dessa população.

REFERÊNCIAS

- AGNE, Tuanna et al. Vulnerabilidades e risco em saúde: Percepção dos idosos. **Cinergis**, Santa Cruz do Sul, v. 18, n.1, p. 29-34, jan./mar., 2016.
- AGUAYO, Gloria Diaz et al. Agreement between 35 published frailty scores in the general population. **American Journal of Epidemiology**, v. 186, n. 4, p. 420-34, 2017.
- ALVES, José Eustáquio Diniz. **A transição demográfica e a janela de oportunidade**. São Paulo: Instituto Fernand Braudel de Economia Mundial, 2008.
- ALVES Roberta Almeida; LOMBARDI JÚNIOR Imprério; AGNER, Vânia Fernanda Clemente. Nível de atividade física e risco de quedas em idosos institucionalizados. **Revista Pesquisa em Fisioterapia**, v. 8, n. 4, p. 518-527, 2018.
- AMARAL, Fabienne Louise Juvêncio dos Santos et al. Apoio social e síndrome da fragilidade em idosos residentes na comunidade. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1835-1846, jun., 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000600034&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 25 fev. 2020.
- AMBROMOWAY, Miriam et al. **Juventude, Violência e Vulnerabilidade social na américa latina: desafios para políticas públicas**. Brasília: UNESCO - BID. 2002.
- ANDRADE, Mara Juliana et al. Perfil da fragilidade em adultos mais velhos brasileiros: ELSI-Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 52, supl. 2, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102018000300503&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 07 fev. 2020.
- ARANHA, Valmari Cristina. Aspectos psicológicos do envelhecimento. In: PAPALÉO NETO, Matheus. **Tratado de Gerontologia**. 2. ed., São Paulo: Editora Atheneu, 2007.
- ARAÚJO JÚNIOR, Fabio Batista et al. Fragilidade, perfil e cognição de idosos residentes em área de alta vulnerabilidade social. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 3047-3056, ago., 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000803047&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 11 fev. 2020.
- ANTÚNEZ, Simone Farias. Prevalência e fatores associados à fragilidade em população idosa do Sul do Brasil. **Epidemiologia e Serviço de Saúde**, v. 28, n.1, mar., 2019.
- AYRES, José Ricardo Carvalho Mesquita et al. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de Aids. In: BARBOSA, Regina; PARKER, Richard (Orgs). **Sexualidade pelo avesso: direitos, identidades e poder**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1999.
- AYRES, José Ricardo Carvalho Mesquita et al. The vulnerability concept and the practices of health: new perspectives and challenges. In: CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado de. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões,**

tendências. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2003.

BAJOTTO, Aletheia Peters; GOLDIM, José Roberto. Avaliação da qualidade de vida e tomada de decisão em idosos participantes de grupos socioterápicos da cidade de Arroio do Meio, RS, Brasil. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 14, n. 4, p. 753-761, 2011.

BARBOSA, Sergio Ribeiro; MANSUR, Henrique Novais; COLUGNATI, Fernando Antonio Balise. Impactos da fragilidade sobre desfechos negativos em saúde de idosos brasileiros. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 836-844, dez., 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232017000600836&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 07 fev. 2020.

BARBOSA, Keylla Talitha Fernandes et al. Envelhecimento e vulnerabilidade individual: um panorama dos idosos vinculados à estratégia saúde da família. **Texto e Contexto - Enfermagem**, v. 26, n. 2, 2017.

BARRETO, João. Envelhecimento e qualidade de vida: o desafio atual. **Sociologia**, v. 15, p. 289-301, 2005. Disponível em: <http://ler.letras.up.pt/uploads/ficheiros/3733.pdf>. Acesso em: 08 set. 2019.

BATISTA, Analía Soria et al. **Envelhecimento e dependência**: desafios para a organização da proteção social. Brasília: MPS, SPPS, 2008.

BELEZA, Cinara Maria Feitosa; SOARES, Sônia Maria. A concepção de envelhecimento com base na teoria de campo de Kurt Lewin e a dinâmica de grupos. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 3141-3146, ago., 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000803141&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 07 fev. 2020.

BERGMAN, Howard et al. Frailty: an emerging research and clinical paradigm – issues and controversies. **Journals of Gerontology**, v. 62, n. 7, p. 731, 2007.

BERLEZI, Evelise Moraes et al. Estudo do fenótipo de fragilidade em idosos residentes na comunidade. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 11, p. 4201-4210, nov., 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019001104201&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 07 fev. 2020.

BILOTTA, Claudio et al. Frailty syndrome diagnosed according to the Study of Osteoporotic Fractures (SOF) criteria and adverse health outcomes among community-dwelling older outpatients in Italy. A one-year prospective cohort study. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, v. 54, n. 2, p. 23-28, 2012.

BOCK, Jeans Oliver et al. Associations of frailty with health care costs--results of the Esther cohort study. **BMC Health Services Research**, p. 16-128, 2016.

BRASIL. MTE. **Ministério do Trabalho e Emprego**. DIEESE. Aspectos conceituais da vulnerabilidade social. Brasília: Ministério do Trabalho, 2005.

BRITO, Fausto. Transição demográfica e desigualdades sociais no Brasil. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 25, n. 1, p. 5-26, 2008.

BUCHNER, David M.; WAGNER, Edward H. Preventing frail health. **Clinics in Geriatric Medicine**, v. 8, n.1, p. 1-17, 1992.

BULSING, Raquel Soares; JUNG, Simone Isabel. Envelhecimento e morte: percepção de idosas de um grupo de convivência. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 21, n. 1 p. 89-100, jan./mar., 2016

BUSS, Paulo Marchiori. Promoção da Saúde e Qualidade de Vida. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.5, n.1, p.163-77, 2000.

CAMELO, Lidyane do Valle; GIATTI, Luana; BARRETO, Sandhi Maria. Qualidade de vida relacionada à saúde em idosos residentes em região de alta vulnerabilidade para saúde de Belo Horizonte, Minas. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 19, n. 2, p. 280-293, 2016.

CAMPOS, Dayane Melo; FELIPPE, Lilian Assunção. Perfil da Fragilidade em Idosos Participantes de Centro de Convivência em Campo. **Journal of Health Sciences**, v. 18 n. 4, p. 224-228, 2016.

CARMO, Michelly Eustáquia do.; GUIZARDI, Francine Lube. O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. **Caderno de Saúde Pública**, v. 34, n. 3, 2018.

CARNEIRO, Carla Bronzo Ladeira; VEIGA, Laura da. **O conceito de inclusão, dimensões e indicadores**. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Coordenação da Política Social, 2004.

CARNEIRO, Jair Almeida et al. Prevalência e fatores associados à incontinência urinária em idosos não institucionalizados. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 25, n. 3, p. 268-77, jul., 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-462X2017000300268&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 02 mar. 2020.

_____. Fragilidade em idosos: prevalência e fatores associados. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 70, n. 4, p. 747-752, 2017.

CERQUEIRA, Marília Borborema Rodrigues; RODRIGUES, Roberto Nascimento. Fatores associados à vulnerabilidade de idosos vivendo com HIV/AIDS em Belo Horizonte (MG), Brasil. 2015. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 21, n. 11, p. 3331-3338, 2016.

CESARI, Matteo et al. Sarcopenia and physical frailty: two sides of the same coin. **Frontiers in Aging Neuroscience**, Lausanne, v. 6, p. 192, 2014.

CHANG, Yaw-Wen et al. Frailty and its impact on health-related quality of life: a cross-sectional study on elder community-dwelling preventive health service users. **Plos One**, v. 7, n. 5, p. 1-5, 2012.

