

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

FACULDADE DE MEDICINA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA: CIÊNCIAS MÉDICAS

**A VULNERABILIDADE NO CONTEXTO DO ENVELHECIMENTO: UMA
ABORDAGEM DA BIOÉTICA COMPLEXA.**

ALETHÉIA PETERS BAJOTTO

Porto Alegre

2015

**A VULNERABILIDADE NO CONTEXTO DO ENVELHECIMENTO: UMA
ABORDAGEM DA BIOÉTICA COMPLEXA.**

ALETHÉIA PETERS BAJOTTO

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Medicina: Ciências Médicas, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Programa de Pós-Graduação em Medicina: Ciências Médicas.

Orientador: Prof. Dr. José Roberto Goldim

Porto Alegre
2015

CIP - Catalogação na Publicação

Peters Bajotto, Alethéia
A VULNERABILIDADE NO CONTEXTO DO ENVELHECIMENTO:
UMA ABORDAGEM DA BIOÉTICA COMPLEXA. / Alethéia
Peters Bajotto. -- 2015.
135 f.

Orientador: José Roberto Goldim.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio
Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-
Graduação em Medicina: Ciências Médicas, Porto
Alegre, BR-RS, 2015.

1. Envelhecimento. 2. Vulnerabilidade. 3.
Bioética. I. Goldim, José Roberto, orient. II. Título.

Ao meu filho, Gabriel, agradeço todo dia pela sua vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu orientador, professor José Roberto Goldim, por acreditar no meu potencial, desde os idos de 2006, no mestrado. Em 2010 me acolheu no grupo e em 2011 tornou-se mais uma vez, meu orientador. Incentivou-me a realizar o doutorado sanduíche, mesmo quando o destino me lançou o desafio de ser mãe e aluna em terras estrangeiras. Obrigada por acreditar que eu tenho capacidade para vencer em cada uma das diversas etapas que evoluí ao lado do grupo tão querido do LAPEBEC.

Minha família, meu pequeno núcleo de amor e afeto: obrigada por amparar minha escolha pelo árduo caminho acadêmico. À minha mãe, agradeço o investimento de uma vida para minha educação, ao apoio irrestrito e presença confortante em todos os momentos da minha vida. Te amo muito. Ao meu esposo, grande incentivador e companheiro, muito obrigada por ficar ao meu lado sempre, multiplicando o amor e dividindo comigo as angústias. Amo você com todo coração. Gabriel, criança linda e feliz, amor sem medida, tudo que fiz e ainda farei é por amor a ti. Mamãe te ama.

Aos meus colegas do LAPEBEC, equipe genuinamente interdisciplinar, minha segunda família em Porto Alegre, muito obrigada pelos momentos maravilhosos e desafiadores que juntos dividimos. Especialmente aos colegas Lucas França Garcia, Bruna Genro e Gabriella Dalmolin, obrigada por toda a ajuda durante esse percurso de corações retos e linhas tortas. Vocês são parte essencial da minha caminhada acadêmica. Agradeço ainda aos meus alunos de iniciação científica: Paula, Max, Talita e Luiz: a dedicação e competência de vocês está presente no alicerce deste trabalho.

Agradecimento à CAPES, pelo apoio financeiro durante o doutorado no Brasil e doutorado sanduíche no Canadá.

Dra Verena Menec, Rachel Ines, Catherine Jacob, Nancy Newall, Jim Hamilton, Sheri Bell, and all the staff from the Spring Symposium, Centre on Aging

and friends from Winnipeg: you will be forever in my heart. I had the best time of my life surrounded by the best people I could find, thank you for all the patience, support, all the lunch time outside, enjoying summer together. The land was cold, but your love made me stay warm throughout the unthinkable winter.

(...)

Give me your answer, fill in a form

Mine for evermore

Will you still need me, will you still feed me

When I'm sixty-four?

When I'm sixty-four (Beatles)

Resumo

Introdução: Até o ano de 2025, o Brasil será o sexto país com o maior número de pessoas idosas no mundo. A Bioética discute a vulnerabilidade porque a vulnerabilidade expõe os sujeitos à exploração, mas a exploração é moralmente inadequada, pois pressupõe uma relação onde uma parte encontra-se em desvantagem. Para o ano de 2050 estima-se que essa faixa etária represente 20% da população mundial, aproximadamente 2 bilhões de habitantes. Destes, mais de 60% estarão vivendo em países em desenvolvimento. **Objetivos:** Caracterizar a vulnerabilidade no contexto do envelhecimento, comparando grupos de idosos e adultos em diferentes situações de atendimento em hospital-geral e na comunidade. **Métodos:** A pesquisa se caracteriza como transversal, quantitativa e qualitativa (*mixed-method*) quando compara 3 grupos de idosos (1 – atendimento ambulatorial, 2 – unidade de internação, 3 – praticantes de atividade física) com 3 grupos de adultos (4 – atendimento ambulatorial, 5 – unidade de internação, 6 – praticantes de atividade física) avaliados pelos instrumentos: para avaliação da qualidade de vida (QDV), Desenvolvimento Psicológico-Mora (DPM), capacidade funcional (CF), coerção em pesquisa (CP) e assistência (CA). Qualitativamente, analisou-se a fala dos pacientes, conforme Bardin, por meio de uma entrevista semi-aberta. **Resultados:** A amostra foi composta, predominantemente, por mulheres em todos os grupos ($p=0,002$). O nível de escolaridade se mostrou mais alto nos grupos 3 e 6, sendo que o grupo 3 gozava de um nível de instrução ainda maior que o grupo 6. Tanto adultos quanto idosos apresentaram mediana compatível com o 5º nível de DPM e o nível de coerção na pesquisa apresentou diferença significativa no grupo 6 ($p<0,001$). A ocupação, quando comparou adultos e idosos apresentou predomínio de idosos aposentados (59,7%) e 28,6% de adultos trabalhadores não especializados ($p<0,001$). Ao compará-los nas três situações de coleta, apresentou diferença significativa entre os idosos com $p=0,008$. A capacidade funcional revela participantes independentes na sua maioria, sendo que nos grupos de pacientes (1,2,4 e 5) é onde encontramos os participantes com maior grau de dependência para AVD. A qualidade de vida apresentou média geral de $64,91 \pm 13,35$ em idosos e $62,30 \pm 14,29$, sem diferença significativa. O domínio com maior média para idosos foi o domínio psicológico e em adultos, a relação social. O domínio “meio ambiente” apresentou diferença significativa entre os grandes grupos, com $p=0,002$. Ao

comparar idosos e adultos considerando o local de coleta, idosos praticantes de exercício físico e adultos da comunidade tiveram as maiores médias gerais, com $p < 0,001$ e $p=0,019$, respectivamente, em idosos e adultos. A pesquisa qualitativa extraiu da fala dos participantes categorias, cujas quatro categorias mais expressivas foram: 2 Saúde e doença– com 25% dos participantes; 8 Conduta– com 20%, 1 Autonomia – 17% e a categoria de número 7 Fragilidade – contando com 15% das inferências. **Conclusão:** O ambiente e a situação de saúde em que a amostra foi colhida, parece dizer mais respeito à vulnerabilidade do que o critério idade: a vulnerabilidade está mais relacionada com os agravos que o ser humano experimenta - que é dinâmico. O discurso dos participantes expressam a vulnerabilidade relacionada à doença ou falta de saúde, a um julgamento moral, à autonomia e fragilidade.

Palavras-chave: idoso, comunidades vulneráveis, bioética

Abstract

Introduction: By the year 2025, Brazil will be the sixth country with the highest number of older adult worldwide. Bioethics discusses the vulnerability because the vulnerability exposes the subject to exploitation, but exploitation is morally wrong once it presupposes a relationship where one party is facing disadvantage. For the year 2050 it is estimated that this age group represents 20% of world population, approximately 2 billion people. Of these, over 60% will be living in developing countries. **Goals:** Search for the characterization of vulnerability in the context of aging, comparing groups of elderly people and adults in different situations of care in general hospital and community. **Methods:** The research is characterized as transversal, quantitative and qualitative (mixed method) when comparing three groups of older people (1 -outpatient care, 2 - inpatient unit, 3 - physically active) with 3 adult groups (4 - outpatient care, 5 - inpatient, 6 - physically active) assessed by the instruments quality of life (QOL), Moral Psychological Development (MPD) , functional capacity (FC), research coercion (RC) and assistance coercion (AC) . Qualitatively, we analyzed the speech of patients according Bardin, through a semi-open interview. **Results:** The sample was composed predominantly of women in all groups ($p = 0.002$). The level of education revealed higher in groups 3 and 6, and the group 3 enjoyed a level of even greater statement that the group 6. Both adults and elderly achieved the 5th level of MPD and the level of coercion in research showed significant difference in group 6 ($p < 0.001$). The occupation when compared adults and the elderly showed a higher proportion of retired (59.7%) and 28.6% of adult unskilled workers ($p < 0.001$). When the sample was compared in the three situations, showed a significant difference between in older people, with $p = 0.008$. The functional capacity reveals independent participants mostly, and in the groups of patients (1,2,4 and 5) is where we find participants with a greater degree of dependence for ADL. The quality of life showed overall average of 64.91 ± 13.35 in older adults and 62.30 ± 14.29 in adults, with no significant difference. The area with the highest average for seniors was the psychological domain and for adults, the social relationship. The domain "environment" show significant differences between the large group, with $p = 0.002$. By comparing elderly and adults considering the collection site, elderly practitioners of physical exercise and community adults had the highest average overall, with $p < 0.001$ and $p = 0.019$, respectively, in the elderly and adults.

Qualitative research take out from the speech of participants categories, whose four most significant categories were: 2 Health and disease-with 25% of participants; 8 Behavior- with 20%, 1 Autonomy - 17% and 7 Fragility - totaling 15% of the inferences. **Conclusion:** The environment and the health situation in which the sample was taken, seems to say more about the vulnerability of the age criterion: the vulnerability is more related to injuries that the human being experiences - that is dynamic. The participants express the vulnerability related to the disease or health, to a moral judgment, autonomy and frailty.

Key words: aged, vulnerable groups, bioethics

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Estratégias de localização e seleção das informações.....	20
Figura 2 Perigos do modelo local de vulnerabilidade.....	26
Figura 3 Populações vulneráveis.....	28
Figura 4 Mapa conceitual da tese.....	35
Figura 5 Graphical representation of frequency, in portuguese.	99

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 Caracterização geral da amostra.....	68
Tabela 2 Comparação entre grandes grupos: Idosos e Adultos.....	69
Tabela 3 Caracterização geral da amostra.....	79
Tabela 4 Comparação entre INTRA pequenos grupos.....	82
Tabela 5 Participants distribution according to categories.....	99

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 Distribuição dos grupos de participantes.....	49
Quadro 2 Distribuição dos grupos de participantes.....	75
Quadro 3 Distribuição dos grupos de participantes.....	96
Quadro 4 Categorias identificadas segundo o discurso dos participantes.....	99

LISTA DE ABREVIATURAS

ONU	Organização das Nações Unidas
ESEF	Escola Superior de Educação Física
HCPA	Hospital de Clínicas de Porto Alegre
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
TCLE	Termo de consentimento livre e esclarecido
GPPG	Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação
IBM	International Business Machines
WHOQOL	World Health Organization Quality of Life
CP	Capacidade funcional
DPM	Desenvolvimento Psicológico-Moral
EPCP	Escala de Percepção de Coerção na Pesquisa
EECA	Escala de Expressão de Coerção na Assistência
ILPI	Instituição de Longa Permanência de Idosos
LAPEBEC	Laboratório de Pesquisa em Bioética e Ética na Ciência
WISER	Wellness Institute Services Evaluation Research
ES	Ensino superior
EM	Ensino Médio
EF	Ensino Fundamental
ECA	Expressão de Coerção na Assistência
PCP	Percepção de Coerção na Pesquisa
OMS	Organização Mundial de Saúde
AVD	Atividade da Vida Diária
QDV	Qualidade de Vida
CF	Capacidade Funcional

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	17
2 REVISÃO DA LITERATURA	20
2.1 ESTRATÉGIAS PARA LOCALIZAR E SELECIONAR AS INFORMAÇÕES.....	20
2.2 VULNERABILIDADE: CONCEITOS	21
2.3 FRAGILIDADE E VULNERABILIDADE	29
2.4 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS	31
2.4.1 Escala de percepção de coerção na Pesquisa e Escala de expressão de Coerção em Assistência	31
2.4.2 Índice de Katz	32
2.4.3 Escala de Desenvolvimento Psicológico-Moral:	32
2.4.4 WHOQOL – BREF:	33
3 MARCO TEÓRICO.....	35
4 OBJETIVOS	36
4.1 OBJETIVO GERAL.....	36
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	36
5 REFERÊNCIAS DA TESE.....	37
6 ARTIGOS DA TESE	44
6.1 ARTIGO 1 Artigo original: Qualidade de vida, capacidade funcional, coerção e tomada de decisão: comparação entre idosos e adultos e sua relação com a vulnerabilidade.....	45
6.2 ARTIGO 2 Idosos e adultos em diferentes níveis de complexidade de atendimento em saúde: uma reflexão sobre a vulnerabilidade.....	77
6.3 ARTIGO 3.....	103
"\"What is vulnerability?\" A qualitative study about the perception of vulnerability in adults and older adults.....	103
7 CONCLUSÕES	125
ANEXOS	127
ANEXO 1 Termo de consentimento livre e esclarecido.....	128
ANEXO 2 Instrumento de Desenvolvimento Psicológico-Moral	129
ANEXO 3 Índice de Katz	130
ANEXO 4 Escala de Percepção de Coerção na Pesquisa.....	131
ANEXO 5 Escala de Expressão de Coerção na Assistência.....	132
ANEXO 6 WHOQOL BREF.....	133

1 INTRODUÇÃO

A espécie humana levou milhares de anos para atingir a marca de um bilhão de pessoas, o que teria ocorrido por volta de 1830. Em 1927 este número dobrou. A população mundial chegou aos três bilhões de habitantes em 1960. Desde então, esse incremento populacional experimentou substancial aceleração. Em quatorze anos a marca dos quatro bilhões foi atingida; o quinto bilhão veio em 1987 e, doze anos depois, em 1999, alcançamos o sexto bilhão. (1,2)

A transição demográfica transcorreu de forma diferenciada ao redor do mundo. Em conjunto com a transição epidemiológica, resulta no principal fenômeno demográfico do século 20. O primeiro diferencial, em relação à transição demográfica europeia e a latino-americana, é o momento histórico no qual ambas ocorreram. No modelo Europeu, aconteceu significativo desenvolvimento social e aumento de renda. Na América Latina, em especial no Brasil, ocorreu um processo de urbanização sem alteração da distribuição de renda. (3)

Paralelamente ao aumento da população à nível mundial, um fenômeno esperado, o que surpreende é o aumento preponderante da população idosa quando comparada à população mais jovem. Até o ano de 2025, o Brasil será o sexto país com o maior número de pessoas idosas no mundo. No ano de 2050 estima-se que tenhamos dois bilhões de pessoas idosas no mundo e neste mesmo ano, a expectativa de vida dos idosos no Brasil deverá chegar à marca de 81,25 anos de idade. (4–6)

Sudeste e Sul do Brasil, segundo os dados do Censo 2010, vêm se mantendo como as duas regiões mais envelhecidas do País. O bairro Moinhos de Vento, bairro nobre da cidade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, após muitos anos, ultrapassou o bairro de Copacabana, no Rio de Janeiro, como o bairro das capitais brasileiras com maior proporção de idosos moradores. Dentre os 7.264 moradores, 2.487 são idosos. (7)

Entender a vulnerabilidade para adotar medidas de adaptação de maneira proativa é uma das preocupações urgentes para enfrentar os problemas que serão ampliados com o passar dos anos.(8,9)

No campo da Bioética, a vulnerabilidade é um assunto vigente porque os indivíduos e grupos vulneráveis estão sujeitos à exploração - e a exploração é moralmente inadequada. ¹⁰ É durante a velhice que se recordam e se expressam aspectos, como a vulnerabilidade e a temporalidade, que são típicos do ser humano e que passam despercebidos pela vitalidade que se experimenta na idade juvenil. (10,11)

A Bioética é uma reflexão complexa, pois inclui os múltiplos aspectos envolvidos no seu objeto de atenção; é interdisciplinar, devido à possibilidade de contar com conhecimentos oriundos de diferentes áreas do saber; e é compartilhada, por utilizar as diferentes interfaces para realizar diálogos mutuamente enriquecedores.(12)

Na literatura, percebemos uma tendência à massificação do conceito de “vulnerabilidade”, generalizando grupos de indivíduos como vulneráveis sem que seja reconhecido o perfil “dinâmico” da vulnerabilidade.

Ciente da importância de encarar com entusiasmo o envelhecimento da população, o governo brasileiro vem investindo em iniciativas que promovam o “Envelhecimento Ativo”. A Organização Mundial da Saúde adotou o termo “envelhecimento ativo” para expressar o processo de conquista de uma vida mais longa, que deve ser acompanhada de oportunidades contínuas de saúde, participação e segurança. Aqui, se investe tempo, dedicação e produção de conhecimento de equipes de profissionais para refletir e agir em busca de um futuro promissor para os indivíduos desta faixa etária. (13)

Tendo em vista a existência de um esforço, em todas as esferas, para desmistificar a visão do idoso como indivíduo frágil e vulnerável, julgamos esse

momento como apropriado para buscar compreender a vulnerabilidade, procurando caracterizá-la em diferentes situações de atendimento em saúde e na comunidade.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 ESTRATÉGIAS PARA LOCALIZAR E SELECIONAR AS INFORMAÇÕES

Esta revisão da literatura buscou conceituar o que se conhece hoje a respeito de vulnerabilidade, buscando relacionar a importância do estudo da vulnerabilidade no envelhecimento populacional e relacionando com a Bioética. A estratégia de busca envolveu as seguintes bases de dados: LILACS, SciELO, PubMed e Portal CAPES, no período de 1960 a 2015. Foram realizadas buscas através dos termos “older people”, “idosos”, “bioethics”, “bioética”, “vulnerable groups”, “vulnerabilidade” e as respectivas associações, apresentadas na Figura 1.

Além das bases citadas, também foram consultados os bancos de teses da Capes, da UFRGS, dissertações e capítulos de livro. Foi dada prioridade para a utilização de artigos publicados em revistas indexadas, no período de cinco anos retroativos. Todavia, devida a relevância de algumas publicações clássicas na área de gerontologia e bioética, foram admitidas fontes posteriores.

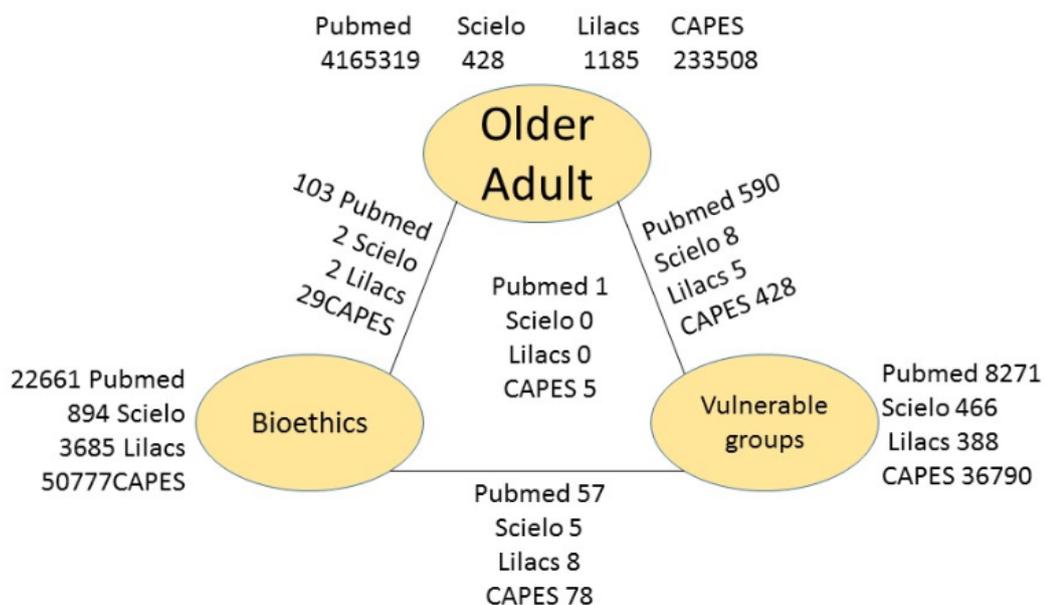


Figura 1 – Estratégias de localização e seleção das informações

2.2 VULNERABILIDADE: CONCEITOS

Como parte de uma análise do conceito formal, é imprescindível examinar todos os significados comuns e usos do conceito. O termo "Vulnerabilidade" vem do latim *vulnerabilis* e verbo *vulnerare*, que significa ferida. Alguns autores definem o termo de acordo com conceitos epidemiológicos de fatores de risco, risco relativo e disponibilidade de recursos. (14)

Encarada como capacidade ou liberdade limitadas, a ideia de vulnerabilidade é aplicada a grupos específicos porque alguma circunstância (física, psíquica ou social - incluindo também o aspecto econômico) poderá expor esse grupo a uma situação de extrema exposição, sendo imprescindível a exigência eticamente adequada de sua defesa. A noção de vulnerabilidade protagoniza dois sentidos: como característica com função adjetivante, mais restrito, e com função nominal, mais amplo, remetendo à concepção antropológica como fundamento da ética.

Vulnerabilidade não é igualmente distribuída dentro das comunidades e pode ser pensada como uma vulnerabilidade situacional, resistência social e resiliência. O fator social que influencia ou modela a vulnerabilidade de grupos sociais também governa sua capacidade de responder a ameaças ou riscos ambientais. (15)

Alguns autores trabalham com o conceito de vulnerabilidade comunitária, definindo "vulnerabilidade" como uma complexa interação entre risco, suscetibilidade, disponibilidade de recursos e estado de saúde. Propuseram que a relação entre esses conceitos correspondem a um nível individual ou comunitário de vulnerabilidade. (16)

A relevância de estudos relacionados à vulnerabilidade, especialmente na área da saúde, reside no fato de que a incorporação de conceitos permite uma melhor compreensão dos determinantes do processo saúde-doença. Por outro lado, existe a necessidade de estender o conceito de vulnerabilidade para o campo social sem que, entretanto, se restrinja sua abordagem apenas ao nível individual. (17)

O conceito de vulnerabilidade está relacionado ao conjunto de aspectos individuais, coletivos, sociais e de disponibilidade de recursos que podem resultar em suscetibilidades ao adoecimento, ou agravos à saúde. Esses, por sua vez, não estão relacionados ao aspecto meramente individual, mas, também, aos aspectos coletivos e contextuais que envolvem questões sociais, políticas, culturais e econômicas. (17,18)

Ao aproximar aspectos individuais e coletivos, a vulnerabilidade exige integrar três eixos, que dizem respeito às relações entre as situações sociais, programáticas e suas interferências nas condições de vida e saúde dos indivíduos. Esses eixos podem ser definidos como vulnerabilidade individual, social e programática. A vulnerabilidade individual é compreendida como o grau e a qualidade das informações de que dispõem as pessoas, a capacidade que têm de elaborar essas informações e incorporá-las ao cotidiano e o interesse de aplicá-las na prática. A vulnerabilidade social está relacionada à obtenção de informação, ao conteúdo e ao significado dessa informação, bem como à capacidade de colocá-la em prática. Relaciona-se aos aspectos materiais, culturais, políticos e morais que dizem respeito à vida em sociedade. Já a vulnerabilidade programática é entendida como a análise da capacidade de resposta de programas e instituições às condições socialmente dadas de vulnerabilidade.(19)

Sellman (20) descreve vulnerabilidade como sendo parte da condição humana, mas considera que a definição do fenômeno é ambíguo quando não discrimina entre tipos diferentes de risco – os que podem ser melhorados pelos indivíduos que vivenciam o feito, aqueles que podem ser melhorados por outra pessoa e aqueles que não temos poder de prevenir ou controlar.

É também considerada um construto conceitual, o qual se revela um instrumento de inteligibilidade de situações de saúde e seus determinantes, envolvendo os planos biológico/individual, social e programático/institucional. (20)

O ser humano é mais vulnerável que outros seres vivos pela sua pluridimensionalidade. No entanto, é mais habilidoso em proteger-se devido à sua

condição cultural, que permite que tome consciência de sua vulnerabilidade. A fragilidade do recém-nascido humano, diferente de outros animais, é a própria expressão dessa vulnerabilidade. No entanto, essa fragilidade é aos poucos superada, diferentemente do que ocorre ao idoso. (10)

Por isso, existe uma dificuldade na sociedade contemporânea em abordar a questão do idoso, porque renega e repudia o significado e os efeitos da vulnerabilidade do ser humano ao fazer a apologia da vitalidade juvenil, ao tornar os jovens os principais protagonistas sociais e os principais modeladores dos comportamentos sociais. (10)

A vulnerabilidade e a redução da autonomia são fenômenos que podem estar ou não associados, uma vez que a perda de autonomia pode ser reversível e indivíduos vulneráveis poderão ser autônomos. A autonomia pode ser encarada como um conceito ético e individual, enquanto a vulnerabilidade pode pressupor o estabelecimento de relações desiguais entre indivíduos ou grupos, quando colocada num sentido adjetivante.(21)

Spiers(22) não diferencia entre a experiência do paciente de vulnerabilidade (a perspectiva êmica), focando apenas na perspectiva externa (“etic”) que define vulnerabilidade como base de características demográficas, que asseguram a indivíduos ou grupos uma maior probabilidade relativa de saúde ou problemas sociais. Isso resultaria na exclusão de um componente essencial da vulnerabilidade – a compreensão da experiência vivida do fenômeno.

Esta perspectiva, alinhada a um paradigma fenomenológico, enxerga vulnerabilidade de um prisma holístico e proporciona um quadro para compreensão de como as pessoas integram e gerenciam vulnerabilidade. Assim sendo, vulnerabilidade é vista não apenas como um fator prejudicial à saúde, algo para ser erradicado se possível, mas também como uma oportunidade para aumento da resiliência individual e/ou comunitária e mudança social.

