

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

LETÍCIA SOUZA DIDONÉ

FATORES ASSOCIADOS À INCIDÊNCIA DE SINTOMAS
DEPRESSIVOS EM IDOSOS EM SITUAÇÃO DE
VULNERABILIDADE SOCIAL

São Carlos-SP

2020

LETÍCIA SOUZA DIDONÉ

FATORES ASSOCIADOS À INCIDÊNCIA DE SINTOMAS
DEPRESSIVOS EM IDOSOS EM SITUAÇÃO DE
VULNERABILIDADE SOCIAL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado em Ciências da Saúde da Universidade Federal de São Carlos. Realizada com apoio financeiro da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), - Código de Financiamento 001).

Orientação: Profa. Dra. Marisa Silvana Zazzetta

Souza Didoné, Leticia

Fatores associados à incidência de Sintomas Depressivos em idosos em situação de Vulnerabilidade Social / Leticia Souza Didoné. -- 2020.
93 f. : 30 cm.

Dissertação (mestrado)-Universidade Federal de São Carlos, campus São Carlos, São Carlos

Orientador: Marisa Silvana Zazzetta

Banca examinadora: Ruth Caldeira de Melo, Keika Inouye

Bibliografia

1. Sintomas Depressivos. 2. Idosos. 3. Fragilidade. I. Orientador. II. Universidade Federal de São Carlos. III. Título.

Ficha catalográfica elaborada pelo Programa de Geração Automática da Secretaria Geral de Informática (SIn).

DADOS FORNECIDOS PELO(A) AUTOR(A)

Bibliotecário(a) Responsável: Ronildo Santos Prado – CRB/8 7325



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

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

Folha de Aprovação

Assinaturas dos membros da comissão examinadora que avaliou e aprovou a Defesa de Dissertação de Mestrado da candidata Leticia Souza Didoné, realizada em 27/02/2020:

Profa. Dra. Marisa Silvana Zazzetta
UFSCar

Profa. Dra. Ruth Caldeira de Melo
USP

Profa. Dra. Keika Inouye
UFSCar

Certifico que a defesa realizou-se com a participação à distância do(s) membro(s) Ruth Caldeira de Melo e, depois das arguições e deliberações realizadas, o(s) participante(s) à distância está(ão) de acordo com o conteúdo do parecer da banca examinadora redigido neste relatório de defesa.

Profa. Dra. Marisa Silvana Zazzetta

Agradecimentos

Agradeço imensamente aos meus pais pelo apoio, carinho, e por nunca ter desistido de mim, mesmo nas horas mais sombrias.

Agradeço minha família, principalmente a minha Vó Rosa e minha Tia Fabiana, pelas risadas, pelo amparo, companheirismo.

Agradeço minha Bisavó por me ensinar a ter fé.

Agradeço à minha Orientadora Professora Doutora Marisa Silvana Zazzetta pela oportunidade, pelo carinho, por sempre se demonstrar animada, pela paciência, e por outras mil coisas, poderia escrever 20 páginas com facilidade do quanto foi e é importante para a minha vida.

Agradeço as Unidades de Saúde e Família dos Bairros Aracy I, Aracy II e Antenor Garcia pela recepção e pelo carinho.

Agradeço aos Participantes da pesquisa pela receptividade e disponibilidade em responder ao protocolo e por disponibilizar a residência.

Agradeço às minhas colegas de Laboratório, Isabela Machado, Patrícia Bet, Ana Julia Bonfim, Maria Júlia da Cruz, Bianca Letícia pela companhia diária, pelas caronas e pelas risadas.

Agradeço aos meus amigos, Fernanda Karoline, Tamires Siqueira, Isabella Dahma, Letícia Zanquim, Luiz Eduardo Santos pelo carinho e aprendizado e todas as risadas

Agradeço às Professora Doutoras Keika Inouye e Karina Gramani Say, pela reciprocidade e ensino.

Agradeço ao Professor Doutor Henrique Pott Júnior, por me ajudar com as estatísticas e sempre me dar apoio moral quando precisava.

Agradeço minha amiga de infância, Júlia Godoi, que está quase 20 anos acompanhando e prestigiando meu crescimento, não importa a fase da minha vida.

Agradeço Karen Emmy Sato e Laura Torres, amigas que eu tive o prazer de conhecer na EACH-USP e, mesmo com a distância sempre me dispuseram suporte e companheirismo.

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

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

Agradeço à Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), que me acolhe

desde os meus primeiros meses de vida até então, disponibilizando alegrias, experiências e aprendizado.

Agradeço a Deus, por me dar força e determinação.

*“Continue crescendo, não deixe que algo te impeça.
Cometa erros e aprenda com eles.
E quando a vida te machucar, porque ela irá, lembre-se da dor.
A dor é boa. Significa que está fora da caverna”*

Matt e Ross Duffer

*Dedico a Rosa Maria de Oste;
A qual vou ser eternamente grata por tudo.*

RESUMO

Depressão é uma doença prevalente em idosos e, pode se apresentar como fator de risco para o desenvolvimento de fragilidade, síndrome associada a comorbidade, incapacidade, baixa percepção de qualidade de vida, suporte social e piores hábitos de vida. O objetivo deste estudo foi verificar fatores associados à incidência de sintomas depressivos em idosos residentes em bairros de alta vulnerabilidade social da cidade de São Carlos. Foi um estudo longitudinal, de caráter descritivo e exploratório com a utilização do método quantitativo. A amostra foi de 346 idosos, coletadas nos períodos de 2013 a 2015 e de 2016 a 2018. Foram aplicados os seguintes instrumentos para a coleta dos dados: caracterização sociodemográfica, Escala de Depressão Geriátrica, Fenótipo de Fried, Medical Outcomes Study – Support Social Scale, Mini Exame do Estado Mental, Índice de Katz e Lawton, Questionário Internacional de Atividade Física, Mini Avaliação Nutricional e auto relato de consumo de fumo e álcool. Dos entrevistados, 110 idosos indicaram algum nível de sintomas depressivo, sendo a maioria mulheres (67,3%), com média de idade 68,0 anos. Houve uma maioria de participantes com sintomas depressivos que eram tabagistas (58,4%), não consumiam álcool (86,7%), com risco nutricional (47,4%) e suficientemente ativos (71,7%). A cognição dos participantes apresentou-se alterada para ambos grupos sem (61%) e com sintomas depressivos (43%) e a percepção de qualidade de vida apresentou satisfatório para ambos. Em funcionalidade a maioria dos participantes se mostraram ativos para as atividades de vida diária. Quanto ao suporte social, participantes que apresentaram algum sintoma depressivo demonstraram menor em todos os apoios avaliados. Quanto à fragilidade, os que apresentaram nível de pré fragilidade, em sua maioria, não indicaram algum sintoma depressivo (62,2%). As prevalências das variáveis analisadas houve apenas mudança significativa nos avaliados de 2015 para 2018 para a fragilidade (p-valor: 0,00974). Foi apontado que ser independente para a funcionalidade (OR: 0,93) e receber apoio informacional (OR: 0,96) são fatores protetores à sintomas depressivos. Pertencer ao sexo feminino (OR: 3,43) e consumir um ou mais cigarros por dia (OR: 2,47) indicaram fator preditor para a depressão. O impacto da depressão na incidência da fragilidade não reistrou significância estatística (RR: 1,46). Conclui-se que sintomas depressivos não se associaram à fragilidade. Ser independente para a funcionalidade e receber apoio informacional em suporte social foram fatores protetores à depressão e, pertencer ao sexo feminino e o consumo de cigarro indicaram fatores preditores à depressão.

Palavras-Chave: **Sintomas** **Depressivos;** **Idoso;** **Fragilidade**

ABSTRACT

Depression is a prevalent disease in the elderly and may present, as a risk factor for the development of frailty, a syndrome associated with comorbidity, disability, low perception of quality of life, social support and previous life habits. The objective of this study was to verify factors associated with depressive symptoms in elderly people living in neighborhoods of high social vulnerability in the city of São Carlos. It was a longitudinal, descriptive and exploratory study using the quantitative method. A sample was made up of 346 elderly people, collected from 2013 to 2015 and 2016 to 2018. The following instruments were used for data collection: sociodemographic characterization, Geriatric Depression Scale, Fried Phenotype, Medical Outcomes Study - Support Social Scale, Mini Mental State Examination, Katz and Lawton Index, International Physical Activity Questionnaire, Mini Nutritional Assessment and Automatic List of Smoking and Alcohol Consumption were applied. Of the interviewees, 110 elderly people indicated some level of depressive symptoms, most of whom were women (67.3%), with a mean age of 68.0 years. There were most participants with depressive symptoms who were smokers (58.4%), did not consume alcohol (86.7%), had nutritional risk (47.4%) and were sufficiently active (71.7%). The participants' cognition was altered for both groups without (61%) and with depressive symptoms (43%) and the perception of quality of life was satisfactory for both. In terms of functionality, most participants were active for activities of daily living. For social support, participants who showed some depressive symptom showed less in all evaluated supports. As for frailty, those who had a pre-frailty level, for the most part, did not indicate any depressive symptoms (62.2%). The prevalence of the analyzed variables was only significant in those evaluated from 2015 to 2018 for frailty (p-value: 0.00974). It was pointed out that being independent for functionality (OR: 0.93) and receiving informational support (OR: 0.96) are protective factors against depression. Belonging to the female gender (OR: 3.43) and consuming one or more cigarettes per day (OR: 2.47) indicated a predictive factor for depression. The impact of depression on the incidence of frailty was not statistically significant (RR: 1.46). It was concluded that depression was not associated with frailty. Being independent for functionality and receiving informational support in social support were protective factors against depression and belong to the female gender and cigarette consumption indicated predictive factors for depression.

Keywords: Depressive symptoms, Older people, Frailty

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Localização geográfica do bairro Cidade Aracy no município de São Carlos, SP, 2017.

Figura 2 - Prevalência de sintomas depressivos da população estudada em idosos, São Carlos – SP, 2018

Figura 3 – Prevalência de sintomas depressivos da população estudada em idosos, com sintomas leves; severos e sem sintomas depressivos, São Carlos, SP - 2018

Figura 4 - Prevalência de fragilidade da população estudada em idosos, São Carlos – SP, 2018

Figura 5 - Prevalência de consumo de álcool da população estudada em idosos, São Carlos – SP, 2018

Figura 6 - Prevalência de fragilidade da população estudada em idosos, São Carlos – SP, 2018

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características Sociodemográfica da população de idosos, conforme agrupamento em estudo, São Carlos – SP, 2015.

Tabela 2 - Hábitos de vida da população de idosos, conforme agrupamento em estudo, São Carlos – SP, 2015.

Tabela 3 - Cognição e percepção de Qualidade de Vida população de idosos, conforme agrupamento em estudo, São Carlos – SP, 2015.

Tabela 4 - Funcionalidade da população idosa, conforme agrupamento em estudo, São Carlos – SP, 2015.

Tabela 5 - Suporte Social da população idosa, conforme agrupamento em estudo, São Carlos – SP, 2015.

Tabela 6 - Nível de fragilidade e Sintomas Depressivos em idosos residentes de bairros em vulnerabilidade social de São Carlos, SP – 2015.

Tabela 7 - Análise do impacto de sintomas depressivos na incidência da fragilidade na população estudada, São Carlos-SP, 2015.

Tabela 8 - Análise de regressão logística multivariada para depressão em idosos moradores de bairros em contexto de vulnerabilidade social em São Carlos, 2015.

Tabela 9 - Análise de regressão logística multivariada para fragilidade em idosos moradores de bairros em contexto de vulnerabilidade social em São Carlos, 2015.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABVD – Atividades Básicas de Vida Diária

AF – Atividade Física

AIVD – Atividades Instrumentais de Vida Diária IPAQ – *International Physical Activity Questionnaire*

APA – *American Psychological Association*

CAAE - Certificado de Apresentação para Apreciação Ética

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos

CEPAL - Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe

CES-D – *Center for Epidemiological Studies – Depression*

DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

EFE – Escala de Fragilidade de Edmonton

Estudo FIBRA – Fragilidade em Idosos Brasileiros

GDS– Escala Geriátrica para Idosos

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INCA – Instituto Nacional de Câncer

IPVS – Índice Paulista de Vulnerabilidade Social

MAN – MiniAvaliação Nutricional

MEEM – Mini Exame do Estado Mental

MOS – SSS – Escala de Suporte Social (*Social Support Scale*)

Núcleo de Atendimento da Saúde da Família

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PNS – Plano Nacional de Saúde

SF-6D - Short-Form - 6 dimensions

SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences* NASF –

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFSCar – Universidade Federal de São Carlos

USF – Unidade de Saúde e Família

Sumário

LISTA DE FIGURAS	11
LISTA DE TABELAS.....	12
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	13
1 INTRODUÇÃO	16
1.1 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL EM CONTEXTO DE VULNERABILIDADE SOCIAL ...	16
1.2. SINAIS SINTOMAS DEPRESSIVOS E DEPRESSÃO	18
1.3 FRAGILIDADE NA VELHICE.....	19
1.4 COGNIÇÃO.....	21
1.5 FUNCIONALIDADE	22
1.6 SUPORTE SOCIAL.....	23
1.7 HÁBITOS DE VIDA.....	24
1.8 VULNERABILIDADE SOCIAL.....	27
2 JUSTIFICATIVA.....	29
3 OBJETIVOS	30
3.1 OBJETIVO GERAL.....	30
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	31
4. MÉTODOS.....	31
4.1 DELINEAMENTO, PERÍODO E LOCAL DE ESTUDO.....	31
4.2 PARTICIPANTES	33
4.3 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS	34
4.4. INSTRUMENTOS	34
4.5 VARIÁVEIS DE ESTUDO.....	38
4.6. FORMA DE ANÁLISE DOS RESULTADOS	40
4.7. ASPECTOS ÉTICOS	41
5 RESULTADOS.....	41
5.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E HÁBITOS DE VIDA DA POPULAÇÃO	41
5.2 NÍVEL DE FRAGILIDADE DOS IDOSOS E SINTOMAS DEPRESSIVOS	46
5.3 PREVALÊNCIA DE SINTOMAS DEPRESSIVOS, FRAGILIDADE E HÁBITOS DE VIDA E IMPACTO.....	46
5.4 FATORES ASSOCIADOS A SINTOMAS DEPRESSIVOS	50
6 DISCUSSÃO	52
7 CONCLUSÃO	57
REFERÊNCIAS	59
ANEXOS	73

1 INTRODUÇÃO

1.1 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL EM CONTEXTO DE VULNERABILIDADE SOCIAL

Devido à queda de fecundidade, natalidade e a evolução na área da saúde, o mundo se tornou mais longo e a velhice se torna cada vez mais representativa. Em abril de 2017, na reunião anual da Organização das Nações Unidas (ONU), foi discutido a pauta de envelhecimento populacional é apontado que, entre 2015 e 2050, a população com mais de 65 anos na Europa irá aumentar em média de 5% e, acrescentou a imigração como um fator preditor a esse aumento. Na América do Norte é previsto que a população dos longevos subirá de 18% para 23%. Em continentes que em sua maioria são países em desenvolvimento, como, por exemplo, Ásia e América Latina, incluindo o Caribe, terão mais de 18% da sua população com 65 anos ou mais. A Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL) apresentou dados em 2016 em que a população idosa da América Latina e Caribe representava em torno de 73,5 milhões de pessoas com 60 anos ou mais, o que representa 11,5% da população da região (ONU, 2017; CEPAL, 2016). Destaca-se que a velhice em alguns países, como o Brasil, é considerada uma fase da vida que se inicia aos 60 anos e, em países desenvolvidos ela se inicia aos 65 anos, conforme a Organização Mundial da Saúde -OMS (OMS, 2012).

No Brasil, o número de idosos começou a apresentar crescimento na década de 50, demonstrou o país que não estava preparado para envelhecer, principalmente no que se refere as questões de políticas públicas. Durante os anos 80 até o ano 2000, a quantidade de idosos praticamente dobrou, passando de 8 milhões em 1980, para 10,6 milhões em 1991 e 14,5 milhões em 2000, o que representava 7,8% da população brasileira na época. Nos últimos 20 anos essa quantidade continuou crescendo consideravelmente em todas as faixas etárias da velhice (de 60 a 70 anos; 70 a 80 anos; 80 anos ou mais). Atualmente, o país conta com 14,3% da população idosa, que se encontra principalmente nas regiões Sul e Sudeste do país, e apresenta em média de 76 anos de expectativa de vida. O país se localiza na 80ª posição no ranking mundial da OMS em relação a população idosa (OMS, 2017).

Ao considerar o município de São Carlos, os indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos representam 11% da população (IBGE, 2018). O apoio das Unidades de Saúde de Família para a população idosa é fundamental para a prevenção de doenças e promoção da saúde principalmente aos que residem em contexto de alta vulnerabilidade social. Na literatura, a vulnerabilidade social é apontada como um fator preditor para baixa qualidade de vida e bem-estar com riscos de adoecimentos maiores para idosos. A vulnerabilidade social é caracterizada como o aumento do risco de sofrer danos na resposta a estímulos relacionados a determinantes sociais, econômicos, financeiros de um grupo. (ROSSETII, *et al.* 2018; ANDREW *et al.* 2015; SANTOS-ORLANDI, *et al.* 2017). A implementação de políticas públicas no país é necessária para ter um bom preparo para essa nova fase que se encontra, com desafios e experiências diversas. Em 2013, a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) indicou que os idosos são os que mais fazem uso dos serviços de saúde, mas nem todos conseguem ter acesso a medicamentos e consultas médicas. Foi apontado que 75,3% dos idosos dependem exclusivamente dos serviços prestados no Sistema Único de Saúde (SUS) (PNS, 2013). Mais da metade da população idosa no Brasil (51,5%) mora sem os filhos ou só com o cônjuge, considerado um dado preocupante, o que se soma a dados dos Indicadores Brasileiros de Geografia e Estatística (IBGE), devido a que, aproximadamente 30% dos idosos apontaram ter dificuldade de locomoção e de acesso, podendo então, causar isolamento social do indivíduo na sociedade, e conseqüentemente tornando os mais vulneráveis (HE; GOODKIND; KOWAL, 2015; IBGE, 2018).

Há evidências de que o processo de envelhecimento pode causar perdas funcionais, aumentando a vulnerabilidade para aquisição de doenças crônicas, como, depressão e fragilidade (ANDREW *et al.* 2015). O presente estudo aborda a temática da presença de sintomas depressivos em pessoas idosas, desde uma perspectiva longitudinal, relacionando-os com a síndrome da fragilidade, a funcionalidade e hábitos de vida em pessoas que residem na comunidade, especificamente em contextos de vulnerabilidade social.

1.2. SINAIS SINTOMAS DEPRESSIVOS E DEPRESSÃO

Sinais e Sintomas depressivos são características comuns apresentadas por pessoas idosas, sendo, em alguns casos, indicativos de depressão. Aproximadamente 300 milhões de pessoas, de todas as faixas etárias, são afetadas mundialmente pela depressão, considerada um problema crítico de saúde pública mundial (OMS, 2018, OMS, 2017). Países com baixa renda apresentam um aumento de prevalência de depressão, o Brasil é considerado o país com mais depressivos na América Latina com aproximadamente 11,5 milhões de pessoas diagnosticadas (OMS, 2018; RAMOS et al, 2015). segundo a PNS, idosos de 60 e 64 anos em 2013, foram a maioria representativa com o diagnóstico de depressão (11,1% da população) e apresentavam como características, ser de sexo feminino, residiam sozinhos, com baixo nível socioeconômico e o hábito de consumir bebida alcoólica em excesso. Geralmente, trata-se de mulheres que são portadoras de alguma doença crônica (PNS, 2013; APA, 2014; GULLICH, DURO, CESAR, 2016; OMS, 2018).

Atualmente a depressão é considerada um problema grave de saúde pública, por afetar diretamente a capacidade funcional do ser humano. Ela é caracterizada por um conjunto de sinais e sintomas psicológicos e fisiológicos, como tristeza persistente, anedonia, alteração do apetite e do sono, baixa autoestima, insegurança, inquietação, sentimentos de inutilidade, culpa, ansiedade, podendo ter como consequência comportamentos auto lesivos e tentativas de suicídio (OLIVEIRA et al, 2017; APA, 2014; OMS, 2017). É resultado complexo da interação de fatores biopsicossociais. Pessoas que passaram por eventos adversos durante a vida, como luto, violência e desemprego são mais propensas a desenvolver a doença (AGUIAR et al, 2014; OMS, 2017).

Estima-se que em 2030 a depressão seja a doença crônica mais comum do mundo, afetando mais pessoas do que qualquer outra patologia, como por exemplo as doenças cardíacas (OMS, 2017). A depressão é um problema de saúde mental bastante comum, com impacto negativo sob todos os aspectos na vida do idoso, bem como em sua família e na comunidade (RAMOS et al. 2015).