CHEN, Chin-Ying et al. Prevalence of subjective frailty and factors associated with frailty in Taiwan. **Archives of Gerontology and Geriatrics.**, v. 50, Suppl1, p S43-47,

fev., 2010. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20171456>. Acesso em: 10 mar. 2020.

CHEN, Xujiao; MAO, Genxiang; LENG, Sean X; Frailty syndrome: an overview. **Clinical Interventions in Aging**, v. 9, p; 433-441, 2009. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3964027/pdf/cia-9-433.pdf>. Acesso em: 30 abr. 2019.

CIGOLLE, Cristine T. et al. Comparing models of frailty: the health and retirement study. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 57, n. 5, p. 830-839, 2009. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19453306>. Acesso em: 19 mar. 2020.

COMANS, Tracy A. The increase in healthcare costs associated with frailty in older people discharged to a post-acute transition care program. **Age Ageing**, v. 45, n. 2, p. 317-320, 2016.

CORGOZINHO, Marcelo Moreira; OLIVEIRA, Aline Albuquerque Sant'Anna de. Equidade em saúde como marco ético da bioética. **Saúde e Sociedade**, v. 25, n. 2, p.431-441, 2016.

COSTA, Marco Aurélio. **Vulnerabilidade Social No Brasil**: conceitos, métodos e primeiros resultados para municípios e regiões metropolitanas brasileiras. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Rio de Janeiro: IPEA, 2018.

CRUZ, Danielle Teles da et al. Fatores associados à fragilidade em uma população de idosos da comunidade. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, n. 106, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102017000100295&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 07 fev. 2020.

DA MATA, Felipe Araújo Figueiredo et al. Prevalence of Frailty in Latin America and the Caribbean: A Systematic Review and Meta-Analysis. **PLoS One**, v.11, n. 8, 2016.

DANTAS, Rosana Aparecida Spadoti; SAWADA, Namie Okino; MALERBO, Maria Bernadete. Pesquisas sobre qualidade de vida: Revisão da Produção Científica das Universidades Públicas do Estado de São Paulo. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.11, n.4, p.532-538, 2003.

DAWALIBI, Nathaly Wehbe; GOULART, Rita Maria Monteiro; PREARO, Leandro Campi. Fatores relacionados à qualidade de vida de idosos em programas para a terceira idade. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.19, n.8, p.3505-3512. 2014.

DREY, Michael et al. The fried frailty criteria as inclusion criteria for a randomized controlled trial: personal experience and literature review. **Gerontology**, v. 57, n. 1, p. 11-18, 2011.

DRUMMOND, Adriano; ALVES, Elioenai Dornelles. Perfil socioeconômico e demográfico e a capacidade funcional de idosos atendidos pela Estratégia Saúde da Família de Paraná ao Distrito Federal. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 727-738, 2013.

DUARTE, Yeda Aparecida de Oliveira et al. Fragilidade em idosos no município de São Paulo: prevalência e fatores associados. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 21, supl. 2, e180021, 2018. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2018000300418&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 07 fev. 2020.

ESCOREL, Sarah. **Vidas ao léu: trajetórias de exclusão social**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

ESPINOZA, Sara E.; JUNG, Inkyung; HAZUDA, Helen. Lower Frailty Incidence Among Mexican American than Among European American Older Adults: The San Antonio Longitudinal Study of Aging. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 58, n. 11, p. 2142-2148, 2010.

ESTEVES, Marlene et al. Qualidade de vida de idosos hipertensos e diabéticos em um serviço ambulatorial. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 50, n. 1, p. 18-28, 2017.

FABRÍCIO-WEHBE, Suzele Cristina Coelho et al. Reproducibility of the Brazilian version of the Edmonton FrailScale for elderly living in the community. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 21, n. 6, p. 1330-1336, 2013.

FABRÍCIO-WEHBE, Suzele Cristina Coelho et al. Cross-cultural adaptation and validity of the 'Edmonton Frail Scale – EFS' in a Brazilian elderly sample. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 17, n. 6, p. 1043-1049, nov./dez., 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692009000600018. Acesso em: 06 mar. 2020.

FARIAS-ANTUNEZ, Simone; FASSA, Anaclaudia Gastal. Prevalência e fatores associados à fragilidade em população idosa do Sul do Brasil, 2014. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 28, n. 1, 2019. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222019000100306&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 07 fev. 2020.

FHON, Jack Roberto Silva. Síndrome de fragilidade relacionada à incapacidade funcional no idoso. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 25, n.4 p.589-594, jul., 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000400017. Acesso em: 05 mar. 2020.

FILHO, João Macedo Coelho. Fragilidade: trajetórias de uma nova abordagem do idoso 2010. Disponível em: <https://s3-sa-east-1.amazonaws.com/publisher.gn1.com.br/ggaging.com/pdf/v4n1a01.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2020.

FILLIT, Howard; BUTLER, Robert N. The frailty identity crisis. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 57, n. 2, p. 348-352, 2009.

FLECK, Marcelo P. A. et al. Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100). **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 2, p.198-205, 1999.

FLUETTI, Mariana Todini et al. Síndrome da fragilidade em idosos institucionalizados. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro,

v. 21, n. 1, p. 62-71, 2018.

FRANÇA, M. A. G. et al. Resignificando o conceito de risco nas pesquisas e práticas voltadas à infância contemporânea. **O Social em Questão**, Rio de Janeiro, PUC-RJ. Departamento de Serviço Social, ano 6, n. 7, p. 22-44, 2002.

FREIHEIT, Elizabeth Ann. et al. Operationalizing frailty among older residents of assisted living facilities. **BMC Geriatrics**, p.11-23, 2011.

FRIED, Linda P. et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. **Journals of Gerontology**, Washington, v. 56, p. 146-156, 2001.

_____. Cardiovascular Health Study Collaborative Research Group. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. **Journals of Gerontology**, v. 56, n. 3, p. M146-M156, 2001.

_____. **Hazzard's Geriatric Medicine and Gerontology**, 6th Ed. New York: McGraw-Hill; 2009.

GABATZ, Celso. Reflexões Sobre Exclusão e Vulnerabilidade Social No Brasil Contemporâneo. **Revista Sociedade em Debate**, v.24, n. 3, 2018.

GIDDENS, Anthony. **Sociologia**. 6ed. Porto Alegre: Penso 2012.

GILL, Thomas M.; FEINSTEIN, A. R. A critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements. **Journal of the American Medical Association**, Chicago, v. 272, n. 8, p.619-626, 1994.

GILL, Thomas M. et al. Transitions between frailty states among community-living older persons. **Archives of Internal Medicine**, v. 166, n. 4, p. 418-423, 2006.

GRDEN, Clóris Regina Blanski et al. Associação da síndrome da fragilidade física às características sociodemográficas de idosos longevos da comunidade. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 25, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692017000100339&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 07 fev. 2020.

GROSS, Carolina Baldissera et al. Níveis de fragilidade de idosos e sua associação com as características sociodemográficas. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 209-216, mar., 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002018000200209&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 07 fev. 2020.

GUILLEY, Edith et al. Dynamics of frailty and ADL dependence in a five-year longitudinal study of octagenarians. **Research on Aging**, v. 30, p. 299-317, 2008.

GUTIERRES FILHO, Paulo José Barbosa et al. Qualidade de vida de idosos com deficiência e prática de atividade física em instituições de longa permanência. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 141-151, mar., 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232014000100141&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 07 fev. 2020.

HAMERMAN, D. Toward an understanding of frailty. **Annals of Internal Medicine**, v.130, p. 945-950, 1999.