Ser ou estar vulnerável é um estado que denota fragilidade. Em tudo aquilo que cada pessoa pensa, faz e quer, existe uma exposição, e é exatamente isto que

a torna vulnerável. Afinal, somos seres sociais. Mas vulnerabilidade também denota aquilo que expõe ou não a pessoa à aquisição de um agravante a sua saúde, tendo relação com a hereditariedade e com as informações que a pessoa possui e a maneira como as utiliza. (23)

A importância de desenvolver ideias sobre vulnerabilidade existe em virtude da ideia herdada que populações vulneráveis são frequentemente taxadas como incapazes no processo de tomada de decisão. (24)

Vulnerabilidade nos ajuda a compreender a dinâmica da pobreza – e pobreza não é uma condição estática. Populações, famílias e indivíduos enfrentam vários riscos que podem mergulhá-los na pobreza e, assim sendo, a sociedade têm de tomar medidas para reduzir a sua vulnerabilidade e enfrentar os efeitos, quando for preciso. Vulnerabilidade indica exposição a riscos e a probabilidade de que o bem-estar de um indivíduo ou uma casa caia abaixo de níveis mínimos de consumo. (25)

Os riscos podem incluir os riscos covariantes, como catástrofes naturais, conflitos civis, crises econômicas, ou reversões domésticas como quebras de safra, desemprego, doença, acidente, invalidez, morte e idade avançada. O desenvolvimento de intervenções pode criar novos riscos por meio de efeitos involuntários como menos bens e serviços acessíveis, perda de emprego temporário, perda de propriedade comum, deslocamento e perda de redes de apoio da comunidade e capital social.(25)

Em alguns contextos históricos houve a atribuição de poderes à pessoa conforme seu ciclo vital. Logo, a figura da pessoa idosa, nesses mesmos contextos históricos sofre um intenso "desinvestimento" social e político. Todos são potencialmente vulneráveis, porém o risco é maior para aqueles que contam com menor status social, capital social e recursos capital humano para prevenir ou melhorar as origens e consequências de pobreza física, psicológica ou de saúde social. (26,27) A indústria farmacêutica, largamente beneficiada pelo fato da população idosa – liderada pelas mulheres – utilizar medicação em larga escala, continuamente, é a mesma que contribui para discriminar esses usuários. Isso porque, em muitos ensaios clínicos, idosos estão excluídos dos estudos. Na hora de

prescrever a medicação, ou ela é prescrita sem conhecimento específico para a faixa etária ou não é prescrita pelos mesmos motivos.(28)

A construção do quadro conceitual da vulnerabilidade no campo da saúde é relativamente recente e está estreitamente relacionada ao esforço de superação das práticas preventivas apoiadas no conceito de risco. (29)

As diferentes situações de vulnerabilidade dos sujeitos (individuais e/ou coletivos) podem ser particularizadas pelo reconhecimento de três componentes interligados – o individual, o social e o programático ou institucional. No plano individual, considera-se que a vulnerabilidade está relacionada, basicamente, aos comportamentos que criam oportunidades para que as pessoas venham a contrair doenças. O componente social da vulnerabilidade envolve o acesso às informações, as possibilidades de metabolizá-las e o poder de incorporá-las a mudanças práticas na vida cotidiana – diretamente associadas ao acesso a recursos materiais, a instituições sociais como escola e serviços de saúde, ao poder de influenciar decisões políticas, à possibilidade de enfrentar barreiras culturais e de estar livre de coerções violentas de todas as ordens.

O terceiro componente, institucional ou programático da vulnerabilidade, conecta os componentes individual e social. Articulados entre si, os três componentes priorizam análises e intervenções multidimensionais, que consideram que as pessoas não são, em si, vulneráveis, mas podem estar vulneráveis a alguns agravos e não a outros, sob determinadas condições, em diferentes momentos de suas vidas. (30)

Além dos componentes, podemos encontrar a vulnerabilidade agrupada em três categorias gerais: características demográficas, perturbações da vida/instabilidades e “ismos”. Características demográficas incluem ser um adolescente, ter deixado sua casa ou local de residência (fugitivo) ou ter sido despejado de sua casa ou local de residência e morar em abrigo, na rua, temporariamente com amigos ou uma combinação de residências temporárias.

Condições sociais como racismo, sexismo, classismo, discriminação etária e homofobia são rotineiramente encontrados na literatura como antecedentes ao desprovimento de lares (sem-abrigo) e vulnerabilidade. Isso se reflete na sobre-representação das minorias étnicas e lésbicas, gays, indivíduos bissexuais e transgêneros (LGBT) na população adolescente de rua.

O suporte familiar varia de acordo com o contexto de maior ou menor vulnerabilidade social. A vulnerabilidade social é interligada com a desigualdade social e justiça ambiental. Os fatores sociais que influenciam ou formam a vulnerabilidade de grupos sociais, também regem a sua capacidade de responder às ameaças ambientais ou riscos. (Figura 2) Além disso, a qualidade dos assentamentos humanos incluindo o tamanho de habitação, densidade habitacional, tipo de moradia, estrutura da habitação, a orientação, estradas, espaços verdes, tudo isso contribui para localizar a vulnerabilidade. (15)

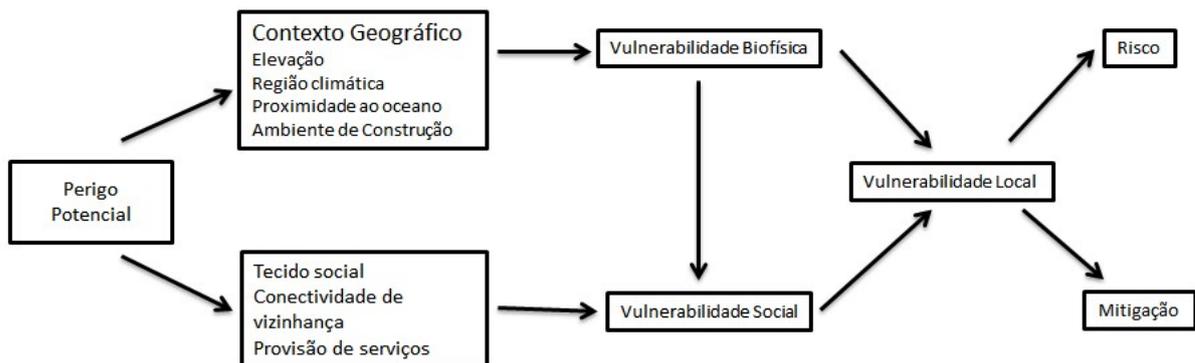


Figura 2 Perigos do modelo local de vulnerabilidade

Autor: adaptado de Cutter, 2003.

Identificar e localizar a maior concentração de população vulnerável nas comunidades (idosos, por exemplo), se torna uma importante tática para acertar o passo na estratégia em relação à resposta da saúde pública durante eventos de grande mobilização pública, como climas muito quentes, por exemplo.

Em Melbourne, na Austrália, desenvolveu-se um índice espacial de vulnerabilidade da população durante eventos de calor. Mapeando o índice de vulnerabilidade de maneira visual, proveu adaptações públicas de saúdes diretas. ³⁸

Um índice de vulnerabilidade foi construído, utilizando-se 10 indicadores de risco de saúde, sociais e ambientais. Cinco indicadores foram os mais significativos: áreas com instalações para cuidados com a saúde precárias; áreas onde famílias não falavam inglês em casa, áreas onde os idosos moravam sozinhos; subúrbios e, por fim, áreas com grande proporção de idosos e cidadãos jovens. (31)

Oferecendo aos vulneráveis uma oportunidade pessoal, comunitária ou social de adaptação, o estigma da vulnerabilidade pode ser reduzido e o fenômeno pode ser visto sim, como uma parte natural da experiência humana, promovida por fatores pessoais, ambientais e sociais. (11)

Essa afirmação ratifica a ideia de que a vulnerabilidade, em última instância, é uma condição dinâmica que pode tornar indivíduos vulneráveis e não-vulneráveis, dependendo da ação pessoal ou conjunta.

Vulnerabilidade também perpassa a questão do consentimento. A validade do consentimento, dentre outros fatores, depende da garantia de que não houve coerção no processo. A capacidade para a tomada de decisão refere-se à aptidão para realizar uma tarefa e tem suas origens nos campos da Psicologia e do Direito, pois representa o lado operativo ou funcional da autonomia pessoal - é associada ao desenvolvimento psicológico-moral dos indivíduos. (32)

O foco sobre o nível “macro” das raízes da vulnerabilidade, ecoa dos conceitos centrais da teoria social crítica, acrescentando outro importante elemento no desenvolvimento de uma compreensão plena do fenômeno da vulnerabilidade, em favor de uma ênfase sobre o papel da opressão social no desenvolvimento e manutenção da vulnerabilidade individual, comunitária e social/global. (14)



Figura 3 Populações vulneráveis

Autor: Adaptado de Flasterud J. & Winslow B.J. (1998)

Sánchez e Bertolozzi falam de um **novo** conceito de vulnerabilidade, em processo de construção, que supera o caráter individualizante e probabilístico do clássico conceito de "risco", ao apontar a vulnerabilidade como um conjunto de aspectos que vão além do individual. Estes abrangem aspectos coletivos, contextuais, que levam à suscetibilidade a doenças ou agravos, levando em conta aspectos que dizem respeito à disponibilidade ou a carência de recursos destinados à proteção das pessoas. (33)

A avaliação das condições físicas, psicológicas, sociais e culturais dos idosos permite ampliar a compreensão de suas necessidades de saúde. As informações geradas podem transformar-se em subsídios para a implantação de programas, o planejamento de estratégias de atendimento e intervenções adequadas à realidade desse grupo populacional.(34)

2.3 FRAGILIDADE E VULNERABILIDADE

A atenção à saúde do idoso é uma especialidade em expansão que ainda necessita de profissionais capacitados que compreendam as necessidades dos longevos. Tal atenção deve oportunizar o cuidado integral e contextualizado, através do reconhecimento de necessidades e de aspectos individuais e coletivos dessa população. (35)

Fragilidade é um termo utilizado por profissionais da gerontologia e geriatria para indicar a condição de pessoas idosas que apresentam alto risco para quedas, hospitalização, incapacidade, institucionalização e morte. ¹⁵ Também aparece definida como uma síndrome clínica que se caracteriza por redução da reserva e resistência diminuída aos estressores, sendo resultado do declínio cumulativo nos sistemas fisiológicos e causa vulnerabilidade às condições adversas, tais como doenças, variações ambientais e acidentes.(36)

A vulnerabilidade é um conceito que apresenta um desdobramento físico, social, temporal e geográfico. Podemos falar de vulnerabilidade apresentando características físicas como perda de força muscular, tendência à quedas ou então quando falamos de populações ribeirinhas ou em áreas de risco geográfico.

O conceito de fragilidade tem uma extensão natural às populações vulneráveis. Praticamente todas as ciências e as disciplinas de saúde estão discutindo a vulnerabilidade. (14)

A partir da década de 1980, percebe-se um crescente interesse em investigações mais formais sobre o atendimento às necessidades das populações vulneráveis em um esforço para diminuir as desigualdades em saúde a nível internacional (16,26)

Porém, não há consenso sobre o significado de fragilidade e diversas definições têm sido utilizadas na literatura. (36) Um estudo de revisão multidisciplinar acerca da fragilidade nos coloca em face de uma situação - alguns

autores têm tratado vulnerabilidade como sinônimo de fragilidade, invalidez ou dependência. A diversidade de modelos é uma indicação do isolamento dos investigadores que pesquisam fragilidade. (16,36)

Um estudo classificou 34 definições de fragilidade em três grupos: dependência nas atividades de vida diária (AVDs), vulnerabilidade e doenças. (37)

Outro ensaio que buscou resgatar os conceitos de risco, vulnerabilidade e resiliência, apresentaram uma abordagem baseada em sistemas. O risco para um sistema, assim como sua vulnerabilidade e resiliência, pode ser entendido, definido, e possivelmente qualificado mais efetivamente por meio de uma abordagem filosófica e metodológica. Vulnerabilidade é definida como a manifestação do estado inerente do sistema que pode estar sujeito a perigos naturais ou ser explorado para prejudicar esse sistema. Resiliência, por sua vez, é definida como a habilidade do sistema de suportar uma grande ruptura com parâmetros aceitáveis de degradação e para recuperar-se dentro de um tempo aceitável e compor custos e riscos. (38)

Em um estudo que procurou aprofundar a utilização dos termos vulnerabilidade e fragilidade no enfoque da terapia ocupacional, os autores apontam que os estados de fragilidade que são efeito de uma vida e não de um aspecto ou fato em particular. Logo, inferir as condições da vida do sujeito a partir de uma única vertente seja ela ligada as condições sócio-culturais ou a “fragilidades” do sujeito em enfrentar as diferentes situações da vida é tratar com simplicidade e modo excessivamente reduzido a questão.(39)

Em se tratando da população que envelhece, devemos considerar 2 variáveis importantes que contribuem para tornar o idoso vulnerável em algum momento: a particularidade individual e a biológica. Vulnerabilidade individual é o que uma pessoa, na sua singularidade, pensa, faz e quer, e o que, ao mesmo tempo, a expõe ou não à aquisição de um agravo à saúde. Refere-se à idade, à hereditariedade, assim como ao tipo de informação de que a pessoa dispõe, e de como a utiliza.(40,41)

As alterações biológicas tornam o idoso menos capaz de manter a homeostase quando submetido a um estresse fisiológico. Tais modificações, principalmente quando associadas à idade cronológica avançada, determinam maior suscetibilidade à ação de doenças, crescente vulnerabilidade e maior probabilidade de morte.(40,42) Aqui, provavelmente, estamos diante de uma situação em que fragilidade seria a escolha correta quando estamos falando de efeitos deletérios da idade.

2.4 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Foram utilizados c diferentes instrumentos de coleta de dados com vistas à avaliação da qualidade de vida, coerção, desenvolvimento psicológico-moral e capacidade funcional.

2.4.1 Escala de percepção de coerção na Pesquisa e Escala de expressão de Coerção em Assistência

No ano de 1993 o MacArthur Research Network on Mental Health and the Law, por meio do estudo MacArthur Study, desenvolveu instrumentos para avaliar a percepção de coerção de pacientes em relação à internação psiquiátrica. Este instrumento foi validado para a língua portuguesa no Brasil por Taborda (2002)(43). A escala de Percepção de Coerção foi adaptada para situações de pesquisa e assistência e a Escala de Expressão de Coerção foi adaptada apenas para as situações assistenciais. A Escala de Percepção de Coerção em Pesquisa contém cinco afirmativas nas quais o participante deve optar se concorda ou discorda, sendo que cada resposta que o participante assinalar a alternativa “concordo” é considerada um nível de percepção de coerção. A Escala de Expressão de Coerção é composta por quatro sentenças nas quais o participante deverá assinalar se concorda ou discorda. Os instrumentos são auto-aplicáveis e o preenchimento dura em média cinco minutos. (44,45)

2.4.2 Índice de Katz

O Índice de Independência nas Atividades de Vida Diária (AVD), desenvolvido por Sidney Katz, é um dos instrumentos mais antigos e também dos mais citados na literatura nacional e internacional. Relaciona-se com as Atividades da Vida Diária (AVD), demonstrando a capacidade que o paciente tem para cuidar de si mesmo no espaço de seu lar. Cada uma das atividades é avaliada quanto à dependência (ou não) do idoso para sua realização. O escore varia entre 0 e 18, e quanto menor a pontuação, menor a dependência.(46,47)

Avaliação funcional pode ser definida como uma tentativa sistematizada de medir, de forma objetiva, os níveis nos quais uma pessoa é capaz de desempenhar determinadas atividades ou funções em diferentes áreas, utilizando-se de habilidades diversas para o desempenho das tarefas da vida cotidiana, para a realização de interações sociais, em suas atividades de lazer e em outros comportamentos comuns em seu dia-a-dia.

De modo geral, representa uma maneira de medir se uma pessoa é ou não capaz de, independentemente, desempenhar as atividades necessárias para cuidar de si mesmas e de seu entorno e, caso não seja, verificar se essa necessidade de ajuda é parcial (em maior ou menor grau) ou total. (48)

O ponto de corte adotado foi o proposto por Lino et al, no estudo de validação da escala, para a população brasileira. Desta forma, foram considerados independentes os sujeitos com pontuação total entre zero e dois pontos e dependentes aqueles com pontuação acima de dois pontos, numa escala que variou de 0 a 20 pontos.(49)

2.4.3 Escala de Desenvolvimento Psicológico-Moral:

Em 1966, Jane Loewinger propôs uma classificação de sete níveis para o desenvolvimento psicológico moral. O primeiro é o Pré-social, na qual o indivíduo não apresenta condições para ler e compreender o escrito, tendo características

mais autistas. Em seguida, o nível Impulsivo, onde o indivíduo toma suas decisões de maneira impulsiva sem a adequada reflexão, caracterizando pessoas mais dependentes e receosas.

Após vem o nível Oportunista, no qual as decisões são baseadas na execução do desejo do indivíduo; são pessoas com características manipuladoras. No estágio Conformista, o indivíduo toma suas decisões através da valorização de suas crenças, tendo características de superficialidade; já no Conscicioso, as decisões são tomadas de maneira autônoma, cotejando tanto crenças quanto desejos, mas ainda é passível de constrangimento frente à decisão. As pessoas neste nível são responsáveis e preocupadas com a comunicação.

No nível Autônomo, a pessoa é capaz de decidir livre de constrangimentos e se preocupa com a autonomia de seus atos, e no último nível. (50)

2.4.4 WHOQOL – BREF:

Embora não haja um consenso a respeito do conceito de qualidade de vida, três aspectos fundamentais referentes ao construto qualidade de vida foram obtidos através de um grupo de experts de diferentes culturas: (1) subjetividade; (2) multidimensionalidade (3) presença de dimensões positivas (mobilidade) e negativas (dor).

A busca de um instrumento que avaliasse *qualidade de vida* dentro de uma perspectiva genuinamente internacional fez com que a Organização Mundial da Saúde organizasse um projeto colaborativo multicêntrico. O resultado deste projeto foi a elaboração do WHOQOL-100, um instrumento de avaliação de qualidade de vida composto por 100 itens.

O desenvolvimento destes elementos conduziu a definição de qualidade de vida como "a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações"

O reconhecimento da multidimensionalidade do construto refletiu-se na estrutura do instrumento baseada em 6 domínios: domínio físico, domínio psicológico, nível de independência, relações sociais, meio-ambiente e espiritualidade / religião / crenças pessoais. (51)

3 MARCO TEÓRICO

O marco teórico tem como objetivo a criação de uma figura capaz de explicar e proporcionar uma compreensão visual acerca dos conceitos apresentados na tese e como eles se relacionam.

Abaixo, figura criada pela autora, apresentando os principais conceitos que foram discutidos neste trabalho.

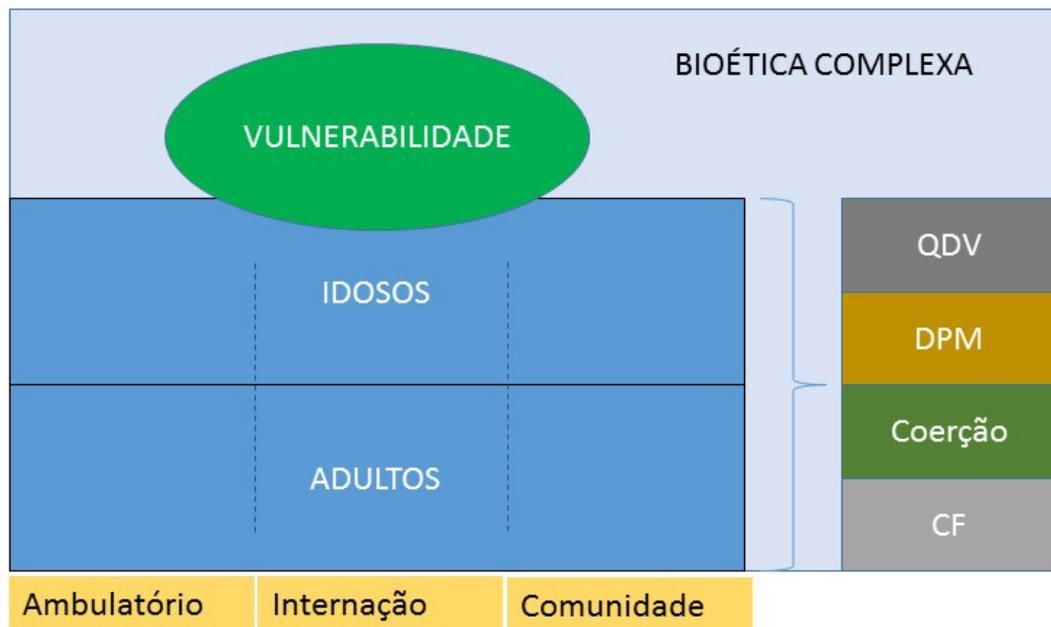


Figura 4 – Mapa conceitual da tese

QDV – qualidade de vida

DPM – desenvolvimento psicológico-moral

CF – capacidade funcional

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Caracterizar a vulnerabilidade no contexto do envelhecimento, comparando grupos de idosos e adultos em diferentes situações de atendimento em hospital-geral.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1 – Avaliar a qualidade de vida, capacidade de tomada de decisão, percepção de coerção na pesquisa, expressão de coerção na assistência e capacidade funcional da amostra por meio dos instrumentos selecionados: WHOQOL BREF, Questionário de Desenvolvimento psicológico-moral, Escala de Percepção de Coerção na Pesquisa, Escala de Expressão de Coerção na Assistência e Índice de Katz;

2 – Relacionar os resultados obtidos com os instrumentos com a faixa etária da amostra;

3 - Verificar se existe diferença significativa dos resultados obtidos entre o grande grupo - adultos e idosos – considerados vulneráveis e não vulneráveis por definição;

4 - Comparar qualidade de vida, capacidade de tomada de decisão, percepção de coerção na pesquisa, expressão de coerção na assistência e capacidade funcional entre os pequenos grupos pesquisados em diferentes situações de assistência em hospital-geral e na comunidade - pacientes em acompanhamento ambulatorial, pacientes internados e participantes selecionados na comunidade;

5 - Verificar se existe diferença significativa dos resultados obtidos entre os pequenos grupos;

6 - Categorizar de forma qualitativa a percepção individual dos participantes da pesquisa a respeito da vulnerabilidade.

5 REFERÊNCIAS DA TESE

1. Cocentino JMB, Viana TDC. A velhice e a morte: reflexões sobre o processo de luto. *Rev Bras Geriatr e Gerontol.* 2011;14(1):591–9.
2. Veras R. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. *Cad Saude Publica.* 2003;19(3):705–15.
3. Nasri F. Demografia e epidemiologia do envelhecimento O envelhecimento populacional no Brasil The aging population in Brazil. 2008;6(2):11–3.
4. Menezes RL De, Bachion MM, Souza JT De, Nakatani AYK. Estudo longitudinal dos aspectos multidimensionais da saúde de idosos institucionalizados. *Rev Bras Geriatr e Gerontol.* 2011;14:485–96.
5. Pavarini SCI, Barha EJ, Mendiondo MSZ De, Filizola CLA, Petrilli Filho JF, Santos AA Dos. Family and social vulnerability: a study with octogenarians. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2009;17(3):374–9.
6. Carvalho JAM WL. A transição da estrutura etária da população brasileira na primeira metade do século XXI. *Cad Saude Publica.* 2008;24(3):597–605.
7. Brasil. Ministério do Planejamento A em: 2011 agosto 25. Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Contagem Populacional. 2010. Available from: Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/resultados_do_censo2010.php>
8. Ojima R. As dimensões demográficas das mudanças climáticas: cenários de mudança do clima e as tendências do crescimento populacional. *Rev Bras Estud Popul.* 2011;28:389–403.
9. Santos M do RDR dos, Mendes SCSM, Morais DB do PSMC, Araújo MA da M, Carvalho CMRG de. Caracterização nutricional de idosos com hipertensão arterial em Teresina, PI. *Rev Bras Geriatr e Gerontol.* 10(1).
10. Simões JA. Reflexão bioética Sobre a situação do idoso e sua família. *Acta Med Port.* 2010;23:483–92.
11. Wilde MH. Life with an indwelling urinary catheter: the dialectic of stigma and acceptance. *Qual Health Res.* 2003;13(9):1189–204.
12. Goldim JR. Bioética complexa: uma abordagem abrangente para o processo de tomada de decisão. *Rev da AMRIGS.* 2009;53(1):58–63.
13. Saúde M da. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. 2005.
14. Dorsen C. Vulnerability in homeless adolescents: Concept analysis. *J Adv Nurs.* 2010;66:2819–27.

15. Cutter SL, Boruff BJ, Shirley WL. Social vulnerability to environmental hazards. *Soc Sci Q.* 2003;84:242–61.
16. Flaskerud JH, Winslow BJ. Conceptualizing vulnerable populations health-related research. *Nurs Res.* 2002;47:69–78.
17. Martins T, Regina M, Alvarenga M. Avaliação da vulnerabilidade de famílias assistidas na Atenção Básica. 2012;20(5).
18. Nakamura E, Chiesa AM, Egry EY, Campos CMS, Nichiata LYI, Takahashi RF. O Potencial de um instrumento para o reconhecimento de vulnerabilidades sociais e necessidades de saúde: saberes e práticas em saúde coletiva. *Rev Latino-am Enferm.* 2009;17(2).
19. Ayres JRCM, Calazans GJ, Saletti HC Filho FIJ. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: Campos et al, organizadores. *Tratado de Saúde Coletiva 2.* 2nd ed. RIO DE JANEIRO: Hucitec; 2008. p. 375–417.
20. Sellman D. Towards an understanding of nursing as a response to human vulnerability. *Nurs Philos.* 2005;6(1):2–10.
21. Almeida LD De. Suscetibilidade: novo sentido para a vulnerabilidade. *Rev Bioética* [Internet]. 2010;18(3):537–48. Available from: http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewFile/582/589
22. Spiers J. New perspectives on vulnerability using emic and etic approaches. *J Adv Nurs.* 2000;31(3):715–21.
23. Miguel MEGB, Pinto MEB MS. A dependência na velhice sob a ótica de cuidadores formais de idosos institucionalizados. *Rev Eletr Enf.* 2007;9(3):784–95.
24. Goldim JR. *Consentimento E Informação: a Importância Da Qualidade Do Texto Utilizado.* 2006.
25. Bank AD. *Handbook on Poverty and Social Analysis A Working Document.* 2012.
26. Aday LA. Health status of vulnerable populations. *Annu Rev Public Health.* 1994;15:487–509.
27. Minayo MCDS. Violência contra idosos: relevância para um velho problema. *Cad Saude Publica.* 2003;19(3):783–91.
28. Godlovitch G. Age discrimination in trials and treatment: old dogs and new tricks. *Monash Bioeth Rev.* 2003;22(3):66–77.

29. Meyer DEE, Mello DF De, Valadão MM, Ayres JRDCM. “Você aprende. A gente ensina?”: interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. *Cad Saude Publica*. 2006;22(6):1335–42.
30. S G. Reflections on the vulnerable. In: Bankowski Z, Bryant JH, editors. *Poverty, vulnerability and the value of human rights – a global agenda for bioethics*. Geneva Counc Int Organ Med Sci. 1995;203–6.
31. M L. Hot Spots Project A spatial vulnerability analysis of urban populations to extreme heat events. 2010.
32. Raymundo MM, Goldim JR. Do consentimento por procuração à autorização por representação. *Bioética [Internet]*. 2007;15(1):83–99. Available from: <http://www.portalmedico.org.br/bioetica/edicoes/2007/15-1/revista.pdf>
33. Sánchez AIM, Bertolozzi MR. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva? Can the vulnerability concept support the construction of knowledge in collective health care? *Ciências & Saúde Coletiva*. 2007;12:319–24.
34. Minosso JSM, Amendola F, Alvarenga MRM, De Campos Oliveira MA. Validação, no Brasil, do Índice de Barthel em idosos atendidos em ambulatórios. *ACTA Paul Enferm*. 2010;23(2):218–23.
35. Garcia I. EDUCACIÓN PARA LA SALUD DEL SIGLO XXI. COMUNICACIÓN Y SALUD. *Rev Esp Salud Pública*. 1998;72:151–3.
36. Teixeira INDO. Percepções de profissionais de saúde sobre duas definições de fragilidade no idoso * The perception of health professionals of two definitions of frailty in elderly people. *Heal (San Fr)*. 2006;1181–8.
37. Hogan DB. Models, Definitions, and Criteria of Frailty. *Handbook of Models for Human Aging*. 2006. p. 619–29.
38. Haines YY. On the definition of resilience in systems. *Risk Analysis*. 2009. p. 498–501.
39. Tedesco S. O que fazemos quando falamos em Vulnerabilidade? 2008;32(2):254–60.
40. Karunanathan S, Wolfson C, Bergman H, Béland F, Hogan DB. A multidisciplinary systematic literature review on frailty: overview of the methodology used by the Canadian Initiative on Frailty and Aging. *BMC Med Res Methodol*. 2009;9:68.
41. Paz AA, Dos Santos BRL, Eidt OR. Vulnerabilidade e envelhecimento no contexto da sa??de. *ACTA Paul Enferm*. 2006;19(3):338–42.

42. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Anuário estatístico do Brasil [Internet]. 2011. Available from: <http://memoria.org.br/pub/90000/90000007r.pdf>
43. Gardner W, Hoge S, Bennett N, Roth LH, Lidz CW, Monahan J, et al. Two scales for measuring patient's perceptions for coercion during mental hospital admission. *Behav Sci Law*. 1993;11:307–21.
44. Fleiss J. *Statistical methods for rates and proportions*. 2nd ed. New York: Wiley; 1981. 800 p.
45. Tabora JGV. *Percepção De Coerção Em Pacientes Psiquiátricos , Cirurgicos E Clínicos Hospitalizados*. Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2002.
46. Katz S, Downs TD, Cash HR, Grotz RC. Progress in development of the index of ADL. *Gerontologist*. 1970;10:20–30.
47. Pinto MF, Barbosa DA, De Lucena Ferreti CE, De Souza LF, Fram DS, Belasco a. GS. Qualidade de vida de cuidadores de idosos com doença de Alzheimer. *ACTA Paul Enferm*. 2009;22(5):652–7.
48. Duarte YA de O, Andrade CL de, Lebrão ML. O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. *Rev Esc Enferm USP*. 2007;41(2):317–25.
49. Lino VTS, Pereira SRM, Camacho LAB, Ribeiro Filho ST, Buksman S. Cross-cultural adaptation of the Independence in Activities of Daily Living Index (Katz Index). *Cad saude publica / Minist da Saude, Fund Oswaldo Cruz, Esc Nac Saude Publica*. 2008;24:103–12.
50. Loevinger J, Wessler R. Construction and use of a sentence completion test. *Measuring ego development*. San Francisco; 1970. p. 457.
51. Pedrosa B. Cálculo dos escores e estatística descritiva do WHOQOL-100 utilizando o Microsoft Excel. *Rev Bras Qual Vida*. 2009;1:23–32.
52. Ibge. *Censo Demográfico 2010 - Características da População e dos Domicílios - Resultados do Universo*. 2011;270.
53. Rouquayrol A. *Epidemiologia e saúde*. 7th ed. São Paulo; 2013. 736 p.
54. Passarelli MCG. O processo de envelhecimento em uma perspectiva geriátrica. *Mundo Saúde*. 1997;21(4):208–12.
55. Jacob Filho W SR. Anatomia e fisiologia do envelhecimento. In: Carvalho Filho ET PNM, editor. *Geriatrics: fundamentos, clínica e terapêutica*. São Paulo: Atheneu; 2000. p. 31–40.
56. *The Belmont Report: Ethical Guidelines for the Protection of Human Subjects*. Washington; 1978.

57. Inouye K, Barham EJ, Pedrazzani ES, Pavarini SCI. Percepções de suporte familiar e qualidade de vida entre idosos segundo a vulnerabilidade Social. *Psicol Reflexão e Crítica*. 2010;23:582–92.
58. Maia F de OM. Vulnerabilidade e envelhecimento: Panorama dos idosos residentes no Município de São Paulo Estudo SABE. USP; 2011.
59. MCP N. Sentidos da vulnerabilidade: característica, condição e princípio. *Rev Bras Bioética*. 2006;2(2):157–72.
60. E Z, A F. Vulnerabilidade, Bioética e a ação em enfermagem em saúde coletiva. In: CP B, ELCP Z, editors. *Bioética, Vulnerabilidade e saúde*. São Paulo; 2007. p. 139–57.
61. E MJ, Hogan D. As dimensões da vulnerabilidade. *São Paulo Perspect*. 2006;20(1):33–43.
62. Andrew MK, Mitnitski AB, Rockwood K. Social vulnerability, frailty and mortality in elderly people. *PLoS One* [Internet]. 2008 Jan [cited 2012 Sep 3];3(5):e2232. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2375054&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
63. Laranjeira C. Do vulnerável ser ao resiliente envelhecer: revisão de literatura. *Psicol Teor Pesqui*. 2007;23(3):327–32.
64. Holliday R. Robin Holliday. *Lancet*. 2000;355:856.
65. RAMOS L R. *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. 72-78 p.
66. Chagas AM, Rocha ED. Aspectos fisiológicos do envelhecimento e contribuição da Odontologia na saúde do idoso. *Rev bras odontol*. 2012;69(1):94–6.
67. Ferreira CV, Ferreira CG, Escobar RV. Relação entre envelhecimento ativo , risco de queda e perfil funcional de idosos. 2012;4(2):27–41.
68. Joseph L. Fleiss, Bruce Levin MCP. *Statistical Methods for Rates and Proportions*. 2003. 800 p.
69. Machado MRC, Gomes Junior SC, Marinheiro LPF. Vitamina D e diabetes mellitus, suas epidemias e o envelhecimento. O que há de novo? *Reprodução Clim* [Internet]. Sociedade Brasileira de Reprodução Humana; 2014;29(2):54–9. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1413208714000405>
70. Luiza M, Mendonça M De. Envelhecer feminino no cinema brasileiro contemporâneo : outras narrativas , novos olhares Envejecer femenino en el cine brasileño contemporáneo : otras narrativas , nuevas miradas *Aging*

- women in contemporary Brazilian cinema: other narratives , new look. 2012;15(3):571–93.
71. Camarano A, Pasinato M. O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas [Internet]. Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60? 2004. 253-292 p. Available from: [http://www.ucg.br/ucg/unati/ArquivosUpload/1/file/Envelhecimento Populacional na Agenda das Políticas Públicas.pdf](http://www.ucg.br/ucg/unati/ArquivosUpload/1/file/Envelhecimento%20Populacional%20na%20Agenda%20das%20Políticas%20Públicas.pdf)
 72. Clavairolle, Peixoto F/, Ehlers C. Envelhecimento, Políticas Sociais E Novas Tecnologias [Internet]. FGV Editora; 2005 [cited 2015 Feb 5]. 140 p. Available from: <https://books.google.com/books?id=2Hp23j9GKUEC&pgis=1>
 73. Gurwitz, J.H, Col, N.F, Avon J. The exclusion of the elderly and women from clinical trials in acute myocardial infarction. JAMA. 1992;268:1417–22.
 74. Ferreira VN, Silva R, Chinelato DC, Castro MR, Caputo E. Menopausa : Marco Biopsicossocial Do Envelhecimento Feminino Menopausa : Biopsychossocial Landmark of Female Aging. *Psicol Soc.* 2013;25(2):410–9.
 75. CELICH KLS. DOMÍNIOS DE QUALIDADE DE VIDA E CAPACIDADE PARA A TOMADA DE DECISÃO EM IDOSOS PARTICIPANTES DE GRUPOS DA TERCEIRA IDADE. PUCRS; 2008.
 76. Monalisa Dias de Siqueira. “ Vivendo bem até mais que 100 !” envelhecimento , saúde e políticas públicas para idosos no Brasil. UFRGS; 2014.
 77. Bajotto AP, Goldim JR. Avaliação da qualidade de vida e tomada de decisão em idosos participantes de grupos socioterápicos da cidade de Arroio do Meio, RS, Brasil. *Rev Bras Geriatr e Gerontol.* 2011;14:753–61.
 78. Pires ZR dos S, Silva MJ da. Autonomia e capacidade decisória dos idosos de baixa renda: uma problemática a ser considerada na saúde do idoso. *Rev Eletr Enferm.* 2001;3(2).
 79. Bajotto AP, Goldim JR. Case-Report: Autonomy and Self Determination of an Elderly Population in South Brazil. *J Clin Res Bioeth.* 2011;02(02):2–4.
 80. PALÉO-NETTO M. Atividade física para o idoso e objetivos. *Tratado de gerontologia.* São Paulo; 2007. p. 781–94.
 81. Banhato E, Scoralick N. Atividade física, cognição e envelhecimento: estudo de uma comunidade urbana. *Psicol Teor e Prática [Internet].* 2009;11(1):76–84. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1516-36872009000100007&script=sci_arttext&tlng=es
 82. Camarano A, Pasinato M, Lemos V. Cuidados de longa duração para a população idosa: uma questão de gênero? In: Neri A, editor. *Qualidade de vida na velhice: um enfoque multidisciplinar.* 2007. p. 127–49.

83. Wanderley, Luiz William Barreto et al. Avaliação da qualidade de vida dos idosos nas unidades básicas de saúde. FIEP Bull On-line. 2012;82(2).
84. Borges LM. Saúde autopercebida e qualidade de vida de homens participantes de intervenção psicoeducativa para idosos. Psico-USF. 2014;19(3):421–31.
85. Duque JM, Mateo Echanogorria A, Martinez Martin MI, Criado Valdés S, Sanabria F, Carcagno G. La participación social de las Personas Mayores. 2008;
86. . Ministério do Planejamento O e GIB de G e E. No Title [Internet]. Available from: http://www.censo2010.ibge.gov.br/resultados_do_censo2010.php
87. Macklin R. Bioethics, vulnerability, and protection. Bioethics. 2003;17:472–86.
88. Pilger C, Menon MH, Mathias TADF. Características sociodemográficas e de saúde de idosos : contribuições. Rev Lat Am Enfermagem. 2011;19(5):2–9.
89. Leonor Duarte Almeida. Suscetibilidade: novo sentido para a vulnerabilidade. Rev Bioética. 2010;18(3):537–48.

6 ARTIGOS DA TESE

6.1 ARTIGO 1

Artigo original: Qualidade de vida, capacidade funcional, coerção e tomada de decisão: comparação entre idosos e adultos e sua relação com a vulnerabilidade.

Artigo submetido à Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia em 24.04.15

Quality of life, functional capacity, coercion and decision making: comparison between older adults and adults and the association with vulnerability.

Título resumido: Comparação de variáveis entre adultos e idosos: associação com a vulnerabilidade.

Autores: Alethéia Peters Bajotto* e José Roberto Goldim**

* Mestre em Gerontologia Biomédica PUCRS, Aluna de doutorado do Programa de Medicina: Ciências Médicas/UFRGS, Professora substituta do Curso de Fisioterapia UFSC, Campus Araranguá SC. Rodovia Jorge Lacerda, 343 - Jardim das Avenidas, Araranguá/SC, CEP 88900-000 (48) 3721-6448 endereço eletrônico: aletheia@bajotto.com.br

**Doutor em Medicina: Ciências Médicas, Chefe do Serviço de Bioética do HCPA, Porto Alegre RS Ramiro Barcelos, 2350 - Santa Cecília, Porto Alegre/RS CEP 90035-903 (51) 3359.7460 endereço eletrônico: jrgoldim@gmail.com

Qualidade de vida, independência funcional, coerção e tomada de decisão: comparação entre idosos e adultos e sua relação com a vulnerabilidade.

Resumo

Introdução: O Brasil será o sexto país com o maior número de pessoas idosas no mundo até o ano de 2025. Atualmente, idosos representam cerca de 7% da população mundial e é esperado que em menos de 30 anos, esta relação dobre. O objetivo desse artigo é comparar qualidade de vida, capacidade funcional, nível de coerção e tomada de decisão em adultos e idosos, com o intuito de compreender como a idade afeta essas variáveis e verificar a existência de associação, nos grupos estudados. **Metodologia:** A pesquisa caracteriza-se como transversal e quantitativa, onde 222 participantes – adultos e idosos - divididos em 6 grupos, foram entrevistados e avaliados por instrumentos que medem qualidade de vida, capacidade funcional, capacidade de tomada de decisão e coerção. **Resultados:** A amostra se caracterizou por um predomínio feminino em todos os grupos ($p=0,002$). A escolaridade da amostra foi mais alta nos grupos 3 e 6, idosos que praticam atividade física e adultos que acompanham pacientes internados. A ocupação, quando comparou adultos e idosos apresentou predomínio de idosos aposentados (59,7%) e 28,6% de adultos trabalhadores não especializados ($p<0,001$). Ao compará-los nas três situações de coleta, apresentou diferença significativa entre os idosos com $p=0,008$. A capacidade funcional revela participantes independentes na sua maioria, sendo que nos grupos de pacientes (1,2,4 e 5) é onde encontramos os participantes com maior grau de dependência para AVD. Todos os grupos classificaram-se no 5º nível de desenvolvimento e a maior mediana é encontrada nos grupos 3 e 6. O nível de coerção percebido na pesquisa apresentou diferença significativa ($p<0,001$) no grupo 6. A qualidade de vida apresentou média geral de $64,91 \pm 13,35$ em idosos e $62,30 \pm 14,29$, sem diferença significativa. O domínio com maior média para idosos foi o domínio psicológico e em adultos, a relação social. O domínio “meio ambiente” apresentou diferença significativa entre os grandes grupos, com $p=0,002$. Ao comparar idosos e adultos considerando o local de coleta, idosos praticantes de exercício físico e adultos da comunidade tiveram as maiores médias

gerais, com $p < 0,001$ e $p=0,019$, respectivamente. **Considerações finais:** Ambiente e a situação de saúde parecem dizer mais respeito à vulnerabilidade do que o critério de faixa etária. Nesta amostra, a vulnerabilidade está mais relacionada com o agravo de saúde (outras variáveis estudadas), que o ser humano experimenta, que por sua vez, é dinâmico.

Palavras-chave: idoso, vulnerabilidade, qualidade de vida, bioética

Abstract

Introduction: By the year 2025, Brazil will be the sixth country with the highest number of older people worldwide. Currently, seniors represent about 7 % of the world population and is expected that, in less than 30 years, this relationship to double size. The South and Southeast of Brazil have remained as the two most aged regions of the country. **Goals:** The aim of this paper was to compare quality of life, functional capacity, level of coercion and decision making in adults and older adults, in order to compare how age burden in those variables and checking if there is any association between the variables. **Methodology:** The research is characterized as quantitative, transversal, where 222 participants - adults and older adults - were interviewed and distributed into 6 groups, evaluated by instruments that measures quality of life, functional capacity, decision-making and coercion. **Results:** The sample was characterized predominantly by females in all groups ($p = 0.002$). The education was higher in groups 3 and 6, and the functional capacity reveals mostly independent participants. In the groups of patients 1,2,4 and 5 is where we can find participants with a greater degree of dependence for ADL. The sample PMD places all groups on the 5th level of development and the highest median is found in groups 3 and 6. The level of perceived coercion in the survey showed a significant difference ($p < 0.001$) in group 6. The quality of life revealed overall average of 64.91 ± 13.35 for older adults and 62.30 ± 14.29 for adults, with no significant difference. The area with the highest average for seniors was the psychological domain and adults, the social relationship. The domain "environment" show significant differences between large groups, with $p = 0.002$. By comparing elderly and adults considering the data group site, older adults practitioners of physical exercise and community adults had the highest average overall, with $p < 0.001$ and $p = 0.019$, respectively, in the elderly and adults. **Last considerations:** Environment and the health status seem to say more about the vulnerability instead of age. In this sample, the vulnerability is related to health status (and other variables studied), that the human being experiences, which is dynamic.

Key words: aged, vulnerability, quality of life, bioethics

Introdução

Segundo projeções da Organização das Nações Unidas (ONU) para o ano de 2025, é esperado que o Brasil se torne o sexto país em número de idosos. Esse dado isolado não é capaz de expressar a característica mais preocupante do crescimento da população de idosos nos países menos desenvolvidos ou em desenvolvimento: a velocidade do crescimento.

Enquanto que países desenvolvidos vivem a transição demográfica de forma ordenada, planejada e esperada, países como o Brasil praticamente dobraram a população idosa em apenas duas décadas: passou de 8 milhões na década de 80 para 14,5 milhões em 2000.(52,53)

O envelhecimento é um processo natural, fisiológico e multidimensional. Pode ser analisado segundo diferentes perspectivas: biológica, social, intelectual, econômica, funcional e cronológica. (54)

A classificação cronológica é aquela mais aceita tanto no meio acadêmico quanto popular, porém, é chegada a hora de analisar essa classificação com cautela. Caracterizar uma pessoa como idosa, utilizando apenas como critério a idade, implica desconsiderar que nesse segmento estão incluídos indivíduos muito diferentes entre si, em todas as perspectivas citadas anteriormente.(55)

Tão importante quanto os estudos que dirigem sua atenção para o envelhecimento fisiológico, são os estudos que trabalham o envelhecimento social da população. A associação de perspectivas mais abrangentes que se ocupam em compreender o universo complexo do envelhecimento são imprescindíveis para produção de conhecimento nessa área, que como tantas outras, ainda carece de atenção.

A vulnerabilidade no contexto da bioética surgiu em 1979 com o advento do relatório Belmont, que tratava de princípios éticos a serem respeitados na condução de pesquisa que envolvesse seres humanos. No documento, havia a preocupação com pessoas e/ou populações que se encontrassem em situação de exposição

agravada e que pudessem ser prejudicadas em seus interesses enquanto participantes de experimentos científicos. (56)

Assim sendo, a vulnerabilidade aproximou-se dos assuntos de interesse da bioética por determinação de fatos e contextos históricos, referindo-se a grupos ou pessoas desprotegidas ou institucionalizadas, como órfãos, prisioneiros, idosos e grupos étnicos considerados inferiores, como por exemplos, judeus – durante a segunda guerra mundial. (57,58)

Tão somente com base em estudos e reflexões que se caminha para a produção de dados concretos que possam auxiliar na adequação e construção de políticas de saúde pública efetivas. Nesse sentido, o artigo pretende colaborar enriquecer o campo dos estudos que se ocupam em caracterizar variáveis que possam contribuir para a compreensão do envelhecimento social.

A compreensão, caracterização do fenômeno e reflexão acerca do tema são o ponto de partida para a idealização de diretrizes, políticas e programas que abracem a questão do idoso: esse indivíduo que carece de reconhecimento e espaço na coletividade e que está em constante movimento.

Envelhecimento da população e vulnerabilidade

O termo vulnerabilidade tem origem no latim *vulnerare*, que significa ferir e *vulnerabilis*= que causa lesão. A tradução poderia ser definida como a suscetibilidade de ser ferido, atacado, prejudicado, derrotado ou ofendido; ainda, como a capacidade de um indivíduo ou sistema sofrer danos em resposta a um estímulo. Considerando a abrangência desse conceito, todo ser humano estaria vulnerável. (59,60)

Ao longo do tempo o homem se organizou em sociedade para que fosse possível superar as maiores vulnerabilidades, como fome, frio e doenças. Segundo a definição das Diretrizes Éticas Internacionais de Pesquisa de 2002, são descritos como vulneráveis os membros subordinados de grupos hierárquicos, como militares ou estudantes, pessoas idosas com demência e residente em asilos, pessoas que

recebem benefícios da seguridade ou assistência social, pobres, desempregados, pacientes em sala de emergência. Alguns grupos étnicos e raciais minoritários; os sem teto, nômades, refugiados, pessoas deslocadas, prisioneiros e os membros de comunidades sem conhecimento dos conceitos médicos do mundo moderno. (61–63)

O envelhecimento permite reflexões intensas sobre as mudanças biológicas, psíquicas e sentido da existência, quando se depara com realidades até então, distantes, como a vulnerabilidade, temporalidade e morte.(10)

O conceito de resiliência é largamente utilizado em Bioética e também no envelhecimento. Define-se como a capacidade de adaptação às situações adversas ligadas aos recursos internos e externos. O ser humano que envelhece está a todo momento se adaptando a novas situações, percebidas à nível musculo esquelético e psicológico. (64)

O envelhecimento populacional é um fenômeno que pode ser reversível, uma vez que o aumento da fecundidade poderia dar à pirâmide etária seu aspecto original. O envelhecimento individual representa a consequência ou os efeitos da passagem do tempo. Estes efeitos podem ser positivos ou negativos e são observados nas diversas dimensões do indivíduo: organismo (envelhecimento biológico) e psiquismo (envelhecimento psíquico). Todas as dimensões são igualmente importantes, na medida em que são coadjuvantes para a manutenção da autonomia e independência do indivíduo. (65)

O envelhecimento um fator de risco recorrente para determinadas doenças e incapacidades. A passagem do tempo expõe o indivíduo a uma série de injúrias, cujas implicações são percebidas na velhice, após décadas de exposição. (66,67)

Método

Foi realizado um estudo transversal, quantitativo, que contou com a participação de 222 participantes de pesquisa, sendo 148 pacientes do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), 37 acompanhantes adultos de pacientes

internados neste mesmo hospital e 37 idosos que realizam atividade física no campus da Escola Superior de Educação Física (ESEF), da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

A seguir, um quadro que explica a distribuição dos participantes de pesquisa, divididos em seis grupos, de acordo com a faixa etária e local da entrevista.

Quadro 1 - Distribuição dos grupos de participantes

Grupo	N	Faixa etária	Local da entrevista
1	37	Idosos	Ambulatório HCPA – Clínica Médica
2	37	idosos	Internação HCPA – Clínica Médica
3	37	idosos	ESEF - UFRGS
4	37	adultos	Ambulatório HCPA
5	37	adultos	Internação HCPA
6	37	adultos	Acompanhantes

A amostragem dos participantes de todos os grupos foi de conveniência, realizada de forma estocástica.

Para a coleta de dados, foi definida uma amostra de 222 participantes, utilizando estimativas da proporção populacional e é usado quando há um cadastro disponível, ou seja, a população é finita. Levou-se em consideração um erro amostral de 5%, que permite definir intervalos de confiança de 95%. A utilização de uma amostra implica aceitar que existe uma margem de erro, uma vez que a amostra não representa perfeitamente as características da população estudada. (68)

Amostragem – critérios de inclusão e exclusão

Grupo 1 - Critérios de inclusão: Estar em atendimento no ambulatório do HCPA, sessenta anos de idade completos ou mais, aceitar participar da pesquisa e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Critérios de exclusão: Não ter condições cognitivas para responder os instrumentos durante a coleta de dados.

Grupo 2 - Critérios de inclusão: Estar hospitalizado no HCPA, sessenta anos de idade completos ou mais, aceitar participar da pesquisa e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Critérios de exclusão: Não ter condições cognitivas para responder os instrumentos durante a coleta de dados e receber alta hospitalar antes de completar a entrevista.

Grupo 3 - Critérios de inclusão: participar de atividades no grupo de terceira idade da ESEF há pelo menos 3 meses, sessenta anos de idade completos ou mais e aceitar participar da pesquisa, culminando na assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Critérios de exclusão: ter sido hospitalizado nos últimos 6 meses, não ter condições cognitivas para responder os instrumentos durante a coleta de dados.

Grupo 4 - Critérios de inclusão: Estar em atendimento no ambulatório do HCPA, maior de dezoito (18) anos de idade e menor de sessenta anos (60) de idade, aceitar participar da pesquisa e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Critérios de exclusão: Não ter condições cognitivas para responder os instrumentos durante a coleta de dados.

Grupo 5 - Critérios de inclusão: Estar hospitalizado no HCPA, maior de dezoito (18) anos de idade e menor de sessenta anos (60) de idade, aceitar participar da

pesquisa e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Critérios de exclusão: Não ter condições cognitivas para responder os instrumentos durante a coleta de dados, receber alta hospitalar antes de completar a coleta de dados.

Grupo 6 - Critérios de inclusão: acompanhantes de pacientes internados no HCPA que se encontre em idade igual ou superior a dezoito anos e inferior a 60 anos de idade, que tenham aceitado participam da pesquisa e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Critérios de exclusão: Não ter condições cognitivas para responder os instrumentos durante a coleta de dados, paciente ter alta hospitalar antes de completar a entrevista.

Com base em estudos anteriores utilizando a escala de coerção em amostras de adultos e idosos, internados ou não, foi possível estabelecer o tamanho de amostra para cada grupo a ser pesquisado. Utilizando um valor de alfa de 5% e de beta de 20%, com coerção de 25% nos pacientes e de 1% nos demais indivíduos, foi possível estabelecer a necessidade de 37 participantes em cada um dos seis grupos, totalizando uma amostra de 222 participantes de pesquisa.¹⁹

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo ao Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA número GPPG (Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação) 13-0001.

Análise estatística

Os dados foram analisados utilizando-se o software IBM Statistical Package for the Social Sciences versão 22.0. As análises inferenciais foram realizadas com um nível de significância $\alpha = 0,05$ e confiança de 95%.

As variáveis quantitativas foram avaliadas quanto à normalidade de sua distribuição por meio do teste de Shapiro-Wilk e quanto à homocedasticidade pelo teste de Levene. A comparação das medidas de tendência central entre os grupos do desfecho foi investigada pelo uso do teste t de Student para amostras independentes quando apresentaram distribuição normal e pelo teste U de Mann-Whitney quando esse pressuposto foi rompido.

A comparação dos escores médios do Whoqol Bref entre as categorias de cada grande grupo foi realizada por meio da aplicação da análise de variâncias ANOVA de uma via seguido do *post hoc* teste de Tukey quando apresentou significância estatística. A comparação dos escores médios das variáveis desenvolvimento psicológico moral, coerção na pesquisa e coerção na assistência entre as categorias de cada grande grupo foi realizada por meio da aplicação do teste H de Kruskal-Wallis seguido do *post hoc* teste de Dunn quando apresentou significância estatística.

Resultados

A primeira tabela (Tabela 1) representa a caracterização geral da amostra.

Descrição da amostra

A primeira variável analisada trata-se do sexo dos pacientes. Da amostra de 222 entrevistados, 30,6% dos adultos são do sexo masculino e 69,4 do sexo feminino. No grupo de idosos, 31,5% da amostra de 111 entrevistados são do sexo masculino e 68,5 do sexo feminino.

O nível de escolaridade apresentou as seguintes características no grupo de adultos: 58,1% possuem ensino fundamental completo ou incompleto; 30,5% têm o ensino médio completo ou incompleto; 9,5% completaram ou não o ensino superior e apenas dois participantes, que corresponde a 1,9% da amostra, não foram alfabetizados.

No grupo de idosos, (45,4%) possui ensino fundamental completo ou incompleto, seguido de 38,0% que possuem ensino médio completo ou incompleto. Em seguida, encontramos 14,8% de idosos que iniciaram ou finalizaram o ensino superior e apenas 2 participantes (1,9%) não são alfabetizados.

A ocupação dos participantes da pesquisa apresentou diferença significativa entre os grupos, com $p < 0,001$. Nos idosos, 59,7% são aposentados; 20,9% são trabalhadores não especializados; 7,5% se determinam como “do lar” e 6% são

técnicos e pequenos proprietários. Nos adultos, as ocupações mais predominantes foram as seguintes: 28,6% de trabalhadores não especializados; 21,4% de técnicos e proprietários; 12,9% de trabalhadores especializados e “do lar”.