Ressalta-se que a depressão em idosos é difícil de ser diagnosticada, pois, seus

sinais e sintomas podem ser facilmente confundidos com queixas somáticas de um processo de envelhecimento e mais de 70% da população não procuram tratamento com profissional e, em muitos dos casos, os familiares não compreendem essa situação de estado depressivo. O envelhecimento e velhice não são doenças, as mudanças de humor não ocorrem porque a pessoa é velha. Essa falta de atenção em relação aos sinais e sintomas da depressão em idosos podem agravar sentimento de tristeza e falta de compreensão do idoso. A depressão apresenta-se como fator de risco para outras doenças e síndromes, como a fragilidade (TAVARES, 2014; SANTOS et al. 2015; ANDREW et al., 2015. RAMOS et al. 2015; OMS, 2018).

Características como reclusão e inapetência, típicas do quadro depressivo, poderiam desencadear a perda de massa muscular, força e intolerância ao exercício (MHAOLÁIN et al. 2012), que são os principais componentes do fenótipo de fragilidade, e são avaliados para identificar a presença da síndrome em pessoas idosas (FRIED, 2001). Grande parte das pesquisas a respeito de depressão e/ou fragilidade enfatizam a maior incidência em mulheres (MEZUK, et al., 2012), portanto pode-se considerar que o impacto da depressão e da síndrome de fragilidade nas pessoas idosas e durante o processo de envelhecimento pode ser vivenciado de forma diferente entre os sexos (TAVARES, et al., 2014).

1.3 FRAGILIDADE NA VELHICE

A fragilidade é uma síndrome crônica com múltiplas causas e fatores que se caracteriza pela redução da função fisiológica, reservas metabólicas e diminuição nas atividades físicas o que aumenta a vulnerabilidade do sujeito à diminuição da capacidade de adaptação homeostática, incapacidade funcional e comorbidades. A síndrome envolve um processo complexo associado às comorbidades, incapacidades e pior qualidade de vida, e as tornam mais vulneráveis (ROCKWOOD et al. 1994, FRIED et al. 2001; WOO et al. 2005; MORLEY et al. 2013; BATISTONI et al. 2015; NUNES et al., 2015).

Apontada como “epidemia silenciosa”, a síndrome da fragilidade afeta países

desenvolvidos e em desenvolvimento e apresenta fatores preditores baixa escolaridade, baixa renda, ausência de suporte, viver sozinho e, em alguns países, ser do sexo feminino; entretanto no Brasil, segundo o estudo ELSI-Brasil, não foi encontrada associação que indique o sexo pode determinar o risco de fragilidade (MORLEY et al. 2006; ANDRADE et al., 2018). Morley e colaboradores, em 2006, apontaram que a fragilidade depende de interações de doenças com processos fisiológicos que ocorrem durante o envelhecimento, por isso, a idade avançada também se torna um fator preditor à síndrome. Suporte social e hábitos de vida são considerados fatores modificadores (MORLEY et al., 2006).

No século XXI, estudos e medidas preventivas para a fragilidade aumentam, devido à de criação e desenvolvimento de grupos de estudos internacionais nos Estados Unidos, Canadá, Inglaterra e em diversos países da Europa Ásia e América Latina. No âmbito nacional, contamos com diversos grupos que estudam fragilidade. O Estudo Fragilidade em Idosos Brasileiros FIBRA, sob a condução de um grupo de pesquisadores da Universidade de Campinas, estuda a fragilidade em idosos, com a finalidade de caracterizar e compreender como lidar com a síndrome, dado que provoca gastos significativos para a saúde e influencia na qualidade de vida e bem-estar das pessoas, prejudicando o desempenho das atividades da vida diária. O impacto da fragilidade na população indica necessidades de políticas públicas de assistência e de saúde para pessoas acometidas pela síndrome (LACAS, ROCKWOOD, 2012; MELLO et al. 2014; SANTOS, et al. 2014; BRIGOLA et al. 2015; PICCO et al. 2016; CESARI, 2016; JESUS et al. 2017). A fragilidade, segundo consenso internacional sobre o tema deve ser avaliada considerando cinco domínios: energia, atividade física, mobilidade, força e estado nutricional; seguida de cinco critérios: perda de peso, fadiga/cansaço, atividade de lazer, velocidade de marcha e força de preensão manual. Pesquisadores, no consenso citaram que condições cognitivas, estados de humor, hábitos de vida, costumes e fatores socioeconômicos também devem ser considerados ao avaliar pessoas idosas quanto à síndrome de fragilidade (RODRÍGUEZ-MAÑAS, et al. 2013; NUNES, et al. 2015; JESUS, 2017).

Idosos frágeis apresentam maior necessidade de cuidado e atenção, o cuidado é fornecido geralmente, por uma rede de suporte social informal, ou seja, a família e/ou

peças conhecidas do idoso, que se responsabilizam por esses cuidados. o que se torna complexo quando o suporte familiar é limitado. O Ministério de Saúde elaborou modelos de atenção à saúde do idoso em redes que preconizam a intersetorialidade e linhas de cuidado que priorizam as necessidades das pessoas idosas. Mas a implementação destes modelos ainda se encontra em processo de efetivação (BRASIL, 2014). Indicadores sociais mostram que 51,5% dos idosos moram sozinhos ou com outro idoso (cônjuge ou companheiro), então há a necessidade de busca de apoios em serviços públicos, reforçando a necessidade de estudos, capacitação de profissionais, criação de espaços e políticas públicas para ampliar e qualificar o apoio a idosos fragilizados e suas famílias, (VIEIRA, 2016; IBGE, 2018).

Pelo exposto, em pessoas com sinais e sintomas de depressão, identificar se encontra-se presente a síndrome de fragilidade é relevante e, como recomendado no consenso, citado acima, também é necessário identificar mediante rastreio e avaliação, as condições cognitivas .

1.4 COGNIÇÃO

A cognição abrange todas ações e processo mental do ser vivo, no ser humano ela é formada pela memória, linguagem, percepção, função executiva e função visuoespacial, permitindo então que o indivíduo compreenda e resolva problemas do dia a dia (MORAES, CINTRA; 2013; PEREIRA, OLIVEIRA, 2018)

As alterações na cognição estão presentes em várias doenças de alta prevalência na velhice como, por exemplo, Alzheimer, Parkinson e Declínio Cognitivo Leve. A depressão e o declínio cognitivo são considerados os maiores problemas de saúde mental atual do mundo (AVILA; BOTTINO, 2016).

Durante o processo do envelhecimento ocorrem alterações em diferentes áreas do cérebro que podem afetar a cognição na velhice, caracterizadas por declínios na memória e outras funções, como, por exemplo, linguagem, organização, planejamento. Tais

alterações podem ocasionar mudanças no comportamento e prejudicar o desenvolvimento psicossocial no indivíduo (MACHADO et al. 2011). As pessoas idosas apresentam queixas quanto ao desempenho de si próprio ao se compararem a si próprios com o seu desempenho, no passado.

A literatura aponta que o declínio cognitivo pode ser um fator relacionado à vulnerabilidade social do idoso, porque o mesmo envolve questões culturais, sociais e econômicas e de organização familiar. As redes e relações sociais são de extrema importância para a pessoa idosa, nessas condições (BRITO; COSTA; PAVARINI, 2012). O apoio social pode se constituir em um fator protetivo de efeitos patogênicos, em condições de déficit de atenção. Devido à oportunidade de fornecer recursos e melhoria no acesso a cuidados de saúde e na regulação de hábitos de vida, como, por exemplo, consumo de álcool e tabaco e alimentação (RAMOS, 2002; BRITO; COSTA; PAVARINI, 2012).

Perante a queixa de mudanças e em avaliações geronto-geriátricas de rotina das pessoas idosas podem ser identificados em processos de avaliação, sinais e sintomas de perda cognitiva, aumentando o grau perda de funções, de independência e, em certas ocasiões, podem ser identificadas também perdas de autonomia (MONTAÑO; RAMOS, 2015; MIYAMURA, et al. 2019).

1.5 FUNCIONALIDADE

Ao decorrer do envelhecimento perdas e declínios funcionais aparecem no indivíduo, principalmente ao chegar na fase da velhice. Esse fenômeno acomete em várias dimensões da funcionalidade como motor, humor, comunicação e cognição afetando diretamente na autonomia e independência do sujeito para a execução de atividades básicas de vida diárias e as instrumentais. Alguns estudos retratam também que traz declínio na qualidade de vida e pode se constituir em fator de risco para o surgimento de síndromes e doenças crônicas como a fragilidade, sarcopenia, e depressão devido à

dependência (NEBULONI et al., 2019; SOARES et al., 2019; SILVA et al., 2020)

A OMS em 2015 ressaltou que a manutenção da funcionalidade e a autonomia na velhice é de extrema importância. Também é válido notificar que perante a perda de funções, tratamentos, aumento de necessidades de cuidado, uso de dispositivos e o enfrentamento de adaptações, certamente impactam no orçamento familiar e os custos se elevam para o idoso e suas famílias, o que pode levar ao aumento de sobrecarga para a família e os serviços de saúde, o que acaba tornando um problema de saúde pública, com necessidades de intervenção no desenvolvimento de suporte social específico para as pessoas idosas e suas famílias (OMS, 2015; SILVA et al, 2020).

1.6 SUPORTE SOCIAL

Suporte social refere-se ao apoio que se obtém de outras pessoas, organizações ou instituições e é fundamental para os indivíduos na fase da velhice, especialmente para pessoas que apresentam sinais e sintomas depressivos. Poder contar com apoio, traz bem-estar e uma melhora no desenvolvimento da pessoa idosa e facilita a vida dos mais vulneráveis. Em 1976 o suporte social foi referido por Cobb como “informação que um indivíduo é amado”, e demonstra que esse suporte é capaz de preencher uma parte da necessidade do sujeito, traz sensação de proteção e zelo. Redes de Suporte Social se identificam em todo o ciclo vital, são laços de dar e receber que sofrem alterações ao decorrer da vida. Na velhice as principais redes de suporte têm como função: manter e afirmar a identidade social; estabelecer novos contatos sociais; demonstrar que as pessoas são amadas, cuidadas e valorizadas; entre outros (COBB, 1976; NERI et al. 2008).

Atualmente estudos internacionais e nacionais demonstram a relevância do suporte social, que geralmente resulta na melhoria de saúde do indivíduo e auxilia na manutenção do bem-estar do mesmo, sejam eles idosos, crianças, pessoas com deficiência entre outros. Há dois tipos de rede de suporte social: a Informal, composta por família, amigos, vizinhos e a Rede de Suporte Social Formal, que é integrada por profissionais,

instituições de atendimento à saúde, centros-dia, casas de repouso e instituições de longa permanência. A literatura aponta que a relação entre pessoas da mesma geração, na velhice, favorece o bem-estar psicológico e social do idoso, é relatado também que na velhice avançada esse bem-estar pode ser prejudicado devido a perdas decorrente com o passar da vida. Assim a qualidade dos relacionamentos torna-se, frequentemente, mais importante do que a quantidade dos mesmos, ou seja, o número de pessoas na rede. É importante e satisfatório contar com relações sociais verdadeiras e que trazem bem-estar. Estudos apontam que a falta de suporte social pode causar isolamento e, por consequência, a pessoa apresentar sintomas depressivos ou levar à depressão (KAWACHI, 2001; SILVA et al., 2008; MILNER, et al., 2016; AITKEN et al., 2017; SCOTT, et al, 2018).

Um estudo de Barth, Schneider e Känel em 2010 evidenciou que a baixa percepção de suporte social pode ser um fator contribuinte para o desenvolvimento de patologias psicológicas, como a depressão e baixa percepção da qualidade de vida. Suporte social é considerado um construto multidimensional e subjetivo porque as vezes, o apoio ofertado e percebido pelo idoso pode ser discrepante (CARDOSO, BAPTISTA, 2014).

O apoio das Unidades de Saúde da Família para a população idosa, principalmente aos que residem em contexto de alta vulnerabilidade social, é fundamental pois, auxilia na prevenção de doenças e ajuda na promoção da saúde. A ausência de apoio de instituições sociais encontra-se associada à condição socioeconômica de um grupo (FREITAS et al., 2016; REIS et al., 2016).

1.7 HÁBITOS DE VIDA

No processo de identificação de sinais e sintomas de depressão em pessoas idosas é relevante conhecer os hábitos de vida, atividades e tarefas realizadas cotidianamente pela pessoa. A literatura científica indica como hábitos de vida a atividade

física, a alimentação, o consumo de álcool e de fumo (MALTA, 2013). A atividade física foi definida por Caspersen em 1985 como “qualquer movimento corporal decorrente da contração muscular que resulta em gasto energético” (NERI, 2002, p 126). Atividade física pode ser realizada na residência, em ginásios, espaços ao ar livre e em outros locais. Estudos recentes relacionam a atividade física como uma melhora para a diminuição do isolamento do indivíduo, principalmente em casos de atividades de lazer, pois favorecem a socialização. Logo, a prática de atividade física traz benefícios para a saúde. O Ministério da Saúde, ao se deparar com indicadores de inatividade física em pessoas idosas no Brasil, criou políticas públicas. Tais medidas foram tomadas com base na agenda da OMS, para enaltecer a importância do hábito de fazer atividade física. As políticas públicas apoiam projetos relacionados ao tema, exemplo disso são as academias ao ar livre, e outras iniciativas, mas destaca-se a necessidade de aprimorar tais políticas, qualificando a sua implementação com o acompanhamento de profissionais específicos que fornecem apoio e orientação para os usuários dessas relevantes ações . Estudos apontam que envelhecer com um estilo de vida ativa traz mais qualidade de vida, principalmente se associar com hábitos alimentares saudáveis (POSSAMAI et al., 2015; PINHEIRO; COELHO FILHO, 2017).

Dentre os hábitos de vida a alimentação desempenha um papel fundamental na saúde da pessoa idosa. Há dois fatores associados ao estado nutricional, a obesidade, associada a doenças crônicas transmissíveis, como doenças cardiovasculares, câncer e diabetes bem como, a idade e a desnutrição. A alimentação tem impacto nos indivíduos com mais de 60 anos, o que leva a uma maior suscetibilidade às infecções e, por consequência o aumento da mortalidade. Dados do Departamento de Informática do SUS (DATASUS) aponta que a cada 100 idosos 21 morrem em decorrência da falta de alimentação, esse número já ultrapassou a mortalidade infantil (DATASUS, 2020).

Outro hábito a ser considerado é o consumo de álcool. O brasileiro é o povo que mais consome álcool no mundo, um estudo da OMS em 2016 indica que a média de litros consumidos de álcool no Brasil é quase o dobro, se comparada com o consumo mundial. Pesquisas indicam que o consumo excessivo de álcool está associado com o desfecho de

eventos adversos como comprometimento cognitivo, morte e incapacidade, fora os riscos de mortalidade por cirrose hepática e desordens mentais, entre comorbidade referente a mais de 200 doenças. Estudos apontam que o consumo de pequenas doses de bebida alcoólica como, por exemplo, o vinho pode trazer benefícios à saúde, como redução na taxa de mortalidade e o consumo diário de bebida alcoólica pode gerar dependência, com desdobramentos psicossociais que na fase da velhice, devem ser considerados tanto para prevenção, quanto para tratamento. Dados da OMS relacionam o consumo do álcool em 30% dos casos de suicídio na velhice. São dados preocupantes considerando que a OMS indicou que o consumo de álcool no mundo representa 5% das causas de mortes registradas, em sua grande maioria homens (LIMA et al., 2011; GEA et al. 2014; ROERECKE; REHM, 2014; SOARES et al. 2016; OMS, 2016; OMS.2018).

O tabagismo é o segundo maior fator de risco de morte prematura e deficiências do mundo, aproximadamente 5 milhões de pessoas vem a óbito devido às consequências desse hábito, ele atua como fator de risco para as principais causas de morte entre os idosos no mundo (DOOLAN; FROELICHER, 2008). Há estudos que evidenciam que o consumo do tabaco pode causar quase 50 tipos de doença diferentes, sendo as principais, doenças respiratórias, câncer e cardiovasculares, sendo que doenças cardiovasculares e câncer de pulmão são as principais causas de morte por patologias no Brasil (INCA, 2014). O Brasil é o oitavo país com mais fumantes no mundo, apresenta em torno de 18,2 milhões de brasileiros declarados fumantes. Mas esses dados diminuíram ao comparar com os relatos de 1990, atualmente as parcelas de fumantes são representadas por 12% dos homens, e 9% das mulheres, antigamente os homens representavam 29% da população e as mulheres 19%, considerando todas as faixas etárias. Em relação aos idosos, em 2012 perceberam que houve o aumento de uso do cigarro, a prevalência do tabagismo entre 60 e 69 anos foi de 50,9% entre 70 e 79 anos foi de 40,5% e maiores de 80 anos 7,6%. É preciso redobrar a atenção em idosos fumantes, pois seus fatores de riscos e outras doenças, como hipertensão, obesidade e sedentarismo são mais afetados pelos efeitos prejudiciais do cigarro, principalmente porque somam com as perdas funcionais do envelhecimento. Foi relatado em um estudo que os profissionais de saúde

não se empenharam muito na cessação do tabagismo, principalmente se o idoso apresentava idade avançada, apontaram que não queriam privar de uma “fonte de prazer”, mas os benefícios obtidos com a cessação do uso de cigarro reduz o risco de adoecer, normaliza a pressão arterial e reduz o risco de derrames e de infarto. Bem como, ajuda na melhora da capacidade da marcha, resultando então em uma melhora na qualidade de vida do idoso. (GOULART et al., 2010; ZAITUNE et al., 2012; FREITAS et al., 2016). Um estudo sobre comorbidades em pessoas idosas encontrou associação entre tabagismo e depressão e (GONZALEZ et al., 2016).

Ao associar as alterações decorrentes do envelhecimento, as mudanças de rotinas, como, por exemplo, a aposentadoria e as perdas de familiares, amigos, entre outros fortalece a ideia de ocorrer isolamento social, o que pode tornar os idosos mais vulneráveis, para a adesão a hábitos de vida menos saudáveis, como o consumo frequente de álcool, tabagismo, má alimentação e sedentarismo. A Vulnerabilidade social intensifica a dificuldade de manter hábitos saudáveis e demonstra um grande impacto em seu desenvolvimento como hábitos, devido questões econômico-financeiras, ambientais, familiares e inclusive históricas e culturais (COSTA et al. 2002).

1.8 VULNERABILIDADE SOCIAL

Pessoas vulneráveis são aquelas que, segundo as Diretrizes Éticas Internacionais de Pesquisa (2002) encontram-se relativa ou absolutamente incapazes de proteger seus próprios interesses. Pessoas vulneráveis podem contar com deficiências, relativas ou absolutas, como por exemplo, capacidade de decisão, escolaridade, recursos, poder ou outros atributos necessários para se proteger. Podem se encontrar vulneráveis, devido a alguma característica temporária ou permanente em que vivem, o que pode diminuir a probabilidade de outros serem vigilantes ou sensíveis em relação a seus interesses. Exemplo: pessoas marginalizadas, estigmatizadas, ou que enfrentam exclusão social ou preconceitos. A vulnerabilidade se refere a um grupo de pessoas que são, geralmente,

incapazes de exercer sua liberdade como consequências de seu percurso de vida, chamados de indivíduo vulnerável.

A assistência à uma pessoa vulnerável é fundamental não somente para assegurar a vida, mas também, para dar integralidade moral, dignidade humana e autonomia para a pessoa. Houve um aumento na população idosa mais vulnerável, porém há poucos estudos atuais envolvendo um consenso da sua caracterização. No anos 1980 começou a ser utilizar o termo vulnerabilidade em estudos sobre a síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) que se convergia com conceituações da área dos Direitos Humanos. Carmo e Guizardi abordam o conceito de vulnerabilidade em saúde como uma “associação de variáveis de cunho individual, social e programático/ institucional que se inter-relacionam[...] que dialogam e se complementam em suas singularidades, interesses e limites, vinculando-se a diferentes referenciais ético-políticos” (2018, p.7). Para as mesmas autoras o conceito na area de assistência foca o contexto e encontra-se atento ao aspecto social e é adjetivado pelo termo social, indicando o entendimento acerca das privações e desigualdades ocasionadas pela pobreza. Nos anos 90 o termo “Vulnerabilidade Social” ganhou espaço e vem sendo abordado pelo mundo todo, principalmente no Brasil. Alguns autores caracterizam a vulnerabilidade social como a exposição ao risco de deterioração do nível de bem-estar, que não se limita à privação de renda, mas sim à combinação de diferentes fatores. Trata-se de exposição a risco de exclusão, falta de recursos materiais, informações, oportunidades e direitos. Vulnerabilidade social pode ser observada através de fatores sociais e individuais, como, por exemplo escolaridade, renda, educação, acesso a serviços, entre outros. Na literatura a alta vulnerabilidade social é apontada como um fator preditor para baixa qualidade de vida e bem-estar com riscos de adoecimentos maiores para idosos. Há também fatores que indicam que menor acesso a serviços de saúde e falta de suporte social podem contribuir com o aumento de vulnerabilidade social (MAIA, 2011; GUTIERREZ-ROBLEDO, 2012, ANDREW et al, 2015; SANTOS-ORLANDI, et al, 2017; ROSSETI, et al, 2018).

2 JUSTIFICATIVA

As Teorias do Envelhecimento contribuem para a compreensão dos fatores históricos do envelhecimento. A teoria da Perspectiva do Curso de Vida, que corresponde à terceira onda de teorias sobre a velhice e o envelhecimento tem suas bases na Sociologia e Psicologia. Esta teoria permite análises nos níveis micro e macrosociais de indivíduos e populações ao longo da vida. Entre as suas proposições encontram-se que o envelhecimento é analisado desde o nascimento até a morte e é considerado o processo social, psicológico e biológico. As experiências adquiridas durante o decorrer da vida são moldadas por “coorte-históricos”. Neugarten afirma que nessa “sociedade de idosos” , a teoria inova e traz várias contribuições para o estudo do envelhecimento. No estudo presente, a teoria contribuirá para analisar as relações entre o indivíduo e a estrutura social na qual está inserido, considerando construções teóricas da psicologia e da sociologia e , especificamente no que se refere a pessoas idosas com sintomas depressivos, em contextos de vulnerabilidade (NEUGARTEN, 1996; BENGSTON, BURGESS, PARROT, 1997; BENGSTON, RICE, JOHNSON, 1999; NERI, 2001).

Estudos sobre sintomas depressivos em pessoas idosas são relevantes uma vez que existe alta prevalência. No Brasil o rastreio de depressão indica prevalência que varia de 1% a 38,6%, sendo de 26% em idosos que residem na comunidade e de 7% de depressão severa. Com relação à fragilidade a prevalência na população idosa brasileira varia de 3,9% a 51,4%, sendo superior entre as mulheres e em pessoas com 75 anos ou mais. Estudos apontam a presença de depressão grave em idosos frágeis. (NASCIMENTO e BATISTONI, 2019).

No que diz respeito à outras condições de saúde como cognição, funcionalidade, qualidade de vida Vaughan e colaboradores (2015), em estudo de revisão sistemática, identificaram que a presença de comorbidades interagem com os sintomas depressivos e aumentam o risco de fragilidade. Nascimento e Batistioni (2019) apontam a falta de clareza no que se refere a identificação de relações causais entre sintomas depressivos e fragilidade.

Perante a escassez de estudos longitudinais que integrem estas comorbidades prevalentes em pessoas idosas residentes na comunidade, em regiões de vulnerabilidade social, e a necessidade de identificar relações existentes, delineou-se o presente estudo que visa contribuir com a atualização do contexto brasileiro, refletir políticas públicas e melhorias para a saúde do idoso, de modo que seja possível avançar na vivência da velhice com dignidade e saúde.

O estudo torna-se de utilidade para a construção de conhecimento científico na área da gerontologia dado que, vem ao encontro da agenda proposta em 2015, pela Organização das Nações Unidas (ONU) a ser desenvolvida até 2030 para o Desenvolvimento Sustentável. Dentre os objetivos propostos um deles refere-se à Saúde e Bem-estar cujas diretrizes apontam ao compromisso de reduzir em um terço a mortalidade prematura por doenças não transmissíveis, como a Depressão, por meio de prevenção e tratamento, bem como, promover a saúde mental. Com o mesmo objetivo, a ONU também ressalta um olhar cauteloso para os países em desenvolvimento e vulneráveis com investimento na saúde e enfatiza a necessidade de rastreio precoce para redução ou gerenciamento de riscos à saúde. A OMS, em 2019 divulgou suas prioridades na área da saúde, entre as metas, encontra-se melhorar a qualidade e o impacto de vida dos idosos, o controle de doenças crônicas, com é o caso da depressão dado que é uma das doenças crônicas do século.

Diante da importância da investigação e promoção da saúde, esse estudo pretende analisar relações entre sintomas depressivos e fatores como a fragilidade, suporte social e hábitos de vida de idosos residentes na comunidade, especificamente em contexto de alta vulnerabilidade social.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Verificar fatores associados à incidência de sintomas depressivos em idosos

residentes em bairros de alta vulnerabilidade social e cadastrados em Unidades de Saúde da Família (USF), da cidade de São Carlos.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever o perfil sociodemográfico dos idosos residentes em bairros de alta vulnerabilidade social na cidade de São Carlos.
- Levantar a prevalência de sintomas depressivos em idosos e analisar o impacto com a fragilidade.
- Comparar a incidência de sintomas depressivos em idosos durante um período de 3 anos (2015 a 2018).

4. MÉTODO

4.1 DELINEAMENTO, PERÍODO E LOCAL DE ESTUDO

Trata-se um estudo longitudinal, exploratório de caráter quantitativo em que se analisaram relações entre variáveis com resultados provenientes de dois períodos de coleta de o primeiro realizado de Fevereiro à Agosto de 2015 e o segundo, realizado de março a agosto de 2018.

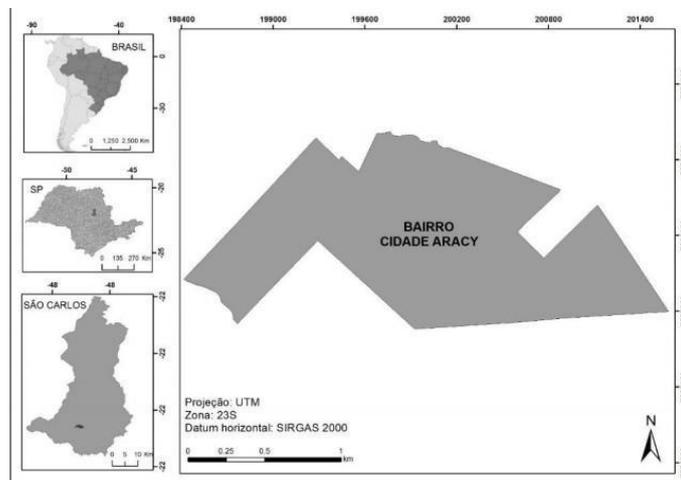
O presente estudo derivou de estudo maior, com apoio do Programa de Pesquisas para o SUS, intitulado: “Ferramenta de Monitoramento de Níveis de Fragilidade em Idosos Atendidos na Atenção Básica de Saúde: Avaliação de sua Efetividade e Eficiência”, de responsabilidade da Profa. Dr^a. Marisa Silvana Zazzetta. O projeto contou com aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade sob o Número do Parecer: 2.424.616 e CAAE: 66076017.3.0000.5504. Esse estudo constituiu um banco de dados sobre fragilidade e condições de saúde de 346 idosos, avaliados no período de 2015-2018, dos quais 236 idosos participaram de uma primeira coleta de dados, realizadas no período de 2013-2015. As pessoas idosas participantes do estudo encontravam-se cadastradas em

USFs atendidas pelo NASF em um município do interior Paulista. A coleta de dados com as pessoas idosas ocorreu mediante entrevistas, previamente agendadas, de aproximadamente 1h e média a 2 horas de duração, no domicílio dos participantes com entrevistadores treinados e capacitados. Todos os participantes da pesquisa aceitaram o convite de forma livre e esclarecida e registraram seu consentimento por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os locais de estudo foram residenciais localizadas nos territórios de abrangência de cinco Unidades de Saúde de Família (USF) na região denominada de grande Cidade Aracy (Figura 1). As USFs são Cidade Aracy I, Cidade Aracy II, Presidente Collor, Petrilli e Antenor Garcia, elas compreendem bairros com alta vulnerabilidade social, de acordo com o Índice Paulista de Vulnerabilidade Social (IPVS, 2010). A região encontra-se localizada no extremo sul da cidade de São Carlos, município de médio porte do interior do estado de São Paulo no Brasil. Atualmente São Carlos conta com 238.950 habitantes e dois distritos, Água Vermelha que apresentam 3296 habitantes e Santa Eudóxia, 3034 habitantes (IBGE, 2014). Quanto a renda da cidade, seu Produto Interno Bruto-PIB per capita é 25,49 reais (IBGE, 2012), um número alto se comparado aos das demais cidades do Brasil. O município, por ser um polo universitário, conta com investimentos em pesquisas, incluindo em idosos, que fazem parte de 11% da população (SÃO CARLOS, 2020).

Ao momento da primeira coleta de dados a cobertura da população nas cinco Unidades de Saúde da Família era de 15638 indivíduos, sendo 852 pessoas idosas (informações fornecidas pelas agentes das USF).

Figura 1 - Localização geográfica do bairro Cidade Aracy no município de São Carlos, SP, 2019.



Fonte: Revista Brasileira de Gestão e Desenvolvimento Regional, 2017.

4.2 PARTICIPANTES

Na primeira coleta, em 2015, participaram 346 pessoas idosas, cadastrados em cinco Unidades de Saúde da Família. Em 2018 participaram 239 idosos. Algumas perdas entre esses sujeitos ocorreram devido a recusas, óbito, internação em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) e mudança de cidade.

Os participantes foram avaliados quanto “as variáveis do estudo com os instrumentos descritos abaixo, nos anos de 2015 e 2018.

As pessoas idosas participantes do estudo atenderam os seguintes **critérios de inclusão**:

- Indivíduos com 60 ou mais anos
- Residentes em bairros em contexto de alta vulnerabilidade social
- Cadastrados na Unidade de Saúde de Família.

Os **critérios de exclusão** utilizados foram:

- Idosos hospitalizados ou residentes em ILPI

- Aqueles que apresentaram escore abaixo da média estabelecido no teste do Mini Exame do Estado Mental (MEEM).

Foi considerado os escores: menos de 13 para analfabetos, menos de 18 pontos para aqueles que têm de 1 a 4 anos de escolaridade e menos de 24 pontos para os idosos que apresentarem de 5 a 8 anos de escolaridade sem a presença do cuidador formal ou informal (BERTOLUCCI et al. 1994).

4.3 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

Todos que atenderam os critérios de inclusão foram informados sobre a pesquisa e seus objetivos e convidados a participar. Os concordantes que aceitaram o convite de forma livre e esclarecida responderam aos instrumentos citados no item 4.5. As entrevistas foram realizadas por indivíduos treinados para tal fim e efetuadas nos domicílios dos participantes com duração de 1 a 2 horas aproximadamente.

4.4. INSTRUMENTOS

4.4.1 Entrevista Sociodemográfica (ANEXO A)

Uma seção com entrevista semiestruturada que teve a finalidade de coletar dados sociodemográficos referentes à gênero, idade, etnia, escolaridade, estado civil, renda familiar, quantidade de pessoas com quem reside.

4.4.2 Mini Exame do Estado Mental (MEEM) (ANEXO B)

Para rastrear déficit cognitivo nos idosos foi utilizado o Mini Exame do Estado Mental (MEEM). MEEM foi traduzido e validado por Bertolucci et al em 1994, nos quais analisaram que o escore total era dependente do nível educacional, estabelecendo então nível de escolaridade para poder fazer nota de corte e permitir o diagnóstico de déficit

cognitivo, aqueles que eram autodeclarados analfabetos e acertaram 13 questões foram rastreados como indivíduo com declínio cognitivo, os que tiraram menos de 18 questões e se declararam autodidata ou com escolaridade de 1 a 4 anos também foi apontado com declínio cognitivo, assim como os indivíduos que de 5 a 4 anos e apresentaram uma pontuação menor de 24. A pontuação máxima do MEEM é de 30 pontos (FOLSTEIN et al, 1975).

4.4.3 Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15) (ANEXO C)

Para avaliar os sintomas depressivos foi utilizado a Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15), composta por 15 questões que rastreiam sintomas depressivos, sendo que os indivíduos que alcançaram de 0 a 5 pontos foram considerados “sem sintomas depressivos”, de 6 a 11 pontos “presença de sintomas depressivos leve” e 11 a 15 pontos “presença de sintomas depressivos severo” (YESAVAGE et al, 1986).

4.4.4 Fenótipo de Fragilidade de Fried (ANEXO D)

O fenótipo proposto por Fried et al (2001) inclui perda de peso não intencional, fadiga, fraqueza, lentidão e baixa taxa de gasto calórico. , Com a avaliação dos cinco componentes do fenótipo, a pessoa pode ser considerada “Frágil” se pontua positivo para três ou mais componentes descritos, “Pré Frágeis” os que pontuam positivamente para um ou dois e “Não Frágeis” aqueles que não pontuam positivo em nenhum componente (FRIED, 2001). Para obter o fenótipo de fragilidade foi avaliado : 1) Perda de peso não intencional, nos últimos 12 meses, superior a 4,5 ou 5% do peso corporal kg; 2) fraqueza mediante o valor mais elevado de tres medidas consecutivas da Força de Preensão Manual, por meio do dinamômetro hidráulico, tipo Jamar, Modelo SH5001, fabricante SAEHAN®. Para preenchimento do critério, os resultados foram ajustados, segundo sexo e Índice de Massa Corporal (IMC), conforme os valores referenciados por Alexandre, et al., 2014 para a

população brasileira¹;3) Fadiga, através de duas questões do Center For Epidemiological Studies - Depression (CES-D) proposto por Fried et al (2001) e validado para brasileiros por Batistoni et al. (2007). Em relação a pontuação, idosos que responder "alguma vez" ou "a maior parte do tempo" em pelo menos uma das perguntas será considerado um ponto para relatar a fragilidade; 4) Lentidão avaliada pelo teste de velocidade da marcha, pelo registro de tempo gasto para percorrer a distância de 4,6 m, com ajustes segundo sexo e altura, conforme Alexandre et al., 2014², e; 5) Baixa taxa de gasto calórico, medida pela Atividade Física, avaliada pelo International Physical Activity Questionnaire (IPAQ), para identificar pessoas idosas insuficientemente ativas e ativas.

4.4.5 Questionário de Qualidade de Vida Short-Form-6D (SF-6D) (ANEXO E)

Para verificar a percepção da qualidade de vida foi aplicado o Questionário de Qualidade de Vida Short-Form-6D (SF-6D) que avalia por meio de 10 questões, oito domínios: capacidade funcional, limitação global, aspectos físicos, aspectos emocionais, aspectos sociais, dor, saúde mental e vitalidade. O escore único, varia de 0 a 1, sendo 0 pior a qualidade de vida e 1 melhor estado de saúde (CAMPOLINA, 2010).

4.4.6 Escala de Medical Outcome Study – Suporte Social Scale (MOS-SSS) (ANEXO F)

Na avaliação de Suporte Social, foi utilizada a escala de Medical Outcome Study (MOS-SSS), composta por 19 questões de auto resposta que avaliam cinco dimensões: material, afetivo, emocional, apoio de informação e interação social positiva. A escala não

¹ Valores de referência para ajustes da Força de Preensão Manual:

HOMEM: Força <21kg para IMC <23,12; Força <25.5kg para IMC 23,12 – 25,5; Força <30kg para IMC 25,6 – 28,08; Força <27kg para IMC > 28.08

MULHER: Força <14kg para IMC < 23,8; Força <15kg para IMC 23,8 – 27,05; Força <15kg para IMC 27,06 – 30,83; Força <15kg para IMC > 30,83

² Valores de referência para a ajustes de velocidade da marcha

HOMEM: Altura ≤ 166 cm Tempo ≥ 5 segundos; Altura > 166 cm Tempo ≥ 5 segundos

MULHER: Altura ≤ 153 cm Tempo ≥ 6 segundos; Altura >153 cm Tempo ≥ 5 segundos

tem nota de corte, quanto menor a pontuação apresentada, menor é o nível de suporte social das dimensões. (FERRAUOLI, FERREIRA, 2011).

4.4.7 Escalas de Atividade da Vida Diária (ANEXO G)

Para avaliar as atividades básicas de vida diária foi utilizada a Escala de Independência em Atividade Básica de Vida Diária (ABVD), que avalia seis funções: tomar banho, vestir-se, uso do vaso sanitário, transferência, continência e alimentação (KATZ et al, 1963). A pontuação varia de 0 a 6 pontos, sendo 0 independente em todas as seis funções. Para a avaliação das Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) foi utilizado o questionário que considera sete atividades instrumentais, sendo elas: uso do telefone, realizar viagens, compras, preparo das refeições, trabalho doméstico, uso de medicamentos e manuseio do dinheiro, este instrumento tem a finalidade de avaliar o desempenho nas atividades instrumentais de vida diária e foi desenvolvido por Lawton e Brody em 1969. Foi adaptada e teve sua confiabilidade avaliada por Santos e Virtuoso em 2008. A pontuação varia de 7 a 21 pontos, sendo que quanto maior a pontuação, maior a independência, sendo assim classificados: 0 a 7 pontos dependência total; 7 a 21 pontos dependência parcial; e 21 pontos independência. (KATZ et al, 1963; LINO et al, 2008; SANTOS, VIRTUOSO, 2008)

4.4.8 Hábitos de Vida

4.4.8.1 Fumo e Bebida alcoólica (ANEXO H)

Foi questionado se o idoso fuma ou já fumou e por quanto tempo, também se o indivíduo consome bebida alcoólica por meio de auto relatos.

4.4.8.2 Atividade Física (ANEXO I)

Por meio do International Physical Activity Questionnaire (IPAQ), foi analisada a rotina de atividade física diária do idoso durante a semana, classificando-o em muito ativo (faz atividades vigorosas por 30 minutos por mais de 3 dias/sem), ativo (atividades vigorosas e moderadas por 30 minutos em pelo menos 3 dias/sem); irregularmente ativo (realiza atividade física mas não o suficiente do que é recomendado) e sedentário (não realizou

nenhuma atividade física por pelo menos 10 minutos durante a semana) (IPAQbr, 2007). Foi incluído, através de auto relato, se o idoso fez atividade física contínua há menos ou mais de 6 meses. (NUNES, 2011)

4.4.8.3 Nutrição e Alimentação (ANEXO J)

Para avaliar o risco de desnutrição foi aplicado a Mini Avaliação Nutricional em Idosos (MAN) um questionário que considera a autopercepção de saúde e estado nutricional relatado pelo próprio idoso as somas dos escores do MAN vão até 30 pontos, se o escore for maior do que 23,5 pontos o paciente encontra-se em um estado de nutrição normal, caso for menor é recomendado uma intervenção nutricional pois o idoso pode estar precisando de prescrição de suplementos nutricionais (CASELATO-SOUSA, 2011).

4.5 VARIÁVEIS DE ESTUDO

Tipo de Variável	Variável	Categorias
Dependente	Sintomas Depressivos	sem sintomas depressivos e com sintomas depressivos
Independentes	Sexo	masculino e feminino
	Faixa etária	data de nascimento
	Etnia	branca, negra
	Estado conjugal	com parceiro, sem parceiro
	Escolaridade	analfabeto, de 1 a 4 anos, 5 ou mais anos
	Hábitos de Vida	avaliado mediante: -consumo de fumo e álcool: respostas auto relatadas: sim, não; -análise do nível de atividade física medido pelo

		<p>IPAQ: suficientemente ativo, insuficientemente ativo;</p> <p>-nutrição mediante a Mini Avaliação Nutricional (MAN): normal; em risco de desnutrição e desnutrição</p>
	Cognição	foi aplicado o MiniExame do Estado Mental, os declarando, por meio do resultado da pontuação, indivíduos com declínio cognitivo e sem declínio cognitivo, de acordo com a sua escolaridade.
	Qualidade de Vida	para indicar a percepção de qualidade de vida do idoso foi aplicado o instrumento de avaliação Short Form 6 Dimension (SF6-D), que avalia a qualidade de vida através dos domínios de limitação por aspectos físicos e emocionais. A pontuação é de 0 a 1, sendo que quanto maior a pontuação, melhor a qualidade de vida.
	Funcionalidade	<p>para verificar a funcionalidade dos participantes da pesquisa foram utilizadas as escalas de Katz e Lawton: em dependente; parcialmente dependente e independente.</p> <p>Também se avaliaram as atividades avançadas: ativo, baixa atividade</p>
	Suporte social	foi avaliada mediante a Escala de Apoio Social (MOS-SSS - Social Support Scale), 19 perguntas dividida em 5 domínios: material, afetivo, emocional, informacional e interação positiva.
	Fragilidade	Frágil (3 ou mais itens), pré frágil (1 ou 2 itens) e não frágil (0 item).

4.6. FORMA DE ANÁLISE DOS RESULTADOS

Os dados do estudo foram codificados e organizados em banco de dados em dupla entrada e comparação de valores, utilizando-se o programa Excel Microsoft.

As análises estatísticas foram conduzidas pelo Programa Estatístico R, versão 3.5.3 (The R Foundation for Statistical Computing, Viena, Austria) no R-studio 1.1.463 (RStudio INC., Boston, EUA).

4.6.1 Análise Descritiva

A análise descritiva para dados quantitativos foi realizada apresentando-se as medidas de tendência central e dispersão, conforme seu padrão de distribuição.

Para averiguar se a amostra deste estudo pode ser considerada como proveniente de uma população com distribuição paramétrica utilizou-se o teste para normalidade de Shapiro-Wilks. Se a amostra deste estudo foi considerada como proveniente de uma população com distribuição não-paramétrica, a análise descritiva para dados quantitativos foi apresentada sob a forma de mediana [intervalo interquartil], e no contrário, média (desvio-padrão). As variáveis categóricas foram expressas por meio de suas frequências (porcentagens).

4.6.2 Análise Inferencial

Para a análise univariada entre variáveis contínuas e dependentes com distribuição paramétrica foi utilizado o One Sample t-test; para as variáveis contínuas e independentes, com distribuição paramétrica e variâncias iguais foi utilizado o Two Sample t-test, para variâncias diferentes, o Welch Two Sample t-test. Para averiguar a homogeneidade das variâncias foi utilizado o teste de Levene. Para a análise univariada entre variáveis contínuas e dependentes com distribuição não-paramétrica foi utilizado o One Sample Wilcoxon Signed-rank Test; para as variáveis contínuas e independentes, o Two-sample Mann–Whitney U Test. As variáveis categóricas nominais foram analisadas com o Teste de

Igualdade de Proporções. Este teste foi usado se o número de observações em cada casela da tabela 2x2 construída foi maior ou igual a 5 e a menor frequência esperada foi maior ou igual a 5. Em caso contrário, foi utilizado o Teste de Igualdade de Proporções com correção de Yates.

Para analisar situações multifatoriais foram utilizados modelos de regressão logística visando avaliar a associação entre variáveis com potencial de influenciar a resposta positiva para presença de depressão e fragilidade. Variáveis com associação significativa ($p < 0,20$) na análise univariada, foram levadas à análise multivariada através de modelos de regressão logística para determinar a contribuição independente de cada variável.

4.7. ASPECTOS ÉTICOS

Todos os preceitos éticos foram respeitados, conforme resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, conforme parecer 2.424.616/2017, consubstanciado pelo Comitê de Ética em Pesquisas em Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos, referente à pesquisa intitulada “Fragilidade e Sintomas Depressivos em idosos residentes em contextos de Vulnerabilidade Social”.

5 RESULTADOS

5.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E HÁBITOS DE VIDA DA POPULAÇÃO

A amostra do estudo contou com 346 participantes idosos, cadastrados nas Unidades de Saúde da Família de bairros em contexto de vulnerabilidade social do município de São Carlos. Dos entrevistados, 195 (56,4%) pertenciam ao gênero feminino,

enquanto 151 (43,6%) ao gênero masculino. A faixa etária predominante dos entrevistados foi de 60 aos 69 anos com a média de idade de 68,0 anos e, quanto a etnia, 201 (58,1%) relataram ser negros. Ao analisar o contexto familiar, 293 (84,7%) não moravam sozinhos, 200 (57,8%) indivíduos tinham parceiros. A renda per capita indicada foi de aproximadamente 720,00 reais. Quanto à escolaridade, 228 (65,9%) frequentaram escola e desses, 179 (51,7%) possuíam de 1 a 4 anos de estudo.

Como pode ser observado na tabela 1, no presente estudo foram identificados 110 idosos com algum nível de sintomas depressivos, sendo eles com os seguintes perfil sócio-demográfico: 74 mulheres (67,3%), em média com 68,0 anos, negras 56 (50,9%), casadas 56 (50,9%) e não moravam sozinhas 99 (90,0%) e a renda per capita dessa população em média eram de 600 reais. Ao que se refere a escolaridade, 71 (64,5%) indivíduos frequentaram a escola sendo que: 58 (52,7) estudaram de 3 a 4 anos e 13 (52,7%) estudaram 5 anos ou mais.

A tabela 1 apresenta a distribuição das variáveis sociodemográficas dos idosos em geral e as variáveis sociodemográficas da população sem e com sintomas depressivos.

Tabela 1: Características Sociodemográfica da população de idosos, conforme agrupamento em estudo, São Carlos – SP, 2015

Variável	Geral (N=346)	sem Sintomas Depressivos (n=236)	com Sintomas Depressivos (n=110)	p
Sexo				0.007
Homem	151 (43.6)	115 (48.7)	36 (32.7)	
Mulher	195 (56.4)	121 (51.3)	74 (67.3)	
Idade	68.00 [64.00, 75.00]	69.00 [64.00, 75.00]	68.00 [64.00, 73.75]	0.615
Faixa etária				0.735
60 - 69 anos	184 (53.2)	126 (53.4)	58 (52.7)	
70 - 79 anos	115 (33.2)	76 (32.2)	39 (35.5)	
80+ anos	47 (13.6)	34 (14.4)	13 (11.8)	
Etnia				0.083
Branca	145 (41.9)	91 (38.6)	54 (49.1)	
Negra	201 (58.1)	145 (61.4)	56 (50.9)	
Estado civil				0.097
Com parceiro	200 (57.8)	144 (61.0)	56 (50.9)	
Sem parceiro	146 (42.2)	92 (39.0)	54 (49.1)	
Mora sozinho				0.086

Sim	53 (15.3)	42 (17.8)	11 (10.0)	
Não	293 (84.7)	194 (82.2)	99 (90.0)	
Renda per capita, R\$	720.00 [450.00, 897.50]	733.33 [490.00, 1000.00]	600.00 [400.00, 800.00]	0.017
Frequêntou escola				0.81
Sim	228 (65.9)	157 (66.5)	71 (64.5)	
Não	118 (34.1)	79 (33.5)	39 (35.5)	
Escolaridade				0.689
Analfabeto	118 (34.1)	79 (33.5)	39 (35.5)	
1 a 4 anos	179 (51.7)	121 (51.3)	58 (52.7)	
5+ anos	49 (14.2)	36 (15.3)	13 (11.8)	

Fonte: Didoné, 2020

Os dados estão apresentados sob a forma de média (desvio padrão), mediana [intervalo interquartil], e frequência (porcentagem).

Quanto aos hábitos de vida, a partir de uma revisão na literatura atual foi considerado para este estudo as seguintes atividades diárias: fumo, consumo de álcool, alimentação e nutrição e atividade física. Dos idosos entrevistados, 202 (58,4%) eram tabagistas, e 300 (86,7%) não consumiam bebida alcoólica por pelo menos 1 vez na semana. Em relação à alimentação e avaliação nutricional, 164 (47,4%) apresentaram risco nutricional. Em relação a atividade física 248 (71,7%) dos idosos apresentaram estar suficientemente ativos. Como pode ser observado na tabela 2.

Tabela 2: Hábitos de vida da população de idosos, conforme agrupamento em estudo, São Carlos – SP, 2015

Variável	Geral (N=346)	sem Sintomas Depressivos (n=236)	com Sintomas Depressivos (n=110)	p
Tabagismo				0.866
Não	144 (41.6)	97 (41.1)	47 (42.7)	
Sim	202 (58.4)	139 (58.9)	63 (57.3)	
Consumo de Alcool				0.16
Não	300 (86.7)	200 (84.7)	100 (90.9)	
Sim	46 (13.3)	36 (15.3)	10 (9.1)	
Mini Avaliação Nutricional				0.001
Estado nutricional normal	156 (45.1)	122 (51.7)	34 (30.9)	
Com risco nutricional	164 (47.4)	103 (43.6)	61 (55.5)	
Desnutrição	26 (7.5)	11 (4.7)	15 (13.6)	
Questionário Internacional de Atividade Física				0.008
Suficientemente ativo	248 (71.7)	180 (76.3)	68 (61.8)	
Insuficientemente ativo	98 (28.3)	56 (23.7)	42 (38.2)	

Fonte: Didoné, 2020

Os dados estão apresentados sob a forma de média (desvio padrão), mediana [intervalo interquartil], e frequência (porcentagem).

A cognição dos participantes no presente estudo apresentou-se alterada para ambos grupos, isto é, participantes sem e com sintomas depressivos e foi estatisticamente significativa (p-valor: 0,022). Em relação à percepção de qualidade de vida dos idosos no presente estudo obteve-se escore de 0,78 e 0,64 para os grupos, sem e com sintomas depressivos respectivamente, esta diferença apresentou significância (p-valor<0,001).

Tabela 3: Cognição e percepção de Qualidade de Vida população de idosos, conforme agrupamento em estudo, São Carlos – SP, 2015

Variável	Geral (N=346)	sem Sintomas Depressivos (n=236)	com Sintomas Depressivos (n=110)	p
Mini Exame do Estado Mental				0.022
Normal	150 (43.4)	92 (39.0)	58 (52.7)	
Alterado	196 (56.6)	144 (61.0)	52 (47.3)	
Percepção de Qualidade de Vida	0.74 (0.15)	0.78 (0.13)	0.64 (0.14)	< 0.001

Fonte: Didoné, 2020

Os dados estão apresentados sob a forma de média (desvio padrão), mediana [intervalo interquartil], e frequência (porcentagem).

Na funcionalidade, a maioria dos idosos relataram que ao fazer atividades avançadas de vida diária são ativos 200 (57,8%); 306 (88,4%) demonstraram ser dependentes em algumas atividades instrumentais e independentes nas atividades básicas (67,9%). Exceto atividades básicas de vida diária não houve diferença significativa entre os grupos sem e com sintomas depressivos.

Tabela 4: Funcionalidade da população idosa, conforme agrupamento em estudo, São Carlos – SP, 2015

Variável	Geral (N=346)	sem Sintomas Depressivos (n=236)	com Sintomas Depressivos (n=110)	p
Atividades Avançadas de Vida Diária				0.001
Ativo	200 (57.8)	153 (64.8)	47 (42.7)	
Baixa atividade	146 (42.2)	83 (35.2)	63 (57.3)	
Lawton				0.036
Parcialmente dependente	40 (11.6)	21 (8.9)	19 (17.3)	
Dependente	306 (88.4)	215 (91.1)	91 (82.7)	
Katz				0.08
Independente	235 (67.9)	168 (71.2)	67 (60.9)	
Dependente	11 (3.2)	5 (2.1)	6 (5.5)	
Parcialmente dependente	100 (28.9)	63 (26.7)	37 (33.6)	

Fonte: Didoné, 2020

Os dados estão apresentados sob a forma de média (desvio padrão), mediana [intervalo interquartil], e frequência (porcentagem).

Quanto ao suporte social, houve significância estatística e para todos os domínios do MOS-SSS. Também pode ser observado através da tabela 5 que os participantes que apresentaram algum sintoma depressivo demonstraram escore menor do que os que não apresentaram sintoma depressivo, em relação aos apoios emocional, interação social positiva e informacional.

Tabela 5: Suporte Social da população idosa, conforme agrupamento em estudo, São Carlos – SP, 2015

Variável	Geral (N=346)	sem Sintomas Depressivos (n=236)	com Sintomas Depressivos (n=110)	p
Medical Outcomes Study				
Domínios				
Material	100.00 [90.00, 100.00]	100.00 [95.00, 100.00]	100.00 [81.25, 100.00]	0.025
Afetivo	100.00 [93.00, 100.00]	100.00 [100.00, 100.00]	100.00 [74.75, 100.00]	< 0.001
Emocional	100.00 [80.00, 100.00]	100.00 [90.00, 100.00]	90.00 [70.00, 100.00]	< 0.001
Interação Social Positiva	100.00 [80.00, 100.00]	100.00 [92.50, 100.00]	90.00 [56.25, 100.00]	< 0.001
Informacional	100.00 [80.00, 100.00]	100.00 [85.00, 100.00]	95.00 [75.00, 100.00]	< 0.001

Fonte: Didoné, 2020

Os dados estão apresentados sob a forma de média (desvio padrão), mediana [intervalo interquartil], e frequência (porcentagem).

5.2 NÍVEL DE FRAGILIDADE DOS IDOSOS E SINTOMAS DEPRESSIVOS

No que se refere a idosos com algum nível de fragilidade e sintomas depressivos, os participantes que apresentaram nível de pré fragilidade, em sua maioria, não indicaram algum sintoma depressivo, assim como nos outros níveis apontados, como pode ser verificado na tabela 6 a seguir e manteve diferença significativa entre os grupos.

Tabela 6: Nível de fragilidade e Sintomas Depressivos em idosos residentes de bairros em vulnerabilidade social de São Carlos, SP – 2015

Variável	Geral (N=346)	Não frágil (n=34)	Pré-frágil (n=198)	Frágil (n=114)	P
Escala de Depressão Geriátrica					
Sem sintomas Depressivos	236 (68.2)	30 (88.2)	137 (69.2)	69 (60.5)	0.02
Sintomas Depressivos leve	98 (28.3)	4 (11.8)	52 (26.3)	42 (36.8)	
Sintomas Depressivos Grave	12 (3.5)	0 (0.0)	9 (4.5)	3 (2.6)	

Fonte: Didoné, 2020

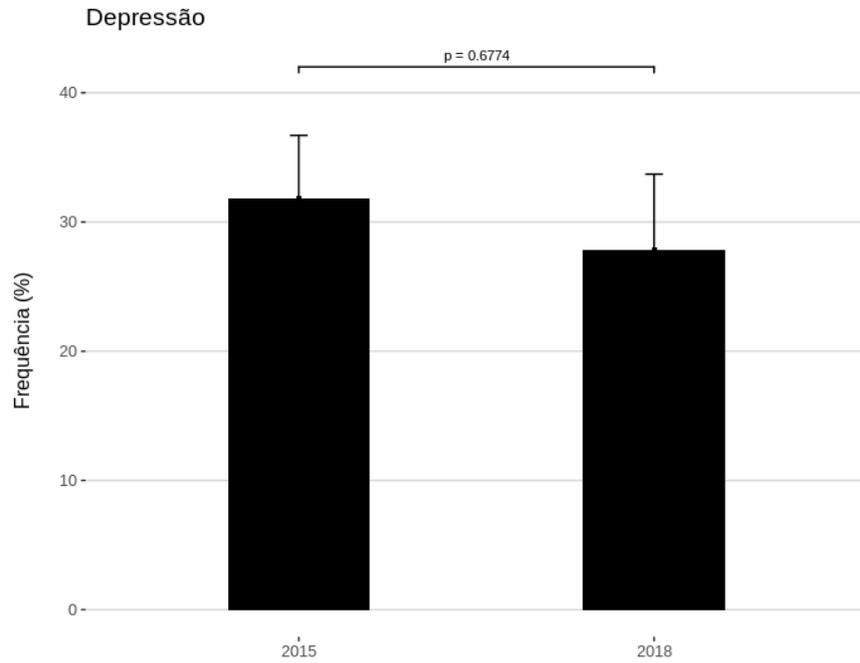
Os dados estão apresentados sob a forma de média (desvio padrão), mediana [intervalo interquartil], e frequência (porcentagem).

5.3 PREVALÊNCIA DE SINTOMAS DEPRESSIVOS, FRAGILIDADE E HÁBITOS DE VIDA E IMPACTO

Para fazer a análise de prevalência de sintomas depressivos e demais variáveis para o estudo longitudinal, utilizou-se o teste de simetria (*McNemar's Chi-squared test with continuity correction*). Foram utilizados dados das avaliações dos participantes, de 2015 e 2018 e excluídas as “perdas” de seguimento de um período para o outro.

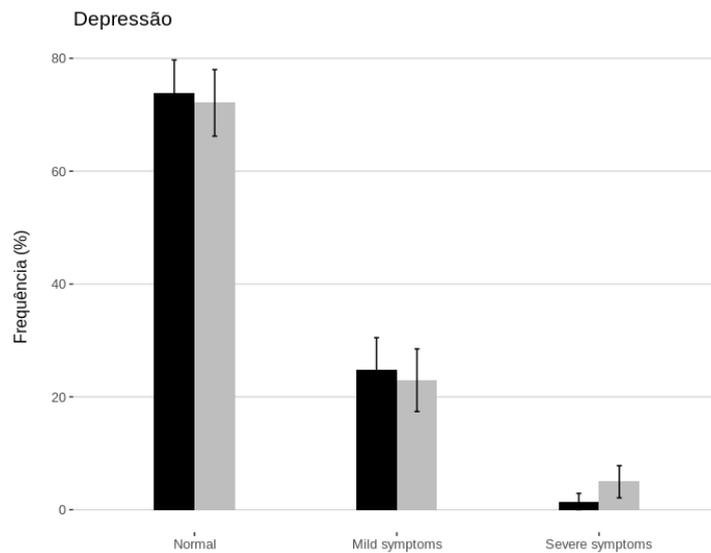
A prevalência de sintomas depressivos em 2015 foi de 31,8% (com Intervalo de Confiança de 95% [IC], 27% a 37%) e a prevalência de 2018 apresentou 17,9% (IC95%, 14,1% a 22,3%), apontando um p valor igual à 0,6774, ou seja, não houve uma mudança significativa de depressão de 2015 para 2018, independente do seu nível de sintomas depressivos como apresentado em Figuras 2 e 3.

Figura 2 - Prevalência de sintomas depressivos da população estudada em idosos, São Carlos – SP, 2018



Fonte: Didoné, 2020

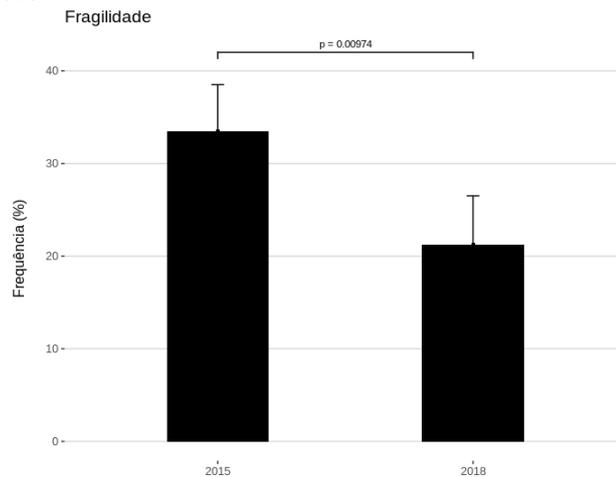
Figura 3 – Prevalência de sintomas depressivos da população estudada em idosos, com sintomas leves; severos e sem sintomas depressivos, São Carlos, SP – 2018



Fonte: Didoné, 2020

No que se refere prevalência de fragilidade, em 2015 foi de 33,5% (IC95%, 28,6% a 38,5%) e a prevalência de 2018 apresentou um resultado de 13,6% (IC95%, 10,2% A 17,6%). O valor de p foi de 0,00974, ou seja, houve uma mudança significativa da fragilidade durante esses 3 anos para melhor, como pode-se observar na Figura 4.

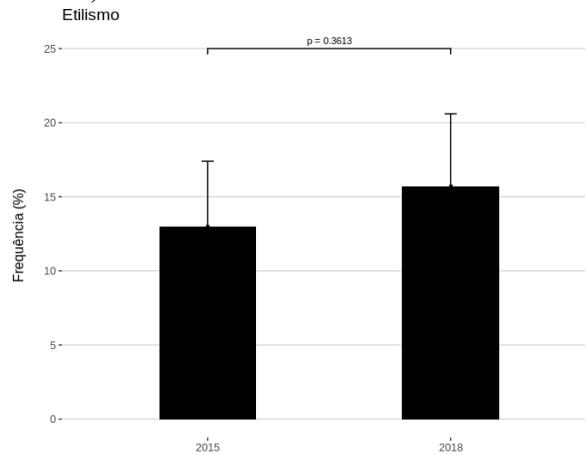
Figura 4 - Prevalência de fragilidade da população estudada em idosos, São Carlos – SP, 2018



Fonte: Didoné, 2020

Em relação aos hábitos de vida a prevalência continuou de forma semelhante ao longo dos anos; ao que se refere a consumo de álcool a prevalência em 2015 foi de 13,3% (IC95%, 10% a 17,3%) e a prevalência em 2018 foi de 13,6% (IC95%, 10,2% a 17,6%). Não foi apresentada mudança significativa, apontando o p valor de 0,3613.

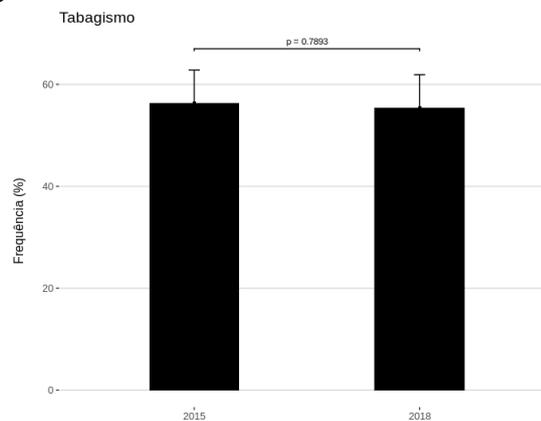
Figura 5 - Prevalência de consumo de álcool da população estudada em idosos, São Carlos – SP, 2018



Fonte: Didoné, 2020

Em relação ao tabagismo a prevalência em 2015 foi de 58.4% (IC95%, 53% a 63.6%) e a prevalência em 2018 foi considerado 35.5% (IC95%, 30.6% a 40.7%), com um valor p de 0,7893, ou seja, não houve nenhuma mudança significativa também.

Figura 6 - Prevalência de fragilidade da população estudada em idosos, São Carlos – SP, 2018



Fonte: Didoné, 2020

Quanto ao impacto de sintomas depressivos na incidência da fragilidade no seguimento de 2015-2018 considerando as perdas, por meio de análise inferencial

verificamos que o risco relativo (RR) foi de 1,46 (0,85, 2,4) não sendo estatisticamente significativa, ou seja, não houve significância estatística do impacto dos sintomas depressivos sobre a fragilidade dado ao IC, conforme Tabela 7.

Tabela 7 - Análise do impacto de sintomas depressivos na incidência da fragilidade na população estudada, São Carlos-SP, 2018.

		Desfecho com Fragilidade (n)	Desfecho com Fragilidade (n)	Total
Efeito	com	19	236	110
depressão (n)				
Efeito	sem	28	208	236
depressão (n)				
Total		47	299	346

Fonte: Didoné, 2020

5.4 Fatores associados a sintomas depressivos

Para realizar a análise dos fatores associados à depressão no presente estudo foi utilizada regressão logística. Primeiro foi realizada uma análise univariada na qual foi possível identificar quais foram as variáveis que apresentaram relação significativa com a depressão observando-se pelo valor p.

A análise multivariada para identificar os fatores preditores e protetores para a depressão encontrou-se, como pode ser observado na Tabela 4, que ser independente, ter uma boa funcionalidade (Lawton) (OR: 0,93; IC95%: 0,88–0,97) e receber apoio informacional (OR: 0,96; IC95%: 0,93–0,99) se apresentaram como fatores protetores à depressão. Enquanto pertencer ao sexo feminino (OR: 3,43; IC95%: 1,60–7,66) e fazer uso de um ou mais cigarros por dia (OR: 2,47; IC95%: 1,18–5,31), indicaram fator preditor para a depressão, ou seja, a mulher tem 3,43 vezes mais chances de apresentar sintomas depressivos, assim como tabagistas têm 2,47 vezes mais chances de ter os mesmos sintomas. Quanto às demais variáveis apontadas não houve significância estatística.

Tabela 8 - Análise de regressão logística multivariada para depressão em idosos moradores de bairros em contexto de vulnerabilidade social em São Carlos, 2019

Variável	Univariada		Multivariada	
	OR (IC95%)	p	ORa (IC95%)	P
Sexo				
Homem	Referência	-	Referência	-
Mulher	2.7 (1.44 – 5.29)	0.002	3.43 (1.60 – 7.66)	0.001
Idade, anos	0.93 (0.76 – 1.12)	0.422		
Etnia				
Branca	Referência	-		
Negra	0.80 (0.44 – 1.44)	0.456		
Estado civil				
Com parceiro	Referência	-	Referência	-
Sem parceiro	1.53 (0.84 – 2.78)	0.165	1.21 (0.59 – 2.45)	0.606
Mora sozinho				
Sim	Referência	-		
Não	0.70 (0.32 – 1.59)	0.371		
Renda per capita, R\$	1.00 (1.00 – 1.00)	0.279		
Frequêntou escola				
Sim	Referência	-		
Não	1.33 (0.71 – 2.47)	0.363		
Escolaridade				
Analfabeto	Referência	-		
1 a 4 anos	0.74 (0.39 – 1.44)	0.373		
5+ anos	0.77 (0.30 – 1.88)	0.573		
Tabagismo				
Não	Referência	-	Referência	-
Sim	1.63 (0.89 – 3.01)	0.116	2.47 (1.18 – 5.31)	0.017
Consumo de Álcool				
Não	Referência	-		
Sim	0.76 (0.29 – 1.80)	0.558		
Mini Avaliação Nutricional, escore	1.00 (0.97 – 1.04)	0.959		
Percepção de Qualidade de Vida	1.01 (0.98 – 1.03)	0.473		
Lawton, escore	0.94 (0.90 – 0.98)	0.003	0.93 (0.88 – 0.97)	0.003
Suporte Social				
Domínios				
Material	0.99 (0.98 – 1.01)	0.268		
Afetivo	0.98 (0.97 – 1.00)	0.021	0.98 (0.95 – 1.01)	0.13
Emocional	0.99 (0.97 – 1.00)	0.031	0.98 (0.95 – 1.01)	0.239
Interação Social Positiva	0.99 (0.98 – 1.00)	0.103	0.99 (0.97 – 1.02)	0.454
Informacional	0.98 (0.98 – 0.99)	0.002	0.96 (0.93 – 0.99)	0.006

* OR (*Odds Ratio*) = Fatores associados à depressão. IC 95% OR = Intervalo de 95% de confiança para a razão de risco. Ref.: nível de referência

Quanto a fragilidade, os sintomas depressivos não se apresentaram como fator preditor nem como fator protetor, não houve significância nos dados, como pode ser observado na tabela 9.

Tabela 9 - Análise de regressão logística multivariada para fragilidade em idosos moradores de bairros em contexto de vulnerabilidade social em São Carlos, 2019

Variável	Univariada		Multivariada	
	OR (IC95%)	p	ORa (IC95%)	P
Sintomas Depressivos	1.13 (1.01 – 1.26)	0.036	1.01 (0.87 – 1.17)	0.891

* OR (*Odds Ratio*) = Fatores associados à depressão. IC 95% OR = Intervalo de 95% de confiança para a razão de risco. Ref.: nível de referência

6 DISCUSSÃO

Ao analisar os dados sociodemográficos foi possível observar a predominância de um perfil de idoso do sexo feminino, com idade média de 68,0 anos, casados, aposentado e que apresenta baixa escolaridade, informações que corroboram com a literatura nacional, por praticamente há uma década, principalmente ao que se refere a idosos residentes em um contexto de alta vulnerabilidade social (NUNES, 2011; NERI et al., 2013; ORLANDI; GESUALDO, 2014; TAVARES et al. 2016; CHAVES 2015; FERREIRA et al., 2019; CRUZ; BELTRAME; DALLACOSTA, 2019).

Alguns autores defendem que a feminização da velhice decorre de aderir a hábitos de vida mais saudáveis, como, por exemplo, consumo menor de álcool e tabaco, menor exposição de riscos de trabalhos. Dados sociodemográficos nacionais também levantam indícios de que as mulheres procuram mais serviços de saúde e social dos que os homens, o que pode demonstrar um cuidado mais para as prevenções de doenças (STORTI et al.,

2013; MAGALHÃES et al. 2016). Entretanto é importante ressaltar que nem sempre essa maior expectativa de vida demonstra uma melhor qualidade de vida pra essas mulheres que geralmente apresentam doenças crônicas, dores e sobrecarga de cuidados (CRUZ, BELTRAME, DALLACOSTA, 2019). O presente estudo, demonstrou que o sexo feminino é um fator preditor para o indivíduo ter sintomas depressivos, o que é corroborado pela literatura nacional e internacional, quando se trata de idosas que utilizam atendimento primário de saúde. (TAVARES, et al. 2015; MENDES-CHILOFF et al. 2018; UCHOA, et al., 2019). Ainda não há uma certeza acerca dos motivos, mas essa prevalência de sintomas depressivos na população idosa feminina pode ser vinculada a diversos fatores, como variações hormonais durante o ciclo da vida (gravidez e menopausa são seus principais indícios), por viver mais do que homens e, assim, vivenciar diferentes experiências tais como responsabilidades familiares e eventos traumáticos, e perdas ao longo do curso da vida como luto, ninho vazio, entre outros (SALES et al. 2016; MENDES-CHILOFF et al. 2019).

A maioria da população relatou ser negra (58,1%), o que corrobora com a população atual brasileira, segundo a versão oficial e atualizada do IBGE em 2010 (SILVA, et al, 2019). Quanto ao estado civil, 200 (57,8%) dos indivíduos afirmaram que residiam com parceiros, o que é corroborado por estudos nacionais (HOLTFRETER; REISIG; TURANOVIC, 2015; JESUS, 2017). No que se refere à escolaridade, na presente pesquisa os dados apresentam baixo nível de escolaridade, o que pode ser justificado devido a questão de vulnerabilidade social dos idosos e também à geração participante. A literatura aponta que idosos com baixa escolaridade ou analfabetos tem maiores predições de apresentarem alguma doença envolvida a saúde mental e doenças crônicas, sendo uma delas a fragilidade. Há também exclusão social, pois geralmente essa população tem um menor acesso às informações e condições financeiras (SANTOS-ORLANDI et al. 2017; MACHADO, 2017). A baixa renda, assim como o presente estudo apresenta, aparece em vários pesquisas como um fator significativo para sintomas depressivos (RAMOS et al, 2015; GULLICH et al., 2016; MEDEIRO et al., 2015; COSTA et al., 2018).

A respeito da funcionalidade pode-se observar que houve uma perda funcional

significativa em relação às atividades de vida diária, principalmente nas atividades instrumentais o que corrobora com a literatura nacional quando se refere a uma população que apresenta uma pré-fragilidade em ambiente de vulnerabilidade social (LEME et al, 2019). A literatura aponta que idosos que apresentam declínio de funcionalidade e se tornam mais dependentes, apresentam sinais de sintomas depressivos ou até mesmo são diagnosticados com a doença. o mesmo achado obteve-se no presente estudo, o qual apresentou uma influência significativa relacionado a sintomas depressivos (RAMOS 2015; CABRAL et al. 2019). Ter uma boa pontuação na funcionalidade se torna então um fator protetor para sintomatologia, segundo estudos, alguns autores afirmam que isso ocorre devido à autonomia preservada do idoso (NEBULONI et al. 2019). O declínio funcional pode aumentar os gastos públicos, do idoso e da família, podendo esta última também demonstrar sobrecarga e influenciando no apoio oferecido ao idoso (NEBULONI et al. 2019; SILVA et al. 2020)

Segundo estudos, laços familiares saudáveis podem ajudar no enfrentamento das consequências indesejáveis associadas tanto à funcionalidade quanto à depressão. Vale ressaltar que é importante ter uma boa qualidade de relação familiar e um bom suporte social (LIMA, et al., 2011; PEREIRA, et al., 2017). O Suporte Social está relacionado há 5 domínios: Material, Afetivo, Emocional, Interação Social-Positiva e Informacional; no presente estudo todos os domínios tiveram relação significativa com os sintomas depressivos e, o domínio informacional se evidenciou como um fator protetor para sintomas depressivos. Diversos autores indicaram em publicações recentes a necessidade de políticas públicas para auxiliar pessoas com sintomas depressivos e depressão, ações governamentais tornam-se de valia para a prevenção, entre elas campanhas e propagandas, assim como também capacitação e atualização de profissionais sobre a patologia, que afeta grande número de idosos. A unidade de saúde da família tem um papel importante a partir dessas capacitações por ser da atenção primária e ser mais próxima a população no geral, principalmente as que referem ter baixa renda econômica (SOUSA et al., 2019).

Quanto a prevalência de sintomas depressivos e fragilidade em idosos, estudos nacionais também encontraram, dados semelhantes aos apresentados, os sintomas

depressivos são frequentes em mulheres casadas que residem em uma casa com um ou mais indivíduo, com faixa etária entre 65 a 69 anos que relataram baixa escolaridade e baixa renda (RAMOS, et al. 2019; UCHOA et al. 2019). Ao observar a tabela 1 e a tabela 2, pode se identificar que o sexo feminino está presente em maioria tanto para sintomas depressivos quanto para qualquer tipo de nível de fragilidade, isso está de acordo com a literatura nacional e internacional, é um fenômeno atualmente chamado de Feminilização da velhice, algo que deve ser ressaltado e obter um cuidado maior pois, mesmo que as mulheres vivem mais não significa que ela tem uma boa qualidade de vida (FRIED et al. 2001; RAMOS et al. 2019)

A prevalência de sintomatologia depressiva de 17,9% no presente estudo foi inferior ao que se encontra na população idosa cadastrada em USF no Belém-PA 22% e aproximada ao da população da USF de Bagé-RS 18%. Vale ressaltar que foi utilizado o mesmo instrumento e, as divergências encontradas podem ter ocorrido devido as regiões que foram distintas, mesmo apresentando perfil sociodemográfico semelhante (ALVARENGA et al. 2012; SASS et al. 2014; NOGUEIRA et al. 2014; BRETANHA et al. 2015; UCHOA, 2019).

Quanto a prevalência da fragilidade na literatura nacional e internacional apresentaram dados semelhantes ao presente estudo. Em Taiwan a prevalência foi de 11,3%, mas com uma faixa etária de 65 aos 79 anos; em um município da Bahia apresentaram a prevalência 16,9%. Obteve casos de prevalência na fragilidade extremos, como, por exemplo um estudo em Minas Gerais apontou 43,6%, de fragilidade utilizando fenótipo de Fried mesmo sendo cadastrados em USF e não institucionalizados, e, em Portugal seus dados foram de 34,9%. Relembrando que utilizaram o fenótipo de Fried, um estudo indicou que ao aplicar o Rastreamento de Edmonton o número de fragilidade aumentava em relação ao primeiro rastreamento. (MELLO, ENGSTROM, ALVES, 2014; DUARTE; PAUL, 2015; SANTOS, 2015; CHANG, 2011; ZAZZETTA, et al. 2017).

No que se refere hábitos de vida houve semelhança entre a prevalência de 2015 e 2018, alegando então que não houve mudanças e os sujeitos continuaram com a mesma rotina, algo que a literatura aponta que pode ocorrer devido a população estar em um

contexto de vulnerabilidade social, cujo aborda uma questão sócio-cultural e histórica. Tabagismo apresenta como fator preditor no presente estudo, o que corrobora com outros estudos onde o ato de fumar mais de um cigarro por dia é um fator comum em pessoas que apresentam sintomas depressivos (RAMOS et al., 2015; GULLICH et al., 2016; MEDEIROS et al., 2015; MELLO et al., 2014).

A literatura aponta que idosos que mantêm o hábito de fazer atividades físicas e mantêm a sua funcionalidade preservada não apresenta avanço no declínio cognitivo, mesmo com o fator da idade afetando (MORAES, CINTRA; 2013; OLIVEIRA et al. 2018)

Uma baixa qualidade de vida, segundo a literatura nacional semelhantes ao estudo, é fator recorrente há vulnerabilidade social, baixa renda, baixa escolaridade, tabagismo, declínio cognitivo e falta de suporte social, o que corrobora com o presente estudo, cujo apontou que os indivíduos apresentam uma péssima percepção de qualidade de vida e dados com diferença significativa nessas variáveis (MENDES-CHILOFF et al. 2018; CORDEIRO et al. 2020). Essa baixa percepção de qualidade de vida ocorre independente se houve ou não sintomas depressivos, estudos reforçam a importância de observar esses fatores para minimizar os danos a qualidade de vida dos idosos e, em consequência, promover e preservar o bem-estar desse indivíduo (TAVARES et al., 2016; UCHOA et al. 2019; CORDEIRO et al. 2020).

O presente estudo tem como limitação a perda de idosos ao decorrer do tempo, que poderia causar impacto maior nos resultados e na conclusão e, também a escassez de literatura recente sobre a temática de nutrição, em idosos que apresentem sintomas depressivos.

7 CONCLUSÃO

O presente estudo permitiu conhecer as características sociodemográficas da população participante, na qual houve predominância feminina, a maioria pertencia ao segmento etário de 60 a 69 anos. negras, casadas, que residiam com um ou mais pessoas na casa, com baixa escolaridade e baixa renda per capita. Faziam uso de cigarro pelo menos uma vez por dia, porém não referiram consumir bebida alcoólica na semana. Apresentaram ser ativos, com risco nutricional e com boa percepção de qualidade de vida. Em relação as suas atividades de vida diária, a maioria apresentou serem independentes nas atividades básicas e avançadas diária, porém eram dependentes nas atividades instrumentais.

O estudo verificou fatores associados à incidência de sintomas depressivos sendo eles fatores protetores como, ser homem, ter independência nas atividades instrumentais de vida diária e receber apoio informacional, enquanto suporte social e fatores preditores de sintomas depressivos como ser mulher e tabagismo. Quanto à incidência de sintomas depressivos nas pessoas idosas, não houve mudanças significativas ao serem comparadas as taxas de prevalência no seguimento de 2015 a 2018. Porém no que se refere à fragilidade encontrou-se diminuição na incidência significativa ao longo do período de três anos, mas os sintomas depressivos não se associaram ao risco da pessoa idosa se tornar frágil, no período de tempo estudado.

Conclui-se que, as características sociodemográficas da população idosa residente na comunidade em regiões de vulnerabilidade social, o declínio funcional, o suporte social recebido e os hábitos de vida, tornam-se relevantes para o estudo de incidência de sintomas depressivos. Não é possível sustentar que sintomas depressivos aumentam o risco de fragilidade nas pessoas idosas participantes do estudo, assim como também não é possível concluir que fragilidade influenciou na incidência de sintomas depressivos.

Os achado do presente estudo poderão auxiliar na formulação de novas hipóteses de pesquisa quanto à busca de fatores de risco e associação de fatores e determinantes de causalidade. O presente trabalho poderá auxiliar na formulação de políticas e ações que contemplem as características sociodemográficas da população idosa e suas necessidades de apoio e suporte social para os segmentos sociais mais vulneráveis O presente trabalho

também reforça as recomendações acerca das avaliações de rastreio nas pessoas idosas para sintomas depressivos no atendimento primário, pois possibilita o diagnóstico e tratamento, precoce caso houver depressão, com vistas à prevenção de agravos e riscos relacionados.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, A.M.A. et al. Prevalência e determinantes de sintomatologia depressiva em idosos assistidos em serviço ambulatorial. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, [s.l.], v. 17, n. 4, p.853-866, dez. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2014.13198>.

ALEXANDRE, T. S., CORONA, L.P.; NUNES,D.P. SANTOS,J.L.F.; DUARTE,Y.A.O.; LEBRÃO,M.L. “Similarities Among Factors Associated With Components of Frailty in Elderly: SABLE Study.” *Journal of Aging and Health* 26, no. 3 (April 2014): 441–57. doi:10.1177/0898264313519818

AITKEN, Z. et al. Does social support modify the effect of disability acquisition on mental health? A longitudinal study of Australian adults. *Social Psychiatry And Psychiatric Epidemiology*, [s.l.], v. 52, n. 10, p.1247-1255, 4 jul. 2017. Springer Nature. <http://dx.doi.org/10.1007/s00127-017-1418-5>.

ALVARENGA, Márcia Regina Martins; OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos; FACCENDA, Odival. Sintomas depressivos em idosos: análise dos itens da escala de depressão geriátrica. : análise dos itens da Escala de Depressão Geriátrica. *Acta Paulista de Enfermagem*, [s.l.], v. 25, n. 4, p. 497-503, 2012. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-21002012000400003>.

AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION (APA), *Diagnostic and statistical manual of mental disorders - DSM-5 (5th ed.)*, 2014. Washington: American Psychiatric Association.

ANDRADE, J.M. et al. Frailty profile in Brazilian older adults: ELSI-Brazil. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo , v. 52, supl. 2, 17s, 2018 . Epub Oct 25, 2018. DOI: 10.11606/s1518-8787.2018052000616.

ANDREW, M.K. Frailty and Social Vulnerability. *Frailty In Aging*, [s.l.], p.186- 195, 2015. S. Karger AG. <http://dx.doi.org/10.1159/000381236>. Citado 20/04/2019.

ARAÚJO JÚNIOR, F.B. et al. Fragilidade, perfil e cognição de idosos residentes em área de alta vulnerabilidade social. *Ciência & Saúde Coletiva*, [s.l.], v. 24, n. 8, p.3047-3056, ago. 2019. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018248.26412017>.

AARTS, B.; CHALKER, S.; WEINER, E. *The Oxford dictionary of English grammar*. Oxford University Press, 2014.

AVILA, R.; BOTTINO, C.M.C. Atualização sobre alterações cognitivas em idosos com síndrome depressiva. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, São Paulo , v. 28, n. 4, p. 316-320, Dec. 2006 . Epub Oct 19, 2006. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462006005000010>.

BATISTONI, S.S.T.; NERI, A.L.; CUPERTINO, A.P.F.B. Validade da escala de depressão do Center for Epidemiological Studies entre idosos brasileiros. *Revista de Saúde Pública*, [s.l.], v. 41, n. 4, p. 598-605, ago. 2007. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-89102007000400014>

BATISTONI, S.S. et al. 2015. Categorização e Identificação Etária em uma Amostra de Idosos Brasileiros Residentes na Comunidade. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, [s.l.], v. 28, n. 3, p. 511-521, set. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1678-7153.201528310>.

BARTH, J., SCHNEIDER, S. & KÄNEL, R. Lack of Social Support in the Etiology and the Prognosis of Coronary Heart Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Psychosomatic Medicine* 72, 229–238, 2010

BENEDETTI, T.R.B. et al. Reprodutibilidade e validade do Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ) em homens idosos. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, [s.l.], v. 13, n. 1, p. 11-16, fev. 2007. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1517-86922007000100004>

BENGSTON, V.L.; BURGESS, E.O.; PARROT, T.M. Theory, explanation and a third generation of theoretical development in social gerontology, 1997. *Journal Of Gerontology* 2, v. 52B, pp. S72-S87.

BENGSTON, V.L.; RICE, C.J.; JONHSON, M.L. Are theories of aging important? Models and explanations at the turn of the century, In: BENGSTON, V.L. e SCHAIE, K.W. et al, *Handbook of theories of aging*. Nova York: Springer, 1999 pp. 3-20.

BERTOLUCCI, P.H.F. et al. O mini exame do estado mental em uma população geral. *Arquivos Neuropsiquiatria*. v. 52, n.1, p. 1-7, 1994.

BRETANHA, Andréia Ferreira; FACCHINI, Luiz Augusto; NUNES, Bruno Pereira; MUNHOZ, Tiago N.; TOMASI, Elaine; THUMÉ, Elaine. Sintomas depressivos em idosos residentes em áreas de abrangência das Unidades Básicas de Saúde da zona urbana de Bagé, RS. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, [s.l.], v. 18, n. 1, p. 1-12, mar. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201500010001>.

BRIGOLA, A.G. et al. Relationship between cognition and frailty in elderly: a systematic review: A systematic review. *Dementia & Neuropsychologia*, [s.l.], v. 9, n. 2, p. 110-119, jun. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1980-57642015dn92000005>

BRITO, T.R.P.; COSTA, R.S.; PAVARINI, S.C.I. Idosos com alteração cognitiva em contexto de pobreza: estudando a rede de apoio social. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v. 46, n. 4, p. 906-913, Aug. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000400018>

CABRAL, J.F. et al. Vulnerabilidade e fatores associados em idosos atendidos pela Estratégia Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, [s.l.], v. 24, n. 9, p. 3227-3236, set.

2019. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018249.22962017>

CAMPOLINA, A.G. et al. O questionário SF-6D Brasil: modelos de construção e aplicações em economia da saúde. Revista da Associação Médica Brasileira, [s.l.], v. 56, n. 4, p.409-414, 2010. Elsevier BV <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-42302010000400012>.

CARDOSO, H.F.; BAPTISTA, M.N. Escala de Percepção do Suporte Social (versão adulta) - EPSUS-A: estudo das qualidades psicométricas: estudo das qualidades psicométricas. Psico-usf, [s.l.], v. 19, n. 3, p. 499-510, dez. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-82712014019003012> .

CARMO M.E., Guizardi FL VULNERABILIDADE EM POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL Cad. Saúde Pública 2018

CARVALHO, V.A.; CARAMELLI, P. Brazilian adaptation of the Addenbrooke's Cognitive Examination-Revised. Dementia & Neuropsychologia v. 2 p. 212-216, 2007.

CASELATO-SOUSA, V.M. et al. Using the Mini Nutritional Assessment to Evaluate the Profile of Elderly Patients in a Geriatric Outpatient Clinic and in Long- Term Institutions. International Journal Of Clinical Medicine, [s.l.], v. 02, n. 05, p.582-587, 2011. Scientific Research Publishing, Inc., <http://dx.doi.org/10.4236/ijcm.2011.25096>.

CEPAL. Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe. Conferência Regional Intergovernamental sobre Envelhecimento e Direitos dos Idosos na América Latina e no Caribe, 2016. Disponível em: <https://www.cepal.org/pt-br/orgaos-subsidiarios/conferencia-regional-intergovernamental-envelhecimento-direitos-idosos-america>

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

CHAVES, L.J.; GIL, C.A. Concepções de idosos sobre espiritualidadederelacionada ao envelhecimento e qualidade de vida. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 20, n. 12, p. 3641-3652, Dec. 2015. <https://doi.org/10.1590/1413-812320152012.19062014> .

COBB, S. Social Support as a Moderate of Life Stress. Psychosomatic Medicine, 1976.

COHEN, Sheldon. Social Relationships and Health. **American Psychologist**, [s.l.],

CONSELHO Federal de Medicina CFM. Diretrizes éticas internacionais para pesquisas relacionadas a saúde envolvendo seres humanos, 2018. Disponível em: <https://cioms.ch/wp-content/uploads/2018/11/CIOMS-final-Diretrizes-Eticas-Internacionais-Out18.pdf>

CORDEIRO, R.C. et al., Mental health profile of the elderly community: a cross-sectional study. : a cross-sectional study. Revista Brasileira de Enfermagem, [s.l.], v. 73, n. 1, p. 1-8,

2020. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0191>

COSTA, J. L. R. Em Busca da (C)idade Perdida: O Município e as Políticas Públicas Voltadas à População Idosa. Tese de Doutorado- Saúde Coletiva, 2002 / FCM-UNICAMP Campinas, SP.

COSTA, F.R.; et al. Quality of life of participants and non-participants of public physical exercise programs. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, [s.l.], v. 21, n. 1, p. 24-34, fev. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562018021.170136> .

CRUZ, R.R.; BELTRAME, V.; DALLACOSTA, F.M. Aging and vulnerability: an analysis of 1,062 elderly persons. : an analysis of 1,062 elderly persons. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, [s.l.], v. 22, n. 3, p. 0-14, 2019. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562019022.180212> .

CUTTER, S.L.; SCHUMANN, R.L.; EMRICH, C.T. Exposure, Social Vulnerability and Recovery Disparities in New Jersey after Hurricane Sandy. Journal Of Extreme Events, [s.l.], v. 01, n. 01, p.1450002-1450005, ago. 2014. World Scientific Pub Co Pte Lt. <http://dx.doi.org/10.1142/s234573761450002x>.

DOOLAN, D.M.; FROELICHER, E.S. Smoking Cessation Interventions and Older Adults. **Progress In Cardiovascular Nursing**, [s.l.], v. 23, n. 3, p.119-127, ago. 2008. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1751-7117.2008.00001.x>.

FERRAIUOLI, C.; FERREIRA, S. O outro lado da "melhor idade": Depressão e Suicídio em Idosos. Humanas Sociais & Aplicadas, [S.l.], v. 7, n. 18, mar. 2017. ISSN 22368876. doi: <http://doi.org/10.25242/88767182017821>

FERREIRA, et al. Quedas recorrentes e fatores de risco em idosos institucionalizados. Ciência & Saúde Coletiva, [s.l.], v. 24, n. 1, p. 67-75, jan. 2019. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018241.35472016> .

FOLSTEIN, M.F.; FOLSTEIN, S.E.; MCHUGH P.R.; A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. Journal. Psychiatry. Research. v. 12, p. 189-198, 1975.

FREITAS, C.V. et al. Evaluation of frailty, functional capacity and quality of life of the elderly in geriatric outpatient clinic of a university hospital. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, [s.l.], v. 19, n. 1, p.119-128, fev. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2016.14244>.

FRIED, L. P. et al. Frailty in Older Adults: Evidence for a Phenotype. The Journals Of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences, [s.l.], v. 56, n. 3, p.146-157, 1 mar. 2001. Oxford University Press (OUP). <http://dx.doi.org/10.1093/gerona/56.3.m146>.

FUNDAÇÃO SEADE. Distribuição da população, segundo grupos do IPVS. São Paulo, 2010;

GEA, A. et al. Mediterranean alcohol-drinking pattern and mortality in the SUN (Seguimiento Universidad de Navarra) Project: a prospective cohort study. *British Journal Of Nutrition*, [s.l.], v. 111, n. 10, p.1871-1880, 30 jan. 2014. Cambridge University Press (CUP). <http://dx.doi.org/10.1017/s0007114513004376>.

GONZALEZ, A.C.T. et al. Depressive disorders and comorbidities among the elderly: a population-based study. *Rev. bras. geriatr. gerontol.*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 95-103, Feb. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2016.14210>.

GOULART, D. et al. Tabagismo em idosos. *Rev. bras. geriatr. gerontol.*, Rio de Janeiro, v.13, n.2, p.313-320, Aug.2010. <http://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232010000200015>.

GULLICH, I.; DURO, S.M.S.; CESAR, J.A. Depressão entre idosos: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. *Rev. bras. epidemiol.*, São Paulo, v.19, n.4, p. 691-701, Dec. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201600040001>.

GUTIERREZ-ROBLEDO, J.M. ÁVILA-FUNES, J.A. How to include the social factor for determining frailty? *Journal Frailty and Aging*, v.1, n.1, 2012.

HE, W.; GOODKIND, D.; KOWAL, P. An aging world: 2015. Washington, DC: United States Census Bureau, 2016. 165 p. (International population reports). Disponível em: <<https://www.census.gov/content/dam/Census/library/publications/2016/demo/p9516-1.pdf>>

HOLTFRETER, K.; REISIG, M.D.; TURANOVIC, J.J. Depression and infrequent participation in social activities among older adults: the moderating role of high-quality familial ties.: the moderating role of high-quality familial ties. *Aging & Mental Health*, [s.l.], v. 21, n. 4, p. 379-388, 15 out. 2015. Informa UK Limited. <http://dx.doi.org/10.1080/13607863.2015.1099036>.

IBGE: População brasileira cresce em ritmo acelerado [Internet]. 2018 disponível em: <http://saladeimprensa.ibge.gov.br/noticias?view=noticia&id=1&busca=1&idnoticia=1272>

INSTITUTO NACIONAL DO CANCER (INCA/MS). Estimativas 2014, Doenças associadas ao tabagismo. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=2588> Acesso em: 05 abri de 2019.

JESUS, Isabela Thais Machado de; ORLANDI, Ariene Angelini dos Santos; GRAZZIANO, Eliane da Silva; ZAZZETTA, Marisa Silvana. Fragilidade de idosos em vulnerabilidade social. *Acta Paulista de Enfermagem*, [s.l.], v. 30, n. 6, p. 614-620, dez. 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201700088>.

KATZ, S. et al. Studies of illness in the aged: the index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *Jama*, 1963; v. 185, n. 12, p.914-919.

KAWACHI, I. Social Ties and Mental Health. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, [s.l.], v. 78, n. 3, p. 458-467, 1 set. 2001. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1093/jurban/78.3.458> .

LACAS, A.; ROCKWOOD, K. Frailty in primary care: a review of its conceptualization and implications for practice. : a review of its conceptualization and implications for practice. *Bmc Medicine*, [s.l.], v. 10, n. 1, p. 1-15, 11 jan. 2012. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1186/1741-7015-10-4> .

LEME, D.E.C. et al. Estudo do impacto da fragilidade, multimorbidade e incapacidade funcional na sobrevivência de idosos ambulatoriais. *Ciência & Saúde Coletiva*, [s.l.], v. 24, n. 1, p.137-146, jan. 2019. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018241.04952017>

LIMA, M.G.et al. Health-related behavior and quality of life among the elderly: a population-based study. *Revista de Saúde Pública*, [s.l.], v. 45, n. 3, p.485- 493, jun. 2011. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-89102011000300006>.

LINO, V.T.S. et al . Adaptação transcultural da Escala de Independência em Atividades da Vida Diária (Escala de Katz). *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 103-112, Jan.2008. Acesso em 08Mar. 2019

MACHADO, J.C. et al. Declínio cognitivo de idosos e sua associação com fatores epidemiológicos em Viçosa, Minas Gerais. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, [s.l.], v. 14, n. 1, p.109-121, mar. 2011. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1809-98232011000100012> .

MAGALHÃES, J.M. et al. DEPRESSION AMONG THE ELDERLY IN THE FAMILY HEALTH STRATEGY: A CONTRIBUTION TO PRIMARY CARE. *Reme: Revista Mineira de Enfermagem*, [s.l.], v. 20, p.01-15, 2016. GN1 Genesis Network. <http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20160016> .

MAIA, B.C. et al. Consequências das quedas em idosos vivendo na comunidade. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, [s.l.], v. 14, n. 2, p.381-393, jun. 2011. FapUNIFESP(SciELO).<http://dx.doi.org/10.1590/s1809-98232011000200017>.

MALTA, D.C et al. A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Ciência & Saúde Coletiva*, [s.l.], v. 21, n. 2, p. 327-338, fev. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015212.23602015> .

MELLO, A.C.; ENGSTROM, E.M.; ALVES, L.C. Health-related and socio-demographic factors associated with frailty in the elderly: a systematic literature review.: a systematic

literature review. *Cadernos de Saúde Pública*, [s.l.], v. 30, n. 6, p. 1143-1168, jun. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00148213> .

MENDES-CHILOFF, C.L. et al. Sintomas depressivos em idosos do município de São Paulo, Brasil: prevalência e fatores associados (Estudo SABE). *Revista Brasileira de Epidemiologia*, [s.l.], v. 21, n. 2, p.1-16, 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1980-549720180014.supl.2>.

MEDEIROS, F. A. L. et al. O cuidar de pessoas idosas institucionalizadas na percepção da equipe de enfermagem. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 36, n. 1, p. 56-61, mar. 2015.

MEZUK, B et al. Depression and frailty in later life: a synthetic review. : a synthetic review. *International Journal Of Geriatric Psychiatry*, [s.l.], v. 27, n. 9, p. 879-892, 7 out. 2011. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1002/gps.2807> .

MHAOLÁIN, A. M. Ní et al. Frailty, depression, and anxiety in later life. *International Psychogeriatrics*, [s.l.], v. 24, n. 8, p. 1265-1274, 14 fev. 2012. Cambridge University Press (CUP). <http://dx.doi.org/10.1017/s1041610211002110> .

MILNER, A. et al. The role of social support in protecting mental health when employed and unemployed: A longitudinal fixed-effects analysis using 12 annual waves of the HILDA cohort. *Social Science & Medicine*, [s.l.], v. 153, p.20-26, mar. 2016. Elsevier [BV. http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.01.050](http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.01.050) .

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil), Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DATASUS). Estatísticas Vitais, 2020. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205&id=6937>

MINISTERIO DE SAUDE (BRASIL). Diretrizes Para o Cuidado Das Pessoas Idosas No Sus: Proposta De Modelo de Atenção Integral XXX Congresso Nacional De Secretarias Municipais De Saúde. Brasília, 2014

MIOSHI, E.; et al. The Addenbrooke's Cognitive Examination Revised (ACE-R): a brief cognitive test battery for dementia screening. *Int J Geriatr Psychiatry* v. 21, n. 1, p. 078- 85, 2006. Acesso em: 31/05/2019

MIYAMURA, K. et al. Síndrome da fragilidade e comprometimento cognitivo em idosos: revisão sistemática da literatura. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto , v. 27, e3202, 2019 Epub Oct 28, 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3189.3202> .

MONTAÑO, M.B.M.M.; RAMOS, L.R.. Validade da versão em português da Clinical Dementia Rating. *Revista de Saúde Pública*, [s.l.], v. 39, n. 6, p.912-917, dez. 2005. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-89102005000600007> .

MORAES, E. et al. A new proposal for the clinical-functional categorization of the elderly:

Visual Scale of Frailty (VS-Frailty). Journal of Aging Research & Clinical Practice, 2016
DOI: 10.14283/jarcp.2016.84.

MORAES, E., CINTRA, M.T.G. 2013. Avaliação Geriátrica. Neuropsicologia do Envelhecimento: uma abordagem multidimensional. Porto Alegre: Artmed, 1(1), 297-322. Disponível em: https://observatorio.fm.usp.br/bitstream/handle/OPI/7071/book_Neuropsicologia_do_Envelhecimento_Uma_Abordagem_Multidimensional_2013.pdf?sequence=1&isAllowed=y

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

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

NASCIMENTO, P.P.P.; BATISTONI, S.S.T.. Depressão e fragilidade na velhice: uma revisão narrativa das publicações de 2008-2018. Interface (Botucatu), Botucatu , v. 23, e180609, 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/interface.180609>.

NEBULONI, et al. Uncontrolled diabetes as an associated factor with dynapenia in adults aged 50 years or older: sex differences. : sex differences. The Journals Of Gerontology: Series A, [s.l.], p. 0-15, 28 out. 2019. Oxford University Press (OUP). <http://dx.doi.org/10.1093/gerona/glz257>.

NERI, A.L. O fruto dá sementes: processos de amadurecimento e envelhecimento. In A. L. Neri (Org.), Maturidade e velhice: trajetórias individuais e socioculturais (pp.11-52). Campinas: Papyrus, 2001.

NERI, A.L. Envelhecer bem no trabalho: possibilidades individuais, organizacionais e sociais. A Terceira Idade, São Paulo, v. 13, n. 24, p.7-27, 2002.

NERI, A.L. et al. Palavras Chaves em Gerontologia. Campinas, São Paulo. Editora Alínea, 2008 – Coleção Velhice e Sociedade, 3 Ed. *Redes de Suporte Social* (p 172- 174).

NERI, A.L. et al. Desenvolvimento e Envelhecimento – Perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas. Em: SIQUEIRA, MARIA E.C., Teorias Sociológicas do Envelhecimento, Campinas, São Paulo: Papyrus, 2001 – Coleção Vivacidade (pp73- 112)

NEUGARTEN, B.L. The meanings of age. Chicago: The University of Chicago Press, 1996.

NOGUEIRA EL, et al. Rastreamento de sintomas depressivos em idosos na Estratégia Saúde da Família, Porto Alegre. Rev Saúde Públ. [Internet]. 2014; 48(3). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048004660> .

NORONHA, B.P. et al . Padrões de consumo de álcool e fatores associados entre idosos

brasileiros: Pesquisa Nacional de Saúde (2013). Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 24, n. 11, p. 4171-4180, Nov. 2019. Epub Oct 28, 2019. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182411.32652017>

NUNES, D.P. Validação da avaliação subjetiva de fragilidade em idosos no município de São Paulo: Estudo SABE (Saúde, Bem-estar e Envelhecimento). 2011. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011. doi:10.11606/D.6.2011.tde-08042011-152048. Acesso em: 2019-03-08 .

NUNES, D.P. et al. Screening for frailty in older adults using a self-reported instrument. Revista de Saúde Pública, [s.l.], v. 14, n. 0, p. 0-14, 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-8910.2015049005516>.

OLIVEIRA, D.V. et al. Functional capacity and quality of life in older women practicing and not practicing hydrogymnastics. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste, [s.l.], v. 18, n. 2, p.156-160, 13 jun. 2017. Rev Rene - Revista da Rede de Enfermagem de Nordeste. <http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.20170002000030>.

OLIVEIRA, J. M. et al. Cognição, condições socioeconômicas e estado nutricional de idosos cadastrados em uma unidade básica de saúde. Arquivos de Ciências da Saúde, [s.l.], v. 25, n. 2, p. 3, 20 jul. 2018. Faculdade de Medicina de Sao Jose do Rio Preto - FAMERP. <http://dx.doi.org/10.17696/2318-3691.25.1.2018.795>.

ORGANIZAÇÃO Mundial da Saúde. Resumo do Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde, 2012. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf?sequence=6

ORGANIZAÇÃO Mundial da Saúde. Dia Internacional da Pessoa Idosa, OPAS chama atenção para envelhecimento saudável, 2017. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5515:no-dia-internacional-da-pessoa-idosa-opas-chama-atencao-para-envelhecimento-saudavel&Itemid=820

ORGANIZAÇÃO Mundial da Saúde. Aumenta o número de pessoas com depressão no mundo, 2017. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5354:aumenta-o-numero-de-pessoas-com-depressao-no-mundo&Itemid=839

ORGANIZAÇÃO Mundial da Saúde. Campanha "Vamos conversar", 2017. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5385:com-depressao-no-topo-da-lista-de-causas-de-problemas-de-saude-oms-lanca-a-campanha-vamos-conversar&Itemid=839

ORGANIZAÇÃO Mundial da Saúde. Folha Informativa – Depressão, 2018. Disponível em:

https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5635:folha-informativa-depressao&Itemid=1095

ORLANDI, F.S.; GESUALDO, G.D. Assessment of the frailty level of elderly people with chronic kidney disease undergoing hemodialysis. *Acta Paulista de Enfermagem*, [s.l.], v. 27, n. 1, p. 29-34, fev. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201400007>

PESQUISA nacional de saúde 2013: acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências: Brasil, grandes regiões e unidades da federação. Rio de Janeiro: IBGE, 2015a. 98 p. Acompanha 1 CD-ROM. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pns/2013_vol2/default.shtm> . Acesso em: março, 2019

PEREIRA, L. OLIVEIRA, C.P.R. Cognição e Inteligência: o suporte social como elemento capaz de despertar. *Paidéia*, Faculdade de Ciências Humanas, Sociedade e da Saúde, Belho Horizonte, n. 20; p. 31-51, 2018 Disponível: <http://www.fumec.br/revistas/paideia/article/view/7094>

PEREIRA, L. C. et al. Fatores preditores para incapacidade funcional de idosos atendidos na atenção básica. *Revista Brasileira de Enfermagem*, [s.l.], v. 70, n. 1, p. 112-118, fev. 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0046>.

PICCO, L. et al. Economic burden of multimorbidity among older adults: impact on healthcare and societal costs. : impact on healthcare and societal costs. *Bmc Health Services Research*, [s.l.], v. 16, n. 1, p. 00-00, 10 maio 2016. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-016-1421-7> .

PINHEIRO, W.L.; COELHO FILHO, João Macedo. Perfil dos idosos usuários das academias ao ar livre para a terceira idade. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, [s.l.], p.93-101, 30 mar. 2017. Fundacao Edson Queiroz. <http://dx.doi.org/10.5020/18061230.2017.p93>.

PINHO, Miriam Ximenes; CUSTÓDIO, Osvaldir; MAKDISSE, Marcia. Incidência de depressão e fatores associados em idosos residentes na comunidade: revisão de literatura. : revisão de literatura. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, [s.l.], v. 12, n. 1, p. 123-140, abr. 2009. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2009120111>.

POSSAMAI, L.T. et al. Fitness for elders: A comparison between practioners and non-practioners of exercise. *Age*, [s.l.], v. 37, n. 3, p.00-00, 17 abr. 2015. Springer Nature. <http://dx.doi.org/10.1007/s11357-015-9772-2>.

RAMOS, F. P. et al. Fatores associados à depressão em idoso. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, n. 19, p. e239, 9 jan. 2019.

RAMOS, G.C.F. et al. Prevalência de sintomas depressivos e fatores associados em idosos

no norte de Minas Gerais: um estudo de base populacional. J. bras. psiquiatr., Rio de Janeiro, v. 64, n. 2, p. 122-131, junho 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/0047-2085000000067>

RAMOS, Marília P.. Apoio social e saúde entre idosos. Sociologias, [s.l.], n. 7, p. 156-175, jun. 2002. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1517-45222002000100007>.

REIS, C.B. et al. Health conditions of young and old elderly. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste, [s.l.], v. 17, n. 1, p.120-121, 1 abr. 2016. Rev Rene - Revista da Rede de Enfermagem de Nordeste. Acesso em: 18 Jan 2019. <http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.2016000100016>.

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

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

RODRÍGUEZ-MAÑAS, L. et al. Searching for an Operational Definition of Frailty: a delphi method based consensus statement. the frailty operative definition-consensus conference project. : A Delphi Method Based Consensus Statement. The Frailty Operative Definition-Consensus Conference Project. The Journals Of Gerontology: Series A, [s.l.], v. 68, n. 1, p. 62-67, 16 abr. 2012. Oxford University Press (OUP). <http://dx.doi.org/10.1093/gerona/gls119> .

ROERECKE, M.; REHM, J. Cause-specific mortality risk in alcohol use disorder treatment patients: a systematic review and meta-analysis. International Journal Of Epidemiology, [s.l.], v. 43, n. 3, p.906-919, 10 fev. 2014. Oxford University Press (OUP). <http://dx.doi.org/10.1093/ije/dyu018>.

ROSSETTI, E.S. et al. Fragilidade, sintomas depressivos e sobrecarga de idosos cuidadores em contexto de alta vulnerabilidade social. Texto contexto - Enferm. Florianópolis, v. 27, n. 3, e3590016, 2018. Epub 27-Ago- 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072018003590016>.

ROSSI, P.G.; Influência da Síndrome da Fragilidade, Nível de Atividade Física e Cognição no desempenho do teste de Dupla Tarefa. Dissertação de Mestrado ao Departamento de Fisioterapia da Universidade Federal de São Carlos, 2016. Acesso em: 31/05/19.

SALES JC, et al. Feminização da velhice e sua interface com a depressão: revisão integrativa. Rev enferm UFPE, 2016. 10(5). Disponível em: <https://dx.doi.org/10.5205/reuol.9003-78704-1-SM.1005201633> .

SANTOS, R. L.; VIRTUOSO JÚNIOR, J.S. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Atividades Instrumentais da Vida Diária. Revista Brasileira em Promoção da Saúde, [s.l.], p.290-296, 2008. Fundação Edson Queiroz.

<http://dx.doi.org/10.5020/18061230.2008.p290>.

SANTOS, A.A. et al. Associação entre transtornos do sono e níveis de fragilidade entre idosos. *Acta Paulista de Enfermagem*, [s.l.], v. 27, n. 2, p. 120-125, abr. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201400022>

SANTOS, Patrícia Honório Silva; FERNANDES, Marcos Henrique; CASOTTI, Cezar Augusto; COQUEIRO, Raildo da Silva; CARNEIRO, José Ailton Oliveira. Perfil de fragilidade e fatores associados em idosos cadastrados em uma Unidade de Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, [s.l.], v. 20, n. 6, p. 1917-1924, jun. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015206.17232014>.

SANTOS-ORLANDI, A.A. et al. Perfil de idosos que cuidam de outros idosos em contexto de alta vulnerabilidade social. *Esc. Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, e20170013, 2017. E-PubJan 16 2017. <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20170013>.

SASS, Arethusa; GRAVENA, Angela Andréia França; PILGER, Calíope; MATHIAS, Thais Aidar de Freitas; MARCON, Sonia Silva. Depressão em idosos inscritos no Programa de Controle de hipertensão arterial e diabetes mellitus. *Acta Paulista de Enfermagem*, [s.l.], v. 25, n. 1, p. 80-85, 2012. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-21002012000100014>.

SCOTT, J.B. et al. O conceito de vulnerabilidade social no âmbito da psicologia no Brasil: uma revisão sistemática da literatura. *Psicologia em Revista*, [S.l.], v. 24, n. 2, p. 600-615, dez. 2018. ISSN 1678-9563. <https://doi.org/10.5752/P.1678-9563.2018v24n2p600-615>.

SHERMAN, N.E. et al. Meaning in Life and Volunteerism in Older Adults. *Adultspan Journal*, [s.l.], v. 10, n. 2, p.78-90, set. 2011. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1002/j.2161-0029.2011.tb00127.x>.

SILVA, A. et al. Equilíbrio, coordenação e agilidade de idosos submetidos à prática de exercícios físicos resistidos. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, [s.l.], v. 14, n. 2, p. 88-93, abr. 2008. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1517-86922008000200001>.

SILVA, L.G.C. et al. Avaliação da funcionalidade e mobilidade de idosos comunitários na atenção primária à saúde. *Rev. bras. geriatr. gerontol.*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, e190086, 2019. Epub Jan 10, 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562019022.190086>.

SILVA, P.O. et al. Prevalência de sintomas depressivos e seus fatores associados em idosos atendidos por um centro de referência. *Rev. bras. geriatr. gerontol.*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, e190088, 2019. Epub Jan 10, 2020. <https://doi.org/10.1590/1981-22562019022.190088>

SOARES, S.M. et al. Consumo de álcool e qualidade de vida em idosos na saúde da família. *Revista de Enfermagem do Centro-oeste Mineiro*, [s.l.], v. 6, n. 3, p.0-0, 2 dez. 2016. RECOM (Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro).

<http://dx.doi.org/10.19175/recom.v6i3.1184>.

SOARES, M.P.R.S. et al. A depressão no processo de senescência cognitiva e a fragilidade do suporte familiar. *Interdisciplinary Scientific Journal*, Campos do Goytacazes - RJ, v. 6. DOI: 10.17115/2358-8411/v6n5a1

STORTI, L.B. et al.. Fragilidade de idosos internados na clínica médica da unidade de emergência de um hospital geral terciário. *Texto & Contexto - Enfermagem*, [s.l.], v. 22, n. 2, p. 452-459, jun. 2013. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-07072013000200022> .

TAVARES, D.M.S. et al. Status de fragilidade entre idosos com indicativo de depressão segundo o sexo. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, [s.l.], v. 63, n. 4, p. 347-353, dez. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0047-2085000000044>.

TAVARES, D.M.S. et al Qualidade de vida e autoestima de idosos na comunidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, [s.l.], v. 21, n. 11, p. 3557-3564, nov. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152111.03032016>.

UCHOA, Verediana Sousa et al. FATORES ASSOCIADOS A SINTOMAS DEPRESSIVOS E CAPACIDADE FUNCIONAL EM IDOSOS. *Cogitare Enfermagem*, [s.l.], v. 24, n. 0, p. 01-15, 9 out. 2019. Universidade Federal do Parana. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v24i0.60868>.

VAUGHAN, Leslie; GOVEAS, Joseph; CORBIN, Akeesha. Depression and frailty in later life: a systematic review.: a systematic review. *Clinical Interventions In Aging*, [s.l.], p. 1947, dez. 2015. Informa UK Limited. <http://dx.doi.org/10.2147/cia.s69632>.

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

VINK, D.; AARTSEN, M. J.; SCHOEVERS, R. A. Risk factors for anxiety and depression in the elderly: A review. *Journal Of Affective Disorders*, [s.l.], v. 106, n. 1-2, p.29-44, fev. 2008. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2007.06.005>.

WOO, J. et al. Frailty Screening in the Community Using the FRAIL Scale. *Journal Of The American Medical Directors Association*, [s.l.], v. 16, n. 5, p. 412-419, maio 2015. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jamda.2015.01.087>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), Noncommunicable diseases prematurely take 16 million lives annually, WHO urges more action [Internet]. 2015; Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/noncommunicable-diseases/en/>

YESAVAGE et al, Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report, *Journal of Psychiatric Research*, 1986, v,17, n,1, p,37- 4.

ZAITUNE, M.P.A. et al. Fatores associados ao tabagismo em idosos: Inquérito de Saúde no Estado de São Paulo (ISA-SP). **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 28, n. 3, p.583-596, mar. 2012. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x2012000300018>.

ZAZZETTA, M. S.; et. al. Identifying frailty levels and associated factors in a population living in the context of poverty and social vulnerability. *The Journal of Frailty & Aging*, v. 6, p. 29-32, 2017.

ANEXOS

Anexo A – Questionário Sociodemográfico

QUESTIONÁRIO

DATA DA ENTREVISTA: Dia |__|_| Mês |__|_| 201__

Nome do Entrevistador _____

Hora de início: |__|_|:|__|_|

Hora de Término: |__|_|:|__|_|

ESTUDO – DIAGNÓSTICO E MONITORAMENTO DE NÍVEIS DE FRAGILIDADE E FATORES RELACIONADOS EM IDOSOS ATENDIDOS PELO NASF NO MUNICÍPIO DE SÃO CARLOS

_____	Sexo: Homem (0)
Nome completo do entrevistado	Mulher (1)
Telefone do(a) idoso(a): _____	
Endereço: (rua, número externo e interno, CEP): _____	
1. Nome: _____ Parentesco com o idoso: _____	
Telefones de contato: _____	
2. Nome: _____ Parentesco com o idoso: _____	
Telefones de contato: _____	
3. Nome: _____ Parentesco com o idoso: _____	
Telefones de contato: _____	
4. Nome: _____ Parentesco com o idoso: _____	
Telefones de contato: _____	

ATENÇÃO: PREENCHER

ATENÇÃO: REVISAR AO FINAL DA ENTREVISTA O CÓDIGO DE RESULTADOS

Resultado* | | | *Códigos de Resultados

- | | |
|---------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| 01. Entrevista Completa com Idoso | 0.5 Entrevista Adiada (anote em observações) |
| 0.2 Entrevista Completa com Informante Auxiliar | 0.6 Ausente Temporário |
| Idade do Informante Auxiliar Anos | 0.7 Nunca Encontrou a Pessoa |
| 0.3 Entrevista Completa com Informante Substituto | 0.8 Recusou-se |
| Idade do Informante Substituto Anos | 0.9 Incapacitado e sem Informante |
| 0.4 Entrevista Incompleta (anote em observações) | 10. Outros (anote em observações) |

Nome do Informante _____ Parentesco com o idoso: _____

Caso não seja Familiar há quanto tempo conhece o(a) idoso(a): _____

Entregue: | | | | | 201 | | Crítica: | | | | | 201 | |

Observações: _____

A6. Qual é o seu estado civil?

- (0) Casado (a) ou vive com companheiro (a)
- (1) Solteiro (a)
- (2) Divorciado (a) / Separado (a)
- (3) Viúvo (a)
- (98) NS
- (99) NR

A7. Quantos filhos vivos o(a) Sr(a) tem?

| | |
Número de filhos

INFORMAÇÕES PESSOAIS

A1a. Em que dia, mês e ano o(a) Sr (a) nasceu?

| | | | | | | | | |
DIA MÊS ANO

A1b. Quantos anos completos o(a) Sr (a) tem?

| | | | |
Número de Anos

A2. Qual sua etnia?

- (0) Branca
- (1) Amarela
- (2) Mulata/Cabocla/Parda
- (3) Indígena
- (4) Preta/Negra
- (98) NS
- (99) NR

A3. O Sr (a) foi à escola?

- (0) Sim
- (1) Não
- (98) NS
- (99) NR

A3a. Até que ano da escola o (a) Sr (a) estudou?

- (0) Pós-graduação
- (1) Curso Superior
- (2) Científico, clássico (atuais colegial ou normal, curso de magistério, curso técnico)
- (3) Ginásio (atual nível fundamental, 5ª. a 8ª. série)
- (4) Primário (atual nível fundamental, 1ª. a 4ª. série)
- (5) Curso de alfabetização de adultos
- (6) Analfabeto funcional
- (98) NS
- (99) NR

A3b. Total de anos de escolaridade:

| | | Anos de Escolaridade

A4. O Sr (a) mora só?

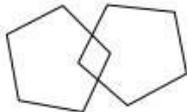
- (0) Não
- (1) Sim
- (98) NS
- (99) NR

A5. Com quem o(a) Sr(a) mora?

- | | Sim | Não | NS | NR |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|------|------|
| A5a. Marido/Mulher/Companheiro(a) | (1) | (2) | (98) | (99) |
| A5b. Filhos ou enteados | (1) | (2) | (98) | (99) |
| A5c. Netos | (1) | (2) | (98) | (99) |
| A5d. Bisnetos | (1) | (2) | (98) | (99) |
| A5e. Outros parentes | (1) | (2) | (98) | (99) |
| A5f. Não familiar (amigos, pessoas contratadas, acompanhantes, cuidadores e empregada doméstica) | (1) | (2) | (98) | (99) |

ANEXO B – MINI EXAME DO ESTADO MENTAL

Escolaridade: Analfabeto () 0 à 3 anos () 4 à 8 anos () mais de 8 anos ()
 Avaliação em: ___/___/___ Avaliador: _____.

Pontuações máximas	Pontuações máximas
<p>Orientação Temporal Espacial</p> <p>1. Qual é o (a) Dia da semana? ___ 1 Dia do mês? ___ 1 Mês? ___ 1 Ano? ___ 1 Hora aproximada? ___ 1</p> <p>2. Onde estamos?</p> <p>Local? ___ 1 Instituição (casa, rua)? ___ 1 Bairro? ___ 1 Cidade? ___ 1 Estado? ___ 1</p>	<p>Linguagem</p> <p>5. Aponte para um lápis e um relógio. Faça o paciente dizer o nome desses objetos conforme você os aponta ___ 2</p> <p>6. Faça o paciente. Repetir “nem aqui, nem ali, nem lá”. ___ 1</p>
<p>Registros</p> <p>1. Mencione 3 palavras levando 1 segundo para cada uma. Peça ao paciente para repetir as 3 palavras que você mencionou. Estabeleça um ponto para cada resposta correta. -Vaso, carro, tijolo ___ 3</p>	<p>7. Faça o paciente seguir o comando de 3 estágios. “Pegue o papel com a mão direita. Dobre o papel ao meio. Coloque o papel na mesa”. ___ 3</p> <p>8. Faça o paciente ler e obedecer ao seguinte: FECHE OS OLHOS. ___ 1</p> <p>09. Faça o paciente escrever uma frase de sua própria autoria. (A frase deve conter um sujeito e um objeto e fazer sentido). (Ignore erros de ortografia ao marcar o ponto) ___ 1</p>
<p>3. Atenção e cálculo</p> <p>Sete seriado (100-7=93-7=86-7=79-7=72-7=65). Estabeleça um ponto para cada resposta correta. Interrompa a cada cinco respostas. Ou soletrar a palavra MUNDO de trás para frente. ___ 5</p>	<p>10. Copie o desenho abaixo. Estabeleça um ponto se todos os lados e ângulos forem preservados e se os lados da interseção formarem um quadrilátero. ___ 1</p>
<p>4. Lembranças (memória de evocação)</p> <p>Pergunte o nome das 3 palavras aprendidas na questão 2. Estabeleça um ponto para cada resposta correta. ___ 3</p>	

ANEXO C – ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA (GDS)

Resultado: _____/15		
	(1)	Depressão severa (11 a 15)
	(2)	Depressão leve (6 a 10)
	(3)	Normal (0 a 5)

QUESTÕES		Pontos	
		Sim	Não
1	Você está satisfeito com sua vida?	0	1
2	Você deixou muitos dos seus interesses e atividades?	1	0
3	Você sente que sua vida está vazia?	1	0
4	Você se aborrece com freqüência?	1	0
5	Você se sente de bom humor a maior parte do tempo?	0	1
6	Você tem medo de que algum mal vá lhe acontecer?	1	0
7	Você se sente feliz a maior parte do tempo?	0	1
8	Você sente que sua situação não tem saída?	1	0
9	Você prefere ficar em casa ao invés de sair e fazer coisas novas?	1	0
10	Você se sente com mais problemas de memória do que a maioria?	1	0
11	Você acha	0	1

	maravilhoso estar vivo?		
12	Você se sente um inútil nas atuais circunstâncias?	1	0
13	Você se sente cheio de energia?	0	1
14	Você acha que sua situação é sem esperanças?	1	0
15	Você sente que a maioria das pessoas está melhor que você?	1	0

**ANEXO D – FRAGILIDADE
FENÓTIPO DE FRIED**

Peso (em Kg): _____ Altura (em m): _____ IMC (Kg/m²): _____
Circunferência da cintura (em cm): _____ Circunferência do quadril (em cm): _____

Circunferência abdominal (em cm): _____

PERDA DE PESO		
Nos últimos doze meses o(a) senhor(a) acha que perdeu peso sem fazer nenhuma dieta?	Preenche o critério?	
() Não () Sim. Quantos quilos?.....	() Sim = 1	
Avaliação do resultado: Perda de 4,5kg ou 5% do peso corporal.	() Não = 0	
FADIGA		
a) Com que frequência na última semana sentiu que tudo que fez exigiu um grande esforço?	Preenche o critério?	
(0) Nunca/Raramente (- 1 dia)	() Sim = 1 () Não = 0	
(1) Poucas vezes (1 a 2 dias)		
(2) Na maioria das vezes (3 a 4 dias)		
(3) Sempre (5 a 7 dias)		
b) Com que frequência, na última semana, sentiu que não conseguiria levar adiante suas coisas?		
(0) Nunca/Raramente (-1 dia)		
(1) Poucas vezes (1 a 2 dias)		
(2) Na maioria das vezes (3 a 4 dias)		
(3) Sempre (5 a 7 dias)		
Atende o critério quem assinalar alternativa 2 ou 3 em qualquer uma das respostas		
BAIXA FORÇA DE PREENSÃO PALMAR		
1ª medida de força de preensão:.....Kgf.	Preenche o critério?	
2ª medida de força de preensão:.....Kgf.		
3ª medida de força de preensão:.....Kgf.		
Considere o maior valor=.....Kgf.	() Sim = 1	
HOMEM	MULHER	() Não = 0
Força <21kg para IMC <23,12	Força <14kg para IMC < 23,8	
Força <25.5kg para IMC 23,12 – 25,5	Força <15kg para IMC 23,8 – 27,05	
Força <30kg para IMC 25,6 – 28,08	Força <15kg para IMC 27,06 – 30,83	
Força <27kg para IMC > 28.08	Força <15kg para IMC > 30,83	

DIMINUIÇÃO NA VELOCIDADE DA MARCHA		
Três medidas consecutivas do tempo para caminhar 4,6m no plano.		Preenche o critério?
1ª medida de velocidade da marcha:.....centésimos de segundo.		() Sim = 1
2ª medida de velocidade da marcha:..... centésimos de segundo.		
3ª medida de velocidade da marcha:..... centésimos de segundo.		
Considerar a menor velocidade..... centésimos de segundo.		() Não = 0
HOMEM	MULHER	
Altura ≤ 166 cm Tempo ≥ 5 segundos	Altura ≤ 153 cm Tempo ≥ 6 segundos	
Altura > 166 cm Tempo ≥ 5 segundos	Altura > 153 cm Tempo ≥ 5 segundos	
BAIXA PRÁTICA DE ATIVIDADES FÍSICAS		
O(a) senhor(a) acha que faz menos atividades físicas do que há doze meses atrás?		Preenche o critério?
() Não () Sim		() Sim = 1 () Não = 0
TOTAL: _____/5		
1. Frágil (3, 4 ou 5)		
2. Pré frágil (1 ou 2)		
3. Não frágil (0)		

ANEXO E – SF-6D

Instruções: Estas informações nos manterão cientes de como você se sente e quanto é capaz de fazer suas atividades de vida diária. Por favor, responda cada questão com o item que mais se aproxima da maneira como você se sente. Se estiver em dúvida de como responder, por favor, tente responder o melhor que puder.

Quanto a Capacidade Funcional:

- (1) Sua saúde não dificulta que o(a) Sr.(a) faça atividades vigorosas;
- (2) Sua saúde dificulta um pouco que o(a) Sr.(a) faça atividades vigorosas;
- (3) Sua saúde dificulta um pouco que o(a) Sr.(a) faça atividades moderadas;
- (4) Sua saúde dificulta muito que o(a) Sr.(a) faça atividades moderadas;
- (5) Sua saúde dificulta um pouco para o(a) Sr.(a) tomar banho ou vestir-se;
- (6) Sua saúde dificulta muito para o(a) Sr.(a) tomar banho ou vestir-se.

Quanto a Limitação Global:

- (1) O(a) Sr.(a) não teve problemas com o seu trabalho ou alguma outra atividade diária regular como consequência de sua saúde física ou algum problema emocional;
- (2) O(a) Sr.(a) esteve limitado no seu tipo de trabalho ou em outras atividades como consequência de sua saúde física;
- (3) O(a) Sr.(a) realizou menos tarefas do que o(a) Sr.(a) gostaria como consequência de algum problema emocional;
- (4) O(a) Sr.(a) esteve limitado no seu tipo de trabalho ou em outras atividades como consequência de sua saúde física e realizou menos tarefas do que o(a) Sr.(a) gostaria como consequência de algum problema emocional;

Quanto a Aspectos Sociais:

- (1) Sua saúde física ou problemas emocionais não interferiram em suas atividades sociais em nenhuma parte do tempo;
- (2) Sua saúde física ou problemas emocionais interferiram em suas atividades sociais em uma pequena parte do tempo;
- (3) Sua saúde física ou problemas emocionais interferiram em suas atividades sociais em alguma parte do tempo;
- (4) Sua saúde física ou problemas emocionais interferiram em suas atividades sociais na maior parte do tempo;
- (5) Sua saúde física ou problemas emocionais interferiram em suas atividades sociais todo o tempo.

Quanto a Dor:

- (1) O(a) Sr.(a) não teve nenhuma dor no corpo;
- (2) O(a) Sr.(a) teve dor, mas a dor não interferiu de maneira alguma em seu trabalho normal (incluindo tanto o trabalho fora de casa e dentro de casa);
- (3) O(a) Sr.(a) teve dor que interferiu um pouco em seu trabalho normal (incluindo tanto o trabalho fora de casa e dentro de casa);
- (4) O(a) Sr.(a) teve dor que interferiu moderadamente em seu trabalho normal (incluindo tanto o trabalho fora de casa e dentro de casa);
- (5) O(a) Sr.(a) teve dor que interferiu bastante em seu trabalho normal (incluindo tanto o trabalho fora de casa e dentro de casa);
- (6) O(a) Sr.(a) teve dor que interferiu extremamente em seu trabalho normal (incluindo tanto o trabalho fora de casa e dentro de casa).

Quanto a Saúde Mental:

- (1) O(a) Sr.(a) nunca tem se sentido uma pessoa muito nervosa ou desanimada e abatida;
- (2) O(a) Sr.(a) tem se sentido uma pessoa muito nervosa ou desanimada e abatida em uma pequena parte do tempo;
- (3) O(a) Sr.(a) tem se sentido uma pessoa muito nervosa ou desanimada e abatida em alguma parte do tempo;
- (4) O(a) Sr.(a) tem se sentido uma pessoa muito nervosa ou desanimada e abatida na maior parte do tempo;
- (5) O(a) Sr.(a) tem se sentido uma pessoa muito nervosa ou desanimada e abatida todo o tempo.

Quanto a Vitalidade:

- (1) O(a) Sr.(a) tem se sentido com muita energia todo o tempo;
- (2) O(a) Sr.(a) tem se sentido com muita energia na maior parte do tempo;
- (3) O(a) Sr.(a) tem se sentido com muita energia em alguma parte do tempo;
- (4) O(a) Sr.(a) tem se sentido com muita energia em uma pequena parte do tempo;
- (5) O(a) Sr.(a) tem se sentido com muita energia nunca.

ANEXO F– ESCALA DE SUPORTE SOCIAL – MOS

SUPORTE SOCIAL E AJUDA

As seguintes questões fazem referência ao apoio ou ajuda da que dispõe.

E1. Aproximadamente, quantos amigos íntimos ou familiares próximos têm (Pessoas com as quais fica à vontade e pode falar de tudo que quiser).

| | | pessoas

A gente procura outras pessoas para ter companhia, assistência ou outro tipo de ajuda. Com que frequência dispõe de cada um dos seguintes tipos de apoio quando precisa?

	Nunca (1)	Raramente (2)	Às vezes (3)	Quase sempre (4)	Sempre (5)
E1a. Alguém que o ajude se estiver doente, de cama.					
E1b. Alguém para lhe ouvir quando o(a) Sr.(a) precisa falar.					
E1c. Alguém para lhe dar bons conselhos em uma situação de crise.					
E1d. Alguém para lhe levar ao médico.					
E1e. Alguém que demonstre afeto e amor pelo o(a) Sr.(a).					
E1f. Alguém para se divertir muito.					
E1g. Alguém para lhe dar uma informação que o ajude a compreender determinada situação.					
E1h. Alguém em quem confiar para falar do(a) Sr.(a) ou sobre os seus problemas.					
E1i. Alguém que lhe dê um abraço.					
E1j. Alguém com quem relaxar.					
E1k. Alguém para preparar suas refeições se o(a) Sr.(a) não puder preparar.					
E1l. Alguém de quem o(a) Sr.(a) realmente quer conselhos.					
E1m. Alguém com quem distrair a cabeça.					
E1n. Alguém para ajudá-lo nas atividades diárias se o(a) Sr.(a) ficar doente.					
E1o. Alguém para compartilhar suas preocupações e medos mais íntimos.					
E1p. Alguém para lhe dar sugestões de como lidar com um problema pessoal.					
E1q. Alguém com quem fazer coisas agradáveis.					
E1r. Alguém que compreenda seus problemas.					
E1s. Alguém que o(a) Sr.(a) ame e que o faça se sentir querido.					

Anexo G – ESCALA DE INDEPENDENCIA EM ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA – KATZ

Resultado: _____/06 pontos	
(1)	Muito dependente (2 ou menos pontos)
(2)	Dependência moderada (4 pontos)
(3)	Independente (6 pontos)

ATIVIDADES Pontos (1 ou 0)	INDEPENDÊNCIA (1 ponto) SEM supervisão, orientação ou assistência pessoal	DEPENDÊNCIA (0 pontos) COM supervisão, orientação ou assistência pessoal ou cuidado integral
Banhar-se Pontos: ____	(1 ponto) Banha-se completamente ou necessita de auxílio somente para lavar uma parte do corpo como as costas, genitais ou uma extremidade incapacitada	(0 pontos) Necessita de ajuda para banhar-se em mais de uma parte do corpo, entrar e sair do chuveiro ou banheira ou requer assistência total no banho
Vestir-se Pontos: ____	(1 ponto) Pega as roupas do armário e veste as roupas íntimas, externas e cintos. Pode receber ajuda para amarrar os sapatos	(0 pontos) Necessita de ajuda para vestir-se ou necessita ser completamente vestido
Ir ao banheiro Pontos: ____	(1 ponto) Dirigi-se ao banheiro, entra e sai do mesmo, arruma suas próprias roupas, limpa a área genital sem ajuda	(0 pontos) Necessita de ajuda para ir ao banheiro, limpar-se ou usa urinol ou comadre
Transferência Pontos: ____	(1 ponto) Senta-se/deita-se e levanta-se da cama ou cadeira sem ajuda. Equipamentos mecânicos de ajuda são aceitáveis	(0 pontos) Necessita de ajuda para sentar-se/deitar-se e levantar-se da cama ou cadeira
Continência Pontos: ____	(1 ponto) Tem completo controle sobre suas eliminações (urinar e evacuar)	(0 pontos) É parcial ou totalmente incontinente do intestino ou bexiga
Alimentação Pontos: ____	(1 ponto) Leva a comida do prato à boca sem ajuda. Preparação da comida pode ser feita por outra pessoa	(0 pontos) Necessita de ajuda parcial ou total com a alimentação ou requer alimentação parenteral

ANEXO H – ATIVIDADES INSTRUMENTAIS DA VIDA DIÁRIA

ATIVIDADE	Pontuação
D14. Usar o telefone	<p>(1) É capaz de discar os números e atender sem ajuda.</p> <p>(2) É capaz de responder às chamadas, mas precisa de alguma ajuda para discar os números.</p> <p>(3) É incapaz de usar o telefone (não consegue nem atender e nem</p>
D15. Uso de transporte	<p>(1) É capaz de tomar transporte coletivo ou táxi sem ajuda.</p> <p>(2) É capaz de usar o transporte coletivo ou táxi, porém não sozinho.</p> <p>(3) É incapaz de usar transporte coletivo ou táxi.</p>
D16. Fazer compras	<p>(1) É capaz de fazer todas as compras sem ajuda.</p> <p>(2) É capaz de fazer compras, porém com algum tipo de ajuda.</p> <p>(3) É incapaz de fazer compras.</p>
D17. Preparo de alimentos	<p>(1) Planeja, prepara e serve os alimentos sem ajuda.</p> <p>(2) É capaz de preparar refeições leves, porém tem dificuldade de preparar refeições maiores sem ajuda.</p> <p>(3) É incapaz de preparar qualquer refeição.</p>
D18. Tarefas domésticas	<p>(1) É capaz de realizar qualquer tarefa doméstica sem ajuda.</p> <p>(2) É capaz de executar somente tarefas domésticas mais leves.</p> <p>(3) É incapaz de executar qualquer trabalho doméstico.</p>

D19. Uso de medicação	<p>(1) É capaz de usar a medicação de maneira correta sem ajuda.</p> <p>(2) É capaz de usar a medicação, mas precisa de algum tipo de ajuda.</p> <p>(3) É incapaz de tomar a medicação sem ajuda.</p>
D20. Manejo do dinheiro	<p>(1) É capaz de pagar contas, aluguel e preencher cheques, de controlar as necessidades diárias de compras sem ajuda.</p> <p>(2) Necessita de algum tipo de ajuda para realizar estas atividades.</p> <p>(3) É incapaz de realizar estas atividades.</p>

ANEXO I – HÁBITOS DE VIDA

Agora eu gostaria de saber sobre alguns de seus hábitos de vida

Quanto ao hábito de fumar o(a) Sr(a)?

- (0) Fuma atualmente
- (1) Já fumou, mas não fuma mais
- (2) Nunca Fumou
- (98) NS
- (99) NR

Há quanto tempo o(a) Sr(a) é fumante?

| | | anos

Quantos cigarros, charutos ou cachimbos fuma por dia?

| | | | cigarros
| | | | cachimbos
| | | | charutos
| | | | outros _____

Definição: um maço = 20 cigarros

Quando fumava, fumou por quanto tempo?

| | | anos

Quantos cigarros, charutos ou cachimbos fumava por dia?

| | | | cigarros
| | | | cachimbos
| | | | charutos
| | | | outros _____

Definição: um maço = 20 cigarros

O(a) Sr(a) consome bebida alcoólica?

- (1) Sim
- (2) Não
- (98) NS
- (99) NR

Quantos dias da semana o(a) Sr(a) consome bebidas alcoólicas?

| | | dias por semana

Definição: dose = um copo usado para a bebida em questão

Quantos copos de vinho, cerveja, aguardente ou outra bebida tomou em média por dia?

| | | copos de vinho
| | | copos de cerveja
| | | copos de aguardente
| | | outra bebida _____

ANEXO J – QUESTIONÁRIO DE ATIVIDADE FÍSICA PARA IDOSOS

ATIVIDADE FÍSICA

Nós estamos interessados em saber que tipos de atividade física as pessoas fazem como parte do seu dia a dia. Suas respostas nos ajudarão a entender quão ativas as pessoas idosas são. As perguntas a seguir dizem respeito ao tempo em que o(a) Sr.(a) gastou fazendo atividade(s) física(s) na ÚLTIMA SEMANA. Essas perguntas incluem as atividades que o(a) Sr.(a) fez no trabalho, para ir de um lugar a outro, por lazer, por esporte, por exercício ou como parte das suas atividades em casa ou no jardim. Suas respostas são MUITO importantes. Por favor, responda cada questão mesmo que considere que não seja ativo.

Para responder as questões lembre que:

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

Para responder as perguntas pense somente nas atividades que o(a) Sr(a) realiza por pelo menos 10 minutos contínuos de cada vez.

ATIVIDADE FÍSICA NO TRABALHO

Esta seção inclui as atividades que o(a) Sr.(a) faz no seu serviço, que incluem trabalho remunerado ou voluntário e outro tipo de trabalho não remunerado fora da sua casa. NÃO incluir trabalho não remunerado que você faz na sua casa como tarefas domésticas, cuidar do jardim e da casa ou tomar conta da sua família. Estas serão incluídas posteriormente.

Atualmente o(a) Sr.(a) trabalha ou faz trabalho voluntário fora de sua casa?

- (1) Sim
(2) Não

Vá para C44

As próximas questões são em relação a toda a atividade física que o(a) Sr.(a) fez na última semana como parte do seu trabalho remunerado ou não remunerado. NÃO inclua o transporte para o trabalho. Pense unicamente nas atividades que o(a) Sr.(a) faz por pelo menos 10 minutos contínuos.

C43a. Em quantos dias de uma semana normal o(a) Sr.(a) anda durante pelo menos 10 minutos contínuos, como parte do seu trabalho? Por favor, NÃO inclua o andar como forma de transporte para ir ou voltar do trabalho.

Número de dias por semana | | | dias
(0) Nenhum dia → Vá para C43c

C43b. Quanto tempo no total o(a) Sr.(a) usualmente gasta POR DIA caminhando como parte do seu trabalho?

Número de horas: | | | horas
Número de minutos: | | | minutos

C43c. Em quantos dias de uma semana normal o(a) Sr.(a) faz atividades moderadas, por pelo menos 10 minutos contínuos, como carregar pesos leves como parte do seu trabalho?

Número de dias por semana | | | dias
(0) Nenhum dia → Vá para C43e

C43d. Quanto tempo no total o(a) Sr.(a) usualmente gasta POR DIA fazendo atividades moderadas como parte do seu trabalho?

Número de horas: | | | horas
Número de minutos: | | | minutos

C43e. Em quantos dias de uma semana normal o(a) Sr.(a) gasta fazendo atividades vigorosas, por pelo menos 10 minutos contínuos, como trabalho de construção pesada, carregar grandes pesos, trabalhar com enxada, escavar ou subir escadas como parte do seu trabalho:

Número de dias por semana | | | dias
(0) Nenhum dia → Vá para C44

C43f. Quanto tempo no total o(a) Sr.(a) usualmente gasta POR DIA fazendo atividades físicas vigorosas como parte do seu trabalho?

Número de horas: | | | horas
Número de minutos: | | | minutos

ATIVIDADE FÍSICA COMO MEIO DE TRANSPORTE

Estas questões se referem à forma típica como o(a) Sr.(a) se desloca de um lugar para outro, incluindo seu trabalho, cinema, lojas e outros.

C44. O quanto o(a) Sr.(a) andou na última semana de carro, ônibus, metrô ou trem?

Número de dias por semana | | | dias
(0) Nenhum dia → Vá para C44b

C44a. Quanto tempo no total o(a) Sr.(a) usualmente gasta POR DIA andando de carro, ônibus, metrô ou trem?

Número de horas: | | | horas
Número de minutos: | | | minutos

Agora pense somente em relação a caminhar ou pedalar para ir de um lugar a outro na última semana

C44b. Em quantos dias da última semana o(a) Sr.(a) andou de bicicleta por pelo menos 10 minutos contínuos para ir de um lugar para outro (NÃO inclua o pedalar por lazer ou exercício)?

Número de dias por semana | | | dias
(0) Nenhum dia → [Vá para C44d](#)

C44c. Nos dias que o(a) Sr.(a) pedalou quanto tempo no total o(a) Sr.(a) pedalou POR DIA para ir de um lugar para outro?

Número de horas: | | | horas
Número de minutos: | | | minutos

C44d. Em quantos dias da última semana o(a) Sr.(a) caminhou por pelo menos 10 minutos contínuos para ir de um lugar para outro (NÃO inclua o caminhar por lazer ou exercício)?

Número de dias por semana | | | dias
(0) Nenhum dia → [Vá para C45](#)

C44e. Quando o(a) Sr.(a) caminha para ir de um lugar para outro quanto tempo POR DIA o(a) Sr.(a) gasta? (NÃO inclua as caminhadas por lazer ou exercício).

Número de horas: | | | horas
Número de minutos: | | | minutos

C45c. Nos dias que o(a) Sr.(a) faz este tipo de atividades moderadas dentro da sua casa quanto tempo no total o(a) Sr.(a) gasta POR DIA?

Número de horas: | | | horas
Número de minutos: | | | minutos

C45d. Em quantos dias da última semana o(a) Sr.(a) fez atividades físicas vigorosas no jardim ou quintal por pelo menos 10 minutos como carpir, lavar o quintal, esfregar o chão?

Número de dias por semana | | | dias
(0) Nenhum dia → **Vá para C46**

C45e. Nos dias que o(a) Sr.(a) faz este tipo de atividades vigorosas no quintal ou jardim quanto tempo no total o(a) Sr.(a) gasta POR DIA?

Número de horas: | | | horas
Número de minutos: | | | minutos

ATIVIDADE FÍSICA DE LAZER

Esta seção se refere às atividades físicas que o(a) Sr.(a) fez na última semana unicamente por recreação, esporte, exercício ou lazer. Novamente pense somente nas atividades físicas que faz por pelo menos 10 minutos contínuos. Por favor, NÃO inclua atividades que você já tenha citado.

C46. Sem contar qualquer caminhada que o(a) Sr.(a) tenha citado anteriormente, em quantos dias da última semana você caminhou por pelo menos 10 minutos contínuos no seu tempo livre?

Número de dias por semana | | | dias
(0) Nenhum dia → **Vá para C46b**

C46a. Nos dias em que o(a) Sr.(a) caminha no seu tempo livre, quanto tempo no total o(a) Sr.(a) gasta POR DIA?

Número de horas: | | | horas
Número de minutos: | | | minutos

C46b. Em quantos dias da última semana o(a) Sr.(a) fez atividades moderadas (sente um pouco de esforço e fica um pouco ofegante) no seu tempo livre por pelo menos 10 minutos, como pedalar ou nadar a velocidade regular, jogar bola, vôlei, basquete ou tênis?

Número de dias por semana | | | dias
(0) Nenhum dia → **Vá para C46d**

TEMPO GASTO SENTADO

As próximas questões são sobre o tempo que o(a) Sr.(a) permanece sentado todo dia, no trabalho, em casa e durante seu tempo livre. Isto inclui o tempo sentado enquanto descansa, visita um amigo, lê, senta ou deita assistindo TV. Não inclua o tempo gasto sentando durante o transporte em ônibus, trem, metrô ou carro.

C47. Quanto tempo no total o(a) Sr.(a) gasta SENTADO(A) durante UM DIA DE SEMANA?

Número de horas: | | | horas
Número de minutos: | | | minutos

C48. Quanto tempo, no total, o(a) Sr.(a) gasta SENTADO(A) durante UM DIA DE FINAL DE SEMANA (SÁBADO OU DOMINGO)?

Número de horas: | | | horas
Número de minutos: | | | minutos

Anexo K – Parecer de Comitê de ética



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: FRAGILIDADE E SINTOMAS DEPRESSIVOS EM IDOSOS RESIDENTES EM CONTEXTO DE VULNERABILIDADE SOCIAL

Pesquisador: Marisa Silvana Zazzetta

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 73907517.3.0000.5504

Instituição Proponente: Universidade Federal de São Carlos/UFSCar

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.278.518

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa descritiva, transversal de caráter quantitativo, que utilizará banco de dados de 347 participantes idosos, derivado de pesquisa realizada em município do interior do estado de São Paulo que teve por finalidade identificar fragilidade e fatores associados em idosos cadastrados nas unidades de saúde da família. O projeto apresentado é um adendo de projeto maior que utilizará o banco de dados existente em que os participantes já assinaram o TCLE.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo geral deste estudo é conhecer a relação entre a fragilidade e a depressão em idosos residentes em bairros de alta vulnerabilidade social na cidade de São Carlos.

Os Objetivos Secundários são: Descrever o perfil sociodemográfico dos idosos residentes em bairros de alta vulnerabilidade na cidade de São Carlos; Descrever e analisar o nível de depressão e fragilidade nos idosos residentes de bairros de alta vulnerabilidade social; Identificar a relação entre a fragilidade e a depressão em idosos residentes de bairros de alta vulnerabilidade social.

que foram coletados em projeto maior com parecer CAAE: 36167914.9.0000.5504 e os participantes assinaram TCLE*.

Como se trata de um adendo de um projeto maior, entende-se que os riscos e benefícios já foram estimados no Projeto anterior e apresentados aos participantes voluntários no TCLE e, portanto já analisados e aprovados por

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa proposta tem relevância social e respeita os preceitos éticos estabelecidos pela Resolução CNS 466/2012 e suas complementares.

Importante esclarecer que a presente proposta se trata de um adendo de um Projeto maior já aprovado por este CEP.

Há solicitação de dispensa de TCLE justificada pelo fato de haver um banco de dados decorrente do Projeto anterior, em que os participantes assinaram o TCLE.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram anexados os seguintes termos de apresentação obrigatória:

- Folha de rosto
- Termo de consentimento para o idoso utilizado na época da coleta dos dados, prevendo as análises apontadas na metodologia e objetivos da atual proposta.
- Projeto completo
- Informações básicas do projeto
- Autorização do local da pesquisa
- Parecer consubstanciado do projeto aprovado.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Adequado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_912681.pdf	20/07/2017 12:45:51		Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto.pdf	20/07/2017	Marisa Silvana	Aceito

- Autorização do local da pesquisa
- Parecer consubstanciado do projeto aprovado.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Adequado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_912681.pdf	20/07/2017 12:45:51		Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto.pdf	20/07/2017	Marisa Silvana	Aceito



Continuação do Parecer: 2.278.518

Folha de Rosto	Folhaderosto.pdf	12:45:16	Zazzetta	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_PPSUS.pdf	18/07/2017 16:11:37	Marisa Silvana Zazzetta	Aceito
Outros	PARECER_CONSUBSTANCIADO.pdf	18/07/2017 16:07:13	Marisa Silvana Zazzetta	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoFragilidadeeDepressao.pdf	18/07/2017 16:01:07	Marisa Silvana Zazzetta	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECLARACAOppsus.pdf	18/07/2017 15:59:50	Marisa Silvana Zazzetta	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO CARLOS, 15 de Setembro de 2017

Assinado por: