



Fragilidade e apoio social e familiar de idosos em contextos de vulnerabilidade

Frailty and social support of the elderly in contexts of social vulnerability

Isabela Thaís Machado de Jesus¹, Ariene Angelini dos Santos Orlandi¹, Marisa Silvana Zazzetta¹

Objetivo: analisar a relação entre o nível de fragilidade e as relações familiares e sociais de idosos em contexto de vulnerabilidade social. **Métodos:** estudo transversal, realizado com idosos cadastrados em cinco Centros de Referência de Assistência Social. Amostra por conveniência composta por 247 idosos. Para coleta de dados, utilizou-se questionário sociodemográfico, Escala de Fragilidade de Edmonton, Genograma e Ecomapa. A vulnerabilidade social foi caracterizada segundo Índice de Vulnerabilidade Social. **Resultados:** dos respondentes, 41,7% não apresentaram fragilidade, 21,5% estavam aparentemente vulneráveis e 36,8% estavam frágeis. Não houve diferença significativa entre fragilidade e relação familiar. Houve diferença significativa entre fragilidade e vínculo externo ($p=0,010$), indicando que idosos com algum nível de fragilidade possuíam vínculo externo limitado. **Conclusão:** idosos que possuem relação próxima com familiares, não apresentaram fragilidade, enquanto que a maior parte dos idosos que não possuem vínculos externos, apresentou algum nível de fragilidade.

Descritores: Idoso Fragilizado; Apoio Social; Vulnerabilidade Social.

Objective: to analyze the relationship between of frailty and the family social relationships of the elderly in a context of social vulnerability. **Methods:** a cross-sectional study with elderly people enrolled in five Reference Centers for Social Assistance. Sample for convenience composed of 247 elderly. For data collection, a sociodemographic questionnaire, Edmonton Frailty Scale, Genogram and Eco-maps were used. Social vulnerability characterized according to Social Vulnerability Index. **Results:** of the respondents, 41.7% did not present frailty, 21.5% were apparently vulnerable and 36.8% frail. There was no significant difference between frailty and family relationship. There was significant difference between frailty and external attachment ($p=0.010$), indicating that elderly individuals with frailty at some level had a limited external link. **Conclusion:** elderly people who have a close relationship with family members, did not present frailty, while the majority of the elderly who do not have external ties, presented some level of frailty.

Descriptors: Frail Elderly; Social Support; Social Vulnerability.

¹Universidade Federal de São Carlos. São Carlos, SP, Brasil.

Autor correspondente: Isabela Thaís Machado de Jesus
Universidade Federal de São Carlos. Rodovia Washigton Luís Km 235 SP-310. CEP: 13565-905, Departamento de Gerontologia. São Carlos, SP, Brasil. E-mail: isabela.machado1@gmail.com

Introdução

O envelhecimento é um processo dinâmico, progressivo, irreversível e universal, caracterizado por mudanças estruturais e funcionais no organismo. No contexto do envelhecimento, destaca-se a síndrome da fragilidade, condição que pode acometer alguns idosos, os quais se tornam vulneráveis e em risco para o adoecimento, desenvolvimento de dependência ou óbito, indicando declínio físico, cognitivo e social⁽¹⁾.

Idosos residentes, em contextos de maior vulnerabilidade social, parecem ser mais acometidos pela fragilidade. A vulnerabilidade social reflete o entorno sociocultural do indivíduo e denota ausência ou dificuldade de apoio de instituições de segurança social, o que dificulta o exercício dos direitos sociais de cada cidadão, afetando a capacidade de reagir a situações adversas. Em contextos vulneráveis, é maior o risco de adoecimento e prejuízo à qualidade de vida e ao bem-estar de idosos⁽²⁾.

A fragilidade pode ocasionar impactos no sistema de saúde e de assistência, como também afetar os familiares. Essa situação se torna complexa, quando demandas refletem no cenário das políticas públicas e trazem responsabilidades para o âmbito familiar⁽³⁾.

A literatura apresenta que o domicílio se constitui em um espaço privilegiado para o cuidado, caracterizado pela preocupação com a integralidade e a singularidade do idoso, e pela valorização da relação e respeito ao outro, desde que a família participe e forneça suporte e apoio necessários a esses indivíduos e utilize de esforços e recursos⁽⁴⁾.

Destaca-se que a fragilidade pode se agravar em decorrência da ausência de apoio social, pois a carência deste pode afetar os sistemas de defesa do organismo, tornando o indivíduo mais suscetível ao adoecimento⁽⁵⁾. Presume-se que manter as relações de apoio familiar e as relações sociais promove melhores condições de saúde aos idosos, favorecendo a resiliência em casos de situações estressoras⁽⁶⁾.

Tendo em vista que o apoio social pode ser crucial no sucesso de uma intervenção, torna-se oportuno

conhecer a fragilidade e as relações familiares e sociais de idosos que residem em região de vulnerabilidade social⁽⁷⁾. Serviços de saúde e assistência podem promover mecanismos para que se garanta a prevenção de risco, por ausência de apoio social, e gerenciar estratégias de atenção ao idoso frágil.

Estudos de fragilidade em contexto vulnerável são escassos na literatura. Investigar esse cenário pode contribuir com ações de intervenção e replanejamento das políticas de atenção aos idosos, com abordagens de apoio e suporte para familiares. Logo, objetivou-se analisar a relação entre o nível de fragilidade e as relações familiares e sociais de idosos em contexto de vulnerabilidade social.

Métodos

Estudo transversal, realizado com idosos cadastrados nos Centros de Referência de Assistência Social do Município de São Carlos, São Paulo, Brasil, perfazendo total de cinco Centros de Referência.

Para identificação da vulnerabilidade social, foi consultada a distribuição da população, por meio do Índice Paulista de Vulnerabilidade Social, que classifica o Município de São Carlos em seis grupos de vulnerabilidade, de acordo com a população, 221.950 mil habitantes, em: baixíssima, muito baixa, baixa, média e alta vulnerabilidade⁽⁸⁾. O Índice Paulista de Vulnerabilidade Social considera dimensões socioeconômicas e demográficas que contempla escolaridade, renda e idade do responsável pelo domicílio⁽⁹⁾.

Os cinco Centros de Referência de Assistência Social foram identificados em I, II, III, IV e V. Os Centros I, II e III estavam localizados em região com alta vulnerabilidade, sendo I e II em área urbana, correspondendo a 12,9% do total da população. O Centro III, situado em área rural, correspondeu a 0,1% do total da população. O Centro IV contemplava regiões com média vulnerabilidade e tinha abrangência de 5,7% do total da população e o Centro V, com vulnerabilidade muito baixa, referenciava 59,0% do total da população⁽⁹⁾.

A amostra por conveniência foi composta por 247 idosos cadastrados nos Centros de Referência de Assistência Social. Primeiramente, foi realizado levantamento de dados que consistiu no acesso a todos os prontuários existentes em papel, em que se encontravam registradas as famílias e selecionadas aquelas em que havia membros idosos, sendo 1.451 idosos cadastrados em todos os Centros. De posse dessas informações, foram verificados nome, idade, data de nascimento e endereço. Optou-se por não realizar cálculo amostral e visitar as residências dos idosos cadastrados.

Não foram elegíveis 679 (46,8%), por não terem sido encontrados nos referidos endereços de cadastro, por terem mudado de endereço ou por residirem em áreas fora da abrangência dos Centros. Dos 772 (53,2%) que foram elegíveis, 447 (57,9%) corresponderam a perdas por motivos de recusa, óbito, desistência ou porque o idoso se encontrava sozinho e não tinha compreensão para responder aos questionamentos. Setenta e oito dos elegíveis corresponderam aos cuidadores que responderam às questões em relação ao cuidado e à sobrecarga. No presente estudo, foram utilizadas somente as entrevistas com os idosos.

Os critérios de inclusão foram: possuir 60 anos de idade ou mais, ser cadastrado em um dos Centros e compreender as questões da entrevista. O critério de exclusão foi: possuir déficit de audição ou de visão que dificultassem a participação na pesquisa. As entrevistas foram realizadas de segunda-feira a sexta-feira, em horário comercial, de agosto de 2012 a agosto de 2016. A coleta de dados foi realizada nos domicílios dos idosos, por avaliadores previamente treinados, e teve início após aceite e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O tempo médio de duração de cada entrevista foi de aproximadamente 45 minutos.

Para coleta de dados, foram utilizados os seguintes instrumentos: questionário sociodemográfico, construído previamente pelos pesquisadores,

Escala de Fragilidade de Edmonton, Genograma e Ecomapa. O questionário sociodemográfico foi utilizado para verificar sexo, idade, escolaridade, estado civil, raça, ocupação atual e anterior.

A Escala de Fragilidade de Edmonton foi utilizada para identificação da fragilidade, a qual é composta por nove domínios: cognição, estado geral da saúde, independência funcional, suporte social, uso de medicamentos, nutrição, humor, continência e desempenho funcional, compreendendo 11 itens. A pontuação máxima é de 17 pontos. Indivíduos que obtêm de zero a quatro pontos são considerados não frágeis; de 5 a 6 pontos, aparentemente vulneráveis; de 7 a 8 apresentam fragilidade leve; de 9 a 10, fragilidade moderada; e 11 ou mais pontos, fragilidade severa⁽¹⁰⁾.

O Genograma foi utilizado para identificar a composição dos membros que residiam com o idoso, por meio de elaboração da representação gráfica, e o tipo de relação do idoso com o(s) membro(s), identificados por relações próximas, distantes ou conflituosas, segundo relato do entrevistado. O Ecomapa foi adotado a fim de rastrear a quantidade de locais e/ou equipamentos da comunidade que eram utilizados pelo entrevistado, representado por meio de diagrama⁽¹¹⁾.

Para análise dos dados, foi elaborada uma planilha do programa Excel e a análise estatística foi realizada com o apoio do *software* estatístico *Statistical Analysis System* versão 9.2, de forma descritiva e univariada. Na estatística descritiva, foram calculadas frequências, médias e desvio padrão para as variáveis categóricas (gênero, raça, estado civil, escolaridade, ocupação atual, nível de fragilidade e vulnerabilidade social). Devido à ausência de distribuição normal das variáveis, constatada pelos testes Shapiro-Wilk e Kolmogorov-Smirnov, optou-se pelos testes não paramétricos. Foi utilizado o Teste Kruskal-Wallis para estimar as diferenças entre três ou mais grupos das variáveis numéricas. Após constatação de diferença significativa, foi utilizado o post-hoc de Dunn ($p < 0,05$). Foi utilizado o coeficiente de correlação de Spearman

para verificar a correlação da fragilidade com a vulnerabilidade social. O nível de significância adotado foi de 5% ($\alpha \leq 0,05$).

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, conforme parecer nº 72182/2012 e CAAE 00867312800005504.

Resultados

As características sociodemográficas dos 247 idosos participantes da pesquisa estão apresentadas na Tabela 1. Dos entrevistados, 197 (79,8%) pertenciam ao gênero feminino com média de idade de 68,5 (Desvio padrão=7,3) anos. 152 (57,5%) pertenciam à etnia branca, 109 (44,1%) eram casados, 151 (61,1%) católicos, 133 (53,85%) possuíam de 1 a 4 anos de estudo e 137 (55,5%) eram aposentados. Quanto à fragilidade, 103 (41,7%) não apresentaram fragilidade e 161 (65,2%) participantes residiam em regiões com alta vulnerabilidade social.

Quanto à avaliação da composição dos arranjos familiares, verificou-se que 48,1% desses idosos residiam com familiares da primeira geração, 23,5% moravam com familiares da terceira geração, 46,1% residiam com famílias pluriparentais e 1,2% com família monoparental.

Ao analisar a fragilidade dos idosos e o tipo de relação existente entre as pessoas que residiam sob o mesmo teto e que apresentavam laços consanguíneos, verificou-se que 127 (49,5%) referiram relação “próxima”, sendo que 49 (38,6%) deles estavam frágeis. No tocante à relação com os membros no mesmo lar sem laço consanguíneo (cônjuge, nora, genro, afilhado ou enteado), a maioria (61,1%) relatou relação “próxima”, sendo que 55 (36,4%) possuíam fragilidade em algum nível, conforme apresentado na Tabela 2.

De acordo com o teste Kruskal-Wallis, não houve diferença significativa ($p=0,060$) entre o nível de fragilidade e o tipo de relação existente entre os familiares.

Tabela 1 – Distribuição das características sociodemográficas e nível de fragilidade dos idosos cadastrados em Centros de Referência de Assistência Social

Variáveis	n (%)
Gênero	
Feminino	197 (79,8)
Masculino	50 (20,2)
Faixa etária (anos)	
60-69	160 (64,8)
70-79	64 (25,9)
80-89	19 (7,7)
≥ 90	4 (1,6)
Etnia	
Branca	142 (57,5)
Negra	69 (27,9)
Parda	35 (14,2)
Amarela	1 (0,4)
Estado civil	
Casado	109 (44,1)
Viúvo	94 (38,1)
Separado/Divorciado	38 (15,4)
Solteiro	6 (2,4)
Religião	
Católica	151(61,1)
Evangélica	74 (29,6)
Outras	16 (6,47)
Ocupação atual	
Aposentados	137 (55,5)
Não aposentados	110 (44,5)
Escolaridade (anos)	
Analfabeto	45 (18,2)
1 a 4	133 (53,8)
5 a 8	35 (14,1)
>9	11 (4,4)
Fragilidade	
Não frágeis	103 (41,7)
Aparentemente vulnerável	53 (21,5)
Frágeis	91 (36,8)
Vulnerabilidade social	
Alta (CRAS* I, II e III)	161 (65,2)
Média (CRAS IV)	56 (22,7)
Muito Baixa (CRAS V)	30 (12,1)

*CRAS: Centro de Referência de Assistência Social

Tabela 2 – Distribuição do nível de fragilidade dos idosos cadastrados nos Centros de Referência de Assistência Social quanto ao tipo de relação existente entre as pessoas que residiam sob o mesmo teto

Tipo de relação	Níveis de fragilidade					Total n (%)
	Não frágil n (%)	Aparentemente vulnerável n (%)	Leve n (%)	Moderada n (%)	Severa n (%)	
Com laço consanguíneo	103(41,7)	53(21,4)	50(20,2)	30(12,1)	11(4,4)	247(100,0)
Não relatado	48(46,6)	20(37,7)	24(48,0)	10(33,3)	2(18,2)	104 (42,1)
Próxima	51(49,5)	27(50,9)	26(52,0)	15(50,0)	8(72,7)	127
Estreita	1(1,0)	1(1,9)	-	-	-	2
Conflituosa	2(1,9)	3(5,7)	-	5(16,7)	1(9,1)	11
Mais que uma relação	1(1,0)	2(3,8)	-	-	-	3
Sem laço consanguíneo	48(46,6)	20(37,7)	24(48,0)	10(33,3)	2(18,2)	104 (42,1)
Não relatado	36(34,9)	18(34,0)	18(36,0)	11(36,7)	3(27,3)	86(34,8)
Normal	-	-	-	-	1(9,1)	1(9,1)
Próxima	62(60,2)	34(64,1)	31(62,0)	17(56,7)	7(63,6)	151(61,1)
Estreita	-	1(1,9)	-	-	-	1(0,4)
Distante	1(1,0)	-	-	1(3,3)	-	2(4,3)
Conflituosa	1(1,0)	-	-	1(3,3)	-	2(4,3)
Mais que uma relação	3(2,9)	-	1(2,0)	-	-	4(4,9)

De acordo com o teste Kruskal-Wallis, houve diferença estatisticamente significativa entre nível de fragilidade e quantidade de vínculos externos ($p=0,010$). Por meio do teste *post-hoc* de Dunn, foi observada diferença apenas entre os não frágeis ($p=0,007$). Nos demais grupos, aparentemente vulneráveis e os que tiveram fragilidade em algum nível, não foi observada diferença estatística ($p<0,05$). Observa-se na Tabela 3 que a maioria dos ido-

dos com algum nível de fragilidade não possuía vínculos externos. Idosos com três ou mais vínculos externos estavam aparentemente vulneráveis.

Quanto à análise da relação entre nível de fragilidade e quantidade de vínculos externos, os idosos que estavam aparentemente vulneráveis possuíam maior número de vínculos externos. Essa relação foi estatisticamente significativa ($p=0,007$).

Tabela 3 – Distribuição do nível de fragilidade em relação à quantidade de vínculos externos dos idosos cadastrados em Centros de Referência de Assistência Social

Quantidade de vínculos externos	Não frágil n (%)	Aparentemente vulnerável n (%)	Leve n (%)	Moderada n (%)	Severa n (%)	Total n (%)
Nenhum	5(4,8)	2(3,8)	8(16,0)	5(16,7)	5(45,4)	25(10,1)
1 a 2	53(51,5)	27(50,9)	28(56,0)	16(53,3)	2(18,2)	126(51,0)
>3	45(43,7)	24(45,3)	14(28,0)	9(30,0)	4(36,4)	96(38,8)
Total	103(41,7)	53(21,4)	50(20,2)	30(12,1)	11(4,4)	247(100,0)

Discussão

O presente estudo apresenta algumas limitações, pois o tamanho amostral pode limitar a generalização dos resultados, devido ao fato de ter incluído apenas idosos cadastrados em centros de referência de assistência social. Sugerem-se novos estudos em áreas vulneráveis com idosos em situação de fragilidade para verificar o tipo de apoio social recebido por eles.

No presente estudo, a maioria dos idosos pertencia ao gênero feminino. De fato, as mulheres possuem maior expectativa de vida, menores taxas de mortalidade por causas externas, menor exposição a riscos ocupacionais, consomem menos tabaco e álcool e procuram mais pelos serviços sociais e de saúde quando comparadas aos homens⁽¹²⁾. A maior prevalência de fragilidade em mulheres decorre do fato delas viverem mais. Além disso, possuem maior dependência econômica, são influenciadas por condições marcadas por questões sexuais e têm vida social restrita⁽¹³⁾. Houve predomínio de idosos com baixa escolaridade, indicador de risco para impactar negativamente a saúde de idosos e ocasionar efeitos adversos. Evidências apontam que a baixa escolaridade pode apresentar problemas de saúde mental, condições crônicas e, conseqüentemente, ser desfecho para fragilidade, além de exclusão social, menor acesso às informações e condições socioeconômicas desfavoráveis⁽⁵⁾.

No que tange à ocupação, houve predominância de idosos aposentados. Aposentadorias, pensões e benefícios do governo brasileiro são as principais fontes de renda e sustento de idosos na população brasileira, o que confirma os achados do presente estudo. Em contextos vulneráveis, o idoso representa a fonte de renda do núcleo familiar. A literatura aponta que o conceito de status socioeconômico entre idosos é algo amplo e inclui outros fatores, como ocupação, renda, riqueza e local de moradia⁽¹⁴⁾. Estudo realizado com idosos para avaliar a relação de fragilidade com a renda na Europa, verificou em idosos com maior renda,

que a prevalência de fragilidade é menor⁽¹⁵⁾.

O referido estudo evidenciou que investigações com idosos em situação de vulnerabilidade ampliam as evidências em relação aos problemas sociais que envolvem a vinculação da renda com a condição de saúde e bem-estar social do idoso. Pôde-se perceber neste estudo que os próprios idosos usuários dos Centros de Referência não indicaram o equipamento enquanto vínculo de apoio externo. Em relação às implicações práticas, os achados da pesquisa podem ser adotados como medida de proteção pelos profissionais atuantes nos centros de assistência social para identificação precoce de riscos e agravos à saúde da pessoa idosa, em decorrência da vulnerabilidade social, a partir de uma avaliação global. Ademais, os resultados possibilitam nortear o redirecionamento de políticas públicas de proteção ao idoso que contemplem ações de prevenção e participação ativa nos serviços de atendimento social básico.

Quanto à avaliação da fragilidade, dados semelhantes foram encontrados na literatura nacional e internacional, em que a fragilidade em idosos tem prevalência de aproximadamente 33,0%⁽¹⁶⁾. Estudo realizado com idosos atendidos em equipamento de atenção básica no interior paulista entrevistou 363 idosos, destes, 27,3% apresentaram fragilidade em algum nível⁽¹⁷⁾. Outro trabalho realizado com 247 idosos na comunidade no interior paulista obteve que 36,8% estavam frágeis, sendo que a maioria era constituída por mulheres casadas⁽¹³⁾.

Verificou-se neste estudo que os idosos possuíam relação próxima com as pessoas que residiam com eles. Quanto ao arranjo familiar multigeracional, estudo aponta que esse tipo de estrutura familiar constitui-se, atualmente, organização característica da população de idosos brasileiros mais pobres, sendo composta por filhos e netos⁽¹⁸⁾. Investigações realizadas com idosos cadastrados em serviços de atendimento básico e diferentes contextos de vulnerabilidade social, verificaram coresidência com filhos e netos, seguida de cônjuges e amigos, achados semelhantes aos encontrados neste estudo, residências

com arranjos familiares multigeracionais⁽¹⁹⁾.

Quanto aos vínculos externos, neste estudo, a maior parte dos idosos que não possuíam vínculos, apresentou algum nível de fragilidade, idosos com três ou mais vínculos externos não estavam frágeis ou aparentemente vulneráveis. Tais dados refletem a importância de se mapear as famílias que precisam ser fortalecidas e orientadas para prestar apoio aos idosos, segundo peculiaridades. Desse modo, verifica-se a necessidade de ampliação e diversificação do campo relacional do idoso, uma vez que quanto maior o nível de fragilidade, maior a necessidade dos vínculos serem ampliados, tratando-se das questões de cuidado⁽¹⁹⁾.

O apoio social se refere às várias fontes de ajuda e recursos obtidos por meio das relações sociais, como família, amigos e outros prestadores de cuidado. Por outro lado, os vínculos externos são representados pela participação do idoso em atividades sociais, ocupacionais ou em grupos^(2,13). Revisão sistemática teve como objetivo verificar a relação do ambiente social – rede, apoio, participação social, experiência subjetiva da vizinhança e características do bairro – para prevenção ou redução da fragilidade, foi apresentada relação das redes sociais como forma de redução do nível de fragilidade⁽²⁰⁾.

Evidencia-se, por meio deste estudo, a necessidade de redirecionamento de ações dos Centros de Referência de Assistência Social para idosos e potenciais cuidadores familiares, focando no apoio e suporte familiar. Nesse contexto, sobressai a possibilidade de orientação e educação para todos os atores envolvidos no processo de envelhecimento e fragilização. A família, por ser apoio social expressivo, deve manter relações próximas, principalmente, quando o idoso se encontra frágil. Geralmente, quando o idoso não possui apoio familiar, o mesmo busca suporte na rede externa, sendo esta serviços públicos de saúde ou assistência, instituições religiosas ou a própria comunidade.

É preciso que as equipes de assistência se familiarizem com as condições do envelhecimento e considerem a oferta de apoio social ao idoso, entre este o

cuidado. Destaca-se a importância do reconhecimento das diferentes dimensões da fragilidade e da vulnerabilidade, não comprometendo somente as políticas de saúde e sociais, mas que sejam vistas por meio de outras políticas e serviços intersetoriais, como a cultura, o esporte, o lazer, prezando pelos idosos e as leis regentes.

Conclusão

Idosos que possuem relação próxima com familiares, não apresentaram fragilidade. A maior parte dos idosos que não possuem vínculos externos, apresentou algum nível de fragilidade.

Agradecimentos

À Secretaria Municipal de Cidadania e Assistência Social do Município de São Carlos, à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior e aos participantes, pela receptividade e disponibilidade.

Colaborações

Jesus ITM e Zazzetta MS contribuíram na concepção e projeto, análise e interpretação dos dados. Orlandi AAS contribuiu com a revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação da versão final a ser publicada.

Referências

1. Cesari M, Landi F, Vellas B, Bernabei R, Marzetti E. Sarcopenia and physical frailty: two sides of the same coin. *Front Aging Neurosci.* 2014; 6:192. doi: <https://doi.org/10.3389/fnagi.2014.00192>
2. Andrew MK. Frailty and social vulnerability. *Interdiscip Top Gerontol Geriatr.* 2015; 41(1):186-95. doi: <https://doi.org/10.1159/000381236>
3. Cordeiro LM, Lima Paulino J, Bessa MEP, Borges CL, Leite SFP. Quality of life of frail and institutionalized elderly. *Acta Paul Enferm.* 2015; 28(4):361-6. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201500061>

4. Vidigal FC, Ferrari RFR, Rodrigues DMMR, Marcon SS, Baldissera VDA, Carreira L. Satisfaction in caring for older adults with Alzheimer's: perceptions of the family caregivers. *Cogitare Enferm.* 2014; 19(4):708-15. doi: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v19i4.36739>
5. Santos-Orlandi AA, Brito TRA, Ottaviani AC, Rossetti ES, Zazzetta MS, Pavarini SCI. Elderly who take care of elderly: a study on the Frailty Syndrome. *Esc Anna Nery.* 2017; 21(1):e20170013. doi: dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0474
6. Hoogendijk EO, Suanet B, Dent E, Deeg DJ, Aartsen MJ. Adverse effects of frailty on social functioning in older adults: results from the Longitudinal Aging Study Amsterdam. *Maturitas.* 2016; 83:45-50. doi: <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2015.09.002>
7. Amendola F, Alvarenga MRM, Latorre MDRDD, Oliveira MADC. Family vulnerability index to disability and dependence (FVI-DD), by social and health conditions. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2017; 22(6):2063-71. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017226.03432016>
8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Indicadores sociais do município de São Carlos [Internet]. 2017 [citado 2018 jun 17]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/sao-carlos/panorama>
9. Fundação Sistema Educacional de Análise de Dados. Distribuição da população, segundo grupos do Índice Paulista de Vulnerabilidade Social (IPVS) [Internet]. 2010 [citado 2018 jun 17]. Disponível em: <http://www.iprs.seade.gov.br/ipvs2010/view/index.php>
10. Fabrício-Wehbe SC, Schiaveto FV, Vendrusculo TR, Haas VJ, Dantas RA, Rodrigues RA. Cross-cultural adaptation and validity of the "Edmonton Frail Scale-EFS" in a Brazilian elderly sample. *Rev Latino-am Enfermagem.* 2009; 17(6):1043-9. doi: [10.1590/S0104-11692009000600018](http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692009000600018)
11. Wright LM, Leahey M. *Enfermeiros e famílias: guia para avaliação e intervenção na família.* São Paulo: Roca; 2012.
12. Wendt CJK, Aires M, Paz AA, Fengler FL, Paskulin LMG. Elderly families of South of Brazil in the Health Strategy. *Rev Bras Enferm* 2015; 64(3):406-13. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680305i>
13. Jesus ITM, Orlandi AAS, Grazziano ES, Zazzetta MS. Frailty of the socially vulnerable elderly. *Acta Paul Enferm.* 2017; 30(6):614-20. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201700088>
14. Andrew MK. Frailty and social vulnerability. In: Rockwood K, Theou O, organizadores. *J frailty in aging.* Halifax: Karger; 2015. p.186-95.
15. Wallace LM, Theou O, Pena F, Rockwood K, Andrew MK. Social vulnerability as a predictor of mortality and disability: cross-country differences in the survey of health, aging, and retirement in Europe (SHARE). *Aging Clin Exp Res.* 2015; 27(3):365-72. doi: <https://doi.org/10.1007/s40520-014-0271-6>
16. Mata FAF, Pereira PPS, Andrade KRC, Figueiredo ACMG, Silva MT, Pereira MG. Prevalence of frailty in Latin America and the Caribbean: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One.* 2016; 11(8):e0160019. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0160019>
17. Zazzetta MS, Gomes GAO, Orlandi FS, Gratão ACM, Vasilceac FA, Gramani-Say K. Identifying frailty levels and associated factors in a population living in the context of poverty and social vulnerability. *J Frailty Aging.* 2017; 6(1):29-32. doi: [10.1155/2017/1428310](https://doi.org/10.1155/2017/1428310)
18. Browne-Yung K, Ziersh A, Baum F. 'Faking til you make it': social capital accumulation of individuals on low incomes living in contrasting socio-economic neighbourhoods and its implications for health and wellbeing. *Soc Sci Med.* 2013; 85:9-17. doi: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.02.026>
19. Souza RA, Alvarenga MRM, Amendola F, Silva TMR, Yamashita CH, Oliveira MAC. Vulnerability of families of elderly citizens cared for by the Family Health Strategy. *Rev Bras Enferm.* 2015; 68(2):244-52. doi: [10.1590/0034-7167.2015680209i](http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680209i)
20. Luchesi BM, Brito TRP, Costa RS, Pavarini SCI. Social support and intergenerational contact: studying elderly patients with cognitive alterations. *Rev Eletr Enf.* 2015; 17(3):1-8. doi: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v17i3.25597>
20. Duppen D, Van der Elst MC, Dury S, Lambotte D, Donder L. The social environment's relationship with frailty. *J Appl Gerontol.* 2016; 1:733464816688310. doi: <https://doi.org/10.1177/0733464816688310>