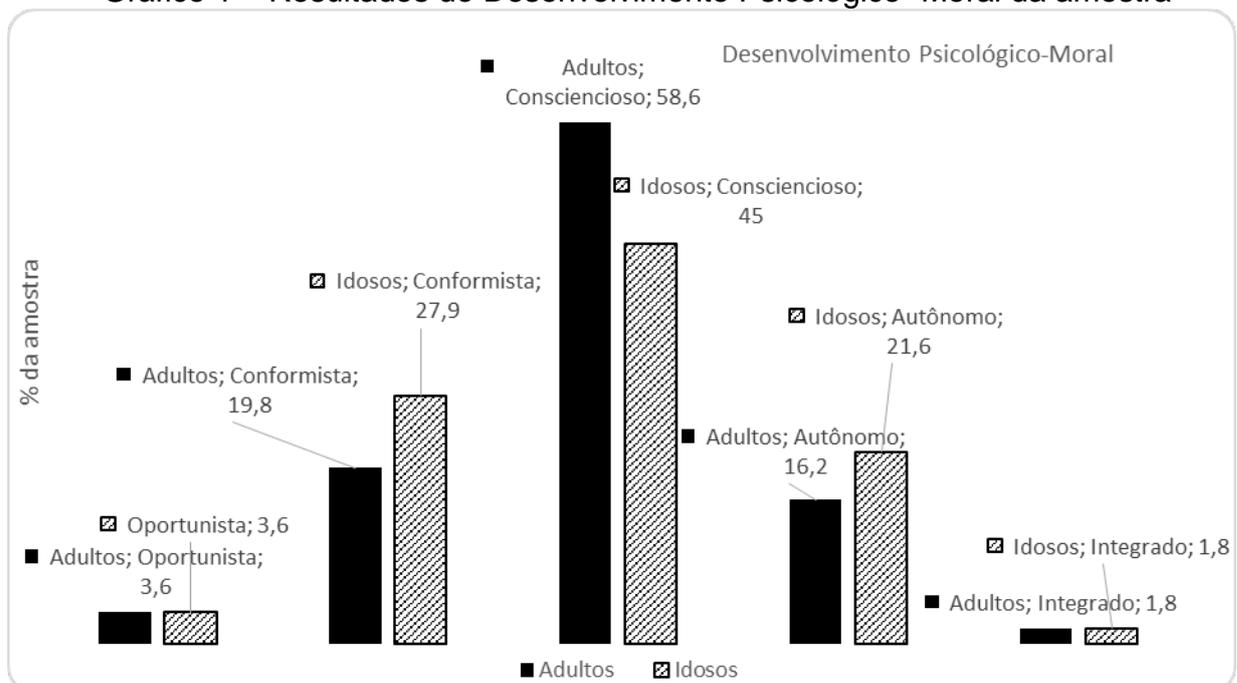
Índice de Katz

Para adultos, a variável que analisou a capacidade funcional (CF) da amostra, o Índice de Katz, apresentou 84,5% independente; 9,1% dependente; 5,5% se classificou como parcialmente dependente e apenas um participante se enquadrou como totalmente dependente. No grupo de idosos, os números foram os seguintes: 83,5% dos idosos classificou-se como independente; 20,1% como dependente; 6,4% da amostra é parcialmente dependente e nenhum idoso atingiu a condição de totalmente dependente. Nenhuma das variáveis obteve significância estatística.

Desenvolvimento Psicológico-Moral

A variável que avaliou o desenvolvimento psicológico-moral (DPM) da amostra encontrou uma mediana de $4,93 \pm 0,76$ nos adultos e uma média de $4,91 \pm 0,83$, sendo que não houve diferença estatística significativa entre ambos os grupos. Abaixo, os resultados da análise do subdividida em categorias.

Gráfico 1 – Resultados do Desenvolvimento Psicológico- Moral da amostra



Fonte: Autora, Porto Alegre RS/2015

O gráfico acima apresenta 58,6% de adultos e 45% de idosos no 5º nível do desenvolvimento. Apenas 3,6% de adultos e idosos se encontram no 3º nível, Oportunista, 19,8% de adultos e 27,9% de idosos pontuaram à fase Consciente. Na fase Autônoma encontramos 16,2% da amostra de idosos e 21,6% da amostra de adultos. O nível integrado conta com apenas 1,8% de adultos e idosos.

Escala de Percepção de Coerção na Pesquisa (EPCP) e Escala de Expressão de Coerção na Assistência (EECA)

Em relação a variável que denota nível de coerção tanto na assistência quanto na pesquisa, nenhuma destas apresentou valor que comprovasse algum nível de coerção, nem tampouco houve correlação significativa entre os dados.

World Health Organization Quality of Life Assessment BREF (WHOQOL BREF)

A escala que avaliou a qualidade de vida dos participantes, quando comparada entre os dois grandes grupo (adultos e idosos), apresentou média geral de $62,30 \pm 14,29$ nos adultos e $64,91 \pm 13,35$ nos idosos, sem diferença significativa.

A variável que trata do desempenho Físico dos participantes, obteve uma média de $58,25(\pm 21,8)$ nos adultos e $57,66(\pm 20,89)$ nos idosos. O domínio Psicológico do questionário apresentou uma média de $69,13 (\pm 15,71)$ nos adultos e $70,79 (\pm 14,52)$ nos idosos. Os adultos apresentaram, no domínio Social uma média de $70,31 (\pm 19,58)$ enquanto os idosos apresentaram $69,15 (\pm 19,77)$. A variável que diz respeito ao Ambiente, foi representada da seguinte forma: no grupo de participantes adultos, o valor da média foi $57,49 (\pm 15,60)$ e no grupo de participantes idosos a média foi de $64,36 (\pm 15,17)$, obtendo diferença significativa entre os dois grupos, com $p=0,002$. A média Geral dos escores dos participantes adultos foi de $62,6 (\pm 20,4)$ e em relação aos idosos foi de $69,7 (\pm 18,0)$. A média Geral dos participantes obteve uma diferença significativa, representada por um $p=0,007$.

Descrição da amostra

A segunda tabela (em anexo) leva em consideração os dois grandes grupos subdivididos em pequenos grupos: participantes selecionados no ambulatório do HCPA, participantes selecionados na internação do HCPA e idosos selecionados na ESEF/adultos que acompanhavam pacientes na internação.

Neste momento, não estamos mais apresentando os dados apenas considerando a idade, mas considerando a condição de tratamento (ou não) que esses participantes se submetiam no momento da coleta de dados.

A variável sexo, apresentou valor significativo tanto no grupo dos idosos ($p=0,001$) quanto no grupo de adultos ($p=0,002$), observando-se um predomínio de participantes do sexo feminino em cada um dos seis grupos.

A escolaridade, quando comparada entre os pequenos grupos, em relação aos idosos, percebeu-se uma diferença estatística significativa entre a amostra, com $p<0,001$.

Índice de Katz

Em relação a variável que avalia a capacidade funcional da amostra, percebemos uma distribuição de 100% de participantes idosos do grupo ESEF, 54,1% dos participantes em unidade de internação e 97,2% da amostra do ambulatório são independentes. Ainda em relação ao grupo de idosos, 29,7% dos pacientes internados consideraram-se dependentes e 16,2%, parcialmente dependentes.

No grupo de adultos, encontramos 100% da amostra de acompanhantes classificada como independente pelo Índice de Katz. Em adultos internados, 56,8% consideraram-se independentes, 27% dependente, 13,5% parcialmente dependente e um paciente, totalmente dependente. Os idosos selecionados em ambulatório apresentaram as seguintes características: 97,3% são independentes e apenas um paciente (2,7%) parcialmente dependente.

As associações alcançaram o valor de $p=0,001$, em ambos os grupos, demonstrando que há diferença entre estes.

Desenvolvimento Psicológico-Moral

O DPM da amostra apresentou as seguintes características: dentro do grupo de idosos, conforme as medianas já apresentadas anteriormente, verificou-se relação estatística significativa ($p=0,004$) em relação ao grupo de idosos ESEF, quando comparados com os dois outros grupos. Este grupo obteve mediana significativamente maior que outros grupos de idosos. Já os outros dois grupos não apresentam diferença entre eles.

No grupo de adultos, as medianas não obtiveram diferenças significativas entre elas.

Escala de Percepção de Coerção na Pesquisa e Escala de Expressão de Coerção na Assistência

O comportamento da variável que se refere à percepção de coerção na pesquisa apresentou significância estatística dentro do grupo dos idosos, onde o terceiro grupo apresenta um valor estatisticamente significativo, sendo maior quando comparado aos grupos 1 e 2. ($p<0,001$). Dentro do grupo de adultos, o grupo 6 não respondeu ao questionário de Expressão de Coerção na Assistência, uma vez que não se tratavam de pacientes. Para os grupos 4 e 5, não houve diferença significativa para essa variável.

Não foi encontrada diferença estatística entre os valores referentes à coerção em pesquisa para o grupo de adultos. Em se tratando do nível de coerção na assistência, houve relação significativa entre os grupos de adultos 4 e 5, cujo valor é de $p=0,046$.

World Health Organization Quality of Life Assessment BREF

A média geral, quando considerada a partir das diferentes situações de atendimento em hospital geral e comunidade, em relação à qualidade de vida, apresentou diferença significativa entre a média geral em idosos e adultos. Nos idosos, o grupo 3 obteve maior média ($73,92 \pm 9,63$) quando comparada aos grupos 1 e 2 ($p < 0,001$) e o mesmo ocorreu no grupo de adultos, onde o grupo 6 apresentou maior média $67,72 \pm 11,12$ com $p=0,019$.

O domínio Físico e Meio Ambiente também comportaram-se dessa forma nos idosos, onde o grupo 3 obteve as maiores médias e $p < 0,001$. Já no grupo de adultos, o domínio físico apresentou maior média no grupo 6 e foi o único que apresentou diferença significativa, com $p < 0,001$.

Discussão

Correspondendo à tendência que se encontra na maioria dos estudos que dizem respeito ao envelhecimento, a amostra do sexo feminino se sobressai em número. Neste estudo, tanto a amostra que tratava de adultos, quanto aquela que se referia a idosos, 69,4% e 68,5% (respectivamente), o predomínio é de mulheres. (3,69–72)

As mulheres vivem mais do que os homens em quase todos os lugares do mundo. As mulheres correspondem aproximadamente a dois terços da população acima de 75 anos em países como Brasil e África do Sul. Na prática clínica essa prevalência é percebida pelo número maior de idosas que procuram assistência. Nos grupos de convivência – foco de atenção preventiva da área da saúde – o grande número de mulheres idosas que presidem os grupos, organizam, divulgam e promovem os encontros é facilmente percebida com um olhar geral em relação aos frequentadores. Além de ser maioria, as mulheres também são mais abertas à interação social, troca de experiências e rodas de conversa.(73)

O gênero é uma “lente” através da qual considera-se a adequação de opções políticas e o efeito destas sobre o bem estar de homens e mulheres. Embora as mulheres sejam mais propensas a apresentar problemas musculoesqueléticos, também são aquelas que mais procuram os serviços de saúde e recebem prescrições medicamentosas. Mulheres idosas também são aquelas que contam com uma rede de apoio social mais eficaz, o que contrasta com a realidade de muitas idosas de culturas orientais que, ao encontrar-se viúvas, são sistematicamente excluídas da sociedade ou rejeitadas pela sua comunidade. (73,74)

O nível de escolaridade da amostra traz padrões similares a adultos e idosos. Em ambos grupos, a maior parte possui ensino fundamental completo ou incompleto (58,1% - 45,4%), seguido de ensino médio completo ou incompleto (30,5% - 38,0%). A tendência continua no que se refere ao ensino superior (9,5% - 14,8%) e a porcentagem se iguala em relação ao analfabetismo, apenas um participante (1,9%).

Analisando essa distribuição de escolaridade, apesar se haver uma tendência semelhante, percebe-se um discreto deslocamento dos adultos para os anos iniciais da alfabetização, enquanto que nos idosos, uma maior porcentagem consegue atingir o ensino superior, o que parece sugerir um deslocamento contrário. Estudos apontam para a realidade em que quanto mais avançada a idade, maior será a proporção de pessoas com baixa escolaridade.(75,76)

Neste estudo, um comportamento singular em relação à escolaridade foi encontrado: os idosos dessa amostra apresentaram um nível de escolaridade maior. Um dos mecanismos de comparação da amostra foi provocar nesta, níveis diferentes de complexidades – níveis estes que diferem entre si na exposição do indivíduo à vulnerabilidade social. A relação que o grupos de idosos que realizam atividade física estabeleceram com os outros grupos foi de profunda diferença em praticamente todas as variáveis coletadas. Esse resultado que salta aos olhos, vai de encontro ao conceito que coloca compulsoriamente idosos como vulneráveis por definição, visto que exclui essa parcela da população idosa que se mostra em um patamar diferente. A ocupação apresentou diferença significativa quando comparou

idosos e adultos e, ao considerar a subdivisão dos grandes grupos, obteve-se uma diferença significativa entre os idosos, os grupos 1, 2 e 3.

O primeiro instrumento a discutir é o Índice de Katz, instrumento de fácil aplicação e compreensão, capaz de medir níveis nos quais a pessoa é capaz de desempenhar atividades da vida diária. Este instrumento, quando analisado de forma ampla, comparando os dois grandes grupos, não apresentou diferença significativa entre estes e o comportamento das respostas aponta uma diferença muito pequena entre adultos e idosos em relação à independência funcional: 83,5% de idosos contra 84,5% dos adultos.

A independência funcional se comportou de maneira diferente quando na tabela 2. Nesse caso, encontramos uma diferença significativa comparando os grandes grupos (idosos e adultos) com os pequenos grupos (1,2,3,4,5 e 6), onde o grupo 3 e 6 tem valor estatisticamente maior quando comparados aos outros grupos. Esse comportamento foi, de certa forma esperado, uma vez que o grupo 3, idosos que participam de grupo de atividade física e o grupos 6, acompanhantes de pacientes internados, foram escolhidos dessa forma para que representassem a amostra independente, uma vez que são capazes de se locomover sozinhos, realizar atividade física regular e assumir o papel de cuidadores.

Os resultados do DPM da amostra de idosos e adultos aponta para, num primeiro momento, medianas muito semelhantes, que colocam os dois grandes grupos no mesmo nível de desenvolvimento, o quinto, numa escala de sete fases. Na fase Conscenciosa, segundo a autora Jane Loevigner, o indivíduo tem capacidade de tomar decisões de forma autônoma, cotejando os desejos e as crenças, mas ainda passível de constrangimento, pois não tem noção de regra introjetada. Outro estudo dos mesmos autores desta pesquisa, encontrou em uma amostra de 133 idosos, a maior parte da amostra como pertencentes à quinta fase de desenvolvimento. (77)

Quando o objeto de análise passa a ser os pequenos grupos, uma variável passa a se destacar em relação ao DPM. Na tabela 2, ao comparar os idosos aos adultos, nos três ambientes diferentes de coleta de dados, encontra-se diferença

estatística significativa ($p=0,004$) entre o grupo de idosos ESEF e os outros, onde a mediana deste ($5,27 \pm 0,73$) é diferente da média do grupo 1 ($4,73 \pm 0,65$) e do grupo 2 ($4,72 \pm 0,98$).

A mesma correspondência não pode ser encontrada no grupo de adultos quando comparados nos três locais de coleta, uma vez que não houve diferença significativa. O indivíduo mais intelectualizado costuma ser aquele que possui maior capacidade de tomar decisões baseados em seu melhor interesse. Logo, idosos que participam ativamente de atividades físicas, estas permeadas pela interação social e possibilidade de aprendizado que os grupos de convivência oferecem, parecem alcançar um nível mais alto de autonomia. Nesse momento é oportuno comentar que, mesmo que o grupo 3 obteve um valor maior na mediana, os outros grupos, ainda assim, conforme classificação de Loevinger, encontram-se em condições de tomar decisões.

Desde a revolução da sociedade industrial, o ser humano passou a ser valorizado a partir da sua capacidade de produzir. Dessa forma o envelhecimento é visto como um estado de decadência, em que o idoso é levado a uma posição de inferioridade pelas perdas físicas e de capacidade laboral. (78) Essas são apenas duas das diversas generalizações que cabe na agenda do envelhecimento: o idoso que não pode tomar decisões e o idoso que não tem mais capacidade laboral. A questão da capacidade de tomar decisões, para esta amostra - que buscou representar em seis grupos distintos, variados níveis de vulnerabilidade - não permite a acolhida das generalizações pejorativas que se perpetuam baseadas em uma teoria do declínio funcional. Neste caso, o critério cronológico não pode ser usado para redução da autonomia ou autodeterminação. Em outro estudo destes autores, se buscou diferenciar o conceito de autonomia do conceito de autodeterminação, com base em um caso prático. Na ocasião, concluiu-se que a autonomia relaciona-se com a capacidade de decisão e a autodeterminação com a possibilidade de ação na direção da autonomia. Em tempo, ainda que sem possibilidade de agir de acordo com sua vontade (autodeterminação) a autonomia (decisão) pode estar preservada. (77,79)

Historicamente, o processo de envelhecimento foi associado ao declínio de funções biológicas e cognitivas, bem como ao aumento da dependência dos recursos sociais. Atualmente, já se legitima a existência de diferentes padrões de envelhecimento, sugerindo que esse processo individual é uma experiência heterogênea. Fatores como as circunstâncias históricas e culturais, a incidência de doenças e a interação entre aspectos genéticos e ambientais são fatores que modelam o envelhecimento de cada indivíduo.(54,80)

Um dos fatores mais importantes para o envelhecimento saudável é a atividade, termo que inclui a prática de exercícios físicos e mentais, individuais e grupais. (81,82)

Os dados gerados pela análise dos dois instrumentos de avaliação de coerção – tanto na assistência em saúde quanto na pesquisa, quando comparado o grupo de idosos e o grupo de adultos, não apresentou diferença estatística. Tanto para idosos quanto adultos, as escalas não capturaram nenhum nível de coerção. Aqui, mais uma vez, a idade cronológica não foi decisória para que houvesse uma diferença significativa entre idosos e adultos.

Já na segunda tabela, quando os seis grupos emergem, o terceiro grupo (idosos ESEF) apresenta um nível de coerção significativamente maior em relação aos grupos 1 e 2 ($p < 0,001$) e entre os grupos 1 e 2, não há diferença. Mais uma vez, no grupo em que a capacidade de tomar decisões é maior, o grupo independente em termos de funcionalidade, apresenta uma diferenciação em relação aos demais.

Uma explicação possível pode ser encontrada quando se leva em consideração o local de coleta. Os pesquisadores se deslocaram até o local onde as práticas físicas são realizadas, regularmente. Durante o preenchimento dos questionários, frequentemente os participantes deste grupo específico relatavam, afinal, não ter sido de sua escolha participar da pesquisa, uma vez que nós havíamos nos deslocado até os sujeitos, e não o contrário. Pela percepção dos pesquisadores, em momento algum os participantes sentiram-se constrangidos pela abordagem, uma vez que foram contabilizadas algumas negativas. O cerne da questão parece ser, na verdade, a pergunta “foi sua escolha participar da pesquisa”. Esta é passível de interpretações que variam conforme o leitor e pode sofrer

interferência do entrevistador quando este tenta explicar o significado da pergunta, a pedido do entrevistado. Embora todos os entrevistadores tenham passado por treinamento e, durante este, explicações complexas tenham sido desencorajadas – ainda assim há que se considerar esse viés.

A última variável a ser analisada, a qualidade de vida, na primeira análise (Tabela 1), considerando as médias gerais, não apresentando diferença significativa ($p=0,176$). Isso significa que, generalizando a variável para dois grandes grupos, desconsiderando a situação de saúde e o ambiente onde estes indivíduos foram entrevistados, não há diferença na qualidade de vida para adultos e idosos. Quando os seis pequenos grupos passam a ser considerados dentro dos grandes grupos, as diferenças passam a aparecer, da seguinte forma: o grupo 3 e 6, ambos que contam com participantes da comunidade, apresentam as maiores médias. O domínio físico, que trata de dor, fadiga, capacidades e limitações – apresentou maior média nos grupos 3 e 6. Esse resultado, que já era esperado, reflete a divisão intencional em grupos que apresentassem níveis de vulnerabilidade diferentes. Mesmo assim, o grupo 3, que por definição, seria considerado vulnerável, apresentou média maior que todos os outros grupo, exceto o grupo 6. O domínio “Meio Ambiente” encontrou no grupo 3, mais uma vez, a maior média, que obteve diferença significativa entre o grupo dos idosos.

Em um estudo que avaliou a qualidade de vida de 259 idosos em unidade básica de saúde, concluiu-se que para que o idoso mantenha a saúde, se fazia necessário estimular sua participação em atividades físicas e lazer, incluindo-o socialmente a partir de mudanças no seu estilo de vida.(83) O domínio Social (apoio familiar e social, limitações impostas pela sociedade e as relações interpessoais) e Psicológico, que considera a percepção do estado de saúde, depressão, autoestima, ansiedade e imagem corporal, neste estudo, não evidenciaram diferenças significativas entre os três níveis de vulnerabilidade social reproduzidos em dois grandes grupos.

Em outro estudo que avaliou qualidade de vida de homens – importante para contrastar com a maioria (assim como este) dos estudos que prevalece o sexo

feminino - resultados evidenciaram que os idosos, em sua maioria, mantinham estilos de vida ativos, avaliavam positivamente o estado pessoal de saúde e concebiam saúde em uma perspectiva biopsicossocial. (84)

Conclusão

O ambiente e a situação de saúde em que a amostra foi colhida, parece dizer mais respeito à vulnerabilidade do que o critério idade. O fator cronológico como balizador da vulnerabilidade é superestimado: em diversas situações, os dados quando apenas comparavam as idades, não apresentavam diferença significativa, o que coloca o idoso e o adulto na mesma condição de vulnerabilidade.

Quando o grande grupo é subdividido em pequenos grupos - congregados em nível de vulnerabilidade – os resultados costumavam apontar a vulnerabilidade da amostra mais em relação à complexidade do estado de saúde, qualidade de vida, desenvolvimento psicológico-moral e de exposição à coerção - do que a idade.

Com isso, pode-se concluir que a vulnerabilidade está mais relacionada com os agravos que o ser humano experimenta - que é dinâmico – do que com a idade, já que tanto adultos quanto idosos experimentam situações de saúde e fragilidade no percurso na vida. Este conceito pode ser generalizável a outros grupos considerados vulneráveis por definição, mas também estes grupos carecem de estudos quantitativos que demonstrem correlações – ou a falta delas.

A vulnerabilidade não é um escudo conveniente. Esta diz respeito a uma situação em que o indivíduo precisa de proteção, cuidados e atenção, que pode ou não ser revertida. A vulnerabilidade que coexiste diariamente na sociedade deve ser considerada para a tomada de decisão desde a vida privada até o nível epidemiológico, servindo de pano de fundo para políticas, diretrizes e estudos em saúde coletiva.

Vulnerabilidade parece englobar indivíduos em situação de fragilidade, conforme a análise de variáveis como independência funcional, capacidade de tomar

decisões, qualidade de vida e coerção apontam. Porém, não parece adequado que pacientes fragilizados pela passagem dos anos – sejam considerados compulsoriamente vulneráveis.

8 Referências

1. Cocentino JMB, Viana TDC. A velhice e a morte: reflexões sobre o processo de luto. *Rev Bras Geriatr e Gerontol*. 2011;14(1):591–9.
2. Veras R. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. *Cad Saude Publica*. 2003;19(3):705–15.
3. Nasri F. Demografia e epidemiologia do envelhecimento O envelhecimento populacional no Brasil The aging population in Brazil. 2008;6(2):11–3.
4. Menezes RL De, Bachion MM, Souza JT De, Nakatani AYK. Estudo longitudinal dos aspectos multidimensionais da saúde de idosos institucionalizados. *Rev Bras Geriatr e Gerontol*. 2011;14:485–96.
5. Pavarini SCI, Barha EJ, Mendiondo MSZ De, Filizola CLA, Petrilli Filho JF, Santos AA Dos. Family and social vulnerability: a study with octogenarians. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2009;17(3):374–9.
6. Carvalho JAM WL. A transição da estrutura etária da população brasileira na primeira metade do século XXI. *Cad Saude Publica*. 2008;24(3):597–605.
7. Brasil. Ministério do Planejamento A em: 2011 agosto 25. Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Contagem Populacional. 2010. Available from: Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/resultados_do_censo2010.php>
8. Ojima R. As dimensões demográficas das mudanças climáticas: cenários de mudança do clima e as tendências do crescimento populacional. *Rev Bras Estud Popul*. 2011;28:389–403.
9. Santos M do RDR dos, Mendes SCSM, Moraes DB do PSMC, Araújo MA da M, Carvalho CMRG de. Caracterização nutricional de idosos com hipertensão arterial em Teresina, PI. *Rev Bras Geriatr e Gerontol*. 10(1).
10. Simões JA. Reflexão bioética Sobre a situação do idoso e sua família. *Acta Med Port*. 2010;23:483–92.
11. Wilde MH. Life with an indwelling urinary catheter: the dialectic of stigma and acceptance. *Qual Health Res*. 2003;13(9):1189–204.
12. Goldim JR. Bioética complexa: uma abordagem abrangente para o processo de tomada de decisão. *Rev da AMRIGS*. 2009;53(1):58–63.
13. Saúde M da. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. 2005.
14. Dorsen C. Vulnerability in homeless adolescents: Concept analysis. *J Adv Nurs*. 2010;66:2819–27.

15. Cutter SL, Boruff BJ, Shirley WL. Social vulnerability to environmental hazards. *Soc Sci Q.* 2003;84:242–61.
16. Flaskerud JH, Winslow BJ. Conceptualizing vulnerable populations health-related research. *Nurs Res.* 2002;47:69–78.
17. Martins T, Regina M, Alvarenga M. Avaliação da vulnerabilidade de famílias assistidas na Atenção Básica. 2012;20(5).
18. Nakamura E, Chiesa AM, Egry EY, Campos CMS, Nichiata LYI, Takahashi RF. O Potencial de um instrumento para o reconhecimento de vulnerabilidades sociais e necessidades de saúde: saberes e práticas em saúde coletiva. *Rev Latino-am Enferm.* 2009;17(2).
19. Ayres JRCM, Calazans GJ, Saletti HC Filho FIJ. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: Campos et al, organizadores. *Tratado de Saúde Coletiva 2.* 2nd ed. RIO DE JANEIRO: Hucitec; 2008. p. 375–417.
20. Sellman D. Towards an understanding of nursing as a response to human vulnerability. *Nurs Philos.* 2005;6(1):2–10.
21. Almeida LD De. Suscetibilidade: novo sentido para a vulnerabilidade. *Rev Bioética* [Internet]. 2010;18(3):537–48. Available from: http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewFile/582/589
22. Spiers J. New perspectives on vulnerability using emic and etic approaches. *J Adv Nurs.* 2000;31(3):715–21.
23. Miguel MEGB, Pinto MEB MS. A dependência na velhice sob a ótica de cuidadores formais de idosos institucionalizados. *Rev Eletr Enf.* 2007;9(3):784–95.
24. Goldim JR. *Consentimento E Informação: a Importância Da Qualidade Do Texto Utilizado.* 2006.
25. Bank AD. *Handbook on Poverty and Social Analysis A Working Document.* 2012.
26. Aday LA. Health status of vulnerable populations. *Annu Rev Public Health.* 1994;15:487–509.
27. Minayo MCDS. Violência contra idosos: relevância para um velho problema. *Cad Saude Publica.* 2003;19(3):783–91.
28. Godlovitch G. Age discrimination in trials and treatment: old dogs and new tricks. *Monash Bioeth Rev.* 2003;22(3):66–77.