HENTSCHEL, Leopold et al. A Questionnaire Study to Assess the Value of the Vulnerable Elders Survey, G8, and Predictors of Toxicity as Screening Tools for Frailty and Toxicity in Geriatric Cancer Patients. **Oncology Research Treatment**, v. 39, n. 4, 210-216, 2016.

IBGE. **Síntese de indicadores sociais**: uma análise das condições de vida da população brasileira – 2015. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2015 Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv95011.pdf>. Acesso em: 07 fev. 2019.

_____. **População. 2018**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sc/panorama>. Acesso em: 20 nov. 2018.

IRIGARAY, Tatiana Quarti; SCHNEIDER, Rodolfo Herberto; GOMES, Irenio. Efeitos de um treino cognitivo na qualidade de vida e no bem-estar psicológico de idosos. **Psicologia Reflexão Crítica**, Porto Alegre, v. 24, n. 4, p. 810-818, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php>. Acesso em: 01 set. 2019.

JESUS, Isabela T. M. de et al. Fragilidade e qualidade de vida de idosos em contexto de vulnerabilidade social. **Texto e Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 27, n. 4, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072018000400315&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 07 fev. 2020

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

JANCZURA, Rosane. Risco ou vulnerabilidade social? **Textos e Contextos**, Porto Alegre, v. 11, n. 2, p. 301 - 308, ago./dez. 2012.

JARDIM, Cintia da Silva Freire et al. Fenotipo de Fragilidade: quais os itens são mais frequentes em um grupo de idosos de Belo Horizonte. **Geriatrics e Gerontologia**, v. 6, n. 3, p. 237-245, 2013.

JÜRSCHIK, Pilar et al. Prevalence of frailty and factors associated with frailty in the elderly population of Lleida, Spain: the fralle survey. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, v. 55, n. 3, p. 625-631, nov./dez., 2012. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22857807>. Acesso em: 10 mar. 2020.

JUNGES, José Roque; BARBIANI, Rosangela; ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone. Vulneração programática como categoria explicativa dos problemas éticos na atenção primária à saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, v.16, n. 3, p.935-953, ago. 2018.

KALACHE, Alexandre. O mundo envelhece: é imperativo criar um pacto de solidariedade social. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 13, n. 4. p. 1107-11, 2018.

KATZMAN, R. **Vulnerabilidad, activos y exclusión social en Argentina y Uruguay**. Santiago de Chile: OIT- Ford, 1999.

LEITE, Juliana Cerqueira et al. Fragilidade, cognição, depressão e funcionalidade de idosos em condomínio habitacional. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, Porto Alegre, v. 24, n. 1, p. 75-90, 2019.

LENARDT, Maria Helena et al. Fragilidade e qualidade de vida de idosos usuários da atenção básica de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 69, n. 3, p. 448-453, 2016.

LEONE, Eugenea Trancoso; MAIA, Alexandre Gori; BALTAR, Paulo Eduardo. Mudanças na composição das famílias e impactos sobre a redução da pobreza no Brasil. **Economia e Sociedade**, v. 19, n. 1, p. 59-77, 2010.

LIBANEO, José Carlos; OLIVEIRA, João Ferreira de; TOSCHI, Mirza Seabra. **Educação Escolar**: políticas, estrutura e organização. 10 ed. São Paulo: Cortez 2012.

LINS, Maria Eduarda Morais et al. Risco de fragilidade em idosos comunitários assistidos na atenção básica de saúde e fatores associados. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 121, p. 520-529, abr., 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042019000200520&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 11 fev. 2020.

LLANO, Patrícia Mirapalheta Pereira de Fragilidade em idosos da zona rural: proposta de algoritmo de cuidados. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 30, n. 5, p. 520-530, 2017.

LOOMAN, Wilhelmina Mijntje et al. The effects of a pro-active integrated care intervention for frail community-dwelling older people: a quasi-experimental study with the GP-practice as single entry point. **BMC Geriatrics**, London, v. 16, fev., 2016.

LOPES, Andrea. **Os desafios da gerontologia no Brasil**. São Paulo: Alinea 2016.

LOPES, Manuel José; MENDES, Felisbina R. P.; SILVA, Antonia Oliveira (orgs). **Envelhecimento**: estudos e perspectivas. São Paulo: Martinari, 2014.

LOURENÇO, Roberto Alves et al. Consenso brasileiro de fragilidade em idosos: conceitos, epidemiologia e instrumentos de avaliação. **Geriatrics Gerontology and Aging**, v. 12, n. 2, p. 121-135, 2018.

MAFRA, Simone C. T. et al. **O envelhecimento nas diferentes regiões do Brasil**: uma discussão a partir do Censo Demográfico 2010. CIEH, 2010. Disponível em: http://www.editorarealize.com.br/revistas/cieh/trabalhos/Comunicacao_oral_idinscrito_1473_391be8021f4f579d7335c4d436e500e3.pdf. Acesso em: 18 nov. 2018.

MAIA, Flavia de Oliveira Motta. **Vulnerabilidade e envelhecimento**: panorama dos idosos residentes no município de São Paulo - Estudo SABE. 2011. Tese (Doutorado em Enfermagem na Saúde do Adulto) Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

MANN, Jonathan; TARANTOLA, Daniel J. M.; NETTER, Thomas (orgs). **A AIDS no mundo**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará/ABIA/IMS/UERJ,1993.

_____. Como avaliar a vulnerabilidade à infecção pelo HIV e AIDS. In: PARKER R. **A AIDS no mundo**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1993.

MANSO, Maria Elisa Gonzalez; MARESTI, Leandro Tadeu Prazeres; OLIVEIRA, Henrique Souza Barros de. Análise da qualidade de vida e fatores associados em um grupo de idosos vinculados ao setor suplementar de saúde da cidade de São Paulo, Brasil. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, out., 2019.

MATSUDO, Sandra et al. Questionário internacional de atividade física (ipaq): estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, v. 6, n. 2, 2001.

MDS. **Centro de Referência de Assistência Social**. 2015. Disponível em: <http://mds.gov.br/assuntos/assistencia-social/unidades-de-atendimento/cras>. Acesso em: 20 nov. 2018.

MELLO, Amanda de Carvalho et al. Consumo alimentar e antropometria relacionados à síndrome de fragilidade em idosos residentes em comunidade de baixa renda de um grande centro urbano. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 8, 2017.

MELLO, Amanda de Carvalho; ENGSTROM, Elyne Montenegro; ALVES, Luciana Correa. Fatores sociodemográficos e de saúde associados à fragilidade em idosos: uma revisão sistemática de literatura. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. 6, p.1143-1168, 2014.

MENDES, Felismina et al. **As Representações Sociais do Envelhecimento Ativo de Idosos e Profissionais**. São Paulo: Martinari, 2014.

MENEZES, Tania Maria de Oliva; LOPES, Regina Lúcia Mendonça. Significados do vivido pela pessoa idosa longeva no processo de morte/morrer e luto. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 8, p. 3309-3316, aug. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000803309&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 11 fev. 2020.

MICHALOS, Alex C.; ZUMBO, Bruno D.; HUBLEY, Anita. Health and the quality of life: social indicators research. **Social Indicators Research**, Prince George, v. 51, n. 3, p.245-86, 2000.

MINAYO Maria Cecília de Souza; HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; BUSS, Paulo Marchiori. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000.

MIRA, Bruna Corrêa de et al. Determinantes Socioeconômicos e Comportamentais Que Permeiam o Envelhecimento Ativo dos Idosos de Um Centro Comunitário de Convivência. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 11, n. 5, p. 1122-1128, out./dez., 2019.

MIRANDA, Gabriela Moraes Duarte; MENDES, Antônio da Cruz Gouveia; SILVA, Ana Lúcia Andrade da. Envelhecimento da população no Brasil: desafios e consequências sociais atuais e futuros. **Revista Brasileira de Geriatria e**

Gerontologia, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 507-519, jun., 2016.

MITCHELL, Gordon. Problems and fundamentals of sustainable development indicators. **Sustainable Development**, v. 4, n. 1, p. 1-11, 1996.

MITNITSKI, Arnaldo; MOGILNER, Alexander J.; ROCKWOOD, Kenneth. Accumulation of deficits as a proxy measure of aging. **Scientific World Journal**, p. 323-336, 2001.

MOLITERNO, Aline Cardoso Machado et al. Living with the family and the elderly's quality of life at the senior citizens' open university. **Revista de Enfermagem da UERJ**, v. 20, n. 2, p. 179-84, 2012.

MONTEIRO, Simone Rocha da Rocha Pires. O marco conceitual da vulnerabilidade social. **Sociedade em Debate**, Pelotas, v. 17, n. 2, p. 29-40, jul./dez., 2011.

MORAES, Edgar Nunes de et al. Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional-20 (IVCF-20): reconhecimento rápido do idoso frágil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 50, p. 50-81, dez., 2016.

_____. **Avaliação Multidimensional do Idoso**. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Curitiba: Superintendência de Atenção à Saúde, 2017.

MORAIS, Talita Cavalcante Arruda de; MONTEIRO, Pedro Sadi. Conceitos de vulnerabilidade humana e integridade individual para a bioética. **Revista Bioética**, v. 25, n. 2, p. 311-319, 2017.

MOREIRA, Vírgilio Garcia; LOURENÇO, Roberto Alves. Prevalence and factors associated with frailty in an older population from the city of Rio de Janeiro, Brazil: the FIBRA-RJ Study. **Clinics**, São Paulo, v. 68, n. 7, p. 979-985, 2013.

MORLEY, John E. et al. Frailty consensus: a call to action. **Journal of the American Medical Directors Association**, v. 14, n. 6, p. 392-397, 2013.

MOSER, C. La vulnerability framework: reassessing urban poverty reduction strategies. **World development. Grã Bretanha**, v. 26, n. 1, p. 1-19, 1998.

MUELLER, C.; TORRES, M.; MORAIS, M. **Referencial básico para a construção de um sistema de indicadores urbanos**. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), 1997.

NAHAS, Markus Vinicius. **Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo**. 3. ed. Londrina: Midiograf, 2003.

NERI, Anita Liberalesso et al. Metodologia e perfil sociodemográfico, cognitivo e de fragilidade de idosos comunitários de sete cidades brasileiras: Estudo FIBRA. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 4, p. 778-792, 2013.

OLIVEIRA, Janayne de Souza et al. Influência da renda e do nível educacional sobre a condição de saúde percebida e autorreferida de pessoas idosas. **Journal of Health & Biological Sciences**, v. 7, n. 4, p. 395-398, 2019.

OLIVEIRA, Thaís Aparecida Eustáquio Rodrigues de. **O envelhecimento populacional no contexto brasileiro sob a égide da (des) proteção social**. 113p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Universidade de São Paulo, LILACS, 2016.

OLIVEIRA, Tamies Carneiro de et al. Determinantes Socioeconômicos da Saúde do Idoso: Um Estudo Ecológico no Estado do Rio Grande do Norte. **Revista Ciência Plural**, v. 3, n. 1, 2017.

PAIVA, Michelle Helena Pereira de et al. Fatores associados à qualidade de vida de idosos comunitários da macrorregião do Triângulo do Sul, Minas Gerais, Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 21, n. 11, p.3347-3356, 2016.

PEREIRA, Alexandre Alves; BORIM, Flavia Silva Arbex.; NERI, Anita Liberalesso. Absence of association between frailty index and survival in elderly Brazilians: the FIBRA Study. **Caderno de Saúde Pública**, v. 33, n. 5, jun., 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-. Acesso em: 03 mar. 2020.

PEREIRA, Érico Felden.; TEIXEIRA, Clarissa Stefani; SANTOS, Anderlei dos. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação CDD. 20.ed. **Revista Brasileira de Educação Física e Esporte**, São Paulo, v. 26, n. 2, p.241-50, abr./jun. 2012.

PINA, Olga Cristina Amaral. **Envelhecimento Ativo em relação ao Gênero no Concelho de Viseu**. Viseu: Universidade Católica Portuguesa, 2013.

ROCKWOOD, Kenneth. What would make a definition of frailty successful?. **Age and Ageing**, Oxford, v. 34, p. 432-434, 2005.

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

RODRIGUES, Natalia Oliveira; NERI, Anita Liberalesso. Vulnerabilidade social, individual e programática em idosos da comunidade: dados do estudo FIBRA, Campinas, SP, Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, p. 2129-2139, 2012.

RODRIGUES, Rosalina Aparecida Partezani et al. Síndrome da fragilidade entre idosos e fatores associados: comparação de dois municípios. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 26, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2897.3100>. Acesso em: 07 fev. 2020.

ROTHMAN, Marc D.; LEO-SUMMERS, Linda; GILL, Thomas M. Prognostic significance of potential frailty criteria. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 56, n.12, p. 2211-2116, 2008.

SÁNCHEZ, Alba Idaly Muñoz; BERTOLOZZI, Maria Rita. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva? **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, mar./abr. 2007.

SANTIAGO, Livia Maria et al. Cross-cultural adaptation of the Tilburg Frailty Indicator

(TFI) for use in the Brazilian population. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 28, n. 9, p. 1795-1801, 2012.

SANTIN, Silvino. Cultura corporal e qualidade de vida. Santa Maria, **Kinesis**, v. 27, p.116-86, 2002.

SANTOS, Álvaro da Silva et al. Estudo de base populacional: perfil sociodemográfico e de saúde em idosos. **Revista de Enfermagem da UERJ**, v. 26, p. e21473, set., 2018. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/21473>>. Acesso em: 16 fev. 2020.

SANTOS, Janette. **Concepções de cidadania na idade dos cabelos grisalhos: envelhecimento ativo e participação social das pessoas idosas**. Coimbra: Universidade de Coimbra, 2016.

SANTOS, Samara Luar; TURRA, Cassio M.; NORONHA, Kenya. Envelhecimento populacional e gastos com saúde: uma análise das transferências intergeracionais e intrageracionais na saúde suplementar brasileira. **Revista Brasileira de Estudos de População**, São Paulo, v. 35, n. 2, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-30982018000200155&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 16 fev. 2020.

SANTOS-EGGIMANN, Brigitte et al. Prevalence of frailty in middle-aged and older community-dwelling Europeans living in 10 countries. The Journals of Gerontology Series a Biological Sciences and Medical Sciences, v. 64, n. 6, p. 675-681, 2009.

SARAMAGO, José. Um olhar sobre a globalização e a sociedade da informação. **Revista de Gestão da Tecnologia e Sistemas de Informação**, v. 13, n. 2, mai./ago., p. 301-322, 2016.

SHERRER JÚNIOR, Gerson et al. Qualidade de vida de idosos residentes em instituições privadas. **Revista de Enfermagem**, v. 12, n. 8, 2018.

SCHMIDT, Silke et al. The conceptual relationship between health indicators and quality of life: results from the cross-cultural analysis of the EUROHIS field study. **Clinical Psychology e Psychotherapy**, Hoboken, v. 2, n.1, p. 28-49, 2005.

SCHNEIDER, Rodolfo Herberto; IRIGARAY, Tatiana Quarti. O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 25, n. 4, p. 585-593, dez., 2008.

SCHUMANN, Livia Rejane Miguel Amaral; MOURA, Leides Baroso Azevedo. Índices sintéticos de vulnerabilidade: uma revisão integrativa de literatura. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 20, n. 7, p. 2105-2120, 2015.

SEILD, Eliane Maria Fleury; ZANNON, Celia Maria Lana da Costa. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 580-8, 2004.

SHIELDS, Deborah; SOLAR, Slavko; MARTIN, Wade. The role of values and

objectives in communicating indicators of sustainability. **Ecological Indicator**, v. 2, n. 1-2, p. 149-160, nov., 2002.

SICHE, Raúl et al. Índices versus indicadores: precisões conceituais na discussão da sustentabilidade de países **Ambiente e Sociedade**, v. 10, n. 2, p.137-148, 2007.

SILVA, Carina Alves da; FOSSATTI, Anderlei Fabiano; PORTELLA, Marilene Rodrigues. Percepção do Homem Idoso em Relação às Transformações Decorrentes do Processo do Envelhecimento Humano. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, v. 12, p. 111-126, 2007.

SILVA, Sílvia Lanzotti Azevedo da; SILVA, Vanessa Gomes; MÁXIMO, Leani Souza; DIAS, João Marcos Domingues; DIAS, Rosângela Correa. Comparação entre diferentes pontos de corte na classificação do perfil de fragilidade. **Geriatría e Gerontologia**, v. 5, n. 3, p. 130-135, 2011.

SILVA, Sílvia Lanzotti Azevedo da et al. Fenótipo de fragilidade: influência de cada item na determinação da fragilidade em idosos comunitários – Rede Fibra. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 21, n. 11, p. 3483-3492, 2016.

SOUSA, Árlen Almeida Duarte de. et al. Qualidade de vida e incapacidade funcional entre idosos cadastrados na estratégia de saúde da família. **ABCS Health Sciences**, v. 43, n. 1, p. 14-24, 2018.

SOUSA, Lucina et al. Avaliação Geriátrica Global em Medicina Interna: Um Modelo Mais Adequado na Avaliação dos Doentes Idosos Internados. **Medicina Interna**, Lisboa, v. 26, n. 1, p. 40-46, mar., 2019. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0872-671X2019000100009&Ing=pt&nrm=iso. Acesso em: 16 fev. 2020.

SOUSA, Neuciani Ferreira da Silva et al. Envelhecimento ativo: prevalência e diferenças de gênero e idade em estudo de base populacional. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 11, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018001105007&Ing=en&nrm=iso. Acesso em: 16 fev. 2020.

SOUSA, Neuciani Ferreira da Silva et al. Desigualdades sociais na prevalência de indicadores de envelhecimento ativo na população brasileira: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, Rio de Janeiro, v. 22, supl. 2, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2019000300400&Ing=en&nrm=iso. Acesso em: 16 fev. 2020.

SOUZA, Andrea Santos et al. Fatores de risco de maus-tratos ao idoso na relação idoso/cuidador em convivência intrafamiliar. **Textos Envelhecimento**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, 2004.

TEIXEIRA, Ilka Nicéia D'Aquino Oliveira; NERI, Anita Liberalesso. Envelhecimento bem-sucedido: uma meta no curso da vida. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 81-94, mar., 2008. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo>. Acesso em: 08 ago. 2019.

THE WHOQOL GROUP. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Social Science e Medicine**, v. 41, n. 10, 1403-1410, 1995. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8560308>. Acesso em: 07 fev. 2019.

TELLES, Silvio. Saúde, economia e qualidade de vida do idoso na sociedade contemporânea: do reconhecimento à legitimação de um problema social. **Revista Kairós Gerontologia**, v. 18, n. 2, p. 351-374, 2015.

TELLO-RODRÍGUEZ, Tania.; VARELA-PINEDO, Luis. Frailty in older adults: detection, community-based intervention, and decision-making in the management of chronic illnesses. **Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública**, v. 33, n. 2, p. 328-334, 2016.

VAN KAN, Abellan et al. Frailty assessment of older people in clinical practice expert opinion of a geriatric advisory panel. **The Journal of Nutrition, Health and Aging**, v. 12, n.1, p. 29-37, 2008.

VASCONCELOS, Ana Maria Nogales; GOMES, Marília Miranda Forte. Transição demográfica: a experiência brasileira. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 21, n. 4, p. 539-548, 2012.

VIGNOLI, Jorge Rpdriíguez. Vulnerabilidad Demográfica en América Latina: qué hay de nuevo? In: SEMINARIO VULNERABILIDAD, CEPAL, Santiago de Chile, 2001.

VIEIRA, Renato Alvarenga et al. Prevalência de fragilidade e fatores associados em idosos comunitários de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: dados do estudo FIBRA. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 8, p. 1631-1643, ago., 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000800015&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 16 fev. 2020.

VAGETTI, Gislaïne Cristina et al. Domínios da qualidade de vida associados à percepção de saúde: um estudo com idosas de um programa de atividade física em bairros de baixa renda de Curitiba, Paraná, Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 12, p. 3483-3493, dez., 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013001200005&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 16 fev. 2020.

VERGARA, Sylvia Constant. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. 3.ed. Rio de Janeiro: Atlas, 2000.

VIEIRA, Ligiane Antonieta Martins **Envolvimento e Suporte Social Percebidos na Velhice**: dados do estudo FIBRA UNICAMP. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, 2013.

VIEIRA JUNIOR, Wilson Marques; MARTINS, Monica. Idosos e planos de saúde no Brasil: análise das reclamações recebidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 12, p. 3817-3826, dez., 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015001203817&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 07 fev. 2020.

VITORINO, Luciano Magalhães; PASKULIN, Lisiane Manganelli Girardi; VIANNA, Lucila Amaral Carneiro. Qualidade de vida de idosos em instituição de longa permanência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 6, p. 1186-1195, dez., 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692012000600022&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 16 fev. 2020.

WALSTON, Jeremy et al. Research agenda for frailty in older adults: toward a better understanding of physiology and etiology: summary from the American Geriatrics Society/National Institute on Aging Research Conference on Frailty in Older Adults. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 54, n. 6, p. 991-1001, 2006.

WINOGRAD, Carol Hutner et al. Screening for frailty: criteria and predictors of outcomes. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 39, n. 8, p. 778-784, 1991.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHOQOL**: Measuring quality of life [Internet]. Genebra: WHO, 1997. Acesso em: 30 dez. 2018. Disponível em: https://www.who.int/mental_health/media/68.pdf.

_____. The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL). In: ORLEY, J.; KUYKEN, W. (Eds.). **Quality of life assessment: international perspectives**. Heidelberg: Springer, 1994.

YUNES, Maria Angela Mattar; SZYMANSKI, Heloisa. Resiliência: noção, conceitos afins e considerações críticas. In: TAVARES, José (Org.). **Resiliência e educação**. 2ed. São Paulo: Cortez, 2001.

ZIMERMAN, Guite I. **Velhice**: aspectos biopsicossociais. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

APÊNDICES

APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO

Questionário Socioeconômico - Adaptado de Drummond e Alves (2013)

Identificação: _____

1. Sexo:

- Masculino
- Feminino

2. Estado Civil:

- Solteiro(a)
- Casado(a)
- Separado(a) / Divorciado(a)
- Viúvo(a)
- Outro

3. Escolaridade:

- Analfabeto
- Ensino fundamental incompleto
- Ensino fundamental completo
- Ensino médio incompleto
- Ensino médio completo
- Graduação
- Especialização

4. Situação Ocupacional

- Aposentado
- Pensionista
- Aposentado e trabalha
- Dona de casa

5. Faixa de Renda Mensal

- Até 1 salário mínimo
- De 1 a 2 salários mínimos
- Mais de 2 salários mínimos
- Sem renda

6. Composição Familiar

- Apenas cônjuge
- Cônjuge e filhos
- Filhos e netos
- Mora sozinho(a)
- Outros

7. Situação de moradia

- Casa própria
- Casa alugada
- Outros

8. Possui plano de saúde

- Sim
- Não

9. Alguma vez um médico lhe disse que você possui algum ou alguns dos problemas de saúde

- Hipertensão Arterial
- Diabetes
- Osteoporose
- Artrite
- Artrose

ANEXOS

ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – Maiores de Idade

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Alto vale do Rio do Peixe (CEP-UNIARP) é um colegiado constituído com base na Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que trata das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas com seres humanos. O CEP-UNIARP foi criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir com o desenvolvimento das pesquisas dentro de padrões éticos.

1. Identificação do Projeto de Pesquisa	
Título do Projeto: Vulnerabilidade e qualidade de vida de idosos atendidos nos Centros de Referência de Assistência Social – CRAS	
Área do Conhecimento: Interdisciplinar	
Curso: Mestrado em Desenvolvimento e Sociedade	
Número de participantes nos centros: 70	Número total de participantes: 70
Patrocinador da pesquisa:	
Instituição onde será realizado: Centro de Referência de Assistência Social – CRAS – Videira SC	
Nome dos pesquisadores e colaboradores: Luiz Eduardo Bondan	

Você está sendo convidado (a) a participar do projeto de pesquisa acima identificado. O documento abaixo contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que estamos fazendo. Sua colaboração neste estudo será de muita importância para nós, mas se desistir a qualquer momento, isso não causará nenhum prejuízo a você.

2. Identificação do Participante da Pesquisa	
Nome:	Data de nascimento:
Endereço:	
Telefone:	E-mail:

3. Identificação do Pesquisador Responsável

Nome: Luiz Eduardo Bondan	
Profissão: Professor	N. do Registro no Conselho: 001586 G
Endereço: Avenida D. Pedro II 700	
Telefone: 49 99607200	E-mail: luiz.bondan@unoesc.edu.br

1. O(s) objetivo(s) desta pesquisa é (são):

OBJETIVO GERAL

Avaliar o índice de vulnerabilidade e qualidade de vida de idosos atendidos nos Centros de Referência da Assistência Social – CRAS no município de Videira SC.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Avaliar o índice de vulnerabilidade de idosos atendidos nos Centros de Referência de Assistência Social – CRAS;

Analisar a percepção da qualidade de vida relacionada a saúde dos idosos atendidos nos Centros de Referência de Assistência Social – CRAS;

Verificar a associação entre as características socioeconômicas e ocupacionais com o índice de vulnerabilidade dos idosos atendidos nos Centros de Referência de Assistência Social – CRAS;

Verificar a associação entre o índice de vulnerabilidade com a qualidade de vida dos idosos

2. O procedimento para coleta de dados:

Inicialmente o pesquisador entrará em contato com departamento de ação social do município de Videira – SC, apresentando a intenção de pesquisa ao responsável pelo setor e explicando os objetivos e procedimentos da pesquisa. Logo após, será solicitado uma autorização para o desenvolvimento da pesquisa com o grupo de idosos vinculados ao programa de atenção à pessoa idosa.

Os idosos serão abordados nos centros onde são oferecidas as atividades, onde serão aplicados dois questionários referentes a pesquisa onde inicialmente irão responder um questionário socioeconômico; questionário internacional de atividade física – IPAQ Curto; o questionaria para a avaliação da qualidade de vida para pessoas mais velhas WHOQOL-OLDe posteriormente o questionário de verificação do índice de vulnerabilidade clinico funcional IVCF- 20. Somente participarão do estudo os idosos que assinarem o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), estes estando cadastrados no programa d atenção

a pessoa idosa.

3. O(s) benefício(s) esperado(s) é (são):

Através do levantamento de informações com a presente pesquisa, poderá orientar o planejamento e as ações de cuidado dos idosos que buscam o CRAS e auxiliar no planejamento de ações de atenção e promoção da saúde e qualidade de vida. Além disso, Segundo Rodrigues (2012) subsidiar políticas de saúde e educação para a população de crianças, jovens e adultos, uma vez que o envelhecimento é um processo de curso de vida.

4. O(s) desconforto(s) e risco(s) esperado(s) é (são):

O pesquisado não precisa responder a qualquer pergunta ou parte de informações solicitadas nos questionários, se sentir que ela é muito pessoal ou sentir desconforto em falar; As informações coletas através dos questionários correm o risco de não apresentar 100% de fidedignidade.

5. Descreva os procedimentos que serão adotados em função dos desconfortos e riscos previsíveis.

O questionário será apresentado e explicado para cada participante a fim de evitar os riscos apresentados.

6. Tenho a liberdade de desistir ou de interromper a participação nesta pesquisa no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação.

7. A participação no estudo não acarretará custos para você. Não será disponibilizado nenhuma compensação financeira adicional. No caso de você sofrer algum dano decorrente dessa pesquisa, o pesquisador ficará como responsável.

8. A desistência não causará nenhum prejuízo à saúde e ao meu bem estar físico. Não virá interferir no atendimento, na assistência, no tratamento médico, etc.

9. Os resultados obtidos durante este estudo serão mantidos em sigilo, mas concordo que sejam divulgados em publicações científicas, desde que meus dados pessoais não sejam mencionados.

10. Poderei consultar o pesquisador responsável (acima identificado) ou o CEP-UNIARP, com endereço na Rua: Victor Baptista Adami, 800 - Centro, telefone (049) 3561-6200, sempre que entender necessário obter informações ou esclarecimentos sobre o projeto de pesquisa e minha participação no mesmo.

11. Tenho a garantia de tomar conhecimento, pessoalmente, do(s) resultado(s) parcial (is) e final (is) desta pesquisa.

Declaro que obtive todas as informações necessárias e esclarecimento quanto às dúvidas por mim apresentadas e, por estar de acordo, assino o presente documento em duas vias de igual teor (conteúdo) e forma, ficando uma em minha posse.

Caçador (SC), _____ de _____ de _____.

Pesquisador Responsável pelo Projeto

—
Participante da pesquisa

Testemunha:

Nome:

IMPORTANTE: IMPRIMIR O TERMO EM DUAS VEZES, uma via fica em posse do participante da pesquisa e a outra com o pesquisador responsável. O representante deverá RUBRICAR todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido TCLE, apondo sua assinatura na última página do referido termo. O pesquisador responsável deverá proceder da mesma forma, rubricar todas as folhas do TCLE, apondo sua assinatura na última página do referido termo.

ANEXO B – PARECER COMITÊ DE ÉTICA

UNIVERSIDADE ALTO VALE
DO RIO DO PEIXE - UNIARP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: VULNERABILIDADE E QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS ATENDIDOS NO CENTRO DE REFERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL - CRAS

Pesquisador: LUIZ EDUARDO BONDAN

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 16496619.2.0000.5593

Instituição Proponente: FUNDACAO UNIVERSIDADE ALTO VALE DO RIO DO PEIXE - FUNIARP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.451.060

Apresentação do Projeto:

O processo de envelhecimento provoca importantes alterações nos aspectos biopsicossociais que comprometem a funcionalidade e a qualidade de vida do idoso, inserindo este em um quadro de vulnerabilidade. Diante disso, pesquisa pretende identificar qual o índice de vulnerabilidade e a percepção da qualidade de vida em idosos participantes do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) da Prefeitura Municipal de Videira – SC.

Objetivo da Pesquisa:

- Objetivo Geral:

Avaliar o índice de vulnerabilidade e qualidade de vida de idosos atendidos no Centro de Referência de Assistência Social – CRAS no município de Videira SC.

- Objetivos Específicos:

- Avaliar o índice de vulnerabilidade de idosos atendidos no Centro de Referência de Assistência Social – CRAS;
- Analisar a percepção da qualidade de vida relacionada a saúde dos idosos atendidos no Centro de Referência de Assistência Social – CRAS;
- Verificar a associação entre as características socioeconômicas e ocupacionais com o índice de vulnerabilidade dos idosos atendidos no Centro de Referência de Assistência Social – CRAS;

Endereço: Rua Victor Baptista Adams, 800

Bairro: Centro

CEP: 89.500-000

UF: SC

Município: CACADOR

Telefone: (49)3561-6288

E-mail: pesquisa@uniarp.edu.br

UNIVERSIDADE ALTO VALE
DO RIO DO PEIXE - UNIARP



Continuação do Parecer: 3.451.060

• Verificar a associação entre o índice de vulnerabilidade com a qualidade de vida dos idosos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

1. O(s) benefício(s) esperado(s) é (são):

Buscar estratégias para elaboração de programas de promoção da saúde e diminuir os agravos à saúde física e mental causado pela Síndrome de Burnout impactando na qualidade de vida de gestores educacionais da rede pública de ensino.

2. O(s) desconforto(s) e risco(s) esperado(s) é (são):

Não participação da pesquisa poderá ocorrer leve fadiga para responder aos questionários.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa de relevância social, tendo em vista a vulnerabilidade em que se encontra o idoso na sociedade atual.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos adequados.

Recomendações:

Não há recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

aprovado

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_1350025.pdf	07/06/2019 21:04:19		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracaococparticipante.pdf	07/06/2019 21:01:15	LUIZ EDUARDO BONDAN	Aceito
Folha de Rosto	folharostoLuizEduardoBondan.pdf	15/05/2019 10:28:29	LUIZ EDUARDO BONDAN	Aceito

Endereço: Rua Victor Baptista Adams, 800

Bairro: Centro

CEP: 89.500-000

UF: SC

Município: CACADOR

Telefone: (49)3581-6288

E-mail: pesquisa@uniarp.edu.br

UNIVERSIDADE ALTO VALE
DO RIO DO PEIXE - UNIARP



Continuação do Parecer: 3.451.060

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	07/05/2019 09:54:27	LUIZ EDUARDO BONDAN	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOLUIZBONDAN.doc	07/05/2019 09:53:48	LUIZ EDUARDO BONDAN	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CACADOR, 11 de Julho de 2019

Assinado por:

Sônia de Fátima Gonçalves
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Victor Baptista Adami, 800

Bairro: Centro

CEP: 89.500-000

UF: SC

Município: CACADOR

Telefone: (49)3561-6288

E-mail: pesquisa@uniarp.edu.br

ANEXO C – QUESTIONÁRIO IPAQ CURTO (MATSUDO et al., 2001)

QUESTIONÁRIO INTERNACIONAL DE ATIVIDADE FÍSICA – IPAQ- Curto

Nome completo: _____

Idade: _____ Sexo: _____ Data De Nascimento: ____/____/____

As perguntas estão relacionadas ao tempo que você gasta fazendo atividade física na ÚLTIMA semana. As perguntas incluem as atividades que você faz no trabalho, para ir de um lugar a outro, por lazer, por esporte, por exercício ou como parte das suas atividades em casa ou no jardim. Suas respostas são MUITO importantes. Por favor responda cada questão mesmo que considere que não seja ativo. Obrigado pela sua participação !

Para responder as questões lembre que:

- Atividades físicas VIGOROSAS são aquelas que precisam de um grande esforço físico e que fazem respirar MUITO mais forte que o normal
- Atividades físicas MODERADAS são aquelas que precisam de algum esforço físico e que fazem respirar UM POUCO mais forte que o normal

Para responder as perguntas pense somente nas atividades que você realiza por pelo menos 10 minutos contínuos de cada vez:

1a Em quantos dias da última semana você caminhou por pelo menos 10 minutos contínuos em casa ou no trabalho, como forma de transporte para ir de um lugar para outro, por lazer, por prazer ou como forma de exercício?

dias _____ por SEMANA () Nenhum

1b Nos dias em que você caminhou por pelo menos 10 minutos contínuos quanto tempo no total você gastou caminhando por dia? horas: _____ Minutos: _____

2a Em quantos dias da última semana, você realizou atividades MODERADAS por pelo menos 10 minutos contínuos, como por exemplo pedalar leve na bicicleta, nadar, dançar, fazer ginástica aeróbica leve, jogar vôlei recreativo, carregar pesos leves, fazer serviços domésticos na casa, no quintal ou no jardim como varrer, aspirar, cuidar do jardim, ou qualquer atividade que fez aumentar moderadamente sua respiração ou batimentos do coração (POR FAVOR NÃO INCLUA CAMINHADA): dias _____ por SEMANA () Nenhum

2b Nos dias em que você fez essas atividades moderadas por pelo menos 10 minutos contínuos, quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades por dia? horas: _____ Minutos: _____

3a Em quantos dias da última semana, você realizou atividades VIGOROSAS por pelo menos 10 minutos contínuos, como por exemplo correr, fazer ginástica aeróbica, jogar futebol, pedalar rápido na bicicleta, jogar basquete, fazer serviços domésticos pesados em casa, no quintal ou cavoucar no jardim, carregar pesos elevados ou qualquer atividade que fez aumentar MUITO sua respiração ou batimentos do coração. Dias _____ por SEMANA () Nenhum

3b Nos dias em que você fez essas atividades vigorosas por pelo menos 10 minutos contínuos quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades por dia? horas: _____ Minutos: _____

Estas últimas questões são sobre o tempo que você permanece sentado todo dia, no trabalho, na escola ou faculdade, em casa e durante seu tempo livre (deixa livre ou lazer. Isto inclui o tempo sentado estudando, sentado enquanto descansa, fazendo lição de casa visitando um amigo, lendo, sentado ou deitado assistindo TV, jogando vídeo game, bate-papo na internet e uso do computador para jogar e estudar. Não inclua o tempo gasto sentando durante o transporte em ônibus, trem, metrô ou carro.

4a. Quanto tempo no total você gasta sentado durante um dia de semana? _____ horas _____ minutos

4b. Quanto tempo no total você gasta sentado durante em um dia de final de semana? _____ horas _____ minutos.

ANEXO D - WHOQOL – OLD (FLECK, et al., 2003)**QUALIDADE DE VIDA NO IDOSO - WHOQOL – OLD**

Por favor, tenha em mente os seus valores, esperanças, prazeres e preocupações. Pedimos que pense na sua vida nas duas últimas semanas. As seguintes questões perguntam sobre o quanto você tem tido certos sentimentos nas últimas duas semanas.

Q.1 Até que ponto as perdas nos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato), afetam a sua vida diária?

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

Q.2 Até que ponto a perda de, por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato, afeta a sua capacidade de participar em atividades?

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

Q.3 Quanta liberdade você tem de tomar as suas próprias decisões?

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

Q.4 Até que ponto você sente que controla o seu futuro?

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

Q.5 O quanto você sente que as pessoas ao seu redor respeitam a sua liberdade?

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

Q.6 Quão preocupado você está com a maneira pela qual irá morrer?

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

Q.7 O quanto você tem medo de não poder controlar a sua morte?

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

Q.8 O quanto você tem medo de morrer?

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

Q.9 O quanto você teme sofrer dor antes de morrer?

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

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

Q.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 (1) Muito pouco (2) Mais ou menos (3) Bastante (4) Extremamente (5)

Q.11 Até que ponto você consegue fazer as coisas que gostaria de fazer?

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

Q.12 Até que ponto você está satisfeito com as suas oportunidades para continuar alcançando outras realizações na sua vida?

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

Q.13 O quanto você sente que recebeu o reconhecimento que merece na sua vida?

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

Q.14 Até que ponto você sente que tem o suficiente para fazer em cada dia?

Nada (1) Muito pouco (2) Mais ou menos (3) Bastante (4) Extremamente (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.

Q.15 Quão satisfeito você está com aquilo que alcançou na sua vida?

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

Q.16 Quão satisfeito você está com a maneira com a qual você usa o seu tempo?

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

Q.17 Quão satisfeito você está com o seu nível de atividade?

Muito insatisfeito (1) Insatisfeito (2) Nem satisfeito nem insatisfeito (3)

Satisfeito (4) Muito satisfeito (5)

Q.18 Quão satisfeito você está com as oportunidades que você tem para participar de atividades da comunidade?

Muito insatisfeito (1) Insatisfeito (2) Nem satisfeito nem insatisfeito (3)

Satisfeito (4) Muito satisfeito (5)

Q.19 Quão feliz você está com as coisas que você pode esperar daqui para frente?

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

Q.20 Como você avaliaria o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato)?

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

As seguintes questões se referem a qualquer relacionamento íntimo que você possa ter. Por favor, considere estas questões em relação a um companheiro ou uma pessoa próxima com a qual você pode compartilhar (dividir) sua intimidade mais do que com qualquer outra pessoa em sua vida.

Q.21 Até que ponto você tem um sentimento de companheirismo em sua vida?

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

Q.22 Até que ponto você sente amor em sua vida?

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

Q.23 Até que ponto você tem oportunidades para amar?

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

Q.24 Até que ponto você tem oportunidades para ser amado?

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

ANEXO E – IVCF – 20 (Autor, ano)

ÍNDICE DE VULNERABILIDADE CLÍNICO-FUNCIONAL-20 <i>www.ivcf-20.com.br</i>			
<p>Responda às perguntas abaixo com a ajuda de familiares ou acompanhantes. Marque a opção mais apropriada para a sua condição de saúde atual. Todas as respostas devem ser confirmadas por alguém que conviva com você.</p> <p>Nos idosos incapazes de responder, utilizar as respostas do cuidador.</p>		Pontuação	
IDADE	<p>1. Qual é a sua idade?</p> <p><input type="checkbox"/> 60 a 74 anos⁰ <input type="checkbox"/> 75 a 84 anos¹ <input type="checkbox"/> ≤ 85 anos³</p>		
AUTO-PERCEPÇÃO DA SAÚDE	<p>2. Em geral, comparando com outras pessoas de sua idade, você diria que sua saúde é:</p> <p><input type="checkbox"/> Excelente, muito boa ou boa⁰ <input type="checkbox"/> Regular ouruim¹</p>		
ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA	<p style="text-align: center;">AVD Instrumental</p> <p><i>Respostas positiva valem 4 pontos cada. Todavia, a pontuação máxima do item é de 4 pontos, mesmo que o idoso tenha respondido sim para todas as questões 3, 4 e 5.</i></p>	<p>3. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de fazer compras? <input type="checkbox"/> Sim⁴ <input type="checkbox"/> Não ou não faz compras por outros motivos que não a saúde</p> <p>4. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de controlar seu dinheiro, gastos ou pagar as contas de sua casa? <input type="checkbox"/> Sim⁴ <input type="checkbox"/> Não ou não controla o dinheiro por outros motivos que não a saúde</p> <p>5. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de realizar pequenos trabalhos domésticos, como lavar louça, arrumar a casa ou fazer limpeza leve? <input type="checkbox"/> Sim⁴ <input type="checkbox"/> Não ou não faz mais pequenos trabalhos domésticos por outros motivos que não a saúde</p>	Máximo 4 pts
	AVD Básica	<p>6. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de tomar banho sozinho? <input type="checkbox"/> Sim⁶ <input type="checkbox"/> Não</p>	
	COGNIÇÃO	<p>7. Algum familiar ou amigo falou que você está ficando esquecido? <input type="checkbox"/> Sim⁷ <input type="checkbox"/> Não</p> <p>8. Este esquecimento está piorando nos últimos meses? <input type="checkbox"/> Sim⁷ <input type="checkbox"/> Não</p> <p>9. Este esquecimento está impedindo a realização de alguma atividade do cotidiano? <input type="checkbox"/> Sim² <input type="checkbox"/> Não</p>	
HUMOR	<p>10. No último mês, você ficou com desânimo, tristeza ou desesperança? <input type="checkbox"/> Sim² <input type="checkbox"/> Não</p> <p>11. No último mês, você perdeu o interesse ou prazer em atividades anteriormente prazerosas? <input type="checkbox"/> Sim² <input type="checkbox"/> Não</p>		
MOBILIDADE	<p>Alcance, preensão e pinça</p>	<p>12. Você é incapaz de elevar os braços acima do nível do ombro? <input type="checkbox"/> Sim¹ <input type="checkbox"/> Não</p> <p>13. Você é incapaz de manusear ou segurar pequenos objetos? <input type="checkbox"/> Sim¹ <input type="checkbox"/> Não</p>	
	<p>Capacidade aeróbica e/ou muscular</p>	<p>14. Você tem alguma das quatro condições abaixo relacionadas?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Perda de peso não intencional de 4,5 kg ou 5% do peso corporal no último ano ou 6 kg nos últimos 6 meses ou 3 kg no último mês (); • Índice de Massa Corporal (IMC) menor que 22 kg/m² (); • Circunferência da panturrilha a < 31 cm (); • Tempo gasto no teste de velocidade da marcha (4m) > 5 segundos (). <p><input type="checkbox"/> Sim² <input type="checkbox"/> Não</p>	Máximo 2 pts
	<p>Marcha</p>	<p>15. Você tem dificuldade para caminhar capaz de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? <input type="checkbox"/> Sim² <input type="checkbox"/> Não</p> <p>16. Você teve duas ou mais quedas no último ano? <input type="checkbox"/> Sim² <input type="checkbox"/> Não</p>	
	<p>Continências/fincteriana</p>	<p>17. Você perde urina ou fezes, sem querer, em algum momento? <input type="checkbox"/> Sim² <input type="checkbox"/> Não</p>	
COMUNICAÇÃO	<p style="text-align: center;">Visão</p> <p>18. Você tem problemas de visão capazes de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? É permitido o uso de óculos ou lentes de contato. <input type="checkbox"/> Sim² <input type="checkbox"/> Não</p>		

	Audição	<p>19. Você tem problemas de audição capazes de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? É permitido o uso de aparelhos de audição.</p> <p>()Sim² ()Não</p>	
COMORBIDADES ÚLTIPLAS	Polipatologia	<p>20. Você tem alguma das três condições abaixo relacionadas?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cinco ou mais doenças crônicas (); • Uso regular de cinco ou mais medicamentos diferentes, todo dia (); • Internação recente, nos últimos 6 meses (). <p>()Sim⁴ ()Não</p>	Máxim o 4 pts
	Polifarmácia		
	Internação recente (<6 meses)		
PONTUAÇÃO FINAL (40 pontos)			