29. Meyer DEE, Mello DF De, Valadão MM, Ayres JRDCM. "Você aprende. A gente ensina?": interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. *Cad Saude Publica*. 2006;22(6):1335–42.
30. S G. Reflections on the vulnerable. In: Bankowski Z, Bryant JH, editors. *Poverty, vulnerability and the value of human rights – a global agenda for bioethics*. Geneva Counc Int Organ Med Sci. 1995;203–6.
31. M L. Hot Spots Project A spatial vulnerability analysis of urban populations to extreme heat events. 2010.
32. Raymundo MM, Goldim JR. Do consentimento por procuração à autorização por representação. *Bioética [Internet]*. 2007;15(1):83–99. Available from: <http://www.portalmedico.org.br/bioetica/edicoes/2007/15-1/revista.pdf>
33. Sánchez AIM, Bertolozzi MR. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva? Can the vulnerability concept support the construction of knowledge in collective health care? *Ciências & Saúde Coletiva*. 2007;12:319–24.
34. Minosso JSM, Amendola F, Alvarenga MRM, De Campos Oliveira MA. Validação, no Brasil, do Índice de Barthel em idosos atendidos em ambulatórios. *ACTA Paul Enferm*. 2010;23(2):218–23.
35. Garcia I. EDUCACIÓN PARA LA SALUD DEL SIGLO XXI. COMUNICACIÓN Y SALUD. *Rev Esp Salud Pública*. 1998;72:151–3.
36. Teixeira INDO. Percepções de profissionais de saúde sobre duas definições de fragilidade no idoso * The perception of health professionals of two definitions of frailty in elderly people. *Heal (San Fr)*. 2006;1181–8.
37. Hogan DB. Models, Definitions, and Criteria of Frailty. *Handbook of Models for Human Aging*. 2006. p. 619–29.
38. Haimes YY. On the definition of resilience in systems. *Risk Analysis*. 2009. p. 498–501.
39. Tedesco S. O que fazemos quando falamos em Vulnerabilidade? 2008;32(2):254–60.
40. Karunanathan S, Wolfson C, Bergman H, Béland F, Hogan DB. A multidisciplinary systematic literature review on frailty: overview of the methodology used by the Canadian Initiative on Frailty and Aging. *BMC Med Res Methodol*. 2009;9:68.
41. Paz AA, Dos Santos BRL, Eidt OR. Vulnerabilidade e envelhecimento no contexto da sa??de. *ACTA Paul Enferm*. 2006;19(3):338–42.

42. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Anuário estatístico do Brasil [Internet]. 2011. Available from: <http://memoria.org.br/pub/90000/90000007r.pdf>
43. Gardner W, Hoge S, Bennett N, Roth LH, Lidz CW, Monahan J, et al. Two scales for measuring patient's perceptions for coercion during mental hospital admission. *Behav Sci Law*. 1993;11:307–21.
44. Fleiss J. *Statistical methods for rates and proportions*. 2nd ed. New York: Wiley; 1981. 800 p.
45. Tabora JGV. *Percepção De Coerção Em Pacientes Psiquiátricos , Cirurgicos E Clínicos Hospitalizados*. Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2002.
46. Katz S, Downs TD, Cash HR, Grotz RC. Progress in development of the index of ADL. *Gerontologist*. 1970;10:20–30.
47. Pinto MF, Barbosa DA, De Lucena Ferreti CE, De Souza LF, Fram DS, Belasco a. GS. Qualidade de vida de cuidadores de idosos com doença de Alzheimer. *ACTA Paul Enferm*. 2009;22(5):652–7.
48. Duarte YA de O, Andrade CL de, Lebrão ML. O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. *Rev Esc Enferm USP*. 2007;41(2):317–25.
49. Lino VTS, Pereira SRM, Camacho LAB, Ribeiro Filho ST, Buksman S. Cross-cultural adaptation of the Independence in Activities of Daily Living Index (Katz Index). *Cad saude publica / Minist da Saude, Fund Oswaldo Cruz, Esc Nac Saude Publica*. 2008;24:103–12.
50. Loevinger J, Wessler R. Construction and use of a sentence completion test. *Measuring ego development*. San Francisco; 1970. p. 457.
51. Pedrosa B. Cálculo dos escores e estatística descritiva do WHOQOL-100 utilizando o Microsoft Excel. *Rev Bras Qual Vida*. 2009;1:23–32.
52. Ibge. *Censo Demográfico 2010 - Características da População e dos Domicílios - Resultados do Universo*. 2011;270.
53. Rouquayrol A. *Epidemiologia e saúde*. 7th ed. São Paulo; 2013. 736 p.
54. Passarelli MCG. O processo de envelhecimento em uma perspectiva geriátrica. *Mundo Saúde*. 1997;21(4):208–12.
55. Jacob Filho W SR. Anatomia e fisiologia do envelhecimento. In: Carvalho Filho ET PNM, editor. *Geriatrics: fundamentos, clínica e terapêutica*. São Paulo: Atheneu; 2000. p. 31–40.
56. *The Belmont Report: Ethical Guidelines for the Protection of Human Subjects*. Washington; 1978.

57. Inouye K, Barham EJ, Pedrazzani ES, Pavarini SCI. Percepções de suporte familiar e qualidade de vida entre idosos segundo a vulnerabilidade Social. *Psicol Reflexão e Crítica*. 2010;23:582–92.
58. Maia F de OM. Vulnerabilidade e envelhecimento: Panorama dos idosos residentes no Município de São Paulo Estudo SABE. USP; 2011.
59. MCP N. Sentidos da vulnerabilidade: característica, condição e princípio. *Rev Bras Bioética*. 2006;2(2):157–72.
60. E Z, A F. Vulnerabilidade, Bioética e a ação em enfermagem em saúde coletiva. In: CP B, ELCP Z, editors. *Bioética, Vulnerabilidade e saúde*. São Paulo; 2007. p. 139–57.
61. E MJ, Hogan D. As dimensões da vulnerabilidade. *São Paulo Perspect*. 2006;20(1):33–43.
62. Andrew MK, Mitnitski AB, Rockwood K. Social vulnerability, frailty and mortality in elderly people. *PLoS One* [Internet]. 2008 Jan [cited 2012 Sep 3];3(5):e2232. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2375054&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
63. Laranjeira C. Do vulnerável ser ao resiliente envelhecer: revisão de literatura. *Psicol Teor Pesqui*. 2007;23(3):327–32.
64. Holliday R. Robin Holliday. *Lancet*. 2000;355:856.
65. RAMOS L R. *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. 72-78 p.
66. Chagas AM, Rocha ED. Aspectos fisiológicos do envelhecimento e contribuição da Odontologia na saúde do idoso. *Rev bras odontol*. 2012;69(1):94–6.
67. Ferreira CV, Ferreira CG, Escobar RV. Relação entre envelhecimento ativo , risco de queda e perfil funcional de idosos. 2012;4(2):27–41.
68. Joseph L. Fleiss, Bruce Levin MCP. *Statistical Methods for Rates and Proportions*. 2003. 800 p.
69. Machado MRC, Gomes Junior SC, Marinheiro LPF. Vitamina D e diabetes mellitus, suas epidemias e o envelhecimento. O que há de novo? *Reprodução Clim* [Internet]. Sociedade Brasileira de Reprodução Humana; 2014;29(2):54–9. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1413208714000405>
70. Luiza M, Mendonça M De. Envelhecer feminino no cinema brasileiro contemporâneo : outras narrativas , novos olhares Envejecer femenino en el cine brasileño contemporáneo : otras narrativas , nuevas miradas *Aging*

- women in contemporary Brazilian cinema: other narratives , new look. 2012;15(3):571–93.
71. Camarano A, Pasinato M. O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas [Internet]. Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60? 2004. 253-292 p. Available from: [http://www.ucg.br/ucg/unati/ArquivosUpload/1/file/Envelhecimento Populacional na Agenda das Políticas Públicas.pdf](http://www.ucg.br/ucg/unati/ArquivosUpload/1/file/Envelhecimento%20Populacional%20na%20Agenda%20das%20Políticas%20Públicas.pdf)
 72. Clavairolle, Peixoto F/, Ehlers C. Envelhecimento, Políticas Sociais E Novas Tecnologias [Internet]. FGV Editora; 2005 [cited 2015 Feb 5]. 140 p. Available from: <https://books.google.com/books?id=2Hp23j9GKUEC&pgis=1>
 73. Gurwitz, J.H, Col, N.F, Avon J. The exclusion of the elderly and women from clinical trials in acute myocardial infarction. JAMA. 1992;268:1417–22.
 74. Ferreira VN, Silva R, Chinelato DC, Castro MR, Caputo E. Menopausa : Marco Biopsicossocial Do Envelhecimento Feminino Menopausa : Biopsychossocial Landmark of Female Aging. *Psicol Soc.* 2013;25(2):410–9.
 75. CELICH KLS. DOMÍNIOS DE QUALIDADE DE VIDA E CAPACIDADE PARA A TOMADA DE DECISÃO EM IDOSOS PARTICIPANTES DE GRUPOS DA TERCEIRA IDADE. PUCRS; 2008.
 76. Monalisa Dias de Siqueira. “ Vivendo bem até mais que 100 !” envelhecimento , saúde e políticas públicas para idosos no Brasil. UFRGS; 2014.
 77. Bajotto AP, Goldim JR. Avaliação da qualidade de vida e tomada de decisão em idosos participantes de grupos socioterápicos da cidade de Arroio do Meio, RS, Brasil. *Rev Bras Geriatr e Gerontol.* 2011;14:753–61.
 78. Pires ZR dos S, Silva MJ da. Autonomia e capacidade decisória dos idosos de baixa renda: uma problemática a ser considerada na saúde do idoso. *Rev Eletr Enferm.* 2001;3(2).
 79. Bajotto AP, Goldim JR. Case-Report: Autonomy and Self Determination of an Elderly Population in South Brazil. *J Clin Res Bioeth.* 2011;02(02):2–4.
 80. PALÉO-NETTO M. Atividade física para o idoso e objetivos. *Tratado de gerontologia.* São Paulo; 2007. p. 781–94.
 81. Banhato E, Scoralick N. Atividade física, cognição e envelhecimento: estudo de uma comunidade urbana. *Psicol Teor e Prática [Internet].* 2009;11(1):76–84. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1516-36872009000100007&script=sci_arttext&tlng=es
 82. Camarano A, Pasinato M, Lemos V. Cuidados de longa duração para a população idosa: uma questão de gênero? In: Neri A, editor. *Qualidade de vida na velhice: um enfoque multidisciplinar.* 2007. p. 127–49.

83. Wanderley, Luiz William Barreto et al. Avaliação da qualidade de vida dos idosos nas unidades básicas de saúde. FIEP Bull On-line. 2012;82(2).
84. Borges LM. Saúde autopercebida e qualidade de vida de homens participantes de intervenção psicoeducativa para idosos. Psico-USF. 2014;19(3):421–31.
85. Duque JM, Mateo Echanogorria A, Martinez Martin MI, Criado Valdés S, Sanabria F, Carcagno G. La participación social de las Personas Mayores. 2008;
86. . Ministério do Planejamento O e GIB de G e E. No Title [Internet]. Available from: http://www.censo2010.ibge.gov.br/resultados_do_censo2010.php
87. Macklin R. Bioethics, vulnerability, and protection. Bioethics. 2003;17:472–86.
88. Pilger C, Menon MH, Mathias TADF. Características sociodemográficas e de saúde de idosos : contribuições. Rev Lat Am Enfermagem. 2011;19(5):2–9.
89. Leonor Duarte Almeida. Suscetibilidade: novo sentido para a vulnerabilidade. Rev Bioética. 2010;18(3):537–48.

Anexos

Tabela 1. Caracterização geral da amostra

Variável	n(%) ou média ± DP		Valor-p
	Idosos	Adultos	
Sexo			
Feminino	76 (68,5)	77 (69,4)	0,885
Masculino	35 (31,5)	34 (30,6)	
Escolaridade			0,288
NA	2 (1,9)	2 (1,9)	
EFI/EFC	49 (45,4)	61 (58,1)	
EMI/EMC	41 (38,0)	32 (30,5)	
Ocupação**			
Aposentados	40 (59,7)	6 (8,6)	<0,001
Trabalhadores NE	14 (20,9)	20 (28,6)	
Técnicos e proprietários	4 (6,0)	15 (21,4)	
Do lar	5 (7,5)	9 (12,9)	
Trabalhadores especializados	2 (3,0)	9 (12,9)	
Empregados do Comércio	2 (3,0)	7 (10,0)	
Desempregados	0 (0,0)	4 (5,7)	
Katz			
Independente	91 (83,5)	93 (84,5)	0,767
Parcialmente Dependente	7 (6,4)	6 (5,5)	
Dependente	11 (10,1)	10 (9,1)	
Totalmente Dependente	0 (0,0)	1 (0,9)	
Desenvolvimento PM	4,91 ± 0,83	4,93 ± 0,76	0,749
Coerção em Pesquisa	0 (0 – 4)	0 (0 – 3)	0,546
Coerção em Assistência	0 (0 – 3)	0 (0 – 3)	0,998
Whoqol Bref			
Geral	64,91 ± 13,35	62,30 ± 14,29	0,176
Domínio Físico	57,66 ± 20,89	58,25 ± 21,76	0,890
Domínio Psicológico	70,79 ± 14,52	69,13 ± 15,71	0,489
Domínio Relação Social	69,15 ± 19,77	70,31 ± 19,58	0,994
Domínio Meio Ambiente	64,36 ± 15,17	57,49 ± 15,60	0,002

*Mediana (amplitude); DP = desvio padrão; NA = não alfabetizado; EFI/EFC = ensino fundamental incompleto ou ensino fundamental completo; EMI/EMC = ensino médio incompleto ou ensino médio completo; ESI/ESC = ensino superior incompleto ou ensino superior completo.

**Aposentados = aposentados, reformados e pensionistas; Trabalhadores NE = trabalhadores não especializados; Técnicos e proprietários = técnicos especializados e pequenos proprietários; Empregados do comércio = empregados dos serviços, comércio e setor administrativo.

Tabela 2 Comparação entre grandes grupos: Idosos e Adultos

Variável	Idosos - n(%) ou média ± DP			Valor - p	Adultos - n(%) ou média ± DP			Valor - p
	Ambulatório	Internado	AF		Ambulatório	Internado	Acompanhante	
Sexo								
Feminino	20 (54,1)	22 (59,5)	34 (91,9)	0,001	27 (73,0)	18 (48,6)	32 (86,5)	0,002
Masculino	17 (45,9)	15 (40,5)	3 (8,1)		10 (27,0)	19 (51,4)	5 (13,5)	
Escolaridade								
NA	1 (2,7)	1 (2,9)	0 (0,0)	<0,001	1 (2,9)	0 (0,0)	1 (2,9)	0,054
EFI/EFC	23 (62,2)	21 (60,0)	5 (13,9)		25 (73,5)	21 (56,8)	15 (44,1)	
EMI/EMC	12 (32,4)	9 (25,7)	20 (55,6)		4 (11,8)	15 (40,5)	13 (38,2)	
ESI/ESC	1 (2,7)	4 (11,4)	11 (30,6)		4 (11,8)	1 (2,7)	5 (14,7)	
Ocupação**								
Aposentados	19 (59,4)	11 (64,7)	10 (55,6)	0,008	2 (7,1)	1 (5,0)	3 (13,6)	0,684
Trabalhadores NE	10 (31,3)	4 (23,5)	0 (0,0)		7 (25,0)	8 (40,0)	5 (22,7)	
Técnicos e proprietários	2 (6,3)	0 (0,0)	0 (0,0)		7 (25,0)	5 (25,0)	3 (13,6)	
Do lar	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (11,1)		4 (14,3)	2 (10,0)	3 (13,6)	
Trabalhadores especializados	0 (0,0)	1 (5,9)	5 (27,8)		2 (7,1)	2 (10,0)	5 (22,7)	
Empregados do Comércio	1 (3,1)	1 (5,9)	2 (11,1)		3 (10,7)	1 (5,0)	3 (13,6)	
Desempregados	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)		3 (10,7)	1 (5,0)	0 (0,0)	
Katz								
Independente	35 (97,2)	20 (54,1)	36 (100,0)	<0,001	36 (97,3)	21 (56,8)	36 (100,0)	<0,001
Parcialmente dependente	1 (2,8)	6 (16,2)	0 (0,0)		1 (2,7)	5 (13,5)	0 (0,0)	
Dependente	0 (0,0)	11 (29,7)	0 (0,0)		0 (0,0)	10 (27,0)	0 (0,0)	
Totalmente dependente	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)		0 (0,0)	1 (2,7)	0 (0,0)	
DPM	4,73 ± 0,65 _a	4,72 ± 0,98 ^b	5,27 ± 0,73 ^{a,b}	0,004	4,89 ± 0,57	4,81 ± 0,62	5,08 ± 1,01	0,192
Coerção – pesquisa	0 (0 – 4) ^a	0 (0 – 2) ^b	1 (0 – 3) ^{a,b}	<0,001	0 (0 – 3)	0 (0 – 2)	0 (0 – 3)	0,992
Coerção – assistência	0 (0 – 3)	0 (0 – 2)	–	0,277	0 (0 – 2) ^a	0 (0 – 3) ^a	0 (0 – 2)	0,046
Whoqol Bref								
Geral	61,64 ± 11,33 ^a	60,14 ± 14,43 ^b	73,92 ± 9,63 ^{a,b}	<0,001	60,19 ± 11,83 ^a	58,72 ± 18,26 ^b	67,72 ± 11,12 ^b	0,019
Domínio Físico								
Domínio Psicológico	53,09 ± 18,56 ^a	49,90 ± 22,76 ^b	71,42 ± 13,91 ^{a,b}	<0,001	56,37 ± 18,23 ^a	45,62 ± 22,45 ^a	72,38 ± 11,88	0,245
Domínio Relação Social								
Domínio Meio Ambiente	69,48 ± 15,62	69,40 ± 15,65	73,83 ± 11,60	0,192	66,55 ± 14,28	68,55 ± 20,35	59,11 ± 14,14	0,376
	68,69 ± 17,72	65,95 ± 23,34	73,18 ± 17,55	<0,001	68,47 ± 16,80	70,97 ± 22,55		
	59,54 ± 11,99 ^a	59,91 ± 14,49 ^b	74,80 ± 14,31 ^{a,b}		54,81 ± 12,90	58,87 ± 19,67		

*Mediana (amplitude); DP = desvio padrão; NA = não alfabetizado; EFI/EFC = ensino fundamental incompleto ou ensino fundamental completo; EMI/EMC = ensino médio incompleto ou ensino médio completo; ESI/ESC = ensino superior incompleto ou ensino superior completo; AF = Atividade Física.

^{a,b}Letras iguais em cada linha representam diferenças significativas (p<0,05).**Trabalhadores não especializados.

6.2 ARTIGO 2

Idosos e adultos em diferentes níveis de complexidade de atendimento em saúde: uma reflexão sobre a vulnerabilidade.

Resumo

Introdução: O envelhecimento da população é um fato constatado a nível mundial, encarado ao mesmo tempo, como conquista e desafio. Ampliar a discussão sobre o envelhecimento e a vulnerabilidade poderá contribuir com a construção de políticas abrangentes e adequadas às necessidades da pessoa idosa. Para a Bioética, a vulnerabilidade é um tópico importante porque os indivíduos e grupos vulneráveis estão sujeitos à exploração - e a exploração é moralmente errada. O objetivo desse artigo é comparar seis situações de atendimento e coleta de dados em uma amostra de idosos e adultos, relacionando com a vulnerabilidade, na cidade de Porto Alegre, RS. **Metodologia:** A pesquisa caracteriza-se como transversal e quantitativa, onde 222 participantes foram entrevistados, divididos em seis grupos, conforme local da entrevista. Os instrumentos utilizados mensuraram capacidade funcional, desenvolvimento psicológico moral, coerção e qualidade de vida. **Resultados:** Caracterização da amostra: composta principalmente por mulheres (68,5% no grupo de idosas e 69,4% no grupo de adultos) com maior número de participantes no nível de ensino fundamental e médio. O nível de percepção de coerção na pesquisa, no grupo de participantes provenientes da comunidade, apresentou diferença significativa, com $p=0,017$. O domínio "Meio Ambiente" da variável qualidade de vida, diferenciou-se no grupo "Comunidade", com uma média nos idosos de $74,80 \pm 14,31$ e nos adultos, $59,11 \pm 14,14$. Portanto, os grupos considerados mais vulneráveis, tanto de adultos quanto idosos, não apresentam diferença quando comparados. Já o grupo que diz respeito aos à comunidade, embora não tenha apresentado nível de desenvolvimento psicológico moral maior, diferenciam-se na escolaridade, percepção de coerção e qualidade de vida.

Abstract

Introduction: The aging population is confirmed worldwide, seen at the same time as a triumph and a challenge. Broaden the discussion about aging and vulnerability could contribute to build comprehensive and appropriate policies towards the needs of the elderly. For Bioethics, vulnerability is an important topic because vulnerable individuals and groups are subject to exploitation - and exploitation is morally wrong. The aim of this study was to compare six assistance settings and data collection in a sample of elderly and adults, relating to the vulnerability, in Porto Alegre, RS - Brazil.

Methodology: The research is characterized as quantitative, transversal, where 222 participants were interviewed, distributed into six groups according to the interview site. The instruments measured functional capacity, moral psychological development (MPD), coercion and quality of life. **Results:** Sample Characterization: primarily women (68.5% in the older adults group and 69.4% in the adult group) with the largest number of participants in middle and high school level. The level of coercion perception in the research, into the group of participants from the community, had significant difference, $p = 0.017$. The domain "Environment" from the variable quality of life, differed in "Community" group, with an average of 74.80 ± 14.31 in the older adults and 59.11 ± 14.14 in adults. Therefore, the groups considered most vulnerable, both comparing adults and elderly, do not show differences when compared. The subgroup community, even without providing higher level of moral psychological development differ in education, perception of coercion and quality of life.

Introdução

O envelhecimento humano não permite definições fáceis, não se resumindo a uma simples passagem do tempo, mas sim tratando-se de um processo dinâmico, progressivo e irreversível, caracterizado por manifestações variadas nos campos biológico, psíquico e social. (58,85)

Este processo, no Brasil, tem sido mais acelerado do que em outros países, resultado da rápida mudança tanto da taxa de fecundidade quanto da expectativa de vida. Projeções para o ano de 2025 colocam o Brasil como o sexto país no mundo, em número de idosos. Enquanto que países desenvolvidos vivem a transição demográfica de forma ordenada, planejada e esperada, países como o Brasil praticamente dobrou a população idosa em apenas duas décadas: passou de 8 milhões na década de 80 para 14,5 milhões em 2000. (52,86)

Esse processo dinâmico de transformações sociais é acompanhado por mudanças epidemiológicas, que associadas às melhores condições de vida levaram a mudanças nos padrões de saúde e doença da população, com diminuição da mortalidade por doenças infecciosas e aumento das doenças crônicas não transmissíveis.(3,53,67)

O envelhecimento permite reflexões intensas sobre as mudanças biológicas, psíquicas e sentido da existência, quando se depara com realidades até então, distantes, como a vulnerabilidade, temporalidade e morte.(10) Entender a vulnerabilidade para adotar medidas de adaptação de maneira proativa é uma das preocupações urgentes para enfrentar os problemas que serão ampliados com o passar dos anos(8). Gerontólogos e pesquisadores que investem esforços intelectuais para o desenvolvimento de dados a respeito do perfil do envelhecimento em cada espaço geográfico, o fazem porque esse é um grande desafio para a sociedade contemporânea.

O desafio representa um perfil dicotômico: por um lado, há que celebrar o avanço na qualidade de vida, na melhoria da assistência à saúde que são fatores determinantes no aumento na expectativa de vida. Sob esse ângulo, a revolução

demográfica é uma conquista. Por outro lado, existe a preocupação – muito questionada – em relação à perda de poder econômico do país, menor disponibilidade de cidadãos em atividade laboral, maior peso para o setor da previdência social.

Uma certeza inquestionável em meio a esse fenômeno é a mudança na demanda de ações governamentais para essa faixa etária. Urgem estudos com base científica para guiar a implementação e ampliação dos serviços de atenção ao idoso.

A vulnerabilidade é um dos assuntos de interesse da bioética porque as populações, os grupos e os indivíduos vulneráveis são facilmente alvo de exploração, em diversos níveis, sendo esse ato moralmente errado.(30,87) Debruçar-se sobre a agenda do envelhecimento, as características de idosos em situações de vulnerabilidade social com o intuito de buscar as características e o perfil da vulnerabilidade é a motivação deste artigo.

Método

Foi realizado um estudo transversal, qualitativo, que contou com a participação de 222 participantes de pesquisa, sendo 148 pacientes do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), 37 acompanhantes adultos de pacientes internados neste mesmo hospital e 37 idosos que realizam atividade física no campus da Escola Superior de Educação Física (ESEF), da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

A seguir, um quadro que explica a distribuição dos participantes de pesquisa, distribuídos em seis grupos, de acordo com a faixa etária e local da entrevista.

Quadro 2 - Distribuição dos grupos de participantes

Grupo	N	Faixa etária	Local da entrevista
1	37	idosos	Ambulatório HCPA – Clínica Médica
2	37	idosos	Internação HCPA – Clínica Médica
3	37	idosos	ESEF - UFRGS
4	37	adultos	Ambulatório HCPA
5	37	adultos	Internação HCPA
6	37	adultos	Acompanhantes

Fonte: Autora, 2015.

A amostragem dos participantes de todos os grupos foi de conveniência, realizada de forma estocástica.

Para a coleta de dados, foi definida uma amostra de 222 participantes, utilizando estimativas da proporção populacional e é usado quando há um cadastro disponível, ou seja, a população é finita. Levou-se em consideração um erro amostral de 5%, que permite definir intervalos de confiança de 95%. A utilização de uma amostra implica aceitar que existe uma margem de erro, uma vez que a amostra não representa perfeitamente as características da população estudada. (68)

Amostra – critérios de inclusão e exclusão

Grupo 1 - Critérios de inclusão: Estar em atendimento no ambulatório do HCPA, sessenta anos de idade completos ou mais, aceitar participar da pesquisa e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Critérios de exclusão: Não ter condições cognitivas para responder os instrumentos durante a coleta de dados.

Grupo 2 - Critérios de inclusão: Estar hospitalizado no HCPA, sessenta anos de idade completos ou mais, aceitar participar da pesquisa e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Critérios de exclusão: Não ter condições cognitivas para responder os instrumentos durante a coleta de dados e receber alta hospitalar antes de completar a entrevista.

Grupo 3 - Critérios de inclusão: participar de atividades no grupo de terceira idade da ESEF há pelo menos 3 meses, sessenta anos de idade completos ou mais e aceitar participar da pesquisa, culminando na assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Critérios de exclusão: ter sido hospitalizado nos últimos 6 meses, não ter condições cognitivas para responder os instrumentos durante a coleta de dados.

Grupo 4 - Critérios de inclusão: Estar em atendimento no ambulatório do HCPA, maior de dezoito (18) anos de idade e menor de sessenta anos (60) de idade, aceitar participar da pesquisa e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Critérios de exclusão: Não ter condições cognitivas para responder os instrumentos durante a coleta de dados.

Grupo 5 - Critérios de inclusão: Estar hospitalizado no HCPA, maior de dezoito (18) anos de idade e menor de sessenta anos (60) de idade, aceitar participar da pesquisa e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Critérios de exclusão: Não ter condições cognitivas para responder os instrumentos durante a coleta de dados, receber alta hospitalar antes de completar a coleta de dados.

Grupo 6 - Critérios de inclusão: acompanhantes de pacientes internados no HCPA que se encontre em idade igual ou superior a dezoito anos e inferior a 60 anos de idade, que tenham aceitado participam da pesquisa e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Critérios de exclusão: Não ter condições cognitivas para responder os instrumentos durante a coleta de dados, paciente ter alta hospitalar antes de completar a entrevista.

Com base em estudos anteriores utilizando a escala de coerção em amostras de adultos e idosos, internados ou não, foi possível estabelecer o tamanho de amostra para cada grupo a ser pesquisado. Utilizando um valor de alfa de 5% e de beta de 20%, com coerção de 25% nos pacientes e de 1% nos demais indivíduos, foi possível estabelecer a necessidade de 37 participantes em cada um dos seis grupos, totalizando uma amostra de 222 participantes de pesquisa.¹⁹

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo ao Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA número GPPG13-0001.

Análise estatística

Os dados foram analisados utilizando-se o software IBM Statistical Package for the Social Sciencies versão 22.0. As análises inferenciais foram realizadas com um nível de significância $\alpha = 0,05$ e confiança de 95%. As variáveis quantitativas foram avaliadas quanto à normalidade de sua distribuição por meio do teste de Shapiro-Wilk e quanto à homocedasticidade pelo teste de Levene. A comparação das medidas de tendência central entre os grupos do desfecho foi investigada pelo uso do teste t de Student para amostras independentes quando apresentaram distribuição normal e pelo teste U de Mann-Whitney quando esse pressuposto foi rompido. A comparação dos escores médios do Whoqol Bref entre as categorias de cada grande grupo foi realizada por meio da aplicação da análise de variâncias

ANOVA de uma via seguido do *post hoc* teste de Tukey quando apresentou significância estatística.

A comparação dos escores médios das variáveis desenvolvimento psicológico moral, coerção na pesquisa e coerção na assistência entre as categorias de cada grande grupo foi realizada por meio da aplicação do teste H de Kruskal-Wallis seguido do *post hoc* teste de Dunn quando apresentou significância estatística.

Resultados

Caracterização geral da amostra

Tabela 3. Caracterização geral da amostra

Variável	n(%) ou média ± DP		Valor-p
	Idosos	Adultos	
Sexo			
Feminino	76 (68,5)	77 (69,4)	0,885
Masculino	35 (31,5)	34 (30,6)	
Escolaridade			0,288
NA	2 (1,9)	2 (1,9)	
EFI/EFC	49 (45,4)	61 (58,1)	
EMI/EMC	41 (38,0)	32 (30,5)	
Ocupação**			
Aposentados	40 (59,7)	6 (8,6)	<0,001
Trabalhadores NE	14 (20,9)	20 (28,6)	
Técnicos e proprietários	4 (6,0)	15 (21,4)	
Do lar	5 (7,5)	9 (12,9)	
Trabalhadores especializados	2 (3,0)	9 (12,9)	
Empregados do Comércio	2 (3,0)	7 (10,0)	
Desempregados	0 (0,0)	4 (5,7)	
Katz			
Independente	91 (83,5)	93 (84,5)	0,767
Parcialmente Dependente	7 (6,4)	6 (5,5)	
Dependente	11 (10,1)	10 (9,1)	
Totalmente Dependente	0 (0,0)	1 (0,9)	
Desenvolvimento PM	4,91 ± 0,83	4,93 ± 0,76	0,749
Coerção em Pesquisa	0 (0 – 4)	0 (0 – 3)	0,546
Coerção em Assistência	0 (0 – 3)	0 (0 – 3)	0,998
Whoqol Bref			
Geral	64,91 ± 13,35	62,30 ± 14,29	0,176
Domínio Físico	57,66 ± 20,89	58,25 ± 21,76	0,890
Domínio Psicológico	70,79 ± 14,52	69,13 ± 15,71	0,489
Domínio Relação Social	69,15 ± 19,77	70,31 ± 19,58	0,994
Domínio Meio Ambiente	64,36 ± 15,17	57,49 ± 15,60	0,002

*Mediana (amplitude); DP = desvio padrão; NA = não alfabetizado; EFI/EFC = ensino fundamental incompleto ou ensino fundamental completo; EMI/EMC = ensino médio incompleto ou ensino médio completo; ESI/ESC = ensino superior incompleto ou ensino superior completo.

**Aposentados = aposentados, reformados e pensionistas; Trabalhadores NE = trabalhadores não especializados; Técnicos e proprietários = técnicos especializados e pequenos proprietários; Empregados do comércio = empregados dos serviços, comércio e setor administrativo.

Descrição da amostra

Em relação a adultos, 30,6% são do sexo masculino e 69,4 do sexo feminino. Foram encontrados valores semelhantes no grupo de idosos: 31,5% da amostra é do sexo masculino e 68,5 do sexo feminino. Avaliando o nível de escolaridade, os números obtivemos os seguintes resultados: no grupo de adultos, 58,1% possuem

ensino fundamental completo ou incompleto. Em seguida, 30,5% têm o ensino médio completo ou incompleto e 9,5% completaram ou não o ensino superior. Apenas dois participantes, que corresponde a 1,9% da amostra, não foram alfabetizados. Em se tratando do grupo de idosos, (45,4%) possui ensino fundamental completo ou incompleto, 38,0% finalizou ou não o ensino médio. Um total de 14,8% de idosos iniciaram ou finalizaram o ensino superior e apenas 2 participantes (1,9%) não são alfabetizados.

Em relação à ocupação dos participantes da pesquisa, diferença significativa foi percebida entre os grupos, com $p < 0,001$. Nos idosos, 59,7% são aposentados; 20,9% são trabalhadores não especializados; 7,5% se julgam-se como “do lar” e 6% são técnicos e pequenos proprietários. Nos adultos, as ocupações mais predominantes foram as seguintes: 28,6% de trabalhadores não especializados; 21,4% de técnicos e proprietários; 12,9% de trabalhadores especializados e “do lar”.

Instrumentos de avaliação da amostra

A variável que analisou a capacidade funcional - o Índice de Katz – apresentou os seguintes valores: 84,5% dos adultos foram classificados como independentes; 9,1% como dependente; 5,5% se classificou como parcialmente dependente e apenas um participante percebeu-se como totalmente dependente. No grupo de idosos: 83,5% classificou-se como independente; 20,1% como dependente; 6,4% parcialmente dependente e nenhum idoso atingiu a condição de totalmente dependente. Nenhuma das variáveis obteve significância estatística.

O desenvolvimento psicológico moral da amostra encontrou uma mediana de $4,93 \pm 0,76$ nos adultos e $4,91 \pm 0,83$ nos idosos, sem correlação entre ambos os grupos.

Os instrumentos que medem coerção na assistência (expressão) e na pesquisa (percepção), não gerou valor que comprovasse nível de coerção, nem tampouco houve correlação significativa entre os dados.

Os resultados do questionário de Qualidade de Vida , quando comparados entre os dois grandes grupos (adultos e idosos), apresentou média geral de $62,30 \pm 14,29$ nos adultos e $64,91 \pm 13,35$ nos idosos, sem diferença significativa.

A categoria “Físico”, obteve uma média de $58,25(\pm 21,8)$ nos adultos e $57,66(\pm 20,89)$ nos idosos. O domínio Psicológico do questionário apresentou uma média de $69,13 (\pm 15,71)$ nos adultos e $70,79 (\pm 14,52)$ nos idosos. Os adultos apresentaram, no domínio Social uma média de $70,31 (\pm 19,58)$ enquanto os idosos apresentaram $69,15 (\pm 19,77)$. A variável que diz respeito ao Ambiente, foi representada da seguinte forma: no grupo de participantes adultos, o valor da média foi $57,49 (\pm 15,60)$ e no grupo de participantes idosos a médio foi de $64,36 (\pm 15,17)$, obtendo diferença significativa entre os dois grupos, com $p=0,002$. A média Geral dos escores dos participantes adultos foi de $62,6 (\pm 20,4)$ e em relação aos idosos foi de $69,7 (\pm 18,0)$. A média Geral dos participantes obteve uma diferença significativa, representada por um $p=0,007$.

Tabela 4. Comparação INTRA pequenos grupos

Variável	Ambulatório [†]		Valor-p	Internado [†]		Valor-p	Comunidade [†]		Valor-p
	Idoso	Adulto		Idoso	Adulto		Idoso AF	Adulto	
Sexo									
Feminino	20 (54,1)	27 (73,0)	0,091	22 (59,5)	18 (48,6)	0,351	34 (91,9)	32 (86,5)	0,454
Masculino	17 (45,9)	10 (27,0)		15 (40,5)	19 (51,4)		3 (8,1)	5 (13,5)	
Escolaridade									
NA	1 (2,7)	1 (2,9)	0,124	1 (2,9)	0 (0,0)	0,236	0 (0,0)	1 (2,9)	0,021
EFI/EFC	23 (62,2)	25 (73,5)		21 (60,0)	21 (56,8)		5 (13,9)	15 (44,1)	
EMI/EMC	12 (32,4)	4 (11,8)		9 (25,7)	15 (40,5)		20 (55,6)	13 (38,2)	
ESI/ESC	1 (2,7)	4 (11,8)		4 (11,4)	1 (2,7)		11 (30,6)	5 (14,7)	
Ocupação**									
Aposentados	19 (59,4)	2 (7,1)	<0,001	11 (64,7)	1 (5,0)	0,007	10 (55,6)	3 (13,6)	0,011
Trabalhadores NE	10 (31,3)	7 (25,0)		4 (23,5)	8 (40,0)		0 (0,0)	5 (22,7)	
Técnicos e proprietários	2 (6,3)	7 (25,0)		0 (0,0)	5 (25,0)		2 (11,1)	3 (13,6)	
Do lar	0 (0,0)	4 (14,3)		0 (0,0)	2 (10,0)		5 (27,8)	3 (13,6)	
Trabalhadores especializados	0 (0,0)	2 (7,1)		1 (5,9)	2 (10,0)		2 (11,1)	5 (22,7)	
Empregados do Comércio	1 (3,1)	3 (10,7)		1 (5,9)	1 (5,0)		0 (0,0)	3 (13,6)	
Desempregados	0 (0,0)	3 (10,7)		0 (0,0)	1 (5,0)		0 (0,0)	0 (0,0)	
Katz									
Independente	35 (97,2)	36 (97,3)	0,999	20 (54,1)	21 (56,8)	0,762	36 (100,0)	36 (100,0)	-
Parcialmente dependente	1 (2,8)	1 (2,7)		6 (16,2)	5 (13,5)		0 (0,0)	0 (0,0)	
Dependente	0 (0,0)	0 (0,0)		11 (29,7)	10 (27,0)		0 (0,0)	0 (0,0)	
Totalmente dependente	0 (0,0)	0 (0,0)		0 (0,0)	1 (2,7)		0 (0,0)	0 (0,0)	
Desenvolvimento PM	4,73 ± 0,65	4,89 ± 0,57	0,150	4,72 ± 0,98	4,81 ± 0,62	0,556	5,27 ± 0,73	5,08 ± 1,01	0,473
Coerção Pesquisa	0 (0 - 4)	0 (0 - 3)	0,384	0 (0 - 2)	0 (0 - 2)	0,424	1 (0 - 3)	0 (0 - 3)	0,017
Coerção Assistência	0 (0 - 3)	0 (0 - 2)	0,057	0 (0 - 2)	0 (0 - 3)	0,082	-	0 (0 - 2)	-
Whoqol Bref									
Geral	61,64 ± 11,33	60,19 ± 11,83	0,591	60,14 ± 14,43	58,72 ± 18,26	0,725	73,92 ± 9,63	67,72 ± 11,12	0,018
Domínio Físico	53,09 ± 18,56	56,37 ± 18,23	0,432	49,90 ± 22,76	45,62 ± 22,45	0,389	71,42 ± 13,91	71,43 ± 17,19	0,879
Domínio Psicológico	69,48 ± 15,62	66,55 ± 14,28	0,403	69,40 ± 15,65	68,55 ± 20,35	0,744	73,83 ± 11,60	72,38 ± 11,88	0,355
Domínio Relação Social	68,69 ± 17,72	68,47 ± 16,80	0,969	65,95 ± 23,34	70,97 ± 22,55	0,423	73,18 ± 17,55	71,67 ± 19,93	0,491
Domínio Meio Ambiente	59,54 ± 11,99	54,81 ± 12,90	0,107	59,91 ± 14,49	58,87 ± 19,67	0,945	74,80 ± 14,31	59,11 ± 14,14	<0,001

*Mediana (amplitude).

[†]n(%) ou média ± desvio padrão.

DP = desvio padrão; NA = não alfabetizado; EFI/EFC = ensino fundamental incompleto ou ensino fundamental completo; EMI/EMC = ensino médio incompleto ou ensino médio completo; ESI/ESC = ensino superior incompleto ou ensino superior completo.

**Aposentados = aposentados, reformados e pensionistas; Trabalhadores NE = trabalhadores não especializados; Técnicos e proprietários = técnicos especializados e pequenos proprietários; Empregados do comércio = empregados dos serviços, comércio e setor administrativo.

DP = desvio padrão; NA = não alfabetizado; EFI/EFC = ensino fundamental incompleto ou ensino fundamental completo; EMI/EMC = ensino médio incompleto ou ensino médio completo; ESI/ESC = ensino superior incompleto ou ensino superior completo.

A segunda tabela toma como ponto de partida os pequenos grupos: paciente em tratamento ambulatorial (clínica médica) do Hospital de clínicas de Porto Alegre, pacientes internados aos cuidados da equipe de Clínica Médica e participantes oriundos da comunidade, que se refere a participantes que não se encontram em tratamento em hospital-geral. Estes últimos correspondem aos grupos 3 e 6, respectivamente, idosos que realizam atividade física na ESEF- UFRGS e acompanhantes de pacientes internados.

A escolha de uma padronização de pacientes que estivessem sendo acompanhados pela equipe de Clínica Médica, a nível ambulatorial e internação, é eliminar o viés em relação à complexidade das doenças, possibilitando acompanhar dois níveis de complexidade no tratamento da mesma equipe.

Descrição da amostra

Das variáveis que descrevem a amostra, a escolaridade do grupo de pacientes provenientes da comunidade – acompanhantes e praticantes de atividade física, obtiveram diferença significativa entre eles, com um valor de $p=0,021$. A ocupação também demonstrou-se significativamente diferente entre os três locais de coleta, quando comparados entre idosos e adultos. No grupo “Ambulatório” obteve um valor de $p<0,001$, ao grupo “Internação” atribuiu-se o valor de $p=0,007$ e no grupo “Comunidade” o valor de $p=0,011$.

Instrumentos de avaliação da amostra

O Índice de Katz não apontou correlação entre nenhum dos três pequenos grupos, quando comparados entre adultos e idosos. Os valores que expressam capacidade funcional foram muito semelhantes quando comparados dentro dos pequenos grupos.

Quando a variável analisada foi o desenvolvimento psicológico-moral, um comportamento semelhante àquele encontrado em relação à capacidade funcional, foi encontrado. Não houve correlação dentro de nenhum dos pequenos grupos. Dentre os pequenos grupos que abarcaram pacientes em acompanhamento com a

equipe de clínica médica do HCPA (grupos “ambulatório” e “internação”), os valores das medianas ficaram em torno de 4,72 a 4,89 (\pm desvio padrão). No terceiro pequeno grupo - denominado “Comunidade” porque estes participantes eram pacientes e sim de cidadãos provenientes da comunidade – as medianas ficaram acima do número cinco (5,27 e 5,08 em idosos e adultos)

Em relação ao nível de coerção, o instrumento de percepção de coerção na pesquisa do grupo “comunidade”, apresentou uma diferença significativa entre adultos e idosos. A percepção é maior em idosos na comunidade, quando compara-se aos adultos acompanhantes de pacientes internados no HCPA ($p=0,017$).

O grupo de idosos apresentou todas as médias que qualidade (Geral e domínios Físico, Psicológico, Relação Social, Meio Ambiente) maiores que os adultos. Porém, foi apenas no grupo composto por indivíduos da comunidade que o valor da média geral e do domínio “Meio Ambiente” apresentaram valor estatisticamente significativo entre idosos e adultos, com valores de $p=0,018$ e $<0,001$.

Discussão

A feminilização do envelhecimento é um fenômeno tão aceito quanto o próprio envelhecimento populacional em si. Muito embora o número de nascidos vivos masculinos no Brasil ainda seja maior, passada a faixa etária de adulto jovem, a configuração começa a mudar. Ao atingir a terceira idade, as mulheres já somam um número expressivamente maior que os homens. Alguns autores já admitem que falar de envelhecimento é falar de gênero. As mulheres tomam para si a responsabilidade de cuidar dos familiares mas, apenas 36% delas vive na presença de um cônjuge enquanto que para os homens idosos, esse número é de 77%. Isso significa, em última análise, que a maioria percorre o caminho da velhice sem um companheiro.(26,70,82,88)

As mulheres idosas compreendem a maior parcela dos usuários de saúde, recebem a maior quantidade de prescrição médica e também são mais acometidas pelas doenças crônico-degenerativas.(73)

Enquanto 14,7% dos adultos possuem ensino superior completo ou não, a quantia dobra em relação aos idosos: 30.6% ($p=0,0021$). Os idosos que foram entrevistados na ESEF demonstraram um nível intelectual e social discrepante da amostra. Essa característica havia sido motivo de diálogo entre os entrevistadores, sendo a escolaridade a variável que se mostrou sensível a essa característica. Outros estudos colocam os idosos mais jovens, de 60 a 69 anos, com nível de escolaridade elevado e os mais velhos, apresentando escolaridade mais baixa. (54,88)

A escolaridade é uma variável muito utilizada em estudos epidemiológicos – juntamente com idade e sexo – pois expõe fatores que podem interferir no processo de adoecer, uma vez que níveis mais baixos de escolaridade pressupõem dificuldade de acesso aos serviços de saúde, déficits no autocuidado ou adesão ao tratamento.(53)

A variável capacidade funcional não apresentou correlação em nenhum dos três grupos: ambulatório, internação e comunidade. O que se percebe em relação à capacidade funcional é um comportamento bastante previsível nos pequenos grupos: o grupo é mais dependente quanto mais vulnerável são os participantes que pertencem a ele. Os grupos mais independentes são aqueles classificados como “comunidade”, o grupo mais dependente é aquele que se encontra em estado maior de fragilidade, o grupo de pacientes internados.

Diferente da capacidade funcional, a mediana que representa o desenvolvimento psicológico-moral e conseqüentemente, a capacidade de tomada de decisão, revelou um comportamento diferente dos pequenos grupos. As medianas foram muito próximas em relação aos dois grupos de pacientes (ambulatório e internação) e as medianas do grupo “comunidade” foram maiores do que os grupos dos pacientes. Mesmo assim todos os grupos, segundo a categorização criada por Jane Loevingner, eram capazes de tomar decisão de em seu melhor interesse. Nenhuma associação obteve significância estatística, o que vem a corroborar com a premissa de que o idoso não deve ser considerado incapaz

tomando como base a idade cronológica e que mesmo em um estado de vulnerabilidade latente – como um paciente internado para tratamento de saúde – ainda assim, o critério idade não é balizador para tomada de decisão.(50) A vulnerabilidade e a redução da autonomia são fenômenos que podem estar ou não associados, uma vez que a perda de autonomia pode ser reversível e indivíduos vulneráveis poderão ser autônomos. (89) Os achados corroboram com este autor, uma vez que toda amostra – tanto de idosos quanto adultos, atingiram o mesmo nível de DPM. Mesmo em um estado de vulnerabilidade por definição, não houve um grupo sequer que não tivesse condições de tomar decisões em seu melhor interesse.

Ao que se sabe, a perda da autonomia representa, para os idosos, uma das maiores preocupações nesta etapa da vida. Para esta população, a satisfação está relacionada, diretamente, com independência, capacidade para fazer as coisas, trabalhar, poder ir e vir, mesmo acometido por doenças crônicas. (77,78)

Em outro estudo dos autores, achados indicaram que qualidade de vida na terceira idade é mais relacionada a interação social e relações familiares do que, propriamente, saúde. (79)

Quando as variáveis analisadas passaram a ser referentes à coerção na pesquisa e na assistência, um dado chamou a atenção dos pesquisadores. A Percepção de Coerção na Pesquisa apresentou uma diferença significativa ao grupo “comunidade”, sendo a mediana maior no grupo de idosos, representada por um $p=0,017$. Esse dado coloca um nível de percepção de coerção na pesquisa por parte dos participantes que têm melhor nível de desenvolvimento psicológico-moral. Durante o preenchimento dos questionários, frequentemente os participantes deste grupo específico relatavam não ter tomado a decisão de participar, uma vez que deslocaram-se até os sujeitos, e não o contrário. Pela percepção dos pesquisadores, em momento algum os participantes sentiram-se constrangidos pela abordagem, uma vez que foram contabilizadas algumas negativas. Aparentemente a pergunta é passível de interpretações que variam conforme o leitor. Embora todos os entrevistadores tenham passado por treinamento e, durante este, explicações

complexas tenham sido desencorajadas – ainda assim há que se considerar esse viés.

Dito isso, resta apenas mencionar que, ao analisar a qualidade de vida pela configuração da segunda tabela – constatou-se que as diferenças estão concentradas nos grupos cuja atividade não estava atrelada a uma doença ou agravo à saúde. Quando o que se discute é a vulnerabilidade – no sentido mais visceral da palavra – é importante lembrar que o termo vem do latim, *vulnerabilis* e verbo *vulnerare*, que significa ferida.(14) Quanto maior a situação de vulnerabilidade, menor é a influência da faixa etária na determinação desta vulnerabilidade. Mais uma vez, podemos afirmar que a vulnerabilidade tem uma relação muito mais íntima com as condições de saúde, de qualidade de vida, de apoio social, de autonomia - do que com a faixa etária. A relevância de estudos relacionados à vulnerabilidade na área da saúde, incorpora conceitos que permitem uma melhor compreensão dos determinantes do processo saúde-doença – lembrando que este processo representa o conjunto de relações e variáveis que produzem e condicionam o estado de saúde e doença de uma população. (53,77)

A vulnerabilidade se aplica a grupos específicos porque alguma circunstância (física, psíquica ou social – incluindo também o aspecto econômico) poderá contribuir para a exposição desse sujeito, sendo fundamental sua proteção.(15,20)

Considerações finais

Ao comparar indivíduos vulneráveis por definição com indivíduos não vulneráveis, no mesmo contexto de atendimento de saúde ou na comunidade, a primeira conclusão a que se chega é: não existe uma diferença significativa entre os grupos baseando-se apenas na faixa etária. Essa colocação refuta o senso comum que tende a classificar idosos como indivíduos com capacidade reduzida, escolaridade insuficiente, facilmente coagidos e com baixa qualidade de vida.

Essa amostra também sinalizou que, nos grupos vulneráveis – neste estudo, tanto idosos quanto adultos em atendimento ambulatorial e internados – as diferenças não são significativas estatisticamente. Quando comparam-se o grupo menos exposto a agravos à saúde – idosos que praticam atividade física e adultos

acompanhantes em relação a grupos expostos - daí então as diferenças podem ser assinaladas.

Estes achados corroboram para a derrocada do paradigma que considera idosos como vulneráveis por definição. Neste caso leva-se em consideração o critério cronológico, ignorando os fatores multicausais que determinam a maneira como envelhecimento se desenvolve em cada ser humano.

Este estudo não encerra a questão da vulnerabilidade no envelhecimento, por outro lado, traz à luz da discussão responsável mais informações que devem contribuir para a criação de políticas públicas capazes de incluir cada vez mais o idoso na sociedade, como força de trabalho e conhecimento.

Referências

1. Cocentino JMB, Viana TDC. A velhice e a morte: reflexões sobre o processo de luto. *Rev Bras Geriatr e Gerontol.* 2011;14(1):591–9.
2. Veras R. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. *Cad Saude Publica.* 2003;19(3):705–15.
3. Nasri F. Demografia e epidemiologia do envelhecimento O envelhecimento populacional no Brasil The aging population in Brazil. 2008;6(2):11–3.
4. Menezes RL De, Bachion MM, Souza JT De, Nakatani AYK. Estudo longitudinal dos aspectos multidimensionais da saúde de idosos institucionalizados. *Rev Bras Geriatr e Gerontol.* 2011;14:485–96.
5. Pavarini SCI, Barha EJ, Mendiondo MSZ De, Filizola CLA, Petrilli Filho JF, Santos AA Dos. Family and social vulnerability: a study with octogenarians. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2009;17(3):374–9.
6. Carvalho JAM WL. A transição da estrutura etária da população brasileira na primeira metade do século XXI. *Cad Saude Publica.* 2008;24(3):597–605.
7. Brasil. Ministério do Planejamento A em: 2011 agosto 25. Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Contagem Populacional. 2010. Available from: Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/resultados_do_censo2010.php>
8. Ojima R. As dimensões demográficas das mudanças climáticas: cenários de mudança do clima e as tendências do crescimento populacional. *Rev Bras Estud Popul.* 2011;28:389–403.
9. Santos M do RDR dos, Mendes SCSM, Morais DB do PSMC, Araújo MA da M, Carvalho CMRG de. Caracterização nutricional de idosos com hipertensão arterial em Teresina, PI. *Rev Bras Geriatr e Gerontol.* 10(1).
10. Simões JA. Reflexão bioética Sobre a situação do idoso e sua família. *Acta Med Port.* 2010;23:483–92.
11. Wilde MH. Life with an indwelling urinary catheter: the dialectic of stigma and acceptance. *Qual Health Res.* 2003;13(9):1189–204.
12. Goldim JR. Bioética complexa: uma abordagem abrangente para o processo de tomada de decisão. *Rev da AMRIGS.* 2009;53(1):58–63.

13. Saúde M da. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. 2005.
14. Dorsen C. Vulnerability in homeless adolescents: Concept analysis. *J Adv Nurs*. 2010;66:2819–27.
15. Cutter SL, Boruff BJ, Shirley WL. Social vulnerability to environmental hazards. *Soc Sci Q*. 2003;84:242–61.
16. Flaskerud JH, Winslow BJ. Conceptualizing vulnerable populations health-related research. *Nurs Res*. 2002;47:69–78.
17. Martins T, Regina M, Alvarenga M. Avaliação da vulnerabilidade de famílias assistidas na Atenção Básica. 2012;20(5).
18. Nakamura E, Chiesa AM, Egry EY, Campos CMS, Nichiata LYI, Takahashi RF. O Potencial de um instrumento para o reconhecimento de vulnerabilidades sociais e necessidades de saúde: saberes e práticas em saúde coletiva. *Rev Latino-am Enferm*. 2009;17(2).
19. Ayres JRCM, Calazans GJ, Saletti HC Filho FIJ. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: Campos et al, organizadores. *Tratado de Saúde Coletiva 2*. 2nd ed. RIO DE JANEIRO: Hucitec; 2008. p. 375–417.
20. Sellman D. Towards an understanding of nursing as a response to human vulnerability. *Nurs Philos*. 2005;6(1):2–10.
21. Almeida LD De. Suscetibilidade : novo sentido para a vulnerabilidade. *Rev Bioética* [Internet]. 2010;18(3):537–48. Available from: http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewFile/582/589
22. Spiers J. New perspectives on vulnerability using emic and etic approaches. *J Adv Nurs*. 2000;31(3):715–21.
23. Miguel MEGB, Pinto MEB MS. A dependência na velhice sob a ótica de cuidadores formais de idosos institucionalizados. *Rev Eletr Enf*. 2007;9(3):784–95.
24. Goldim JR. Consentimento E Informação : a Importância Da Qualidade Do Texto Utilizado. 2006.
25. Bank AD. Handbook on Poverty and Social Analysis A Working Document. 2012.
26. Aday LA. Health status of vulnerable populations. *Annu Rev Public Health*. 1994;15:487–509.
27. Minayo MCDS. Violência contra idosos: relevância para um velho problema. *Cad Saude Publica*. 2003;19(3):783–91.

28. Godlovitch G. Age discrimination in trials and treatment: old dogs and new tricks. *Monash Bioeth Rev.* 2003;22(3):66–77.
29. Meyer DEE, Mello DF De, Valadão MM, Ayres JRDCM. “Você aprende. A gente ensina?”: interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. *Cad Saude Publica.* 2006;22(6):1335–42.
30. S G. Reflections on the vulnerable. In: Bankowski Z, Bryant JH, editors. *Poverty, vulnerability and the value of human rights – a global agenda for bioethics.* Genebra Counc Int Organ Med Sci. 1995;203–6.
31. M L. Hot Spots Project A spatial vulnerability analysis of urban populations to extreme heat events. 2010.
32. Raymundo MM, Goldim JR. Do consentimento por procuração à autorização por representação. *Bioética [Internet].* 2007;15(1):83–99. Available from: <http://www.portalmedico.org.br/bioetica/edicoes/2007/15-1/revista.pdf>
33. Sánchez AIM, Bertolozzi MR. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva? Can the vulnerability concept support the construction of knowledge in collective health care? *Ciências & Saúde Coletiva.* 2007;12:319–24.
34. Minosso JSM, Amendola F, Alvarenga MRM, De Campos Oliveira MA. Validação, no Brasil, do Índice de Barthel em idosos atendidos em ambulatórios. *ACTA Paul Enferm.* 2010;23(2):218–23.
35. Garcia I. EDUCACIÓN PARA LA SALUD DEL SIGLO XXI. COMUNICACIÓN Y SALUD. *Rev Esp Salud Pública.* 1998;72:151–3.
36. Teixeira INDO. Percepções de profissionais de saúde sobre duas definições de fragilidade no idoso * The perception of health professionals of two definitions of frailty in elderly people. *Heal (San Fr.* 2006;1181–8.
37. Hogan DB. Models, Definitions, and Criteria of Frailty. *Handbook of Models for Human Aging.* 2006. p. 619–29.
38. Haimes YY. On the definition of resilience in systems. *Risk Analysis.* 2009. p. 498–501.
39. Tedesco S. O que fazemos quando falamos em Vulnerabilidade? 2008;32(2):254–60.
40. Karunanathan S, Wolfson C, Bergman H, Béland F, Hogan DB. A multidisciplinary systematic literature review on frailty: overview of the methodology used by the Canadian Initiative on Frailty and Aging. *BMC Med Res Methodol.* 2009;9:68.
41. Paz AA, Dos Santos BRL, Eidt OR. Vulnerabilidade e envelhecimento no contexto da sa??de. *ACTA Paul Enferm.* 2006;19(3):338–42.

42. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Anuário estatístico do Brasil [Internet]. 2011. Available from: <http://memoria.org.br/pub/90000/90000007r.pdf>
43. Gardner W, Hoge S, Bennett N, Roth LH, Lidz CW, Monahan J, et al. Two scales for measuring patient's perceptions for coercion during mental hospital admission. *Behav Sci Law*. 1993;11:307–21.
44. Fleiss J. *Statistical methods for rates and proportions*. 2nd ed. New York: Wiley; 1981. 800 p.
45. Tabora JGV. *Percepção De Coerção Em Pacientes Psiquiátricos , Cirurgicos E Clínicos Hospitalizados*. Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2002.
46. Katz S, Downs TD, Cash HR, Grotz RC. Progress in development of the index of ADL. *Gerontologist*. 1970;10:20–30.
47. Pinto MF, Barbosa DA, De Lucena Ferreti CE, De Souza LF, Fram DS, Belasco a. GS. Qualidade de vida de cuidadores de idosos com doença de Alzheimer. *ACTA Paul Enferm*. 2009;22(5):652–7.
48. Duarte YA de O, Andrade CL de, Lebrão ML. O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. *Rev Esc Enferm USP*. 2007;41(2):317–25.
49. Lino VTS, Pereira SRM, Camacho LAB, Ribeiro Filho ST, Buksman S. Cross-cultural adaptation of the Independence in Activities of Daily Living Index (Katz Index). *Cad saude publica / Minist da Saude, Fund Oswaldo Cruz, Esc Nac Saude Publica*. 2008;24:103–12.
50. Loevinger J, Wessler R. Construction and use of a sentence completion test. *Measuring ego development*. San Francisco; 1970. p. 457.
51. Pedrosa B. Cálculo dos escores e estatística descritiva do WHOQOL-100 utilizando o Microsoft Excel. *Rev Bras Qual Vida*. 2009;1:23–32.
52. Ibge. *Censo Demográfico 2010 - Características da População e dos Domicílios - Resultados do Universo*. 2011;270.
53. Rouquayrol A. *Epidemiologia e saúde*. 7th ed. São Paulo; 2013. 736 p.
54. Passarelli MCG. O processo de envelhecimento em uma perspectiva geriátrica. *Mundo Saúde*. 1997;21(4):208–12.
55. Jacob Filho W SR. Anatomia e fisiologia do envelhecimento. In: Carvalho Filho ET PNM, editor. *Geriatrics: fundamentos, clínica e terapêutica*. São Paulo: Atheneu; 2000. p. 31–40.
56. *The Belmont Report: Ethical Guidelines for the Protection of Human Subjects*. Washington; 1978.

57. Inouye K, Barham EJ, Pedrazzani ES, Pavarini SCI. Percepções de suporte familiar e qualidade de vida entre idosos segundo a vulnerabilidade Social. *Psicol Reflexão e Crítica*. 2010;23:582–92.
58. Maia F de OM. Vulnerabilidade e envelhecimento: Panorama dos idosos residentes no Município de São Paulo Estudo SABE. USP; 2011.
59. MCP N. Sentidos da vulnerabilidade: característica, condição e princípio. *Rev Bras Bioética*. 2006;2(2):157–72.
60. E Z, A F. Vulnerabilidade, Bioética e a ação em enfermagem em saúde coletiva. In: CP B, ELCP Z, editors. *Bioética, Vulnerabilidade e saúde*. São Paulo; 2007. p. 139–57.
61. E MJ, Hogan D. As dimensões da vulnerabilidade. *São Paulo Perspect*. 2006;20(1):33–43.
62. Andrew MK, Mitnitski AB, Rockwood K. Social vulnerability, frailty and mortality in elderly people. *PLoS One* [Internet]. 2008 Jan [cited 2012 Sep 3];3(5):e2232. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2375054&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
63. Laranjeira C. Do vulnerável ser ao resiliente envelhecer: revisão de literatura. *Psicol Teor Pesqui*. 2007;23(3):327–32.
64. Holliday R. Robin Holliday. *Lancet*. 2000;355:856.
65. RAMOS L R. *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. 72-78 p.
66. Chagas AM, Rocha ED. Aspectos fisiológicos do envelhecimento e contribuição da Odontologia na saúde do idoso. *Rev bras odontol*. 2012;69(1):94–6.
67. Ferreira CV, Ferreira CG, Escobar RV. Relação entre envelhecimento ativo , risco de queda e perfil funcional de idosos. 2012;4(2):27–41.
68. Joseph L. Fleiss, Bruce Levin MCP. *Statistical Methods for Rates and Proportions*. 2003. 800 p.
69. Machado MRC, Gomes Junior SC, Marinheiro LPF. Vitamina D e diabetes mellitus, suas epidemias e o envelhecimento. O que há de novo? *Reprodução Clim* [Internet]. Sociedade Brasileira de Reprodução Humana; 2014;29(2):54–9. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1413208714000405>
70. Luiza M, Mendonça M De. Envelhecer feminino no cinema brasileiro contemporâneo : outras narrativas , novos olhares Envejecer femenino en el cine brasileño contemporáneo : otras narrativas , nuevas miradas *Aging*

- women in contemporary Brazilian cinema: other narratives , new look. 2012;15(3):571–93.
71. Camarano A, Pasinato M. O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas [Internet]. Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60? 2004. 253-292 p. Available from: [http://www.ucg.br/ucg/unati/ArquivosUpload/1/file/Envelhecimento Populacional na Agenda das Políticas Públicas.pdf](http://www.ucg.br/ucg/unati/ArquivosUpload/1/file/Envelhecimento%20Populacional%20na%20Agenda%20das%20Políticas%20Públicas.pdf)
 72. Clavairolle, Peixoto F/, Ehlers C. Envelhecimento, Políticas Sociais E Novas Tecnologias [Internet]. FGV Editora; 2005 [cited 2015 Feb 5]. 140 p. Available from: <https://books.google.com/books?id=2Hp23j9GKUEC&pgis=1>
 73. Gurwitz, J.H, Col, N.F, Avon J. The exclusion of the elderly and women from clinical trials in acute myocardial infarction. JAMA. 1992;268:1417–22.
 74. Ferreira VN, Silva R, Chinelato DC, Castro MR, Caputo E. Menopausa : Marco Biopsicossocial Do Envelhecimento Feminino Menopausa : Biopsychossocial Landmark of Female Aging. *Psicol Soc.* 2013;25(2):410–9.
 75. CELICH KLS. DOMÍNIOS DE QUALIDADE DE VIDA E CAPACIDADE PARA A TOMADA DE DECISÃO EM IDOSOS PARTICIPANTES DE GRUPOS DA TERCEIRA IDADE. PUCRS; 2008.
 76. Monalisa Dias de Siqueira. “ Vivendo bem até mais que 100 !” envelhecimento , saúde e políticas públicas para idosos no Brasil. UFRGS; 2014.
 77. Bajotto AP, Goldim JR. Avaliação da qualidade de vida e tomada de decisão em idosos participantes de grupos socioterápicos da cidade de Arroio do Meio, RS, Brasil. *Rev Bras Geriatr e Gerontol.* 2011;14:753–61.
 78. Pires ZR dos S, Silva MJ da. Autonomia e capacidade decisória dos idosos de baixa renda: uma problemática a ser considerada na saúde do idoso. *Rev Eletr Enferm.* 2001;3(2).
 79. Bajotto AP, Goldim JR. Case-Report: Autonomy and Self Determination of an Elderly Population in South Brazil. *J Clin Res Bioeth.* 2011;02(02):2–4.
 80. PALÉO-NETTO M. Atividade física para o idoso e objetivos. *Tratado de gerontologia.* São Paulo; 2007. p. 781–94.
 81. Banhato E, Scoralick N. Atividade física, cognição e envelhecimento: estudo de uma comunidade urbana. *Psicol Teor e Prática [Internet].* 2009;11(1):76–84. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1516-36872009000100007&script=sci_arttext&tlng=es
 82. Camarano A, Pasinato M, Lemos V. Cuidados de longa duração para a população idosa: uma questão de gênero? In: Neri A, editor. *Qualidade de vida na velhice: um enfoque multidisciplinar.* 2007. p. 127–49.

83. Wanderley, Luiz William Barreto et al. Avaliação da qualidade de vida dos idosos nas unidades básicas de saúde. FIEP Bull On-line. 2012;82(2).
84. Borges LM. Saúde autopercebida e qualidade de vida de homens participantes de intervenção psicoeducativa para idosos. Psico-USF. 2014;19(3):421–31.
85. Duque JM, Mateo Echanogorria A, Martinez Martin MI, Criado Valdés S, Sanabria F, Carcagno G. La participación social de las Personas Mayores. 2008;
86. . Ministério do Planejamento O e GIB de G e E. No Title [Internet]. Available from: http://www.censo2010.ibge.gov.br/resultados_do_censo2010.php
87. Macklin R. Bioethics, vulnerability, and protection. Bioethics. 2003;17:472–86.
88. Pilger C, Menon MH, Mathias TADF. Características sociodemográficas e de saúde de idosos : contribuições. Rev Lat Am Enfermagem. 2011;19(5):2–9.
89. Leonor Duarte Almeida. Suscetibilidade: novo sentido para a vulnerabilidade. Rev Bioética. 2010;18(3):537–48.

6.3 ARTIGO 3

"What is vulnerability?" A qualitative study about the perception of vulnerability in adults and older adults.

Alethéia Peters Bajotto and José Roberto Goldim

Abstract

Introduction: Aligned with a global trend, Brazil has been changing demographic profile in recent decades, making this structural phenomenon one of the most important achievements of contemporary society. This social process is not limited to the combined effects of strictly demographic variables and can both create demographic possibilities that enhance the growth of the economy, increasing social welfare, as stressing the economic and social hardships, expanding the serious social inequalities of Brazilian society. In this sense, it is important to read vulnerability from the perspective of research participants, in order to seek the categorization, bringing support for understanding the components of vulnerability allowing the search for strategies to cope with social vulnerability. **Goals:** This paper aims to assess qualitatively, through semi-structured interview, the individual perception about the vulnerability, categorizing the speech of participants and proposing reflections that may enhance the field of social vulnerability. **Method:** The study is characterized as qualitative content analysis according to Bardin, from a single open question, "What is vulnerability for you". **Results:** Nine categories emerged from the speech. The more inference was on account of the category "Health and Disease", with 25%; then with 20% "Behaviour"; 17% represented the total of inferences about the "Autonomy"; 15% related vulnerability to "Fragility"; 9% on "Family relationships, loneliness"; 4% related to "Violence"; 3% to the category "Hunger" and two categories represented 2% each - "Financial" and "Physical, Age". Final considerations: the personal conception of vulnerability is directly related to disease or ill-health process. The age range, a factor admittedly predisposed to vulnerable, did not have a significant expression in the speech of participants.

Resumo

Introdução: Alinhada a uma tendência mundial, o Brasil vem modificando seu perfil demográfico nas últimas décadas, tornando este fenômeno estrutural uma das mais importantes conquistas da sociedade contemporânea. Este processo social não se resume aos efeitos combinados das variáveis estritamente demográficas, podendo tanto criar possibilidades demográficas que potencializem o crescimento da economia, aumentando o bem-estar social, quanto salientando as adversidades econômicas e sociais, ampliando as graves desigualdades sociais que marcam a sociedade brasileira. Neste sentido, se torna importante a leitura da vulnerabilidade sob a ótica dos participantes de pesquisa, no intuito de buscar a categorização da mesma, trazendo respaldo para compreensão dos componentes da vulnerabilidade possibilitando a busca de estratégias de enfrentamento da vulnerabilidade social.

Objetivos: objetivo deste artigo é avaliar de forma qualitativa, por meio de entrevista semiestruturada, a percepção individual a respeito da vulnerabilidade, categorizando o discurso dos pacientes e propondo reflexões que venham a engrandecer o campo da vulnerabilidade social.

Método: O estudo se caracteriza como qualitativo, de análise de conteúdo conforme Bardin, a partir de uma única pergunta aberta: “O que é vulnerabilidade para você?”

Resultados: da análise da fala dos participantes, 9 categorias emergiram: o maior número de inferência ficou por conta da categoria “Saúde e doença”, com 25%; em seguida, com 20% “Conduta”; 17% representou o total de inferências a respeito da “Autonomia”; 15% relacionou vulnerabilidade à “Fragilidade”; 9% à “Relações familiares, solidão”; 4% à “Violência”; 3% à categoria “Fome” e duas categorias contabilizaram 2% das inferências – “Financeira” e “Físico, Idade”.

Considerações finais: a concepção pessoal de vulnerabilidade está diretamente relacionada à doença ou falta de saúde. A faixa etária, fator que é assumidamente predisponente para situação de vulnerabilidade -não uma expressão significativa na fala dos participantes.

Introduction

Brazil in recent decades has been changing demographic profile, which is related to the decline in infant mortality and women fertility, increased life expectancy, migration and urbanization. There was a slowdown in the youth population growth rate with the expectation that this segment will continue to grow, although at decreasing rate and that there is an increase in the weight of other age groups, especially the older adult. (1)

Given this demographic transition, old age takes on a new dimension in which the "subjective old age," characterized by old age of some people, is replaced by "objective old age", which is a structural phenomenon that concerns the whole society. (2)

The ability to question their very existence is a characteristic that identifies the human person as such. Ethical reflections and relationship between people are questions that have been made since the period of Classical Philosophy. (3)

In the field of Bioethics, vulnerability is a current issue because vulnerable individuals and groups are subject to exploration, and exploitation is morally wrong because it represents a persistent social relationship in which certain people are used unfairly for the benefit of others. (4) During old age is when vulnerability and temporality are remembered and expressed, which is typical of the human being and that go unnoticed by the vitality that is experienced in juvenile age. (5.6)

Bioethics is a complex reflection, it includes the many aspects involved in your object of attention; is interdisciplinary, due to the possibility of having knowledge from different areas of knowledge; and it is shared by using the different interfaces to perform mutually enriching dialogue. (3)

Vulnerability is a multidimensional construct that refers to a dynamic context where there is risk for developing health problems, result of inadequate economic, social, psychological, family, cognitive or physical resources. Vulnerability resources

helps us to understand, for example, the dynamics of poverty - and poverty is not a static condition (7).

In this sense, it is important the vulnerability reading from the research participants perspective, in order to seek the categorization of it, bringing support for understanding the components of vulnerability allowing the search of coping strategies of social vulnerability.

Content analysis is a suitable and widely used method for discourse analysis, because it is a set of communication analysis techniques that aims to overcome the uncertainties and enrich the reading of the data collected. (8)

The purpose of this paper is to evaluate the individual perception about the vulnerability, categorizing the speech of participants and proposing reflections that may contribute to the field of discussion on social vulnerabilities.

Method

The study is qualitative and presents the content analysis according to Bardin. The systematic in content analysis proposed by Bardin consisted of three phases: pre-analysis, material investigation and results treatment, inference and interpretation. The goal was to evaluate the individual perception of vulnerability, proposing to each participant a single open question, "What is vulnerability?"

We interviewed 222 research participants, selected in a stochastic way, for convenience, aged 18 years or more. The group of interviewers was composed of two pt undergraduate students (one male, one female and a physiotherapist, PhD student. Other two undergraduate students transcribed the content and the physiotherapist examined and categorized units. We divided the participants into six different groups, according to age and site of collection.

The subdivision into categories is in the table below:

Table 3 Distribution of participants group

Group	N	Age group	Interview site
1	37	Oder adults	HCPA outpatients
2	37	Oder adults	HCPA – inpatients
3	37	Oder adults	ESEF - UFRGS
4	37	Adults	HCPA outpacients
5	37	Adults	HCPA inpacients
6	37	Adults	Caregivers

The project that contributed to this originated this paper was approved by the Ethics Board from Porto Alegre Clinic Hospital (GPPG 13-0001) and all information about the study, researchers and contacts, were present in the consent form, signed by the participants as part of the consent process. The interviewers themselves approached subjects, according to the collection site in Table 1 and their willingness was respected throughout the data collection process. Sometimes, participants found themselves alone with the interviewer, especially when it came to outpatients.

Content analysis is a set of communications analysis techniques, using systematic procedures and objectives description of the of message content. (9) The aim of the content analysis is critically to understand the meaning of what is communicated your manifest or latent content, explicit or hidden meanings. (10)

Data from open interviews of the participants gave an extensive material, operated in the stages proposed by Bardin: Pre-analysis, material investigation, results treatment, inference and interpretation.

At first, in the pre-analysis phase, a "free reading" of the material was performed, where the first hypothesis, reviewed categories and guiding questions began to emerge. During material investigation the codification was performed - where raw data are aggregated into units and we start the counting procedure. To facilitate this process, the authors performed speech clippings as similarity and after, set up a table that met the incidence of these units of meaning.

The students transcribed the speech of patients in the evaluation documents to Excel program. In this program, systematized categories were chosen to represent the speech of patients, related to the concept of vulnerability, taking as a starting point the expressions that stood out in the statements. This paper followed the standards for qualitative research proposed by the checklist COREQ. (11)

Results

Based on the similarities found in transcription and other content analysis processes, emerged the following categories:

Table 4 Identified categories according to the speech of participants

	Categories
1	Autonomy
2	Health and disease
	Violence
4	Financial
5	Hunger
6	Family relations, loneliness
7	Frailty
8	Behaviour
9	Age, physical

Below a table represents the distribution of the categories in the sample. In the table, we counted the number of inferences from research participants, a number that exceeds the total number of participants. This is because for some individuals the response generated more than one category, such as "Be ill, without family." In this example, we can perceive two categories, "health and disease" (category 2) and "Family relations, loneliness" (category 6).

Table 5 – Participants distribution according to categories.

Category	N	%
1	35	17
2	51	25
3	8	4
4	4	2
5	7	3
6	19	9
7	31	15
8	41	20
9	5	2
10*	30	-

n= inference number

*statements that could not be categorized.

In this table, it is possible to quantify the distribution of inferences offered by the participants within the categories. The four most significant categories were: Health and disease-25%; Behavior - with 20%, Autonomy - 17% and Frailty - totaling 15% of the inferences. The tenth category (*) collected the negatives and answers like "I do not know" and even concepts that do not correspond to any category.

Figure three, obtained with the use of NVivo program for Windows 10, which favors the visualization of subtle connections and associations in the discourse of participants.

In this figure, we can observe the frequency of certain words in the speech of the participants and their associations. The size of appearance accuses its representativeness, which means, words such as "health", "disease" and "vulnerable" are words that predominated in the speech of respondents.



Figure 5 Graphical representation of frequency, in portuguese.

Discussion

The speech of the participants regarding the self-perception of vulnerability analyzed in a qualitative way, brings as the first result own organization of categories. The raw material - the speeches - when transcribed and categorized, reveals the foundation where the pillars of this study were raised. The nine categories that emerged from the careful reading and critical responses were: autonomy; health and disease; violence; financial; hunger; family relations or loneliness; frailty; behavior and finally, age, physical.

In each category you can see a face of vulnerability and is on each side that reflection will be guided. Few speeches which could not be assigned to any of the categories and yet, most of it was of participants who responded to the survey question with "I do not know", "I did not understand". Once the interviewer any interference could lead to handling responses, they were instructed not explain the question as acting in this way, the patient would induce a certain judgment, influencing the response. In situations where the research participant asked explanations to the interviewer, this merely encourage you to speak anything knew or thought that could be vulnerable.

A trend related to the discourse of patients is the vulnerability association to health and disease. The World Health Organization (WHO) defines health as not only the lack of disease, but as a state of perfect physical, mental and social well-being. Based on this concept, widely accepted and published by the scientific community, all expressions that could lead to the concept of health or disease were encompassed in this category. (12,13)

The "health and disease" was more frequent in discourse, for example: "Not having good health"; "Disease", "Is when you're sick"; "Health". For most of the sample, 25%, the vulnerability is directly related to health (or lack thereof) or the presence of disease. There is much that the concept of health and disease is being improved, from more simplistic concepts, where health was the absence of disease to the famous definition of WHO, established as a good parameter. Herbert Spencer demand health as a perfect and continuous adaptation of the organism to its environment. (14-16) National and international health agencies do not measure forces to improve the health status of the most vulnerable populations. It is known that by tackling the causes of disease and social inequalities, these individuals fail to appear as vulnerable populations and are to have more chances of reaching adulthood and old age with better quality of life. (13)

The eighth category, which represents a "positive or negative behavior", was the second in number of inferences, representing 20% of the sample. Embraced settings as "Being susceptible to the temptations", "A person who understands", "A person who understand others", "A person who talks too much." This category, despite being the second in terms of representation of the speech, presented confused meaning and that was about moral judgment personnel in relation to a third, putting the vulnerability at a certain distance from itself, like a problem in relation to other.

For Piaget, "all morality is a system of rules and the essence of all morality is to be found in the respect that the individual acquires by these rules." (17) The moral establishes the person, as a way to ensure good life and some identity that group to which it belongs, regardless of geographical boundaries, assumes rules. (18)

Autonomy represents the third category in the speech of individuals. In this category were grouped speeches about the restriction of freedom and autonomy, perceived inability to make decisions alone, lack of ability to act without the help of others. The question of "depend on someone" was very marked in the text, promoting "autonomy" as a coherent beacon. According to participants, "Person depends on everything, just do what you're told "; "To be more depending on the other"; "Relying on everyone"; "Not having capacity for yourself, get carried away."

The concept of autonomy is widely used in the biomedical field, since this concept is of utmost importance to the relationship between care team and the patient. The concept on which this category was built states "about yourself, about your body and mind, the individual is sovereign" (19) Autonomy has different meanings, such as self-determination, right to freedom, privacy, individual choice, free will. (20) In a study that sought to differentiate autonomy of self-determination, the authors from this paper, took as a starting point a community of seniors who had been temporarily discouraged to act without the consent of family to differentiate the concept of autonomy and self-determination. While the former refers to the ability to make decisions, the second term refers to the ability to put the decision into practice, denotes "action." (21)

The Frailty, fourth category, assumed as a state of greater decline associated with reservation and function, resulting in reduced ability to cope with everyday or acute stressors. (22) It was grouped in this category the perception of participants who used this term with definition of vulnerability or have referred to physical limitations, difficulties or disabilities. This term is also used by professionals of gerontology and geriatrics to indicate the condition of older people who are at high risk for falls, hospitalization, disability, institutionalization and death. However, the vulnerability of the relationship with age has its own category. It also appears defined as a clinical syndrome characterized by reduction of the reserve and decreased resistance to stressors, and result of the cumulative decline in physiological systems and cause vulnerability to adverse conditions, such as diseases, environmental changes and accidents. (22,23) "Being exposed to any situation"; "More fragile";

"Show some weaknesses on certain occasions" are examples of discourse that originated this category.

The other categories did not obtain as large number of inference as the others, but they are issues from important spheres in everyday life of this sample, therefore, deserves to discussion. The category that combined references to family relationships and/or loneliness emerged speeches that articulates lack or fear to loss of a loved one (such as children or spouse) and, with the "feel alone". Studies that assess the quality of life in elderly already point in that direction: the quality of life related to social support, social interaction and less specifically related to health or absence of morbidity (24-26) Vulnerability to these participants, regardless of what age, is not to be able to rely on a social network support, mainly family. Some examples are "I am very vulnerable when my grandson travels"; "Being with no one, alone and not to do things right."

Violence is understood as any action addressed to another person, where harming, hurting, frightening or insulting, drives a person to act against his will or not taking any action at will. (27) In the speech of individuals, violence emerges as a generic term, unspecified, more related to the fear of going out and being surprised by an act prejudicial to its security: "To be attacked and cannot defend themselves," "Today is the lack of security that the guy lives because they cannot go out alone. Health business". In the last example, we find a speech that was classified as belonging to two categories.

Financial issues also figured the categories, born of the need to group the speech of patients in relation to a state where financial reserves are short. Hunger, considered a more severe type of food insecurity is defined as the direct sense of discomfort or pain of not having enough to eat. (28) In this context, the research participants related "hunger" to "vulnerability": quoting as vulnerability personal concept those who have nothing/not enough to eat.

Chronological age, to the surprise of the researchers, was less related to vulnerability, only 2%. In this category are grouped discourses that address the limitations imposed by chronological age, for example, be "old" and "get older." The

surprise arises because individuals 60 years or more, by definition, are considered vulnerable. Thus, the weak association of old age with the vulnerability is a finding that contributes to the paradigm shift of "vulnerable elderly without ability." The prioritization of the most vulnerable groups of a population is crucial in an attempt to minimize the effects of social inequality in our country. (29) Equity, a guiding principle of the Single Brazilian health system, implies that ideally everyone should have a fair opportunity to get full health potential and no one should be disadvantaged from achieving the potential, if it possible to avoid. In short, suggests that different people should have access to sufficient health resources for their health needs. (30)

The visual representation recognized the categorization. Visually, we can assign higher occurrence to words that appear in larger, as well as how close they are, also indicates a relationship. "Health", "disease", "vulnerable", "power", "sick" and "dependent", all in shades of blue, establish a direct relationship with three of the four categories with the highest number of inferences: "health and disease", "autonomy" and "frailty". Health, disease and vulnerable establish a point of contact in the graphical representation, which also suggests that in addition to a significant occurrence in the discourse of patients, those words still relate within the speeches.

Final considerations

In the sample, which are disparate everyday situation - from adults and elderly patients admitted to general hospital or physically active - the vulnerability concept is directly related to disease or lack of health.

The issue of vulnerability associated with behavior, the result of moral judgment, also had a significant numerical expression. On the other hand, this category incorporated various positions, making it difficult to specify the significance of this category precisely. Autonomy also occupied a prominent place in the speeches. The autonomy is all about the dependent - widely - of respondents toward someone. The vulnerability lies in the act of relying on someone for survival, as naturally early in life, takes a pejorative paper when referring to adulthood or older adults.

Frailty, used as a synonym of vulnerability, followed this trend also in this study. The word “frailty” appeared significantly in the statements and generally towards synonym for vulnerability. Another feature of vulnerability is not able to rely on a network of social support, mainly family. The age factor, did not obtain a significant expression in the speech of participants.

References

1. Cocentino JMB, Viana TDC. A velhice e a morte: reflexões sobre o processo de luto. *Rev Bras Geriatr e Gerontol.* 2011;14(1):591–9.
2. Veras R. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. *Cad Saude Publica.* 2003;19(3):705–15.
3. Nasri F. Demografia e epidemiologia do envelhecimento O envelhecimento populacional no Brasil The aging population in Brazil. 2008;6(2):11–3.
4. Menezes RL De, Bachion MM, Souza JT De, Nakatani AYK. Estudo longitudinal dos aspectos multidimensionais da saúde de idosos institucionalizados. *Rev Bras Geriatr e Gerontol.* 2011;14:485–96.
5. Pavarini SCI, Barha EJ, Mendiondo MSZ De, Filizola CLA, Petrilli Filho JF, Santos AA Dos. Family and social vulnerability: a study with octogenarians. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2009;17(3):374–9.
6. Carvalho JAM WL. A transição da estrutura etária da população brasileira na primeira metade do século XXI. *Cad Saude Publica.* 2008;24(3):597–605.
7. Brasil. Ministério do Planejamento A em: 2011 agosto 25. Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Contagem Populacional. 2010. Available from: Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/resultados_do_censo2010.php>
8. Ojima R. As dimensões demográficas das mudanças climáticas: cenários de mudança do clima e as tendências do crescimento populacional. *Rev Bras Estud Popul.* 2011;28:389–403.
9. Santos M do RDR dos, Mendes SCSM, Moraes DB do PSMC, Araújo MA da M, Carvalho CMRG de. Caracterização nutricional de idosos com hipertensão arterial em Teresina, PI. *Rev Bras Geriatr e Gerontol.* 10(1).
10. Simões JA. Reflexão bioética Sobre a situação do idoso e sua família. *Acta Med Port.* 2010;23:483–92.
11. Wilde MH. Life with an indwelling urinary catheter: the dialectic of stigma and acceptance. *Qual Health Res.* 2003;13(9):1189–204.
12. Goldim JR. Bioética complexa: uma abordagem abrangente para o processo de tomada de decisão. *Rev da AMRIGS.* 2009;53(1):58–63.

13. Saúde M da. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. 2005.
14. Dorsen C. Vulnerability in homeless adolescents: Concept analysis. *J Adv Nurs*. 2010;66:2819–27.
15. Cutter SL, Boruff BJ, Shirley WL. Social vulnerability to environmental hazards. *Soc Sci Q*. 2003;84:242–61.
16. Flaskerud JH, Winslow BJ. Conceptualizing vulnerable populations health-related research. *Nurs Res*. 2002;47:69–78.
17. Martins T, Regina M, Alvarenga M. Avaliação da vulnerabilidade de famílias assistidas na Atenção Básica. 2012;20(5).
18. Nakamura E, Chiesa AM, Egry EY, Campos CMS, Nichiata LYI, Takahashi RF. O Potencial de um instrumento para o reconhecimento de vulnerabilidades sociais e necessidades de saúde: saberes e práticas em saúde coletiva. *Rev Latino-am Enferm*. 2009;17(2).
19. Ayres JRJM, Calazans GJ, Saletti HC Filho FIJ. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: Campos et al, organizadores. *Tratado de Saúde Coletiva 2*. 2nd ed. RIO DE JANEIRO: Hucitec; 2008. p. 375–417.
20. Sellman D. Towards an understanding of nursing as a response to human vulnerability. *Nurs Philos*. 2005;6(1):2–10.
21. Almeida LD De. Suscetibilidade : novo sentido para a vulnerabilidade. *Rev Bioética [Internet]*. 2010;18(3):537–48. Available from: http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewFile/582/589
22. Spiers J. New perspectives on vulnerability using emic and etic approaches. *J Adv Nurs*. 2000;31(3):715–21.
23. Miguel MEGB, Pinto MEB MS. A dependência na velhice sob a ótica de cuidadores formais de idosos institucionalizados. *Rev Eletr Enf*. 2007;9(3):784–95.
24. Goldim JR. Consentimento E Informação : a Importância Da Qualidade Do Texto Utilizado. 2006.
25. Bank AD. Handbook on Poverty and Social Analysis A Working Document. 2012.
26. Aday LA. Health status of vulnerable populations. *Annu Rev Public Health*. 1994;15:487–509.
27. Minayo MCDS. Violência contra idosos: relevância para um velho problema. *Cad Saude Publica*. 2003;19(3):783–91.

28. Godlovitch G. Age discrimination in trials and treatment: old dogs and new tricks. *Monash Bioeth Rev.* 2003;22(3):66–77.
29. Meyer DEE, Mello DF De, Valadão MM, Ayres JRDCM. “Você aprende. A gente ensina?”: interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. *Cad Saude Publica.* 2006;22(6):1335–42.
30. S G. Reflections on the vulnerable. In: Bankowski Z, Bryant JH, editors. *Poverty, vulnerability and the value of human rights – a global agenda for bioethics.* Genebra Counc Int Organ Med Sci. 1995;203–6.
31. M L. Hot Spots Project A spatial vulnerability analysis of urban populations to extreme heat events. 2010.
32. Raymundo MM, Goldim JR. Do consentimento por procuração à autorização por representação. *Bioética [Internet].* 2007;15(1):83–99. Available from: <http://www.portalmedico.org.br/bioetica/edicoes/2007/15-1/revista.pdf>
33. Sánchez AIM, Bertolozzi MR. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva ? Can the vulnerability concept support the construction of knowledge in collective health care ? *Ciências & Saúde Coletiva.* 2007;12:319–24.
34. Minosso JSM, Amendola F, Alvarenga MRM, De Campos Oliveira MA. Validação, no Brasil, do Índice de Barthel em idosos atendidos em ambulatorios. *ACTA Paul Enferm.* 2010;23(2):218–23.
35. Garcia I. EDUCACIÓN PARA LA SALUD DEL SIGLO XXI. COMUNICACIÓN Y SALUD. *Rev Esp Salud Pública.* 1998;72:151–3.
36. Teixeira INDO. Percepções de profissionais de saúde sobre duas definições de fragilidade no idoso * The perception of health professionals of two definitions of frailty in elderly people. *Heal (San Fr.* 2006;1181–8.
37. Hogan DB. Models, Definitions, and Criteria of Frailty. *Handbook of Models for Human Aging.* 2006. p. 619–29.
38. Haimes YY. On the definition of resilience in systems. *Risk Analysis.* 2009. p. 498–501.
39. Tedesco S. O que fazemos quando falamos em Vulnerabilidade ? 2008;32(2):254–60.
40. Karunanathan S, Wolfson C, Bergman H, Béland F, Hogan DB. A multidisciplinary systematic literature review on frailty: overview of the methodology used by the Canadian Initiative on Frailty and Aging. *BMC Med Res Methodol.* 2009;9:68.
41. Paz AA, Dos Santos BRL, Eidt OR. Vulnerabilidade e envelhecimento no contexto da sa??de. *ACTA Paul Enferm.* 2006;19(3):338–42.

42. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Anuário estatístico do Brasil [Internet]. 2011. Available from: <http://memoria.org.br/pub/90000/90000007r.pdf>
43. Gardner W, Hoge S, Bennett N, Roth LH, Lidz CW, Monahan J, et al. Two scales for measuring patient's perceptions for coercion during mental hospital admission. *Behav Sci Law*. 1993;11:307–21.
44. Fleiss J. *Statistical methods for rates and proportions*. 2nd ed. New York: Wiley; 1981. 800 p.
45. Tabora JGV. *Percepção De Coerção Em Pacientes Psiquiátricos , Cirurgicos E Clínicos Hospitalizados*. Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2002.
46. Katz S, Downs TD, Cash HR, Grotz RC. Progress in development of the index of ADL. *Gerontologist*. 1970;10:20–30.
47. Pinto MF, Barbosa DA, De Lucena Ferreti CE, De Souza LF, Fram DS, Belasco a. GS. Qualidade de vida de cuidadores de idosos com doença de Alzheimer. *ACTA Paul Enferm*. 2009;22(5):652–7.
48. Duarte YA de O, Andrade CL de, Lebrão ML. O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. *Rev Esc Enferm USP*. 2007;41(2):317–25.
49. Lino VTS, Pereira SRM, Camacho LAB, Ribeiro Filho ST, Buksman S. Cross-cultural adaptation of the Independence in Activities of Daily Living Index (Katz Index). *Cad saude publica / Minist da Saude, Fund Oswaldo Cruz, Esc Nac Saude Publica*. 2008;24:103–12.
50. Loevinger J, Wessler R. Construction and use of a sentence completion test. *Measuring ego development*. San Francisco; 1970. p. 457.
51. Pedrosa B. Cálculo dos escores e estatística descritiva do WHOQOL-100 utilizando o Microsoft Excel. *Rev Bras Qual Vida*. 2009;1:23–32.
52. Ibge. *Censo Demográfico 2010 - Características da População e dos Domicílios - Resultados do Universo*. 2011;270.
53. Rouquayrol A. *Epidemiologia e saúde*. 7th ed. São Paulo; 2013. 736 p.
54. Passarelli MCG. O processo de envelhecimento em uma perspectiva geriátrica. *Mundo Saúde*. 1997;21(4):208–12.
55. Jacob Filho W SR. Anatomia e fisiologia do envelhecimento. In: Carvalho Filho ET PNM, editor. *Geriatrics: fundamentos, clínica e terapêutica*. São Paulo: Atheneu; 2000. p. 31–40.
56. *The Belmont Report: Ethical Guidelines for the Protection of Human Subjects*. Washington; 1978.

57. Inouye K, Barham EJ, Pedrazzani ES, Pavarini SCI. Percepções de suporte familiar e qualidade de vida entre idosos segundo a vulnerabilidade Social. *Psicol Reflexão e Crítica*. 2010;23:582–92.
58. Maia F de OM. Vulnerabilidade e envelhecimento: Panorama dos idosos residentes no Município de São Paulo Estudo SABE. USP; 2011.
59. MCP N. Sentidos da vulnerabilidade: característica, condição e princípio. *Rev Bras Bioética*. 2006;2(2):157–72.
60. E Z, A F. Vulnerabilidade, Bioética e a ação em enfermagem em saúde coletiva. In: CP B, ELCP Z, editors. *Bioética, Vulnerabilidade e saúde*. São Paulo; 2007. p. 139–57.
61. E MJ, Hogan D. As dimensões da vulnerabilidade. *São Paulo Perspect*. 2006;20(1):33–43.
62. Andrew MK, Mitnitski AB, Rockwood K. Social vulnerability, frailty and mortality in elderly people. *PLoS One* [Internet]. 2008 Jan [cited 2012 Sep 3];3(5):e2232. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2375054&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
63. Laranjeira C. Do vulnerável ser ao resiliente envelhecer: revisão de literatura. *Psicol Teor Pesqui*. 2007;23(3):327–32.
64. Holliday R. Robin Holliday. *Lancet*. 2000;355:856.
65. RAMOS L R. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. 72-78 p.
66. Chagas AM, Rocha ED. Aspectos fisiológicos do envelhecimento e contribuição da Odontologia na saúde do idoso. *Rev bras odontol*. 2012;69(1):94–6.
67. Ferreira CV, Ferreira CG, Escobar RV. Relação entre envelhecimento ativo , risco de queda e perfil funcional de idosos. 2012;4(2):27–41.
68. Joseph L. Fleiss, Bruce Levin MCP. *Statistical Methods for Rates and Proportions*. 2003. 800 p.
69. Machado MRC, Gomes Junior SC, Marinheiro LPF. Vitamina D e diabetes mellitus, suas epidemias e o envelhecimento. O que há de novo? *Reprodução Clim* [Internet]. Sociedade Brasileira de Reprodução Humana; 2014;29(2):54–9. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1413208714000405>
70. Luiza M, Mendonça M De. Envelhecer feminino no cinema brasileiro contemporâneo : outras narrativas , novos olhares Envejecer femenino en el cine brasileño contemporáneo : otras narrativas , nuevas miradas *Aging*

- women in contemporary Brazilian cinema : other narratives , new look. 2012;15(3):571–93.
71. Camarano A, Pasinato M. O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas [Internet]. Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60? 2004. 253-292 p. Available from: [http://www.ucg.br/ucg/unati/ArquivosUpload/1/file/Envelhecimento Populacional na Agenda das Políticas Públicas.pdf](http://www.ucg.br/ucg/unati/ArquivosUpload/1/file/Envelhecimento%20Populacional%20na%20Agenda%20das%20Políticas%20Públicas.pdf)
 72. Clavairolle, Peixoto F/, Ehlers C. Envelhecimento, Políticas Sociais E Novas Tecnologias [Internet]. FGV Editora; 2005 [cited 2015 Feb 5]. 140 p. Available from: <https://books.google.com/books?id=2Hp23j9GKUEC&pgis=1>
 73. Gurwitz, J.H, Col, N.F, Avon J. The exclusion of the elderly and women from clinical trials in acute myocardial infarction. JAMA. 1992;268:1417–22.
 74. Ferreira VN, Silva R, Chinelato DC, Castro MR, Caputo E. Menopausa : Marco Biopsicossocial Do Envelhecimento Feminino Menopause : Biopsychossocial Landmark of Female Aging. *Psicol Soc.* 2013;25(2):410–9.
 75. CELICH KLS. DOMÍNIOS DE QUALIDADE DE VIDA E CAPACIDADE PARA A TOMADA DE DECISÃO EM IDOSOS PARTICIPANTES DE GRUPOS DA TERCEIRA IDADE. PUCRS; 2008.
 76. Monalisa Dias de Siqueira. “ Vivendo bem até mais que 100 !” envelhecimento , saúde e políticas públicas para idosos no Brasil. UFRGS; 2014.
 77. Bajotto AP, Goldim JR. Avaliação da qualidade de vida e tomada de decisão em idosos participantes de grupos socioterápicos da cidade de Arroio do Meio, RS, Brasil. *Rev Bras Geriatr e Gerontol.* 2011;14:753–61.
 78. Pires ZR dos S, Silva MJ da. Autonomia e capacidade decisória dos idosos de baixa renda: uma problemática a ser considerada na saúde do idoso. *Rev Eletr Enferm.* 2001;3(2).
 79. Bajotto AP, Goldim JR. Case-Report: Autonomy and Self Determination of an Elderly Population in South Brazil. *J Clin Res Bioeth.* 2011;02(02):2–4.
 80. PALÉO-NETTO M. Atividade física para o idoso e objetivos. *Tratado de gerontologia.* São Paulo; 2007. p. 781–94.
 81. Banhato E, Scoralick N. Atividade física, cognição e envelhecimento: estudo de uma comunidade urbana. *Psicol Teor e Prática* [Internet]. 2009;11(1):76–84. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1516-36872009000100007&script=sci_arttext&tlng=es
 82. Camarano A, Pasinato M, Lemos V. Cuidados de longa duração para a população idosa: uma questão de gênero? In: Neri A, editor. *Qualidade de vida na velhice: um enfoque multidisciplinar.* 2007. p. 127–49.

83. Wanderley, Luiz William Barreto et al. Avaliação da qualidade de vida dos idosos nas unidades básicas de saúde. FIEP Bull On-line. 2012;82(2).
84. Borges LM. Saúde autopercebida e qualidade de vida de homens participantes de intervenção psicoeducativa para idosos. Psico-USF. 2014;19(3):421–31.
85. Duque JM, Mateo Echanogorria A, Martinez Martin MI, Criado Valdés S, Sanabria F, Carcagno G. La participación social de las Personas Mayores. 2008;
86. . Ministério do Planejamento O e GIB de G e E. No Title [Internet]. Available from: http://www.censo2010.ibge.gov.br/resultados_do_censo2010.php
87. Macklin R. Bioethics, vulnerability, and protection. Bioethics. 2003;17:472–86.
88. Pilger C, Menon MH, Mathias TADF. Características sociodemográficas e de saúde de idosos : contribuições. Rev Lat Am Enfermagem. 2011;19(5):2–9.
89. Leonor Duarte Almeida. Suscetibilidade: novo sentido para a vulnerabilidade. Rev Bioética. 2010;18(3):537–48.

7 CONCLUSÕES

O principal objetivo desta pesquisa foi caracterizar a vulnerabilidade no contexto do envelhecimento. Considerando que o envelhecimento é um fenômeno irreversível, natural e que ocorre de forma diferente em cada ser, em relação a essa investigação científica, conclui-se que a vulnerabilidade no processo de envelhecimento não pode ser reduzida a uma condição idade-dependente. É preciso incorporar ao conceito de vulnerabilidade seu caráter dinâmico.

Ao agrupar idosos e adultos em diferentes situações de atendimento em hospital-geral para comparação com idosos e adultos que foram selecionados na comunidade, se buscou confrontar duas realidades experienciadas tanto por idosos e adultos. Ao comparar os resultados obtidos com os instrumentos de avaliação, a conclusão mais proeminente foi: apenas considerando a idade como balizador, não houve diferença significativa entre a amostra de idosos e adultos. Apenas uma das facetas do WHOQOL, “Meio ambiente”, apresentou diferença significativa, sendo que a média foi maior em idosos. Este domínio engloba a segurança física e proteção, ambiente no lar, recursos financeiros (entre outras características).

A partir do momento em que a amostra passou a considerar os pequenos grupos (ou locais de coleta) – participantes em acompanhamento ambulatorial, internados ou selecionados na comunidade – outras características se fizeram presentes. A escolaridade da amostra revelou um maior nível de instrução de idosos AF, não houve diferença significativa entre o desempenho funcional ou o DPM. Houve um discreto grau de percepção de coerção na pesquisa pelo grupo idosos AF e este grupo também apresentou a média geral de qualidade de vida significativamente elevada.

Vulnerabilidade, de acordo com a percepção pessoal da amostra de 222 participantes adultos e idosos, está diretamente relacionada à presença de doença ou falta de saúde. A fala dos participantes também revelou uma associação do

conceito de vulnerabilidade com o julgamento moral de uma conduta do outro. Duas outras categorias representativas foram autonomia e fragilidade.

O assunto abordado e discutido nesta tese não se esgotou com as reflexões propostas pelos autores. Embora algumas respostas tenham sido respondidas, ainda existem diversas possibilidades de exploração do material. Um dos próximos objetivos é dividir a fala dos participantes entre idosos e adultos e verificar a distribuição entre as categorias. O campo do envelhecimento é rico em possibilidades, fértil em material e urgente em intervenções. Portanto, para que a transição epidemiológica seja encarada como um sucesso evolutivo – e não uma falha de planejamento coletivo – outros estudos serão necessários para que as incertezas e limitações ofereçam intervenções objetivas direcionadas à melhoria da saúde nas dimensões sociais, mentais e físicas.

ANEXOS

ANEXO 1 Termo de consentimento livre e esclarecido

Você está sendo convidado a participar de um estudo intitulado: **A VULNERABILIDADE NO CONTEXTO DO ENVELHECIMENTO: UMA ABORDAGEM DA BIOÉTICA COMPLEXA**. O objetivo é demonstrar que a vulnerabilidade é uma característica que parece ser independente de idade. Para tanto, vamos comparar resultados obtidos com o preenchimento de questionários, os quais convidamos você a preencher.

Todas as informações coletadas serão utilizadas apenas para fins científicos e a sua identidade será preservada.

A sua participação no presente projeto não acarreta riscos relacionáveis a esta pesquisa, podendo ocorrer apenas desconforto em responder perguntas sobre a sua pessoa.

A sua participação é voluntária, e você poderá não aceitar ou interromper a sua participação na pesquisa a qualquer momento, sem qualquer prejuízo na participação em outras pesquisas ou assistência realizadas na Instituição.

Os pesquisadores do projeto são Alethéia Bajotto e José Roberto Goldim que estão a sua disposição para eventuais outros esclarecimentos através do telefone 33597615. Você também pode se informar sobre os seus direitos como participante de pesquisa com o Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA, telefone 33598304. O presente projeto foi aprovado por este mesmo Comitê.

Eu, _____ aceito participar desta pesquisa sobre a Pesquisa e Procedimentos Assistenciais no HCPA.

_____/_____/_____
Assinatura

_____/_____/_____
Coletador

ANEXO 2 Instrumento de Desenvolvimento Psicológico-Moral

Nome: _____ **SEXO:** ()F ()M
IDADE: _____ **ANOS** **PROFISSÃO:** _____
ESCOLARIDADE: _____ **ANOS DE ESTUDO**

Assinale 3 afirmações que correspondam ao seu gosto pessoal:

- () Poder contar com amigos que me ajudam
- () Realizar um trabalho bem feito
- () Estar numa posição de dar ordens
- () Fazer o que é moralmente certo
- () Não alimentar preconceitos
- () Ser coerente com o que digo e faço
- () Ter amigos protetores
- () Retribuir os favores que me fazem
- () Estar em harmonia comigo mesmo
- () Ter relações influentes
- () Não se deixar influenciar por convenções sociais
- () Ser generoso para com os outros

Assinale 2 conteúdos que o preocupam mais frequentemente com relação a si mesmo

- () Compromissos assumidos
- () Não ser dominado pelos outros
- () Aprimoramento pessoal
- () Desejos sexuais
- () Estar bem trajado
- () Harmonia interior

Assinale 2 conteúdos que o preocupam mais frequentemente com relação a si mesmo:

- () Prestígio
- () Coerência
- () Autonomia
- () Autocrítica exagerada
- () Competição
- () Impulsividade

Assinale 2 conteúdos que o preocupam mais frequentemente com relação a si mesmo:

- () Medo à vingança
- () Boa reputação
- () Conflito de necessidades
- () Independência
- () Ter um rendimento ótimo
- () Obter vantagens

ANEXO 3 Índice de Katz

Quadro 1 - Formulário de avaliação das atividades de vida diária

Nome: _____		Data da avaliação: __/__/____
Para cada área de funcionamento listada abaixo assinale a descrição que melhor se aplica. A palavra "assistência" significa supervisão, orientação ou auxílio pessoal		
Banho - banho de leito, banheira ou chuveiro		
<input type="checkbox"/> Não recebe assistência (entra e sai da banheira sozinho se essa é usualmente utilizada para banho)	<input type="checkbox"/> Recebe assistência no banho somente para uma parte do corpo (como costas ou uma perna)	<input type="checkbox"/> Recebe assistência no banho em mais de uma parte do corpo
Vestir - pega roupa no armário e veste, incluindo roupas íntimas, roupas externas e fechos e cintos (caso use)		
<input type="checkbox"/> Pega as roupas e se veste completamente sem assistência	<input type="checkbox"/> Pega as roupas e se veste sem assistência, exceto para amarrar os sapatos	<input type="checkbox"/> Recebe assistência para pegar as roupas ou para vestir-se ou permanece parcial ou totalmente despido
Ir ao banheiro - dirigir-se ao banheiro para urinar ou evacuar: faz sua higiene e se veste após as eliminações		
<input type="checkbox"/> Vai ao banheiro, higieniza-se e se veste após as eliminações sem assistência (pode utilizar objetos de apoio como bengala, andador, barras de apoio ou cadeira de rodas e pode utilizar comadre ou urinol à noite esvaziando por si mesmo pela manhã)	<input type="checkbox"/> Recebe assistência para ir ao banheiro ou para higienizar-se ou para vestir-se após as eliminações ou para usar urinol ou comadre à noite	<input type="checkbox"/> Não vai ao banheiro para urinar ou evacuar
Transferência		
<input type="checkbox"/> Deita-se e levanta-se da cama ou da cadeira sem assistência (pode utilizar um objeto de apoio como bengala ou andador)	<input type="checkbox"/> Deita-se e levanta-se da cama ou da cadeira com auxílio	<input type="checkbox"/> Não sai da cama
Continência		
<input type="checkbox"/> Tem controle sobre as funções de urinar e evacuar	<input type="checkbox"/> Tem "acidentes" ocasionais * acidentes= perdas urinárias ou fecais	<input type="checkbox"/> Supervisão para controlar urina e fezes, utiliza cateterismo ou é incontinente
Alimentação		
<input type="checkbox"/> Alimenta-se sem assistência	<input type="checkbox"/> Alimenta-se se assistência, exceto para cortar carne ou passar manteiga no pão	<input type="checkbox"/> Recebe assistência para se alimentar ou é alimentado parcial ou totalmente por sonda enteral ou parenteral

Fonte: Katz, 1963¹²⁹

ANEXO 4 Escala de Percepção de Coerção na Pesquisa

Leia as seguintes frases e assinale se concorda ou discorda da afirmação:

	Concordo	Discordo
Senti-me livre para fazer o que quisesse a respeito da minha participação na pesquisa.		
Eu escolhi participar da pesquisa.		
Foi minha a ideia de participar da pesquisa.		
Tive bastante decisão sobre se eu participaria na pesquisa.		
Tive mais influência do que qualquer outra pessoa sobre o fato de participar ou não da pesquisa.		

ANEXO 5 Escala de Expressão de Coerção na Assistência

Leia as seguintes frases e assinale se concorda ou discorda da afirmação:

	Concordo	Discordo
Tive oportunidade suficiente de dizer se queria realizar o tratamento no HCPA.		
Tive oportunidade de dizer o que queria a respeito do tratamento no HCPA.		
Ninguém parecia interessado em saber da minha opinião.		
Minha opinião não interessou.		

ANEXO 6 WHOQOL BREF

Instruções

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Você tem algum comentário sobre o questionário?

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO