

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

LETÍCIA SOUZA DIDONÉ

Pobreza, Suporte Social e Sintomas Depressivos em pessoas idosas residentes na
comunidade e cadastradas em Unidades de Saúde da Família.

São Carlos

2024

LETÍCIA SOUZA DIDONÉ

Pobreza, Suporte Social e Sintomas Depressivos em pessoas idosas residentes na comunidade e cadastradas em Unidades de Saúde da Família.

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de São Carlos, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Doutor em Ciências da Saúde. O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001. Orientação: Profa. Dra. Marisa Silvana Zazzetta.

São Carlos

2024

DEDICATÓRIA

A todas as pessoas que me ajudaram de alguma forma, serei eternamente grata.

Folha de Aprovação

Defesa de Tese de Doutorado do(a) candidato(a) Letícia Souza Didoné, realizada em 25/09/2026, intitulada Pobreza, Suporte Social e Sintomas Depressivos em pessoas idosas residentes na comunidade e cadastradas em Unidades de Saúde da Família.

Comissão Julgadora:

Profa. Dra. Marisa Silvana Zazzetta (UFSCar)

Prof. Dr. Lucas Pelegrini Nogueira de Carvalho (UFSCar)

Profa. Dra. Sonia Regina Zerbetto (UFSCar)

Profa. Dra. Marisa Accioly Rodrigues da Costa Domingues (USP)

Profa. Dra. Simone Camargo de Oliveira Rossignolo (UNIP)

*“[...] where there is doubt, faith; where
there is despair, hope; where there is
darkness, light”*

(A prayer of St. Francis of Assisi)

AGRADECIMENTOS

Houve uma profusão de luzes que me iluminaram e surgiram em minha vida durante o período do doutorado, conferindo-me serenidade, esperança e acolhimento nos momentos mais desafiadores. Indivíduos que, em todas as circunstâncias, mostraram-me que não estava sozinha, independentemente do quão escuro estava, e me lembraram da existência de uma rede de apoio. Tentei não ser tão prolixa nos agradecimentos, mas após uma pandemia, não posso deixar de agradecer com um pouco mais de detalhe e falar todos os sentimentos bons que vivenciei quando tudo estava na escuridão.

Em primeiro lugar, expresso minha gratidão a qualquer forma de Energia, Espiritualidade e Divindades existentes no mundo, cujas bênçãos, juntamente com as orações de familiares e amigos, me proporcionaram fortaleza.

Agradeço, imensamente, à minha orientadora, Professora Doutora Marisa Silvana Zazzetta, por sua inestimável contribuição. É necessário ressaltar que a Professora Marisa transcende o papel de uma orientadora comum; seu caráter humano e profissional é notável. Ao longo de anos, quase uma década, compartilhamos momentos de lágrimas, alegrias, desabafos pessoais e profissionais, companheirismo, bolachas amanteigadas, abraços com aroma de café e a cor lilás, que, curiosamente, remete à intuição, empatia e sensibilidade. Peço desculpas pelas noites mal dormidas, mas saiba que todos os conselhos e diálogos são guardados com profundo apreço, constituindo valiosos aprendizados. Obrigada por jamais desistir de mim, por sempre me ouvir e orientar, tanto pessoal quanto profissionalmente. Sem dúvida, não seria quem sou hoje se não fosse por você. Sou profundamente grata, Professora Marisa, e almejo contribuir, reciprocamente, de alguma forma, no futuro. Foi e sempre será uma honra ser sua aluna.

Expresso minha gratidão à minha avó, Rosa Maria, minha maior fortaleza. Com constância me acolheu com seus bolinhos da tarde, suas palavras doces e sinceras, sempre iniciando com a fala “*Nossa, que bom você aqui, tô melhor agora*” e finalizando cada encontro com um reconfortante “*se precisar da vó, sempre vou estar aqui*”. Sua presença me conforta e foi um pilar de apoio inestimável. Sou imensamente grata pelos momentos compartilhados, pelas histórias contadas - mesmo que repetidas quase sempre -, e pelo amor incondicional que, invariavelmente, me demonstra e me ensina.

Agradeço à minha bisavó Jacyra, carinhosamente chamada de “vó”; embora já não esteja mais entre nós, sei que me acompanha espiritualmente e escuta minhas orações

todas as noites. Vó, eu lembro quando era mais nova, você me falava “*estuda minha filha, é a única coisa que ninguém tira de você*”, fiz dessas palavras meu mantra e, assim como você fazia, irei compartilhar com todos o que aprendi.

Por falar em compartilhar ensino, quero agradecer à minha tia Fabiana, minha comadre, minha fonte de inspiração, minha tia/irmã mais velha, que me inspira em muitas coisas. Espero, um dia, alcançar, ao menos, uma fração da sua grandeza e gentileza.

Aos meus pais, Fernanda e Clodoaldo, sempre serei grata pelo apoio imensurável, pelas batalhas que travaram no dia a dia em meu nome e do meu irmão, para nos garantir educação e qualidade de vida. Eu me lembro de quando vocês se sentavam no chão da sala e recortavam as letrinhas dos encartes dos CDs de vocês para as minhas tarefas de casa, independente se era CD novo ou velho, isso aos meus 4 anos de idade; recordar isso me faz tão feliz, uma memória que eu quero ter comigo até meu fim. Vocês sempre me deram suporte e me apoiaram ao máximo para realizar meus sonhos; espero, um dia poder retribuir-lhes com orgulho, assim como me orgulho de tê-los como pais. Obrigada por compartilharem comigo suas experiências, ensinamentos e valores, e por confiarem em mim, no meu caminho, até quando nem eu sabia para onde estava indo.

Agradeço a minha família, ao meu irmão Caio, meus primos Arthur, Luca e Mariana, por sempre estarem comigo, obrigada pelas jogatinas, pelas conversas profundas e pelo companheirismo.

Agradeço ao Ernesto, meu companheiro e pessoa que morou comigo durante todo o processo do doutorado; obrigada por tentar me fazer rir, pelo carinho e por proporcionar momentos de descontração. Suas surpresas e gestos de afeto tornaram mais leves os momentos de tensão.

Júlia, obrigada por tudo, são quase 25 anos de amizade, uma vida! E que bom saber que, mesmo depois de tanto tempo, independente do lugar em que a gente mora, ou já morou, conseguimos manter a amizade e essa mútua rede de apoio tão forte. Sempre unidas, sempre uma defendendo e compreendendo a outra. Obrigada por ser minha melhor amiga.

Não posso deixar de expressar minha gratidão aos meus animais de estimação, que, durante esses quatro turbulentos anos (pandemia em acréscimo), foram fonte de consolo e companhia.

Agradeço, também, às amigas essenciais que eu tive durante esse trajeto, a turma da salinha 26 do Departamento de Gerontologia (DGero), quantos momentos bons

que passamos! Amigos da UNICEP, especialmente Gabriela, Nayara, Marceli e Marília. O apoio de todos foi fundamental para minha jornada acadêmica. Cada um de vocês contribuiu para meu crescimento pessoal e profissional, e sou profundamente grata por isso.

Agradeço aos idosos que participaram da coleta de dados, por sua generosidade em compartilhar suas experiências e pensamentos. Sua confiança e credibilidade foram essenciais para o sucesso deste estudo.

Agradeço ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos, por todo apoio, compreensão e oportunidade que me deram. Tenho muito orgulho de ter tido a chance de ser representante discente, de participar de bancas de bolsas, entre outras atividades; enfim, todas as oportunidades que vocês me proporcionaram. Meu agradecimento especial às Professoras Doutoras Silvia Carla, Monika, Jaqueline, Priscilla por sempre me escutarem e acolherem quando mais precisei, com todo apoio e compreensão; e à representante discente Rafaela, por estar constantemente disponível durante o processo final dessa etapa.

Agradeço ao Departamento de Gerontologia, por ter-me acolhido por tantos anos na salinha 26; às Professoras Doutoras Keika, Karina, Letícia, Márcia e aos Professores Doutores Fernando (querido Zé) e Wilson, que me despertaram esperança e alegria quando lhes falei do meu tema de tese escolhido. Minha eterna gratidão às minhas amigas da pós-graduação e ao grupo de pesquisa, por compartilharmos tantas experiências boas.

Agradeço à minha psicóloga Dóris, por me ouvir, por me acolher independente da hora, por deixar claro que ela irá lutar comigo em todas as batalhas, por me acalmar quando eu precisava acalmar, por me abraçar e me entender até quando eu não conseguia falar. Agradeço por comemorar toda vez que eu pegava a cartinha “do sucesso” em seu baralho. Agradeço, também, à minha psiquiatra Dra. Juliana, que vem sendo essencial para a minha vida, me compreendendo, me ouvindo, até mesmo me apresentando uma Letícia que eu não conhecia antes.

Agradeço à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) pelo apoio financeiro para a realização deste estudo. Que essa agência se mantenha funcionando indefinidamente, e que inúmeros brasileiros consigam transformar o mundo para melhor, com os investimentos, em pesquisas, da CAPES. Agradeço à Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) por me acolher há tanto tempo, uma história desde 1994.

Por fim, agradeço a mim mesma. Como diria minha orientadora, às vezes é necessário confrontar as emoções na adversidade. Obrigada, Letícia, por enfrentar esses momentos desafiadores.

A pós-graduação, às vezes, é solitária; mas quando a gente olha para trás e vê o tamanho da nossa rede de apoio, e os resultados de tantos anos de pesquisa, sem dúvida e quanto é importante para a população e contribuição para a sociedade, tudo isso vale a pena.

Gratidão a todos.

APRESENTAÇÃO

Sou Leticia, gerontóloga formada pela Universidade Federal de São Carlos, no período de 2014 a 2017. Durante minha jornada acadêmica, tive o privilégio de ser bolsista em dois programas de Iniciação Científica (ICient) e em Projetos de Extensão, sempre com o tema: terceira idade, saúde mental e redes de apoio e vulnerabilidade social. Ao longo do tempo, concentrei meu trabalho no apoio em redes, especialmente dentro das Unidades de Saúde da Família (USF), com suporte do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Minha infância foi, boa parte, na UFSCar; filha de aluna do curso de matemática, frequentava a Unidade de Atendimento à Criança (UAC), e algumas aulas, junto com minha mãe, desde 1994. Minha mãe sempre lecionou em bairros de alta vulnerabilidade social, como Cidade Aracy; escutei e vivenciei sobre suas experiências a todo momento. Quando surgiu a oportunidade de participar de um projeto tão relevante e bem estruturado sobre a fragilidade, em um bairro onde sempre ouvia sobre a necessidade de atenção e cuidado, não hesitei em me engajar, e atuar nele, desde 2014. Em 2015 iniciei, como aluna bolsista do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC), um projeto junto com a Profa. Dra. Marisa através do Programa de Pesquisa para o SUS (PPSUS), onde tive a oportunidade de estudar mais sobre sintomas depressivos e fragilidade, durante o desenvolvimento da IC; trabalhar com sintomas depressivos, fragilidade e vulnerabilidade social no meu mestrado; e agora finalizar, no mesmo programa, sendo bolsista CAPES, o doutorado, neste novo momento envolvendo a pobreza - que me chamou a atenção durante esses anos, percebendo a necessidade de contribuir para que ela diminua cada vez mais.

Tenho muito orgulho de participar desde o momento da busca e montagem de materiais para desenvolver os instrumentos, e dos momentos das coletas. Fiz bancos de dados, analisei em softwares, voltei com resultados bons e ruins. Foram dias e noites, finais de semana dedicados à coleta de dados, nos quais não apenas me diverti, mas também aprendi e desenvolvi, ainda mais, paixão pela pesquisa, pela escuta ativa e pela consideração de diferentes perspectivas.

Com base nessa enriquecedora experiência, pude me dedicar, exclusivamente, com o apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e da CAPES para a elaboração de projetos, artigos, grupos de pesquisas e trabalhos mais elaborados, a partir dos resultados encontrados durante o projeto. Tive a

oportunidade, também, de participar de reuniões onde se ensinavam processos de criação de políticas públicas, conversas sobre como está nosso envelhecimento, nossos idosos. Participei e apresentei em congressos, simpósios, encontros nacionais e internacionais.

Na vida acadêmica, eu gosto de falar que me conheci de verdade, aprendi o que eu gostava, o que eu tinha interesse, aquilo a que era mais apegada, o que eu tinha mais segurança em trabalhar. Conheci, também, um lado meu triste, ou, melhor dizendo, ansioso, a ponto de ser um transtorno em minha vida. Mas, a partir disso, comecei a me tratar, a compreender muitas coisas que antes não compreendia. Cresci muito nesse processo do envelhecimento da Letícia, e sou muito grata.

RESUMO

A pobreza é uma condição de precariedade que afeta diversos aspectos da vida, e uma parte significativa dos idosos encontra-se nessa situação, o que os torna cada vez mais vulneráveis. O objetivo desta pesquisa foi comparar a idade, o sexo, a escolaridade, a nutrição, a fragilidade, o humor e o suporte social de pessoas idosas residentes em setores de alta vulnerabilidade social, segundo as condições de pobreza. O estudo adotou um delineamento descritivo, exploratório e transversal, com método quantitativo. Derivou-se de uma pesquisa longitudinal denominada "Ferramenta de Monitoramento de Níveis de Fragilidade em Idosos Atendidos na Atenção Básica de Saúde", e a coleta de dados ocorreu entre março e agosto de 2018. Foram entrevistados 238 idosos, com critérios de inclusão baseados na idade (60 anos ou mais), residência no bairro Cidade Aracy e participação em coletas anteriores. Os instrumentos utilizados incluíram questionários sociodemográficos e avaliações sobre sintomas depressivos, nutrição, fragilidade e suporte social. A análise dos dados foi realizada por meio dos *softwares* estatísticos *SPSS* e *Excel*. Dos 238 idosos entrevistados, 174 forneceram informações sobre renda. Entre esses, 82% não estavam em situação de pobreza, enquanto 18% se encontravam nessa condição. Os resultados indicaram que os idosos em situação de pobreza tendem a apresentar mais sintomas depressivos e menor suporte social. Fatores como baixa escolaridade, estado nutricional inadequado e fragilidade física foram associados a uma maior probabilidade de pobreza. Também se verificou que a pobreza é um fator de risco para o desenvolvimento de sintomas depressivos. O suporte social, especialmente o formal, demonstrou desempenhar um papel crucial na mitigação dos efeitos da pobreza. Conclui-se que é urgente a implementação de políticas públicas que abordem a vulnerabilidade da população idosa, tanto no contexto local quanto em regiões mais amplas, como forma de reduzir os efeitos da pobreza e garantir uma qualidade de vida digna para essa população. Além disso, há a necessidade de desenvolvimento de teorias e políticas voltadas especificamente para a realidade dos idosos na América Latina.

ABSTRACT

Poverty is a condition of precariousness that affects various aspects of life, and a significant portion of the elderly population is in this situation, which makes them increasingly vulnerable. The objective of this research was to compare age, sex, education, nutrition, frailty, mood, and social support among older adults residing in areas of high social vulnerability, according to poverty conditions. The study adopted a descriptive, exploratory, and cross-sectional design, with a quantitative approach. It was derived from a longitudinal study called "Monitoring Tool for Frailty Levels in Elderly People Attended in Primary Health Care", and data collection took place from March to August 2018. A total of 238 elderly individuals were interviewed, with inclusion criteria based on age (60 years or older), residence in the Cidade Aracy neighborhood, and participation in previous data collections. The instruments used included sociodemographic questionnaires and assessments of depressive symptoms, nutrition, frailty, and social support. Data analysis was conducted using SPSS and Excel statistical software. Of the 238 elderly individuals interviewed, 174 provided information about income. Among these, 82% were not in poverty, while 18% were. The results indicated that elderly individuals in poverty tend to present more depressive symptoms and lower social support. Factors such as low education, inadequate nutritional status, and physical frailty were associated with a higher likelihood of poverty. It was also found that poverty is a risk factor for the development of depressive symptoms. Social support, especially formal support, played a crucial role in mitigating the effects of poverty. In conclusion, there is an urgent need for public policies that address the vulnerability of the elderly population, both at the local level and in broader regions, to mitigate the effects of poverty and ensure a dignified quality of life for this population. Additionally, there is a need for the development of theories and policies specifically aimed at the reality of the elderly in Latin America.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Proporção dos grupos etários na população brasileira de 2000 a 2023, Brasil 2024.....	22
Figura 2 - Projeções de cenários populacionais da ONU de pessoas com 60 anos ou mais, 2022.....	41
Figura 3 - Localização Geográfica do ARES Cidade Aracy no município de São Carlos - SP, 2024.	
Figura 4 - Mapa dos bairros e Vulnerabilidade Social de São Carlos, segundo o IPVS, 2010.	62
Figura 5 - Fluxograma de coleta da pesquisa “Ferramenta de monitoramento de Níveis de Fragilidade em Idosos Atendidos na Atenção Básica de Saúde: avaliação de sua efetividade e eficiência. São Carlos - SP, 2018.....	64
Figura 6 - Fórmula para o cálculo do OR, São Carlos - SP, 2024.....	73
Figura 7 - Fluxograma dos idosos entrevistados, São Carlos - SP, 2018.....	74
Figura 8 - Relação entre segurança alimentar e escolaridade, Brasil, 2022.....	89

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Gênero dos idosos entrevistados que não sabem responder a renda (n=34), São Carlos - SP, 2018.....	75
Gráfico 2 - Percepção de Suficiência Financeira entre idosos analisados sem conhecimento da própria renda (n=64), São Carlos - SP, 2018.....	75
Gráfico 3 - Perfil socioeconômico da população idosa analisada (n=174), São Carlos, SP - 2018.....	76
Gráfico 4 - Comparação situação de pobreza e escolaridade em idosos analisados, (n=174), São Carlos, SP - 2018.....	82
Gráfico 5 - Comparação da situação de pobreza das pessoas idosas entrevistadas, segundo as condições de moradia (n=174), São Carlos, SP - 2018.....	83
Gráfico 6 - Comparação da situação de pobreza para aqueles que apresentaram sintomas depressivos (n=174), São Carlos, SP - 2018.....	84

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Variáveis Independentes e Dependentes do presente estudo, São Carlos - SP, 2022.....	70
--	-----------

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Relação da situação de Pobreza e Apoio Social (n=174), São Carlos - SP, 2018.....	78
Tabela 2 - Comparação das pessoas em situação de pobreza com as variáveis apresentadas (n=174), São Carlos - SP, 2018.....	80
Tabela 3 - Análise de regressão logística multivariado para pessoas em situação de pobreza, (n=174), São Carlos - SP, 2018.....	86
Tabela 4 - Análise de Regressão logística binária para pessoas em situação de pobreza e sintomas depressivos, (N=174), São Carlos - SP, 2018.....	87

LISTA DE SIGLAS

AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

AMPI-AB - Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa na Atenção Básica

APS - Atenção Primária à Saúde

ARES - Administrações Regionais de Saúde

BM - Banco Mundial

CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil

CCA - Centro da Criança e do Adolescente

CCBS - Centro de Ciências Biológicas e da Saúde

CCInter - Centro de Convivência Intergeracional

CCJ - Centro para a Juventude

CEDESP - Centro de Desenvolvimento Social e Produtivo para Adolescentes Jovens e Adultos

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

CNPQ - Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

CRAS - Centro de Referência da Assistência Social

CRI - Centro de Referência do Idoso

DGero - Departamento de Gerontologia

GDS-15 - Escala de Depressão Geriátrica (versão 15 itens)

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IBM - Índice do Banco Mundial

IC - Intervalo de Confiança

ICient - Iniciação Científica

IDH - Índice de Desenvolvimento Humano

IMC - Índice de Massa Corporal

IPAQ - *International Physical Activity Questionnaire*

IPM - Índice de Pobreza Multidimensional

IPVS - Índice Paulista de Vulnerabilidade Social

MAN - Mini Avaliação Nutricional

MEEM - Mini Exame do Estado Mental

MOSS-SSS - Escala de Apoio Social do *Medical Outcomes Study*

NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família

NCI - Núcleo de Convivência do Idoso

ODM - Objetivo de Desenvolvimento do Milênio

OMS - Organização Mundial da Saúde

ONU - Organizações das Nações Unidas

OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde

PAIF - Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família

PIBIC - Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica

PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

PNAS – Política Nacional da Assistência Social

PNSPI - Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa

PNUD - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

PPC - Paridade do Poder de Compra

PPGENF - Programa de Pós Graduação em Enfermagem

PPSUS - Programa de Pesquisa para o Sus

RASPI - Rede de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa

RNB - Renda Nacional Bruta

SASF - Serviço de Assistência Social à Família e Proteção Social Básica no Domicílio

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TUG - *Time Up and Go*

UAC - Unidade de Atendimento a Criança

UBS - Unidade Básica de Saúde

UFSCAR - Universidade Federal de São Carlos

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância

URSI - Unidade de Referência à Saúde do Idoso

USF - Unidades de Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	22
2 REFERENCIAL TEÓRICO	26
2.1 A Pobreza	26
2.1.1 Conceitos/Definição de Pobreza.....	26
2.1.2 Indicadores do nível de pobreza	28
2.1.3 Pobreza no Brasil.....	29
2.2 Envelhecimento e Velhice	33
2.2.1 Conceitos e definições	33
2.2.2 Dados Demográficos sobre os Idosos.....	40
2.2.3 A Velhice em situação de Pobreza	42
2.3 Principais Problemas em idosos em situação de pobreza	45
2.3.1 A Depressão em Idosos: sintomas e fatores de risco.....	46
2.3.2 A Síndrome da Fragilidade.....	47
2.3.3 Vulnerabilidade Social e Pobreza.....	48
2.3.4 Pobreza e Nutrição do Idoso.....	51
2.4 Necessidades de Suporte Social para os Idosos: Políticas Públicas, Redes de Apoio e Programas de Saúde voltados para os Idosos	53
2.4.1 Unidade de Saúde da Família (USF)	54
2.4.2 Política Nacional de Assistência Social (PNAS).....	55
2.4.3 Centro de Referência de Assistência Social (CRAS)	57
2.4.4 Centro de Referência do Idoso (CRI)	58
2.4.5 Rede de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa (RASPI).....	58
2.4.6 Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI)	59
3 JUSTIFICATIVA	60
4 OBJETIVOS	62

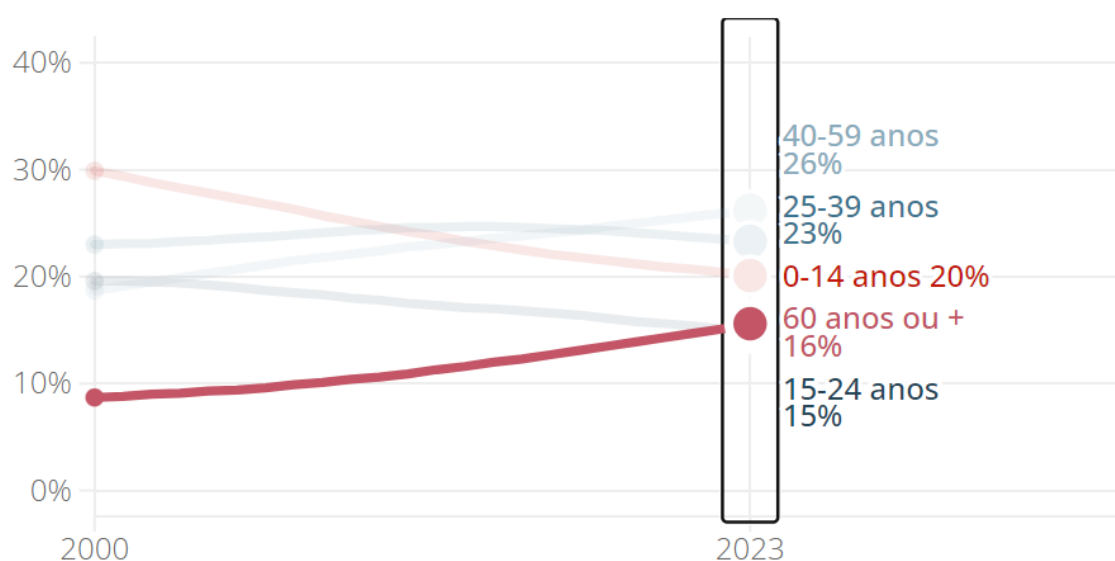
4.1 Objetivo Principal	62
4.2 Objetivos Específicos	62
5 METODOLOGIA.....	63
5.1 Delineamento, local e período do estudo	63
5.2 Procedimentos para coleta de dados e Participantes	64
5.2.1 Critérios de Inclusão	66
5.2.2 Critérios de Exclusão.....	66
5.3 Instrumentos	66
5.3.1 Caracterização sociodemográfica e econômica.....	67
5.3.2 Nutrição - Mini Avaliação Nutricional (MAN).....	67
5.3.3 Sintomas Depressivos - Escala de Depressão Geriátrica (Versão de 15 itens, GDS-15).....	68
5.3.4 Suporte Social - Escala de Apoio Social do Medical Outcomes Study (MOSS-SS).....	68
5.3.5 Síndrome da Fragilidade proposta por Fried	69
5.3.6 Cognição - Mini Exame do Estado Mental (MEEM).....	70
5.4 Variáveis do Estudo.....	70
5.5 Desenvolvimento de figuras, quadros e tabelas.	71
5.6 Aspectos Éticos.....	71
6 ANÁLISE DE DADOS.....	72
6.1 Métodos de análise.....	72
6.1.1 Interpretação do <i>p-valor</i>	72
6.1.2 Medidas de Posição e Dispersão	72
6.1.3 Testes de Confiança.....	73
6.1.4 Regressão Logística e <i>Odds Ratio</i> (OR).....	73
6.2 <i>Softwares</i> utilizados para a análise.....	74
7 RESULTADOS	75

7.1 Descrição do perfil socioeconômico da população entrevistada.....	75
7.2 Descrição do perfil das pessoas idosas participantes e a situação de pobreza	77
7.2.1 Apoio social recebido e oferecido aos idosos.....	77
7.2.2 Descrição e análise de relações entre as variáveis e a população em situação de pobreza e não pobreza	80
7.3 Fatores associados à pobreza.....	87
8.3 Apoio social e pobreza	98
9 LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	103
10 CONCLUSÃO.....	104
REFERÊNCIAS	107
ANEXOS	124

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento constitui um fenômeno demográfico e uma questão econômica, social, política, cultural e ética (Mendonça *et al.*, 2021). Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 2022 (PNAD), 15,6% da população do Brasil tem 60 anos ou mais, conforme apresentado na Figura 1, sendo algo inédito ao país, pois a porcentagem de população mais velha ultrapassou a mais jovem (de 15-24 anos) e a fecundidade vem diminuindo desde os anos 2000 (IBGE, 2023).

Figura 1 - Proporção dos grupos etários na população brasileira de 2000 a 2023, Brasil 2024.



Fonte IBGE, 2023

Em 34,5% dos domicílios reside, pelo menos, uma pessoa idosa (IBGE, 2023) e elas colaboram com o sustento em 24,9% dos domicílios onde moram (Dieese, 2020, IBGE, 2022). Elas contribuem com mais de 50% da renda domiciliar, através de aposentadorias, pensões e rendimentos de trabalho. A população de 60 anos ou mais de idade, no final de 1919, no mercado de trabalho, era de 22,9% (IBGE, 2022; Oliveira *et al.*, 2019).

O Brasil enfrenta um envelhecimento acelerado e apresenta necessidade de mais conhecimento sobre esse fenômeno, incluindo a implementação de políticas públicas, de modo a melhorar o enfrentamento de desafios encontrados, e trazer uma melhor qualidade de vida para a população. Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), de 2023, estimam que até o ano de 2046 os idosos com 60 anos ou mais já serão maioria, chegando em 28%. O relatório (IBGE, 2023) também aponta que, até 2070, a cada três brasileiros, um vai ser

idoso, com a expectativa de vida podendo chegar aos 84 anos. No entanto, cabe destacar que, ainda, existe necessidade de conhecimento decorrente de condições específicas relacionadas à manutenção da saúde. O processo de envelhecimento, bem como a fase da velhice, não pode ser considerado como doença, pois fazem parte do curso de vida do ser humano; isso precisa ser destacado no atual momento, quando se cogita equiparar velhice a doença (OPAS, 2019; Silva *et al.*, 2021; Souza; Ramos, 2021).

Vale ressaltar que em 1948, a Organização Mundial da Saúde (OMS) ampliou a compreensão dos conceitos de saúde e doença. A doença passou a ser entendida como uma condição decorrente de alterações no organismo, caracterizada por causa definida, sinais e sintomas específicos e comprometimento do bem-estar físico, mental e social do indivíduo (OMS, 1948; Ramos, 1988; Schramme, 2023). Por outro lado, existem síndromes, no qual consiste em um conjunto de sinais e sintomas que ocorrem simultaneamente e caracterizam uma condição clínica, porém sem uma causa única ou completamente estabelecida, podendo resultar de diferentes fatores (OMS, 2019), que ocorrem em pessoas de qualquer idade, mas que, comumente, por acometer pessoas idosas, são confundidas como sendo parte da velhice, tais como a fragilidade, a depressão, comprometimentos cognitivos, entre outros.

O que indica a necessidade de aprofundar estudos científicos sobre esses problemas, tanto na população em geral, quanto em idosos, pois trata-se de condições de saúde reversíveis, na maioria dos casos.

Cuidado de longa duração, geralmente, é decorrente da vulnerabilidade da pessoa idosa e de uma fragilidade que se desenvolve a partir do declínio do estado de saúde do usuário (Moraes *et al.*, 2010; Costa, 2019).

A fragilidade se caracteriza como um estado clínico dinâmico, multifatorial, que determina o desequilíbrio das reservas homeostáticas, associados à redução da capacidade de resposta aos mínimos agravos, que desencadeiam declínios cumulativos e consequentes situações indesejáveis ao organismo (Fried *et al.*, 2001; Pinheiro; Mucio; Oliveira, 2020). A fragilidade se caracteriza pela presença de sinais e sintomas como perda de peso não intencional, fadiga, diminuição da força de preensão, redução das atividades físicas e diminuição da velocidade de marcha (Fried *et al.*, 2001; Pinheiro; Mucio; Oliveira, 2020). É considerada uma síndrome, e requer prevenção e atenção à sua situação, pois pode agravar outras doenças crônicas, como perda funcional e depressão, além de institucionalização, hospitalização e morte. Estudos indicam que, se houver intervenções oportunas no início do desenvolvimento da síndrome, ela pode ser reversível (Morley *et al.*, 2013).

A população mundial, incluindo o Brasil, esteve em uma pandemia desde março de 2019, que foi um dos maiores desafios sanitários do século. O SARS-CoV-2 é um vírus causador da doença do coronavírus - Covid-19 (Hopkins, 2020; Wiersinga, et al., 2020; Daumas *et al.*, 2021; Silva et al., 2021). A população idosa apresenta risco elevado de apresentar complicações, especificamente para pessoas com comorbidades pré-existentes, quando infectadas pelo coronavírus, claramente observado antes da presença das vacinas. No auge da pandemia, pessoas institucionalizadas tornaram-se as mais suscetíveis a contrair a doença, não apenas pela condição de vulnerabilidade em saúde, mas também pela facilidade na transmissão no ambiente das residências coletivas (Portela; Cebola, 2021).

Houve um aumento de sintomas depressivos e depressão durante a pandemia Covid-19, ocorrida em 2019 a 2022 (Brasil, 2022); o isolamento foi um dos principais motivos iniciais, assim como a preocupação sobre o futuro e a evidência da letalidade, assim como a escassez e demora no acesso ao suporte. As mulheres foram as mais acometidas, no que se refere à apresentação de sintomas depressivos durante a pandemia (Brasil, 2019; Pereira-Ávila *et al.*, 2021). O Fator econômico também está presente como variável, pois aqueles que apresentavam baixa renda e pobreza eram os que manifestavam sintomas depressivos maiores (Pereira-Ávila *et al.*, 2021).

Todos esses problemas, evidenciados na pandemia, especificamente doenças crônicas e síndromes geriátricas, têm elevada incidência na população idosa, tais como depressão, fragilidade e outros. Isso torna-se ainda mais preocupante nas pessoas idosas em situação de pobreza no Brasil, devido às dificuldades de acesso aos serviços públicos, falta de cuidados necessários às suas condições específicas, somados a condições sociodemográficas desfavoráveis como nutrição inadequada, baixa renda, baixa escolaridade, falta de acesso à informação e orientação (Pereira-Ávila *et al.*, 2021).

Nesta pesquisa, abordou-se a situação de pobreza em pessoas idosas; no Referencial Teórico apresentam-se os conteúdos que nortearam o estudo: **a) Pobreza**, cujo conceito foi abordado; os indicadores gerais, tanto internacional quanto nacional; a pobreza no Brasil, com suas causas e indicadores; **b) Envelhecimento e Velhice**, que também foram colocados seus conceitos/definições; dados sociodemográficos sobre os idosos no Brasil e no Mundo; a velhice no contexto da pobreza com foco no Brasil e no Mundo; **c) Principais Síndromes dos Idosos em contexto de pobreza**, com breve contextualização da depressão e da síndrome da fragilidade; **d) Necessidade de Suporte Social para os Idosos: Cuidados e Redes de Apoio**, abordando a nutrição, os direitos e as redes de apoio aos idosos, bem como os programas de

saúde existentes no Brasil, sempre dando prioridade às questões do idoso em contexto de pobreza.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 A Pobreza

2.1.1 Conceitos/Definição de Pobreza

Ao estudar a pobreza, autores a definiram como uma situação de precariedade em diferentes aspectos da vida (Kerstenetzky, 2000; Romão, 1982; Sen, 1999). Crespo e Gurovitz (2002) afirmam que a conceitualização da pobreza pode envolver diferentes dimensões:

A conceituação de pobreza [...] Pode ser feita levando em conta algum “juízo de valor”, em termos relativos ou absolutos. Pode ser estudada apenas do ponto de vista econômico ou incorporando aspectos não-econômicos à análise, sendo contextualizada de forma dependente ou não da estrutura sócio-política da sociedade. (p.3)

De acordo com Romão (1982), a conceituação da pobreza com base no juízo de valor também é criticada, sendo que o autor considera que esse tipo de percepção leva à imobilidade, e não a desejáveis ações que a eliminem:

Por outro lado, a percepção da pobreza não pode abranger o enfoque do juízo de valor. Este conceito não apenas não oferece base para a ação destinada a eliminar a pobreza, mas - o que é pior - também não leva em conta a existência da destituição como um fenômeno concreto e observável. A pobreza mais abjeta não pode depender do "olhar de quem a vê". (Romão, 1982 p. 367)

Portanto, mais que apenas conceituar pobreza, é interessante perceber a conexão intrínseca da pobreza com as questões sociológicas, isto é, que ela é definida conforme o sistema político-social-econômico em que se insere (ou é percebida).

Deste ponto de vista, a pobreza é avaliada de forma multidimensional pela identificação de privações de direitos sociais, econômicos e políticos. A pobreza multidimensional vai além do modelo tradicional avaliado, pois este modelo leva em consideração somente a renda monetária das pessoas, e não outras variáveis que determinam o grau de privação das pessoas – variáveis sociais, econômicas, políticas, entre outras (Crespo; Gurovitz, 2002; Sen, 1999; Vieira, 2018; Silva, 2020).

Silva (2020, n.p) explica que é a pobreza multidimensional:

Chega-se assim à perspectiva da pobreza multidimensional, que tenta abordar o problema em sua complexidade e interligação entre as causas e consequências que geram e reproduzem esse fenômeno social. O conceito de pobreza multidimensional tem origem nos estudos de Amartya Sen, quanto à insuficiência da dimensão puramente financeira (fluxos de renda) para captar todas as privações. [...] essa abordagem pode concernir a diversos elementos que vão além da carência econômica, tais como saúde, educação, habitação, participação política, igualdade entre os sexos etc. (Silva, 2020, n.p)

Seguindo reflexões sociológicas, a questão social da pobreza existe em toda sociedade capitalista, sendo necessária para o funcionamento deste sistema; a desigualdade social é legitimada porque sem a pobreza, o capitalismo não se mantém (Crespo; Gurovitz, 2002; Kerstenetzky, 2000; Marx, 1996; Scheeffter, 2013).

No modo de produção capitalista, a pobreza (pauperização absoluta ou relativa) é o resultado da acumulação privada do capital, mediante a exploração (da mais-valia), na relação entre capital e trabalho, entre os donos dos meios de produção e os donos de mera força de trabalho, exploradores e explorados, produtores diretos da riqueza e usurpadores do trabalho alheio. (Marx apud Montaña, 2012, n.p)

Arroyo (2013) coloca que os pobres são considerados inferiores, em comparação à cultura eurocêntrica – os assim autodenominados “civilizados” (detentores da civilização) –, sendo que essa ideia justifica a hierarquização de etnias, raças e locais de origem, dessa forma colocando os pobres em uma ordem socioeconômica, política e cultural mais baixa, com o objetivo de tornar a exploração mais fácil, com o uso dessa justificativa da inferioridade dos pobres.

Ao analisar a naturalização da pobreza, Guerreiro (2022) define o “indivíduo em situação de pobreza” como aquele despossuído materialmente de condições concretas que assegurem a liberdade de transitar entre os múltiplos espaços físicos da cidade que habita. O que leva a pensar que a pobreza é excludente e discriminatória, deixando pouco espaço de circulação (e não apenas de espaços físicos) para a pobreza.

Portanto, na linha teórica da pobreza multidimensional, o conceito de pobreza exige uma abordagem própria, relativa, envolvendo múltiplas dimensões de condições de vida que se referem a bens (não apenas materiais) considerados indispensáveis para viver em determinada sociedade (Hirsch et al, 2020). Ou seja, conforme os ensinamentos marxistas, a pobreza também tem que ser contextualizada geográfica, histórica, social e culturalmente.

Assim como a pobreza, a desigualdade é um fenômeno complexo, com várias facetas; a desigualdade se divide em duas dimensões: a econômica – que diferencia as pessoas por

salários, meios de produção, patrimônio, consumo etc.; e a dimensão social – que indica as condições do indivíduo através do seu acesso a bens e serviços, por meio de agregação, como saúde, moradia e educação (Morais, 2020).

2.1.2 Indicadores do nível de pobreza

Existem indicadores mundiais padronizados, para levantamento de informação das questões socioeconômicas, que facilitam a análise e comparação entre os países e regiões do mundo, como, por exemplo, o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH).

Rankings Internacionais, incluindo o Brasil, utilizam a definição e o índice de pobreza usados pelo Banco Mundial (BM), que também analisa a desigualdade social em escala mundial, através da renda per capita (Medeiros, 2021). O BM divide a população com baixa renda em dois níveis: pobreza – aqueles que ganham igual ou menos de U\$5,5 dólares por dia; e extrema pobreza – aqueles que ganham U\$2,15 dólares por dia (Brasil, 2022). Para a análise deste presente estudo foi utilizado o Índice do Banco Mundial (IBM), para ter uma maior abrangência nas discussões sobre renda e idoso.

Além do Índice do Banco Mundial, há outros índices e critérios utilizados para o rastreamento do nível de pobreza, que são:

- Índice de Pobreza Multidimensional (IPM)¹: desenvolvido pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), o IPM mede a pobreza levando em consideração as facetas multidimensionais como saúde, educação e padrões de vida. Ele identifica as pessoas que vivem em condições de privação, e difícil acesso, em várias áreas;
- Índice de Desenvolvimento Humano (IDH)²: também desenvolvido pelo PNUD, é um dos mais utilizados mundialmente, principalmente para a classificação (*ranking*) de países; o IDH combina indicadores de saúde, educação e renda para avaliar o desenvolvimento humano de um país. Embora não seja exclusivamente uma medida de pobreza, ele fornece uma visão geral do progresso social e econômico em relação ao bem-estar humano;

¹ <https://www.plan-eval.com/repositorio/arquivo/artigo/Brochura_IPM_trifold%20v2.pdf>

² <https://www.ipea.gov.br/desafios/index.php?id=2144:catid=28&option=com_content>

- Linha de Pobreza³: é um critério que estabelece, a partir da renda e consumo, se a família é considerada pobre. Essa análise de pobreza pode variar de acordo com cada país, dependendo do custo de vida e das necessidades básicas; e
- Índice de Pobreza Relativa⁴: índice compara a renda ou os recursos de uma pessoa ou família em relação à média da população. Ele identifica aqueles que estão abaixo de uma porcentagem específica da renda média, e é usado para medir a pobreza relativa em um determinado contexto.

Ressalta-se que esses índices e medidas têm suas limitações e não capturam completamente a complexidade da pobreza, principalmente devido à sua subjetividade em alguns contextos. Além disso, diferentes países e organizações podem usar abordagens e definições diversas, ao medir a pobreza. Portanto, é essencial considerar o contexto e a fonte dos dados ao interpretar quaisquer índices de pobreza.

2.1.3 Pobreza no Brasil

2.1.3.1 Causas da pobreza no Brasil

Antes de conceituar os indicadores de pobreza no Brasil, é relevante mostrar as principais causas da pobreza no país, já que as políticas públicas na área da saúde por si só, não têm como solucionar o problema da pobreza, mas apenas atenuá-lo. Há necessidade de compreender as condicionantes que levam à pobreza, para que não se coloque sobre o pobre a responsabilidade pela própria pobreza (como é comum que algumas ideologias façam), já que as causas desse fenômeno multifacetado – a pobreza – são históricas, econômicas e sociais, e não individuais – biológicas, psicológicas, genéticas, etc. (Leite, 2005)

A principal causa para a existência da pobreza no Brasil, como em toda América Latina, começa pelo tipo de colonização sofrida – a colonização de exploração, que acabou por condicionar a estratificação da sociedade, que se tornou profundamente marcada pela desigualdade social (Galeano, 2000).

Especificamente no Brasil, outras causas da pobreza são: o processo da abolição da escravidão, que não levou em consideração o que seria feito dos escravos, agora libertos; o processo de urbanização acelerado, com o êxodo rural das populações camponesas; a concentração fundiária acentuada; a falta de investimentos governamentais na educação e na

³ <https://www.ipece.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/45/2012/12/NT_38.pdf>

⁴ <https://www.ipece.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/45/2012/12/NT_38.pdf>

saúde, não garantindo os recursos básicos à população como um todo (aliada à má administração dos recursos públicos); a imensa concentração de renda nas mãos de uma pequena elite; a insuficiência de políticas de combate à pobreza (Galeano, 2000; Leite, 2005).

Visto isso, passamos aos indicadores de pobreza no Brasil.

2.1.3.2 Indicadores de pobreza no Brasil

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) possui uma relação de indicadores sociais que utiliza para verificar nossa realidade social; esses indicadores, além do IDH, que também faz parte deles, são os seguintes (IBGE, 2022):

- Expectativa de vida (média de anos de vida de uma pessoa em determinado país);
- Taxa de mortalidade (número de pessoas que morreram durante o ano);
- Taxa de mortalidade infantil (número de crianças que morrem antes de completar 1 ano);
- Taxa de analfabetismo (percentual de pessoas que não sabem ler e nem escrever);
- Renda Nacional Bruta (RNB) per capita (baseada na paridade de poder de compra dos habitantes);
- Saúde (qualidade da saúde da população);
- Alimentação (alimentação mínima que uma pessoa necessita por dia, cerca de 2.500 calorias, e se essa alimentação é balanceada em termos de nutrientes);
- Condições médico-sanitárias (acesso a esgoto, água tratada, pavimentação etc.); e
- Qualidade de vida e acesso ao consumo (número de carros, de computadores, televisores, celulares, acesso à internet, entre outros).

Segundo a Síntese de Indicadores Sociais do IBGE, a pobreza se reflete na condição de vida – socioeconômica – das pessoas, como, por exemplo, na moradia – ausência de banheiros; número de moradores superiores ao adequado; falta de abastecimento de água e/ou rede de esgoto; imóveis construídos com materiais inadequados e/ou não duráveis etc. A dimensão social é afetada pela falta de apoio da rede pública, como acesso a hospitais; unidades básicas de saúde; centros de referência; lazer; escola e outros, dificultando o processo do cuidado caso haja necessidade (IBGE, 2022).

No que se refere à baixa renda e índice de pobreza, houve um aumento significativo no Brasil, entre 2017 e 2020, o que causa grande preocupação. Esse aumento da pobreza parece estar relacionado à pandemia da Covid-19 (IBGE, 2020). Já em 2022, segundo Gomes (2023),

a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), divulgada pelo IBGE, mostra 67,8 milhões de pessoas na pobreza e 12,7 milhões na extrema pobreza, indicando que a situação da pobreza no Brasil atual é muito séria, e precisa ser enfrentada.

Ainda quanto à pobreza no Brasil, segundo a Unicef (2022):

O percentual de meninas e meninos na pobreza multidimensional caiu de 62,9%, em 2019, para 60,3%, em 2022. Tal percentual corresponde a 31,9 milhões de crianças e adolescentes brasileiros privados de um ou mais direitos, de um total de 52,8 milhões no País.

Mesmo com essa queda que a Unicef nos revela, os números ainda são muito altos; e através desses índices pode-se enxergar a necessidade de formulação de políticas públicas, programas e auxílios, apesar de alguns autores defenderem que, muitas vezes, os índices também podem mascarar a realidade do país (Neri, 2019; Brito Neto, 2021), o que não é novidade para quem conhece as estatísticas e sabe como podem ser interpretadas politicamente.

No caderno do Banco Mundial, de 2018, foi citada a importância da escolaridade e educação para a população, apontadas, de acordo com vários autores, como indicativo de melhora socioeconômica e qualidade de vida (Banco Mundial, 2018; Neri, 2019; Pedrosa, 2020; Brito Neto, 2021).

Nesse universo da pobreza social, as pessoas idosas apresentam ainda menores recursos sociais e financeiros e, por este motivo, há uma maior demanda de cuidados necessários da rede, tanto da assistência social quanto da saúde (Poltronieri; Souza; Ribeiro, 2019).

Com isso, o Governo Federal estabeleceu a Lei 8.812/1991, de 24 de julho de 1991, que *“dispõe sobre a organização da Seguridade Social, institui Plano de Custeio, e dá outras providências”* (Brasil, 1991); para a implementação dessa lei, o Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) foi criado, em 1993, com a finalidade de institucionalizar, nas ações diárias, a política pública quanto à assistência social Brasil, 1993). Através do CRAS, o Poder Público tem o objetivo de oferecer benefícios, programas e serviços para pessoas que estão em Vulnerabilidade Social e/ou vivem em condição de pobreza, assim evitando ou minimizando os impactos econômicos, sociais e ambientais através da ação social (Guesser; Demambro, 2021; Brasil, 2020).

A Atenção Primária à Saúde (APS) também tem sido um auxílio fundamental para a seguridade social do brasileiro, através de serviços de saúde pessoais e na continuidade dos cuidados, sendo derivada do crescimento populacional e do envelhecimento da população (Gusso; Lopes; Dias, 2019; Alves *et al.*, 2021). A APS é porta de entrada para as redes e assistências, tanto social quanto a saúde. Tem o objetivo de atuar de forma preventiva, com a participação de uma equipe multiprofissional, com o objetivo de levar suporte social para a comunidade, principalmente a população de extrema pobreza (Alves *et al.*, 2021; Brasil 2024), o CRAS é uma das unidades públicas responsável por executar essa atenção localmente e com portas aberta (Brasil, 2009)

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), em 2019, informou aos países para fortalecerem o sistema de saúde e proteção social, para, assim, conseguir lidar com as demandas de cuidados de longa duração, pois acreditam que essas demandas vão triplicar, passando de 8 milhões para mais de 30 milhões até 2050 (OPAS, 2019). No mesmo caminho, a Convenção Interamericana sobre a Proteção dos Direitos Humanos da Pessoa Idosa (OEA, 2015) dispõe um item afirmando:

Estados Partes devem adotar medidas para desenvolver um sistema integral de cuidados que leve em conta a perspectiva de gênero e o respeito à dignidade e integridade física e mental do idoso, para garantir-lhe o gozo efetivo de seus direitos humanos por meio de cuidados de longo prazo. (OEA, 2015).

O Brasil foi um dos primeiros países da América a assinar essa convenção, em 2018; no entanto, atualmente ainda não foi ratificado e aguarda tramitação na Câmara brasileira (Minayo *et al.*, 2021).

Logo, são necessários estudos e atualização de dados, constantemente, para reforçar a implementação e a criação de novas políticas públicas, tanto nacional quanto internacional, para melhorar o desenvolvimento do país e trazer dignidade para a população. Agendas e relatórios, como, por exemplo, *Envelhecendo em um Brasil mais velho*, do BM (2011), ou *Envelhecimento e Saúde*, da Organização Mundial da Saúde (OMS), (2015), vêm estudando e informando a população para uma melhor qualidade de vida para os idosos, o que reforça a justificativa do quanto esta pesquisa é relevante para a compreensão dessa situação, e um caminho para tentar uma melhora das condições da população atual e futura. A mensuração e análise da pobreza e vulnerabilidade dos indivíduos também é essencial, principalmente em época pandêmica, como a que tivemos, sendo fundamental compreender a situação da pobreza no Brasil, bem como

conhecer as necessidades decorrentes da crise atual econômica, social e política do país, que vêm trazendo aumento na inflação, no custo da cesta básica, nos serviços essenciais em geral (energia, água, entre outros).

E todos esses problemas que afetam a população pobre em geral, afetam ainda mais profundamente pessoas idosas em situação de pobreza, a qual serão apresentadas no presente estudo.

2.2 Envelhecimento e Velhice

2.2.1 Conceitos e definições

Envelhecimento e velhice estão em constante disputa diante da diversidade de práticas e saberes fazendo com que as vezes não haja consenso entre os estudiosos. Principalmente quando abordamos o envelhecimento e a velhice de forma multidisciplinar, como neste trabalho. Existem duas linhas de compreensão da velhice, na gerontologia. Uma, que considera que a velhice homogeneiza as experiências de vida dos idosos, tornando as diferenças mínimas, e, assim, criando uma categoria “idosos” com características homogêneas – que podem ser características negativas como a decadência, ou positivas, como a autonomia, mas sempre homogeneizando a partir de marcadores cronológicos e/ou biológicos (Teixeira, 2021).

Essa visão entende a velhice/envelhecimento em uma perspectiva de ciclos de vida, ou seja, como

[...] partes de um processo “natural” — pensados como sequências abstratas e predeterminadas, independentemente das condições socioeconômicas e culturais —, ou quando os consideravam como influenciadores do processo, apenas como meros contextos externos ou pano de fundo dos acontecimentos biológicos (Teixeira, 2021, n.p).

Outra compreensão do envelhecimento, baseada na sociologia e antropologia, crítica à homogeneização, destacando as diferenças entre os envelhecimentos e as velhices, por exemplo, as diferenças de classe ou de etnia dos idosos; o problema é que essa perspectiva, muitas vezes, cai no outro extremo, da heterogeneidade que impossibilita a compreensão do envelhecimento/velhice, como vemos em Teixeira (2021, n.p):

Entretanto, muitas análises que criticam os demarcadores cronológicos homogeneizadores e generalizantes para defender a heterogeneidade nas

formas de envelhecer caem no outro extremo, a singularização ou subjetivação das formas de envelhecer e viver a velhice, ou seja, chegam a “[...] uma pluralidade de experiências individuais que impossibilita retê-la em um único conceito ou noção ao investigá-la [...]” (Siqueira; Botelho; Coelho, 2002, p. 905).

De qualquer forma, Teixeira questiona tanto a perspectiva homogeneizante quanto a da heterogeneidade, propondo uma nova perspectiva,

[...] uma perspectiva de análise crítica que situa os indivíduos em suas condições de existência e historicidade, apresentando um quadro de agravamentos dessas condições que afetará as diferentes gerações, tanto os que hoje são jovens, quanto os que já são velhos, diante da generalização da superexploração, da superpopulação relativa e dos desmontes dos sistemas de proteção social (Teixeira, 2021, n.p, grifo nosso).

E defende que a velhice/envelhecimento sejam tratados de maneira interdisciplinar, sem compartimentalização em áreas de estudo. Segundo Teixeira (2020, n.p),

Torna-se, pois, usual, nos eventos científicos da área, os psicólogos discutirem os aspectos psicológicos do envelhecimento; os médicos, os enfermeiros e os fisioterapeutas, os biológicos; e os sociólogos, os assistentes sociais e outros trazerem os elementos sociais, geralmente restritos a imagens e estereótipos da sociedade, a valores e formas de condutas como sinônimo do social. Logo, o envelhecimento é recortado pelas áreas do saber, departamentalizado, isolado, fechado em caixinhas que não mantêm diálogo, não se complementam e impedem a visão de totalidade e das devidas relações e correlações entre esses elementos.

Ao falarmos sobre envelhecimento e velhice, nos baseamos na teoria *Life-Span*, desenvolvido e publicado por Baltes em 1987, no qual aborda que o envelhecimento e a velhice fazem parte do curso vital humano; “O Paradigma *Lifespan* é uma abordagem que vem abarcando consideráveis contribuições da ciência psicológica frente às mudanças existentes nos padrões atuais de envelhecimento e velhice” (Justo *et al.*, 2022, p. 28); essa perspectiva (*Life-Span*) “é um importante marco teórico no estudo do envelhecimento, uma vez que colaborou para mudar a concepção de que a pessoa idosa é um ser passivo e doente, ressaltando a possibilidade de desenvolvimento durante todo o curso da vida” (Scoralick-Lempke; Barbosa, 2012, n.p).

Ao encontro da noção de multidimensionalidade que adotamos nesta pesquisa, e de acordo com a perspectiva *Life-Span*, Justo *et al.* (2022, p. 28-29) entendem que o envelhecimento deve ser visto de maneira diversificada, variada:

Esta perspectiva contempla o envelhecimento através de um olhar heterogêneo e plural, reconhecendo que o mesmo pode ocorrer mediante a uma condição patológica, implicando no desenvolvimento de doenças que interrompam o processo de envelhecimento, ou sob a condição de um desenvolvimento saudável, definido no ideal social como aquele que apresenta uma vida ativa, dispondo de boa funcionalidade física e mental.

Portanto, a perspectiva *Life-Span* se utiliza da interdisciplinaridade nos estudos, envolvendo “múltiplas disciplinas, como a Antropologia, a Biologia e a Sociologia” (Scoralick-Lempke; Barbosa, 2012, n.p).

Ainda segundo Scoralick-Lempke e Barbosa (2012), bem como Justo *et al.* (2022), a *Life-Span* parte do pressuposto que o estudo do desenvolvimento psicológico precisa desse olhar múltiplo, trazido pelas diversas disciplinas, pois “a multiplicidade de influências sobre as origens e direções do desenvolvimento ao longo do curso da vida está intrinsecamente relacionada ao fato de que qualquer disciplina isolada sobre ele é incompleta” (Scoralick-Lempke; Barbosa, 2012, n.p); com essa perspectiva múltipla, não se cai no erro de uma visão parcial do curso vital.

Outra questão importante a ser abordada, é que o desenvolvimento psicológico ocorre ao longo da vida toda, não se limitando a uma só faixa etária, como bem explicam Scoralick-Lempke e Barbosa (2012, n.p):

Nenhuma condição especial de maturidade é assumida como princípio geral, assim como nenhum período no curso da vida detém supremacia na regulação da natureza do desenvolvimento. Portanto, em todas as fases, o ser humano pode desenvolver habilidades que o auxiliem em sua capacidade adaptativa. [...] a aquisição, a manutenção, o aperfeiçoamento e a extinção dos comportamentos sociais e cognitivos são processos que podem originar-se em qualquer etapa, uma vez que nem todas as mudanças do desenvolvimento estão ligadas à idade.

Por fim, vale ressaltar que a *Life-Span* considera não apenas os fatores genéticos/biológicos do envelhecimento, mas também os socioculturais (Baltes *et al.*, 1980 apud Scoralick-Lempke; Barbosa, 2012).

Vimos, portanto, de acordo com a perspectiva *Life-Span*, que o envelhecimento é um **processo** natural (e também sociocultural) que ocorre ao longo da vida de qualquer indivíduo.

Quando se diz envelhecer, fala-se de algo sempre acontecendo, desde o nascimento até à morte do indivíduo. Geralmente, o envelhecimento é caracterizado por mudanças físicas, cognitivas e emocionais que ocorrem no organismo e no desenvolvimento psíquico dos indivíduos com o passar do tempo (Scoralick-Lempke; Barbosa, 2012; Teixeira, 2021; Justo *et al.*, 2022).

Ao pensar nos aspectos físicos, o envelhecimento está associado a várias alterações, tanto aparentes, como, por exemplo, cabelos grisalhos, aumento da elasticidade da pele, quanto internas (não aparentes), como redução da massa muscular, diminuição da densidade óssea, metabolismo mais lento (Silva, 2015).

Além das alterações físicas que podem apresentar, os idosos apresentam, também, mais limitações psicológicas; e, ao pensar em idosos pobres, com baixa escolaridade, essas limitações aumentam ainda mais (Costa, 2019; Minayo, 2000; Pontes, 2007). “Aparecem como limitações” foi grifado em virtude das limitações serem em comparação às outras fases da vida, ou seja, limitações que não são absolutas, devendo ser relativizadas no contexto das sociedades que assim as encaram. Afinal, limitação é sinônimo de restrição, restringimento, diminuição, insuficiência, deficiência, ou seja, é um termo carregado de negatividade, e só pode ser utilizado na comparação com outra situação. Quando se diz “limitado”, se diz “em relação a” algo ou alguém; esse é um conceito que a perspectiva Life-Span não corrobora, já que defende que o desenvolvimento psicológico acontece durante todo o curso vital, não podendo, portanto, ser considerado exclusivo de uma única fase da vida.

Paiva (1986) questiona o uso do conceito limitação, comum em trabalhos da Psicologia do Desenvolvimento, com referência aos idosos:

Os anos da Velhice sempre foram associados a limitações e deficiências. Talvez por isso sejam encarados como um período extraordinário da vida, aparecendo muitas vezes como objeto da Psicologia do Excepcional, e não do desenvolvimento humano natural. Por exemplo, Telford e Sawrey (1976) dedica o último capítulo do seu livro - O Indivíduo Excepcional - aos anos da Velhice, após terem descrito detalhadamente as características dos deficientes visuais e auditivos, dos retardados mentais, dos superdotados, enfim, daqueles que fogem de uma suposta norma estabelecida para o comportamento. A Velhice, nesse caso, é vista como um período atípico, deficitário e pouco produtivo do ponto de vista comportamental. (p. 16)

Ainda nessa linha de questionamento do envelhecimento e da velhice como doença, anormalidade, deficiência, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, 2003, n.p) define o envelhecimento como:

[...] um processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, **não patológico**, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de adoecimento e morte. (Grifo nosso)

Não é a visão deficitária da velhice, ou do envelhecimento, que se pretende reforçar nesta pesquisa, mas, sim, tratar o envelhecimento como processo natural do curso da vida, e a velhice como a culminação desse processo. Contudo, ainda presenciamos concepções homogeneizadora baseadas em demarcadores cronológicos, com grande carga de preconceito e discriminação que a sociedade contemporânea, em geral, com seu culto à juventude, impinge à velhice e aos velhos – o próprio termo “velho”, usado de forma comum, anteriormente, agora tem conotação pejorativa, passando a ser trocado por “pessoa idosa” (BRASIL, 2022), para diminuir a tendência de achar que ser velho é algo ruim (Marin; Panes, 2015; Rodrigues; Soares, 2006; Teixeira, 2021). Teixeira inclusive traz uma perspectiva em compreender que a velhice possa ser representada como “melhor idade”, como mostrado o trecho citado: (2021, n.p):

Essa tendência homogeneizante perdura até os dias atuais, seja na compreensão do envelhecimento como declínio, decadência, improdutividade, pobreza, abandono, como problema social; seja dos idosos como seres ativos, participativos, independentes, autônomos que ressignificam suas experiências e representações da velhice, projetam-se para o futuro com disposição e saúde, o que deu origem às expressões “terceira idade”, “melhor idade”, dentre outras.

Além da perspectiva *Life-Span*, esta pesquisa se fundamenta na Gerontologia Social Crítica, que defende a reflexão sobre a representação sociocognitiva dos fenômenos estudados, em que os fenômenos são considerados dentro de seus contextos sócio-político, cultural e econômico. Já que a velhice e o envelhecimento são categorias sociais/culturais, não há como analisá-los independentemente das muitas variáveis que os condicionam (Rocha; Correia; Medina, 2016; Teixeira, 2021; Rifiotis, 2023). É nesse sentido que esta pesquisa se propõe ao estudo da velhice e da pobreza.

Partindo da Gerontologia Social Crítica, que “pode ser vista como evoluindo ao longo de dois caminhos simultaneamente, um abrangendo uma ampla economia política do quadro de envelhecimento, e o segundo emergindo de uma orientação humanista” (Minkler, 1996, p. 471), o estudo do idoso e a situação de velhice pressupõe alguns pontos: que há mais de uma categoria de velhice/envelhecimento (dependendo da faixa etária dos idosos); que há relação entre o contexto político-econômico e o contexto cultural, que vai formar as visões da

velhice/envelhecimento; o contexto histórico-geográfico também é muito importante para a formação da visão e a análise da velhice/envelhecimento; e, não há só um quadro teórico para se fundamentar essas análises (Rocha; Correia; Medina, 2016). Em outras palavras, cada pesquisa, cada fenômeno, devem ser contextualizados, bem como a visão que se tem da velhice/envelhecimento (Felix, 2014; Rocha; Correia; Medina, 2016; Rifiotis, 2023).

Em síntese, atualmente na perspectiva do curso de vida e da gerontologia crítica é que o envelhecimento e a velhice devem ser considerados em sua totalidade, vistos como fatos naturais e sociais, serem ativos, saudáveis, considerando toda heterogeneidade dos indivíduos e dos grupos. Segundo a OMS (WHO, 2005, p. 6), “[...] a perspectiva do curso de vida para o envelhecimento ativo reconhece que os mais velhos não constituem um grupo homogêneo e que a diversidade entre os indivíduos tende a aumentar com a idade”. Importante ressaltar os questionamentos de Teixeira (2021) sobre não cair na heterogeneidade extremada e acabar por perder a compreensão de nosso objeto de estudo – a velhice/envelhecimento – por excesso de generalização.

E, para esta pesquisa, o contexto econômico (velhice/pobreza) é essencial nas análises realizadas, já que a gerontologia, assim como nenhuma ciência, é neutra; não existe imparcialidade, nem nas análises qualitativas nem nas interpretações dos dados quantitativos, sendo que inclusive as políticas públicas são feitas com base em escolhas políticas fundamentadas em alguma ideologia econômica, geralmente reservando ao idoso pobre um lugar marginal, em que são “coisificados” (Felix, 2014); e para nós é importante ressaltar essa opção política, neste estudo, de ter uma visão do idoso como sujeito, e não como mercadoria (como é visto no capitalismo), compreendido em sua realidade concreta e local (no caso, a comunidade onde vive). Então, é na intersecção entre pobreza e velhice que este estudo trabalha.

Em 2021, Teixeira, no trabalho “Envelhecimento em contexto de superexploração e contrarreformas”, analisa com profundidade a questão econômico-social que está por trás da velhice/envelhecimento nas sociedades capitalistas contemporâneas.

Ela defende que o envelhecimento, hoje em dia, ocorre num “contexto de economias dependentes e de superexploração” (Teixeira, 2021, n.p). Esse contexto foi gerado pelo capitalismo industrial, que trouxe grandes avanços tecnológicos e de medicina, fazendo com que a média de idade das populações aumentasse. Entretanto, esse aumento da expectativa de vida não significa que a velhice esteja acontecendo de forma homogênea no mundo todo, pelo contrário, os idosos das economias dependentes e superexploradas estão vivenciando um

envelhecimento/velhice nesse contexto de desigualdade social e superexploração da força de trabalho.

A longevidade entre os trabalhadores e suas diferentes frações de classe é diferenciada, bem como a sobrevivência após os 60 anos. **Essa diferenciação, mascarada pelas médias estatísticas da demografia**, é a expressão mais crua das **desigualdades sociais** e que se revela em **indicadores variados de expectativa de vida** entre continentes, países (e, dentro de um mesmo país), pode variar entre regiões, estados e municípios, sempre acompanhado a divisão internacional e local do trabalho (Teixeira, 2021, n.p). (Grifos nossos).

Enfatiza-se a necessidade de um olhar científico sobre a velhice e o envelhecimento dentro do contexto socioeconômico a que os idosos estão submetidos, desde que adentram o mercado de trabalho:

Essa superexploração, segundo Marini (2005), pode ser observada tanto na apropriação do trabalho excedente produzido pela força de trabalho, quanto na remuneração abaixo do valor necessário à reprodução dessa força de trabalho (Teixeira, 2021, n.p).

Ou seja, envelhecer num contexto de superexploração traz problemas e necessidades diferentes do envelhecer em sociedades de economia mais avançada que protejam seus velhos e a velhice – e, mesmo nessas sociedades, a velhice também está sendo afetada negativamente pela superexploração em busca do lucro a qualquer custo:

Na contemporaneidade, em tempos de hegemonia do capital financeiro, exacerbam-se as condições de exploração da força de trabalho, sendo a superexploração um recurso que vem se generalizando também em países centrais, como estratégia de redução de custos e retomada das altas taxas de lucros em períodos de crises (Teixeira, 2021, n.p).

E esses problemas precisam ser enfrentados e solucionados, para se proteger os idosos da vulnerabilidade, se quisermos avançar no estudo e nas intervenções realizadas quanto ao envelhecimento/velhice em nossa sociedade (no caso, a brasileira) e no mundo, como um todo. Teixeira (2021) nos adverte dos riscos de compreender o envelhecimento de forma homogênea, além de responsabilizar os próprios indivíduos por sua velhice vulnerável, ou deficitária.

As receitas gerontológicas de “faça da sua velhice uma terceira idade” **mascaram outras formas de envelhecer**, como a dependente de cuidados, doentia, marcadas pela pobreza e por inúmeras vulnerabilidades, e **tratam esses problemas como individuais, resultantes da incapacidade das**

peças de gerirem os riscos sociais e naturais da existência, e não como uma questão de políticas públicas (Teixeira, 2021, n.p). (Grifos nosso).

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) também referenciou, é importante reconhecer que o processo de envelhecimento acarreta na deterioração do organismo, reduzindo sua capacidade de lidar com o estresse ambiental e, conseqüentemente, aumentando o risco de doenças e morte (OPAS, 2003, n.p.). Nesse contexto, esta pesquisa visa examinar as condições de saúde, como fragilidade e sintomas depressivos, além da qualidade de vida e do apoio social, em idosos que vivem em situação de pobreza.

2.2.2 Dados Demográficos sobre Pessoas Idosas

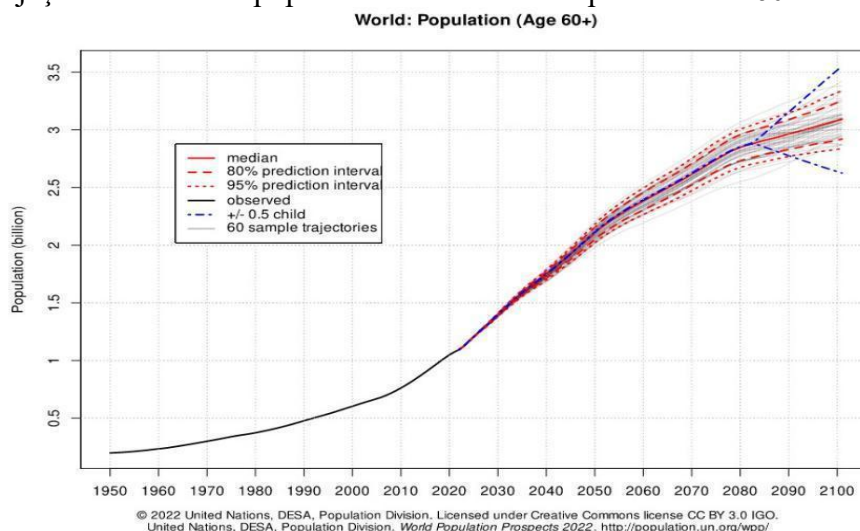
2.2.2.1 Dados sobre idosos no Mundo

No começo do século XIX (1804), a população mundial chegou a 1 bilhão de habitantes; em 1927, duplicou para 2 bilhões; alcançou 3 bilhões em 1960; e em 2022 chegou a 8 bilhões. E o aumento da população idosa também acompanhou o aumento da população mundial, e, mais que isso, também aumentou em termos relativos/percentuais. O que faz com que o envelhecimento populacional seja a principal característica demográfica no mundo, atualmente (Alves, 2022).

Quanto aos dados demográficos sobre os idosos no mundo, a população de idosos chegou a 1 bilhão de pessoas em 2018 (13% da população mundial). No panorama global de 2022, o Brasil ocupa a 6ª posição dos países com maior número de idosos (31,5 milhões), ficando atrás apenas da China, Índia, EUA, Japão e Rússia, em ordem decrescente. A previsão da Organização Mundial de Saúde (OMS) é de que o número de pessoas com idade superior a 60 anos chegará a 2 bilhões até 2050 (20% da população mundial); e em 2100, o número de idosos no mundo aumentará para mais de 3 bilhões de pessoas, ou seja, 30% do total (Alves, 2022).

A Figura 2 mostra as projeções dos cenários populacionais da Divisão de População da Organizações das Nações Unidas (ONU), sendo que a linha vermelha mais cheia (mediana) é a projeção mais provável do cenário populacional até o ano de 2100.

Figura 2 - Projeções de cenários populacionais da ONU de pessoas com 60 anos ou mais, 2022.



Fonte: Alves (2022, n.p)

Segundo Alves (2022, n.p),

O aumento da proporção de idosos no mundo e nos países é uma tendência inexorável do século XXI. Em 1960 o mundo tinha 3 bilhões de habitantes e 236 milhões de idosos (representando 7,8% do total populacional). No ano 2100 o mundo terá 10,3 bilhões de habitantes e 3,1 bilhões de idosos (representando 30% do total).

Esse aumento inevitável da população mundial de idosos, no mundo e no Brasil, traz consigo a necessidade de políticas públicas que deem suporte a esse grupo, principalmente aos idosos pobres, mais vulneráveis, para que o envelhecimento da população não se torne um problema mais sério do que já é.

Alves (2022, n.p) é certo quando diz: “O grande desafio das próximas oito décadas é transformar este ‘tsunami grisalho’ em um envelhecimento saudável e ativo, para que todas as gerações possam prosperar e ter uma vida melhor e com maior bem-estar humano e ambiental”.

2.2.2.2 Dados sobre Idosos No Brasil

Segundo o Censo 2022, o Brasil tem uma população aproximada de 203 milhões de habitantes. Destes, o total de pessoas com 65 anos ou mais é de quase 11% da população (mais de 22 milhões de habitantes idosos), sendo que houve um aumento de 57,4% desde o Censo 2010 (os idosos com mais de 65 anos, em 2010, perfazem 7,4% da população). E a população idosa com 60 anos ou mais de idade chegou a 15% da população total (aumento de 56% com relação a 2010, quando eram 10,8%). O grupo etário que mais tem aumentado no Brasil é o de

peessoas com 80 anos ou mais. Enquanto isso, a população de crianças com até 14 anos de idade caiu de 24% (em 2010) para um pouco mais de 18% em 2022 (IBGE, 2022).

Estes dados demonstram a tendência de envelhecimento da população brasileira, conforme visto no tópico anterior (dados mundiais).

Por regiões do país, em 2022 a mais jovem era a região Norte (25% de crianças), seguida pelo Nordeste (21%). As regiões mais envelhecidas eram o Sudeste e o Sul (com 12% de idosos com mais de 65 anos, cada) (IBGE, 2022).

Em 2022, a idade mediana da população brasileira atingiu os 35 anos (um aumento de seis anos com relação a 2010). O índice de envelhecimento é de 55,2 (o que significa que para cada 100 crianças de 0 a 14 anos, existem 55,2 idosos com 65 ou mais de idade). É quase o dobro do índice de 2010, que era de 30,7. Se considerar a população com 60 anos ou mais, esse índice é maior ainda (índice 80,0) sendo que em 2010 o índice era de 44,8. Nos estados do Rio Grande do Sul e Rio de Janeiro a população com mais de 60 anos ultrapassou a de crianças (índices de 115,0 para RS, e 105,9 para o RJ) (IBGE, 2022).

Quanto à razão de sexo na população brasileira, em 2022, do nascimento aos 24 anos há maior número de homens do que de mulheres; a partir dos 25-29 anos, a proporção de mulheres é maior que a de homens (IBGE, 2022).

Esses números mostram o envelhecimento da população brasileira, em conformidade com a previsão da OMS (Alves, 2022), ratificando a necessidade de políticas públicas para atender os idosos, tanto na Saúde quanto na Previdência Social, com projeção e planejamento sérios para os próximos anos.

2.2.3 A Velhice em situação de Pobreza

Conforme visto anteriormente, a população brasileira tem envelhecido rapidamente, gerando preocupações quanto ao atendimento aos idosos e à sua qualidade de vida. Se para os idosos em geral essa questão é importante, para os idosos pobres é mais crucial ainda, em virtude da grande desigualdade social do Brasil, e dos recursos precários destinados a esse grupo populacional (Veras, 2003; BVS, 2011; Oliveira, 2021).

Dados indicam a existência não apenas de idosos vivendo na pobreza, mas também na extrema pobreza (Oliveira, 2011).

Os critérios de classificação para pobreza e extrema pobreza se valem do indicador da renda; o Banco Mundial define valores diários de até US\$ 6,85, por pessoa, para pobreza; e rendimento diário de até US\$ 2,15, por pessoa, para extrema pobreza (Brasil, 2022). No Brasil,

com a conversão de acordo com critérios da Paridade do Poder de Compra (PPC), os valores são de R\$ 664,02 e R\$ 208,42 por mês, respectivamente⁵.

A tendência é do aumento da extrema pobreza, caso os governos não criem e/ou mantenham políticas distributivas e redistributivas como a estratégia do programa Bolsa Família, por exemplo, que já tirou milhões de pessoas da linha da pobreza. Segundo o Governo Federal⁶,

Com as recentes mudanças implementadas pelo Governo Federal, cada beneficiário recebe o mínimo de R\$600 e há uma série de repasses extras para reconhecer as diferentes conformações familiares. Diante disso, 19,7 milhões (92%) das famílias atendidas estão protegidas da linha de pobreza de R\$ 218 per capita.

As pessoas mais velhas são as mais atingidas pela situação de pobreza e extrema pobreza, por não estarem mais atuando no mercado de trabalho, o que as coloca em grande desvantagem. Além disso, as limitações físicas e psicológicas da própria idade também são fatores que contribuem para essa desvantagem; e quando se junta velhice, pobreza e analfabetismo, as limitações acabam se tornando obstáculos quase intransponíveis para uma velhice com qualidade de vida.

É uma situação de extrema vulnerabilidade, não apenas econômica, mas também social, por não terem tido oportunidade de se capacitarem nem econômica nem socialmente, afetando-os em todas as dimensões de suas vidas, como podemos verificar em Pinzani e Rego (2014, p. 13 apud Oliveira, 2021, p. 407):

[...] os pobres, exatamente por serem pobres, têm dificuldade de ter voz, isto é, de formular, organizar e, sobretudo, expressar suas necessidades, transformando-as em demandas por justiça. A pobreza os joga, sem piedade, no mundo dos ‘incapacitados’, uma vez que não lhes foi dado o direito de se capacitarem em prol de exercer a própria voz.

Entretanto, é importante pontuar que as limitações dos idosos não significam incapacidade de sua parte, mas sim que a sociedade, preconceituosa e discriminatória, os toma como incapazes, e é exatamente isso que precisa ser modificado, essa visão da velhice como

⁵ <<https://www.brasildefato.com.br/2024/04/24/pobreza-e-extrema-pobreza-atingem-menores-patamares-no-brasil-desde-2012-diz-estudo#:~:text=Para%20crit%C3%A9rios%20de%20classifica%C3%A7%C3%A3o%2C%20s%C3%A3o,2%2C15%20por%20pessoa>>

⁶ <[https://www.gov.br/secom/pt-br/assuntos/noticias/2023/10/bolsa-familia-completa-20-anos-e-protege-19-7-milhoes-da-pobreza#:~:text=Com%20as%20recentes%20mudan%C3%A7as%20implementadas,reconhecer%20as%20diferentes%20conforma%C3%A7%C3%B5es%20familiares.&text=Diante%20disso%2C%2019%2C7%20milh%C3%B5es,de%20R\\$24%20218%20per%20capita](https://www.gov.br/secom/pt-br/assuntos/noticias/2023/10/bolsa-familia-completa-20-anos-e-protege-19-7-milhoes-da-pobreza#:~:text=Com%20as%20recentes%20mudan%C3%A7as%20implementadas,reconhecer%20as%20diferentes%20conforma%C3%A7%C3%B5es%20familiares.&text=Diante%20disso%2C%2019%2C7%20milh%C3%B5es,de%20R$24%20218%20per%20capita)>

época não produtiva da vida, sendo que, então, o idoso é visto como incômodo, por ser menos ágil e produzir menos (ou nem produzir) em comparação com as outras fases da vida (Oliveira, 2021).

Inclusive, a questão da velhice improdutiva, do velho que já não serve para nada, pois “não produz mais”, e “só dá gastos”, é o que está no bojo da visão social de que o velho deve ser descartado; é exatamente a concepção capitalista da utilidade ou não utilidade das pessoas, vistas como mercadorias, e não como seres humanos; é uma questão de classe social, em que as classes dominantes sujeitam os velhos à invisibilidade e à marginalidade social, e o restante da sociedade se torna cúmplice disso (Beauvoir, 1990; Oliveira, 2021). E reafirmamos: se o velho, em geral, é visto dessa forma, quem dirá o velho pobre, muito mais vulnerável. Aqui cabe uma explicação: apesar da carga pejorativa que a sociedade, em geral, dá ao termo “velho”, optamos, neste trabalho, por usar o termo “velho” também, justamente como forma de romper com essa conotação pejorativa, como resistência a essa maneira de enxergar o velho e a velhice.

O velho em situação de pobreza, então, apresenta qualidade de vida muito abaixo do velho em situação de riqueza e da população de outras faixas etárias, vivendo em condições muito mais precárias; por não estar mais atuando no mercado de trabalho (ao menos oficialmente), com renda baixa, o idoso em situação de pobreza costuma apresentar doenças crônicas, má nutrição, acesso mais difícil (ou até mesmo a falta de acesso) ao atendimento de suas necessidades e aos serviços públicos em geral. A qualidade de vida do idoso pobre, portanto, é péssima, sendo muito importante modificar esse quadro através de políticas públicas, já que o envelhecimento populacional está crescendo rapidamente; importa aliar qualidade de vida à maior expectativa de vida (Marin; Panes, 2015; Minayo, 2000; Veras, 2003).

Marin e Panes (2015) dizem:

Entre os 650 mil novos idosos que anualmente se incorporam à população brasileira, grande parte apresenta doenças crônicas não transmissíveis e limitações funcionais, o que acarreta agravos na saúde, diferentes níveis de dependência, demandando assistência de longa duração e de alto custo [...] Frente a isso e ao despreparo da sociedade para lidar com tal condição, o cotidiano do idoso torna-se permeado por intensa problemática que envolve a desvalorização das aposentadorias e pensões, a falta de assistência e atividades de lazer, a desinformação e a precariedade de investimentos públicos para atendimento das necessidades próprias da faixa etária. (p. 223)

Uma observação: 650 mil são dados de 2015, atualmente esse número é bem maior, como podemos ver na pesquisa de 2022 do *Laboratório de Desigualdades, Pobreza e Mercado de trabalho – PUCRS Data Social*⁷:

Em uma década, o percentual de idosos passou de 7,72% (2012) para 10,49% (2022), o que em termos absolutos significa um aumento de 15,2 milhões para 22,4 milhões de pessoas com idade superior a 65 anos. A mudança também pode ser percebida na composição etária da pobreza no Brasil: se em 2012 2,9% da população em situação de pobreza era composta por idosos, em 2022 esse percentual subiu para 4,2%, o que significa um aumento de 2 milhões para 2,8 milhões de idosos. No que se refere à população extremamente pobre, o percentual subiu de 1,4% para 3,1%, o que representa um aumento de 216 mil idosos em situação de extrema pobreza em uma década.

Ainda, segundo Marin e Panes (2015), os idosos têm maior vulnerabilidade quanto à fragilidade e limitações funcionais, bem como dificuldade no acesso ao tratamento e medicamentos:

Existe grande diferença entre as condições de saúde do idoso jovem e dos mais idosos, sendo que estes últimos são mais vulneráveis [...] Estudo realizado no Município de São Paulo com os muito idosos encontrou alta prevalência de doenças crônicas, de quedas, de fragilidade funcional e alto grau de dependência para as atividades básicas de vida diária. Além disso, referiram dificuldade de acesso ao tratamento e medicamentos considerados essenciais nos casos de doenças debilitantes como diabetes e cerebrovasculares. (p. 224)

Nos próximos tópicos, foi verificado na literatura quanto aos problemas mais específicos dos idosos em situação de pobreza.

2.3 Principais Problemas em idosos em situação de pobreza

A má distribuição de renda, no Brasil, influencia diretamente na saúde, uma vez que, em geral, pessoas com baixos níveis socioeconômicos são mais propensas a adotarem comportamentos mais prejudiciais à saúde, que estão associados à ocorrência de doenças e incapacidades (Reiners *et al.*, 2020).

A depressão e a fragilidade são dois problemas de saúde (física e mental) bastante comuns em idosos (mesmo não sendo exclusividade da velhice). Não cabe, neste momento, discutir a questão social por trás das causas destes problemas, mas apenas registrar o que a teoria nos traz sobre esses temas.

7

<https://portal.pucrs.br/blog/idosos-pobres-no-brasil/>

2.3.1 A Depressão em Idosos: sintomas e fatores de risco

Segundo a OMS (2015), depressão é um transtorno comum e a estimativa é que existem mais de 300 milhões de pessoas que sofrem no mundo. Ressalta-se que depressão é uma condição diversa das flutuações usuais de humor, e das respostas emocionais de curta duração aos desafios da vida cotidiana, sendo que a tristeza e melancolia que, geralmente, são associadas ao idoso, não se trata de depressão, mas são queixas que precisam ser ouvidas com atenção (Drago; Martins, 2012). As autoras nos dizem:

[...] a depressão não é um acontecimento normal no processo de envelhecimento, ao contrário do que a sociedade em geral e até mesmo os próprios idosos creem, estigmatizados pela pesada, negativa e pejorativa carga deste vocábulo e também pela visão e percepção deste processo. No entanto, do ponto de vista das perturbações da saúde mental nos idosos, a depressão é aquela que surge com mais frequência, sendo, como refere Spar & La Rue (2005), o motivo de mais de 60% das admissões em unidades de psiquiatria geriátrica. (Drago; Martins, 2012, p. 84)

O diagnóstico da depressão se faz de acordo com sintomas, e seu tratamento pode ser demorado e difícil, mas com bons resultados, quando bem realizado; inclusive, tratamento que precisa levar em consideração a rede de apoio da pessoa, o suporte que lhe será oferecido.

O tratamento é fundamental para prevenir o agravamento da doença e desfechos trágicos. Os familiares também têm um papel muito importante nesse contexto, pois em muitos casos são eles que vão conscientizar o paciente sobre a doença, incentivá-lo a procurar ajuda e dar o suporte necessário no enfrentamento à depressão. (Ribeiro, 2022, n.p)

Os sintomas mais comuns da depressão, em adultos, são humor deprimido, desinteresse e sentimentos de inutilidade e culpa. Quando se fala dos idosos, é mais comum que o sofrimento e a apatia sejam maiores, bem como outras queixas clínicas não específicas, por exemplo, dores, cansaço frequente, falta de energia, tontura, falta de memória. Alteração do sono (principalmente insônia) e falta de apetite também são sintomas importantes em idosos, com consequente perda de peso e fragilidade. O problema é que os médicos não fecham diagnóstico clínico com esse tipo de sintomas, dificultando o tratamento. (Drago; Martins, 2012; Ribeiro, 2022).

Há fatores de risco para o quadro depressivo em idosos, podendo ser divididos em biológicos (decorrentes de doenças, crônicas ou não, inclusive as doenças vasculares cerebrais

e as doenças incapacitantes; a redução de neurotransmissores trazida pelo envelhecimento; dor crônica; uso de medicamentos que provocam sintomas depressivos; entre outros) e socioambientais (aposentadoria; redução da renda familiar; estresse causado pela vulnerabilidade dos idosos; perdas a que o idoso está sujeito, como as mudanças físicas, mentais, ou mesmo de casa – muitos indo viver com os filhos; saída dos filhos de casa; luto). São as perdas “normais” da vida, mas que podem provocar intenso sofrimento, até mesmo levando à morte (por complicações da saúde, como na síndrome da fragilidade) ou suicídio (Drago; Martins, 2012; Reiners *et al.*, 2020; Ribeiro, 2022).

De acordo com o Anuário Brasileiro de Segurança Pública (FBSP, 2023), os dados mostram 16.262 registros de suicídio no Brasil, no ano de 2022. Ainda, segundo o Boletim Epidemiológico (Brasil, 2024), a população idosa (acima de 60 anos) é a que mais tenta e comete suicídio, sendo que as taxas de suicídios, entre idosos, foram maiores que de todas as outras faixas etárias nas regiões Sul, centro-Oeste e Nordeste do Brasil.

Em vista de todos esses fatores e complicações da depressão em idosos, é muito importante que eles recebam suporte e tratamento adequados, sempre que necessário (Drago; Martins, 2012; Reiners *et al.*, 2020; Ribeiro, 2022).

2.3.2 A Síndrome da Fragilidade

A fragilidade, de modo geral, é definida como um estado clínico dinâmico, multifatorial, que determina o desequilíbrio das reservas homeostáticas associados à redução da capacidade de resposta aos mínimos agravos, que desencadeia declínios cumulativos e consequentes situações indesejáveis ao organismo. A fragilidade se caracteriza pela presença de sinais e sintomas como perda de peso não intencional, fadiga, diminuição da força de preensão palmar, redução das atividades físicas e diminuição da velocidade de marcha (Fried *et al.*, 2001; Pinheiro; Mucio; Oliveira, 2020). A presença de três critérios classifica um idoso como frágil; a presença de um ou dois, como pré-frágil; e a ausência de critérios, como não-frágil (Fried *et al.*, 2011; Ferriolli; Moriguti; Formighieri, 2016). É considerada uma síndrome, e requer prevenção e atenção à sua situação, pois pode agravar outras doenças crônicas, como perda funcional e depressão, além de institucionalização, hospitalização e morte (Ferriolli; Moriguti; Formighieri, 2016; Fried *et al.*, 2001; Pinheiro; Mucio; Oliveira, 2020).

Note-se a importância de melhores condições de vida na prevenção da fragilidade, que, nos idosos pobres, só têm como ser alcançadas através de políticas públicas bem delineadas com objetivo de proporcionar um envelhecimento saudável a essa parcela da sociedade:

A prevenção da fragilidade inclui mudanças no estilo de vida (quando indicadas), suspensão do tabagismo, da ingestão excessiva de álcool e da ingestão de drogas psicoativas, além do tratamento rigoroso de doenças crônicas e rápido de doenças agudas. **Acresça-se, a estas medidas, as recomendações próprias para a promoção do envelhecimento saudável,** como alimentação balanceada e diversificada, manutenção de atividade física adequada e o uso judicioso de medicamentos (Ferriolli; Moriguti; Formighieri, 2016, p. 16) (grifos nosso).

Walsh *et al.* (2023), em seu estudo, encontraram que: a fragilidade não é exclusiva dos idosos, já estando presente na população antes dos 60 anos de idade, mas que ela progride mais rápido conforme a idade aumenta, resultando em alta prevalência nos mais velhos; que quanto mais tempo passado em fragilidade moderada e grave, maior a probabilidade de acometimento por doenças; os fatores de maior risco são o sexo feminino, o aumento da idade, a etnia asiática, a habitação urbana e **a maior privação econômica**; para se reduzir os problemas da fragilidade, as políticas devem considerar as desigualdades na saúde.

Entretanto, mesmo não sendo exclusiva dos idosos, a fragilidade é comum nesse grupo, estando associada ao aumento da utilização de cuidados de saúde. E, nos idosos pobres a fragilidade se torna ainda mais grave, em virtude da dificuldade de acesso à prevenção, ao diagnóstico e tratamento; no estudo de Siriwardhana *et al.* (2018, n.p) encontra-se que:

A prevalência de fragilidade e pré-fragilidade parece ser mais elevada em idosos residentes na comunidade em países de rendimento médio-alto em comparação com países de rendimento elevado, **o que tem implicações importantes para o planejamento dos cuidados de saúde.** Existem evidências sobre a prevalência da fragilidade em países de rendimento médio-baixo e países de baixo rendimento. (Grifo nosso)

O grifo colocado foi justamente para reafirmar a necessidade de políticas públicas (planejamento e execução) na área da saúde, que deem suporte e tratamento para os idosos, principalmente os pobres e os mais vulneráveis socialmente.

2.3.3 Vulnerabilidade Social e Pobreza

O conceito de vulnerabilidade social ainda é pouco explorado nas pesquisas científicas, inclusive pelos estudos a respeito serem bem recentes, com esse termo tendo sido criado a partir de 1990. Antes desse período era utilizado o termo “exclusão social”, que já caiu em desuso, para definir condições sociais ligadas à pobreza e à marginalidade (Scott *et al.*, 2018). Hoje se

utiliza o termo “vulnerabilidade social” quando se trata de pessoa ou grupo em condições de vida precárias, conforme o autor:

[...] a definição de vulnerabilidade vem sendo discutida mais atrelada ao termo *minorias*, por se entender que a população considerada vulnerável faz parte de um grupo de menor dominância social. Dessa forma, percebe-se que ser ou não vulnerável está associado à ideia de precariedade de condições de vida (Scott *et al.*, 2018, n.p)

Em termos históricos, o conceito de vulnerabilidade (em geral) teve início com a epidemia da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), nos anos de 1980, falando de pessoas com mais chances de serem infectadas pelo HIV, ou com mais fatores associados à exposição ao vírus, dentro de um conceito epidemiológico de risco (grupo ou comportamento de risco para a infecção) (Scott *et al.*, 2018).

Após o termo ter sido criado, dentro desse contexto da AIDS, passou a ser usado se referindo a pessoas ou grupos fragilizados (em vários aspectos, não só de saúde) que precisam de proteção, auxílio para garantir seus direitos. Com esse significado, ser vulnerável passa a ideia de ser mais fraco, estar em desvantagem em relação a outros (Scott *et al.*, 2018; Silva *et al.*, 2019; Jasmine *et al.*, 2023).

Com relação à pobreza, a vulnerabilidade social pode ser entendida como marginalização social (mais próxima do termo exclusão social, no contexto das relações sociais, e não da geração de renda); é nesse sentido que a vulnerabilidade social é compreendida neste trabalho, conforme Scott *et al.* (2018, n.p), “[...] atualmente o conceito de vulnerabilidade social tem sido usado para caracterizar uma parcela da população, cada vez maior, que se encontra em uma situação desfavorável em relação a outros grupos populacionais.”

A vulnerabilidade social também se aplica a mais fatores de risco com relação a situações negativas que as pessoas enfrentam no seu dia a dia; os fatores de risco,

[...] são aqueles cujas condições ou variáveis provocam efeitos negativos ou indesejáveis, ou até mesmo comportamentos que comprometam a saúde e o bem-estar do indivíduo. Comportamento de risco pode ser definido como ações ou atividades que aumentam a probabilidade de consequências adversas para o desenvolvimento psicossocial. (Scott *et al.*, 2018, n.p).

Essa concepção da vulnerabilidade social que se vê nos que se encontram em situação desfavorável em relação aos outros, traz junto a questão da vulnerabilidade ser gerada pela própria estrutura social, em função dos recursos distribuídos desigualmente entre indivíduos e

grupos sociais, o que faz com que os vulneráveis socialmente não consigam melhorar nem mesmo sua qualidade de vida, por causa das dificuldades que enfrentam (Jasmine *et al.*, 2023; Scott *et al.*, 2018; Silva *et al.*, 2019; Walsh *et al.*, 2023).

Ressalta-se que vulnerabilidade social é um conceito multifatorial, que considera os aspectos sociodemográficos, a privação socioeconômica, as condições de saúde das pessoas, o acesso aos serviços básicos (de saúde e outros), a dimensão cultural, considerando, também, a maneira como o sujeito se relaciona com todos esses fatores; por isso, “a vulnerabilidade social é vista como desequilíbrio entre recursos materiais e simbólicos disponíveis ao sujeito e suas necessidades” (Scott *et al.*, 2018. n.p).

Embora frequentemente associada às condições socioeconômicas desfavoráveis, a vulnerabilidade também pode ser compreendida sob a perspectiva das relações sociais estabelecidas ao longo da vida. Nesse sentido, a Política Nacional de Assistência Social (PNAS), discutida com maior aprofundamento no item 2.4.2 deste estudo, amplia essa compreensão ao incorporar o conceito de **vulnerabilidade relacional**, entendida como aquela decorrente da fragilidade, ruptura ou ausência de vínculos familiares, comunitários e institucionais, comprometendo o pertencimento, a autonomia e a proteção social dos indivíduos (BRASIL, 2017).

Essa concepção dialoga com a de Sawaia (2009), ao afirmar que a exclusão social ultrapassa a privação material e envolve processos de desqualificação humana que produzem sofrimento ético-político, decorrente da discriminação, da invisibilidade e da negação do reconhecimento. Nessa perspectiva, experiências de abandono e isolamento contribuem para o enfraquecimento das relações sociais e ampliam as vulnerabilidades relacionais (BRASIL, 2017).

Sob a ótica da Psicologia Social, Pichon-Rivière (2007) compreende o vínculo como uma construção dinâmica entre sujeito e sociedade, enquanto Moreno nos anos 80 já destacava que a identidade é formada pelos papéis sociais desempenhados nos diferentes espaços de convivência, como família, escola, trabalho e comunidade. Assim, relações marcadas por negligência, exclusão ou rupturas tendem a fragilizar o desenvolvimento individual e favorecer processos de vulnerabilidade relacional (Moreno 1984).

Paugam (2008) enfatiza que os vínculos familiares, comunitários, profissionais e cidadãos constituem importantes mecanismos de integração e proteção social, sendo sua fragilidade associada ao aumento da exclusão e da perda do sentimento de pertencimento. Da

mesma forma, Vigotski (2007) defende que o desenvolvimento humano ocorre por meio das interações sociais, enquanto Freire (2002) ressalta o diálogo como elemento essencial para a emancipação, autonomia e participação dos sujeitos.

Corroborando essas perspectivas, Bronzo (2012) e Sposati (2012) defendem que o fortalecimento dos vínculos familiares, comunitários e institucionais constitui uma estratégia preventiva da proteção social básica, ampliando as redes de apoio, favorecendo a autonomia e reduzindo situações de vulnerabilidade. Dessa forma, a vulnerabilidade relacional também deve ser compreendida como um fenômeno multidimensional, cuja superação exige intervenções que promovam a convivência, o fortalecimento das redes sociais, o acesso aos direitos e o protagonismo dos sujeitos, configurando um dos principais eixos da Política Nacional de Assistência Social (BRASIL, 2017).

2.3.4 Pobreza e Nutrição do Idoso

Uma das principais questões no Cuidado com o idoso é quanto à sua nutrição, com alimentação e hidratação adequadas ao seu metabolismo/organismo nesta fase da vida (Brasil, 2023)

Junto com a depressão e a fragilidade em idosos, e em função da vulnerabilidade social que acomete os idosos em situação de pobreza, a nutrição também costuma ser um problema, já que a alimentação do idoso tem especificidades que precisam ser levadas em conta, e os idosos em situação de pobreza, geralmente, não têm como ter uma alimentação saudável e balanceada em termos nutricionais (Campos; Monteiro; Ornelas, 2000; Pereira; Cotta; Franceschini, s.d.; Brasil, 2023).

O consumo alimentar e nutricional é influenciado por fatores variados, que podem ser “[...] socioeconômicos, demográficos, ambientais, condições de moradia inadequada, falta de instrução, solidão, maus hábitos alimentares, sedentarismo, depressão [...]” (Cintra; Nascimento; Souza, 2020, n.p), sendo que, nos idosos em condições de pobreza, todos esses fatores podem concorrer para a má alimentação e consequente desnutrição.

A má alimentação, em qualquer idade, pode provocar doenças crônicas, como obesidade, diabetes, hipertensão, doenças cardiovasculares, desnutrição etc. Quanto ao idoso, pelas alterações fisiológicas em decorrência da idade, existe o agravamento dessas situações

(Campos; Monteiro; Ornelas, 2000; Cintra; Manual MSD, s.d.; Pereira; Cotta; Franceschini, s.d.; Nascimento; Souza, 2020).

Com relação aos idosos em condições de pobreza, um dos principais problemas da má alimentação é a desnutrição.

A desnutrição é definida como “uma deficiência de calorias ou de um ou mais nutrientes essenciais” (Morley, 2021, n.p). Os sintomas gerais são bastante fáceis de identificar, e o próprio pode perceber: fadiga, tontura, peso abaixo do normal, ossos ficam salientes, a pele se torna seca e sem elasticidade e cabelos também ficam secos e caem facilmente (Morley, 2021). Esses sintomas devem ser avaliados por profissional, para se fazer a diferenciação entre a desnutrição e outras possíveis doenças. Entre os fatores de risco para a desnutrição, também em geral, estão: a pobreza; a presença de transtornos psiquiátricos; doenças graves que impeçam a alimentação e/ou absorção de nutrientes; ser jovem (por necessitar de mais nutrientes, já que estão em crescimento); ser idoso (Brasil, 2023; Morley, 2021).

Nos idosos, em geral, a desnutrição pode ter várias causas: mudanças na produção e sensibilidade aos hormônios; perda de tecido muscular; redução na capacidade de absorver nutrientes; menor produção de saliva, que leva a problemas dentários e dificuldade de deglutição; e perda de apetite, com ingestão de menos alimentos, que pode estar relacionada com a menor habilidade de sentir o sabor e o cheiro dos alimentos (Campos; Monteiro; Ornelas, 2000; Manual MSD, s.d.; Pereira; Cotta; Franceschini, s.d.).

A nutrição é um dos fatores de risco para o idoso e, é classificado um fator para pessoas em condições de pobreza também. Portanto, faz-se necessário estudar a alimentação e situação nutricional dos idosos pobres, dentro do contexto em que se inserem, e não apenas analisando fatores individuais; com isso, pode-se agir no sentido de monitorar esse grupo da população, e propor práticas de promoção da saúde e melhor qualidade de vida, principalmente cobrando políticas públicas adequadas à velhice e à pobreza, inclusive de implementação e melhoria de redes de apoio aos idosos pobres (Campos; Monteiro; Ornelas, 2000; Cintra; Nascimento; Souza, 2020; Pereira; Cotta; Franceschini, s.d.).

E concluímos, em acordo com Cintra, Nascimento e Souza (2020, n.p):

Para o acompanhamento adequado à saúde do idoso a avaliação nutricional é essencial, identificar fatores que influenciam no seu comportamento alimentar permite que o profissional possa elaborar novas estratégias para mudanças dos

hábitos alimentares do idoso, promovendo uma melhor qualidade de vida e bem estar nessa fase da vida que é tão importante.

Pode-se fazer a avaliação nutricional de idosos de diversas maneiras, sendo que um dos principais instrumentos é a Mini Avaliação Nutricional (MAN) desenvolvida pela Nestlé, juntamente com geriatras e outros cientistas. A avaliação para identificar desnutrição em idosos é muito importante, com objetivo de permitir intervenções – o quanto antes possível – pelos profissionais da saúde. O método fornecido pela MAN é simples e rápido, e identifica três níveis nutricionais (dependendo do escore alcançado): Desnutrição: $MAN < 17$. É relevante o uso do MAN, porque ele identifica o risco de desnutrição mesmo antes que ela ocorra, ou que se apresentem sintomas, sendo, portanto, um instrumento para a prevenção também, além da intervenção quando já instalada (Ferreira; Silva; Paiva, 2023; Um Guia para completar a Mini Avaliação Nutricional®, s.d).

Fernandes e Pereira (2020, n.p) notificam que “percebe-se que essa avaliação se mostra de suma importância em coletividades, já que é de aplicação rápida e identifica fatores críticos na população idosa”.

2.4 Necessidades de Suporte Social para os Idosos: Políticas Públicas, Redes de Apoio e Programas de Saúde voltados para os Idosos

Em virtude dos problemas específicos que os idosos podem apresentar, como a depressão, a fragilidade, a desnutrição, a vulnerabilidade social, vistas anteriormente, é de extrema importância que o idoso tenha cuidados especiais, com redes de apoio, ou seja, que o idoso tenha um suporte social adequado às suas especificidades. Principalmente idoso em situação de pobreza, abandonado pelo Poder Público, e invisibilizado pela sociedade em geral.

As relações sociais formam redes de apoio, que são construídas ao longo do curso da vida; essas relações (e redes) são de extrema importância para a qualidade de vida e o sentimento de bem-estar das pessoas em geral, sendo que, nos idosos, são mais importantes ainda, em vista do isolamento a que costumam vivenciar socialmente. As redes de apoio/suporte social podem ser formais ou informais. Os informais incluem familiares, vizinhos, amigos. As formais são constituídas pelos profissionais dos equipamentos públicos, que podem ser da saúde ou da área social (Martins, 2000; Matsuruka; Maturano; Oishi, 2002; Mercadante, 2002).

Na velhice, as redes de apoio têm grande importância para o sentimento de pertencimento social, por reduzir o isolamento e trazer melhor qualidade de vida aos idosos,

dando-lhes sentido para viver, contribuindo para seu bem-estar psicológico (Matsuruka, Maturano & Oishi, 2002). Ao pensar nisto, redes de Apoio formais e Programas de Saúde voltados aos idosos, no Brasil.

Por meio da Reforma Sanitária brasileira, a Constituição Federal de 1988 definiu três grandes bases para o sistema de saúde brasileiro: o conceito ampliado de saúde; a saúde como direito do cidadão e dever do Estado; e a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS). Nas últimas décadas, a Atenção Primária à Saúde (APS) tem sido tema central nas discussões devido à sua grande importância dentro do SUS, concentrando serviços de saúde pessoais e focando na continuidade dos cuidados (Brasil, s.d; Brasil, 2000).

2.4.1 Unidade de Saúde da Família (USF)

A Unidade de Saúde da Família (USF) foi criada dentro do Programa de Saúde da Família, pelo governo Fernando Henrique Cardoso, em 1993, dentro do contexto da criação e implementação do SUS pelo governo Collor, em 1990. A USF foi criada a partir da reestruturação do antigo Posto/Centro de Saúde, tendo uma atuação na atenção básica da sua área de abrangência. Ela é considerada “porta de entrada” do Sistema de Saúde, mas é mais que isso, porque porta de entrada traz a noção de que as pessoas procuram a USF e, ali, são triadas e encaminhadas para os serviços especializados; na verdade, a USF assiste aos problemas mais comuns de saúde, só encaminhando para o serviço especializado os casos que não tem como resolver. Inclusive, mesmo com o encaminhamento do usuário para os serviços especializados, a USF continua responsável por todo o plano terapêutico que o envolve. Além da questão da assistência geral aos problemas de saúde, e a responsabilidade pelos usuários, a USF também tem uma importante função educativa, na promoção da saúde e prevenção de doenças (Brasil, s.d; Brasil, 2000). São atribuídos às USF:

[...] promover a mudança de hábitos e costumes alimentares, promover a atividade física e promover a higiene pessoal, do domicílio e do ambiente em geral. É preciso garantir água potável, vacinar animais, cuidar do destino do lixo e do esgotamento sanitário. Enfim há uma série de atividades individuais e coletivas que precisam ser promovidas e fomentadas pelas USF **em conjunto com a comunidade** (Brasil, 2000, p. 13). (Grifo nosso)

O grifo foi dado para ressaltar a importância do trabalho conjunto da USF com a comunidade em que está inserida, em consonância com o contexto internacional atual de “uma

nova visão da atuação da família e da comunidade, fundamental para o desenvolvimento de estratégias de políticas sociais” (Brasil, 2000, p. 10).

Ainda de acordo com esse Caderno de Atenção Básica quanto ao papel da USF, que não pode prescindir da atuação do usuário enquanto sujeito, e não mais “paciente” do sistema de saúde,

[...] o papel do profissional de saúde é o de aliar-se à família no cumprimento de sua missão, fortalecendo-a e proporcionando o apoio necessário ao desempenho de suas responsabilidades, jamais tentando substituí-la. É preciso ajudá-la a descobrir e a desenvolver suas potencialidades individuais e coletivas. Cabe, então, o exercício de uma nova prática, com base em outra racionalidade, partindo de uma premissa solidária e construída de forma democrática e participativa, capaz de transformar os indivíduos em verdadeiros atores sociais e sujeitos do próprio processo de desenvolvimento (Brasil, 2000, p. 10).

2.4.2 Política Nacional de Assistência Social (PNAS)

A Política Nacional de Assistência Social (PNAS)⁸ foi amplamente discutida e aprovada pelo Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS), passando, então, a vigorar através da Resolução nº 145, de 15 de outubro de 2004; A PNAS foi desenvolvida pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), fazendo parte das políticas sociais do primeiro governo de Luiz Inácio Lula da Silva.

Segundo Machado (2018, p. 25), essa política

[...] busca incorporar as demandas presentes na população brasileira no que tange à responsabilidade política, objetivando tornar claras suas diretrizes para a efetivação da assistência social como **direito de cidadania e responsabilidade do Estado, com garantia à segurança de sobrevivência, de acolhida e de vivência familiar**. (Grifo nosso).

Ressaltamos, com o grifo, a questão do “direito de cidadania” (no caso desta pesquisa, a cidadania das pessoas idosas, geralmente não reconhecidas pela sociedade em geral, numa prática de invisibilização desse grupo, por não mais fazerem parte da força de trabalho, requisito essencial nas sociedades capitalistas – não produz, descarta-se); além disso, ressaltamos a “responsabilidade do Estado” quanto a dar soluções para as questões sociais dos mais

⁸ Ver íntegra da Resolução n. 145, em:
<https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/PNAS2004.pdf>

vulneráveis (no caso, os idosos pobres); e, por último, a importância da “garantia à segurança de sobrevivência, de acolhida e de vivência familiar”, pois, muito frequentemente, nada disso é garantido aos idosos – principalmente os pobres.

É nesse sentido que a PNAS entende a Assistência Social não como ajuda, mas como política de proteção social, buscando que o direito de todos seja garantido. Além disso, alguns requisitos para essa política são

[...] conhecer os riscos, as vulnerabilidades sociais, bem como os recursos com que conta para enfrentar tais situações com menor dano pessoal e social possíveis; uma visão capaz de captar as diferenças sociais, entendendo que **as circunstâncias e os requisitos sociais circundantes do indivíduo, e dele em sua família, são determinantes para sua proteção e autonomia.** [...] Logo, a construção dessa política considera **três pilares de proteção social: as pessoas, as suas circunstâncias e a família.** (Machado, 2018, p. 26). (Grifos nossos).

Ou seja, a PNAS procura garantir direitos e oferecer soluções para os problemas sociais com o indivíduo inserido em sua família e na sociedade, o que é muito importante para os idosos, normalmente ignorados, relegados e mesmo abandonados à própria sorte, com todos os seus problemas. A inserção social dos idosos é fundamental para que tenham qualidade de vida.

É extremamente importante ressaltar a atuação da PNAS no sentido mais amplo de “apoio”, “suporte”, sem ficar no assistencialismo “da simples prestação de serviço clínico assistencial e que estimula ações intersetoriais que incluem saneamento básico, habitação, renda, trabalho e alimentação”, dentro da perspectiva trazida pela Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS), em que ações intersetoriais são essenciais na ampliação dos serviços prestados (Machado, 2018, p. 27); continuando, “além disso, a proteção deverá ser centrada nas condições socioeconômicas da população” (p. 27).

É exatamente isso que faz da PNAS uma política ampla, que compreende o indivíduo como um ser integral, inserido na família, na comunidade, na sociedade, como defendemos para os idosos pobres.

Por fim terminamos, ainda citando Machado (2018, p. 29), sempre nessa visão do indivíduo inserido organicamente em seu grupo social:

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

2.4.3 Centro de Referência de Assistência Social (CRAS)

O CRAS é um serviço público mantido pelos governos Federal e Municipal, e é responsável pela oferta de serviços, programas, benefícios e projetos sociais no âmbito da Assistência Social (serviços gratuitos para o usuário). Ele atende indivíduos e famílias, e seus serviços são voltados para crianças, adolescentes, idosos e pessoas com deficiência. É através do Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF) que o CRAS faz o trabalho social com as famílias, atendendo e acompanhando-as para fortalecer os vínculos da família com seus integrantes (crianças, idosos etc.); além do fortalecimento dos vínculos, sua finalidade é promover o acesso aos direitos dos usuários, e melhorar a qualidade de vida deles. O atendimento às famílias é através da inclusão (solicitada por elas) nos serviços sociais que a rede do CRAS oferece em cada município, como o Centro da Criança e do Adolescente CCA); o Centro para a Juventude (CCJ); o Centro de Desenvolvimento Social e Produtivo para Adolescentes Jovens e Adultos (CEDESP); o Centro de Convivência Intergeracional (CCInter); o Núcleo de Convivência do Idoso (NCI); o Serviço de Assistência Social à Família e Proteção Social Básica no Domicílio (SASF). Qualquer pessoa pode ser atendida no CRAS, “principalmente famílias em situação de pobreza, ausência de renda, falta de acesso aos serviços públicos e com fragilização dos vínculos familiares e comunitários” (Acessar o Centro de Referência da Assistência Social, 2023).

No Município de São Carlos existem quatro CRAS (nas regiões de Cidade Aracy; Vila São José; Santa Felícia; e Pacaembu), que foram implementados a partir de 2005; eles estão referidos às Administrações Regionais de Saúde (ARES), que são cinco, no município⁹.

⁹ <http://saocarlos.sp.gov.br/index.php/cidadania-social/115291-centros-comunitarios.html>

2.4.4 Centro de Referência do Idoso (CRI)

Os Centros de Referência do Idoso (CRI) promovem interação social e fortalecimento de vínculos para os idosos, também promovendo saúde e participação social aos seus usuários. Seu público-alvo são pessoas de 60 anos ou mais. Por se tratar de um centro de referência para idosos, o CRI tem sua equipe básica composta por profissionais da saúde e assistência social, sendo, portanto, equipes com ação intersetorial¹⁰.

A proposta é que os Centros de Referência voltados à população idosa ofereçam serviços públicos gratuitos com os seguintes objetivos: contribuir para um envelhecimento ativo, saudável e autônomo; assegurar um espaço de encontro entre idosos e também encontros intergeracionais, promovendo a convivência familiar e comunitária; detectar e explorar possíveis necessidades e motivações, a fim de desenvolver potencialidades e capacidades para novos projetos de vida e; propiciar vivências que potencializam a condição de escolher e decidir (Santos, 2020).

Existe apenas um CRI em São Carlos, na Vila Irene. São várias atividades voltadas à convivência, como reflexão sobre temas atuais, artes e artesanato, ginástica, jogos e brincadeiras, entre outras, que são realizadas neste Centro. Em São Carlos o CRI atende por volta de 200 idosos, tendo em sua equipe profissional professores de artes, inclusão digital, educação física, oficineiros de artesanato, circo, música e teatro; infelizmente, não conta com outros profissionais da saúde, como terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, nutricionistas, mas recebe estagiários do curso de Gerontologia da UFSCar.

2.4.5 Rede de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa (RASPI)

A Rede de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa (RASPI) tem como objetivo garantir a atenção integral e a promoção da saúde, prevenindo doenças e melhorando a qualidade de vida das pessoas idosas, em consequência manter a autonomia e a independência funcional dessa população recebidas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) (RASPI, 2023). Guariento e Neri (2011) definem capacidade funcional “como a manutenção plena das habilidades físicas e mentais desenvolvidas ao longo da vida, necessárias e suficientes para uma vida independente e autônoma” (p. 45).

¹⁰ <https://informasus.ufscar.br/promovendo-saude-e-participacao-social-conheca-o-centro-de-referencia-do-idoso-no-municipio-de-sao-carlos/>

Além de atender aos idosos que as procuram, as UBS também têm que fazer busca ativa dos idosos com dificuldade de acesso a elas. É dentro da UBS que a RASPI utiliza o instrumento de triagem Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa na Atenção Básica (AMPI-AB) que classifica os idosos em saudáveis, pré-frágeis e frágeis. Depois, as equipes da Atenção Básica discutem o instrumento, elaborando um plano terapêutico específico para o idoso avaliado. A AMPI-AB é um instrumento que avalia a fragilidade do idoso, diferente da MAN, que avalia o estado nutricional do idoso. São, portanto, instrumentos complementares, utilizados na Atenção Básica voltada ao idoso. Os idosos classificados como frágeis, segundo a RASPI, são encaminhados para cuidados especializados na Unidade de Referência à Saúde do Idoso (URSI). E os saudáveis e pré-frágeis são acompanhados na própria UBS. Assim, o objetivo geral da RASPI é triar os casos de idosos (com relação à fragilidade) que serão atendidos na UBS, ou encaminhados à URSI (RASPI, 2023).

2.4.6 Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI)

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), que foi implementada dentro da regulamentação da Política Nacional da Pessoa Idosa é uma política razoavelmente nova, no sentido de garantir os direitos dos idosos quanto à sua assistência. A Política Nacional da Pessoa Idosa “tem como objetivo a recuperação, manutenção e promoção da autonomia e independência das pessoas idosas, por meio de ações coletivas e individuais, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS” (Neri; Guariento, 2011, p. 64).

Já a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) “estabelece como meta a atenção integral à saúde da pessoa idosa e considera a condição de funcionalidade como um importante indicador de saúde desta população” (Guariento; Neri, 2011, p. 65).

Por falar de suporte social, é importante apresentar em teorias as principais redes de apoio que o idoso pode encontrar no SUS, mesmo que em teoria seja mais utilizado do que em prática. Por isso justifica-se a relevância do presente estudo.

3 JUSTIFICATIVA

Entende-se que a atenção e o cuidado dos idosos tem sido foco, desde o início do século XXI, principalmente devido às necessidades consideradas prioritárias para os idosos, como, por exemplo, saúde, habitação, ambiente, bem-estar social e segurança. Em 2008, a ONU desenvolveu o Plano de Ação de Viena, que se concentrou em duas facetas principais do envelhecimento da população: humanitária; e macroeconômica ou demográfica, com enfoque nas políticas socioeconômicas – sendo, esta última, concentrada em assegurar que as pessoas idosas não se tornassem um grupo que se concentrasse só nos gastos a serem realizados com elas (United Nations, 2008). Apesar de embasado nas políticas socioeconômicas, autores apontam que o Plano de Viena teve um foco maior em países desenvolvidos, apresentando desigualdade em relação às aplicações dos países em desenvolvimento, que apresentam altas taxas de pobreza e recursos limitados (United Nations, 2008).

Justifica-se a necessidade de pesquisas e referenciais teóricos relacionados à pobreza e envelhecimento, devido ao aumento da desigualdade, comprovado pelos índices. Há assembleias e discussões, no mundo todo, sobre o cuidado, tais como os Princípios das Nações Unidas para as Pessoas Idosas, a Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, o Plano de Ação de Madri, entre outras.

É importante ressaltar que o Plano de Ação de Madri trouxe mudanças na abordagem de políticas sociais do envelhecimento, das sociedades, e das pessoas idosas, com foco em criação de políticas, e desenvolvimento de transformações no cenário econômico e social, em virtude da necessidade de criação de políticas de desenvolvimento e melhorias no cenário econômico da população.

O Plano de Madri contou com três eixos de orientação prioritária: pessoas idosas e desenvolvimento; promoção da saúde e bem-estar na velhice; e criação de ambiente propício e favorável [...] Cabe destacar que neste Plano de Ação o foco passou para a perspectiva do desenvolvimento, em que os idosos são percebidos como agentes, em vez de objetos da mudança, reconhecendo-os como contribuintes, não apenas como beneficiários, do desenvolvimento econômico e social (World Assembly on Ageing, 2002).

Em 2015, houve publicações e discussões na Europa, com alguns capítulos específicos para idosos, com tópicos estudando qual o número de idosos morando sozinhos; se estão vivendo de maneira saudável; se há alguém fazendo os cuidados desses idosos; se são ativos ou não, economicamente (Minayo, 2021). Esses indicadores foram rastreados durante cinco anos. Isso tudo reforça a importância da presente pesquisa em compreender como os idosos estão

vivendo e suas questões socioeconômicas, principalmente quando nos referimos a um país em desenvolvimento como o Brasil (Minayo, 2021).

No Brasil, foram desenvolvidas agendas, por exemplo o Objetivo de Desenvolvimento do Milênio – ODM para a erradicação da pobreza, para que todos tenham acesso aos serviços básicos, como educação e saúde, sendo os idosos um dos alvos dessas agendas (ODM, 2010).

A pobreza é um tema recorrente e de extrema relevância para se analisar e estudar. Indicadores (IPM, 2019; Morais, 2020; Moreno, 2018) apontam que as pessoas que apresentam algum índice de pobreza estão em condições mais vulneráveis e precisam de atenção, seja ela através de intervenções como políticas públicas (principalmente as que saiam do papel). Pela pobreza ter uma relação multidimensional, e devendo ser abordada em vários contextos, mais estudos são importantes para se compreender e entender os temas propostos (Morais, 2020).

Ressalta-se, também, que há pouco tempo o mundo passava por uma crise sanitária, política, social e econômica instaurada após o surgimento da pandemia do Coronavírus, quando muitas pessoas ficaram desempregadas, alguns empregos foram extintos e apresentou-se queda da renda familiar brasileira (Souza, 2021). Em alguns momentos, a aposentadoria se tornou a única renda familiar, o que atingiu de forma direta o bem-estar e a saúde de uma boa parte dos indivíduos (Savenhago *et al.*, 2020).

Diante destas situações, a produção científica que auxilie a construir evidências e reunir dados para os tomadores de decisões (gestores de políticas públicas), identificando fatores preditores e outros fatores relacionados, é de significativa relevância.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo Principal

Comparar a idade, o sexo, a escolaridade, a nutrição, a fragilidade, o humor e o suporte social de pessoas idosas residentes em setores de alta vulnerabilidade social, segundo as condições de pobreza.

4.2 Objetivos Específicos

- Descrever grupos de idade, sexo, escolaridade, com quem reside, nutrição, níveis de fragilidade, sintomas depressivos, apoio social, em situação de pobreza;
- Identificar a existência de fatores associados à pobreza;
- Avaliar o apoio social recebido e oferecido ao idoso, na pobreza ou sem pobreza, mediante instrumento de MOSS-SS.

5 METODOLOGIA

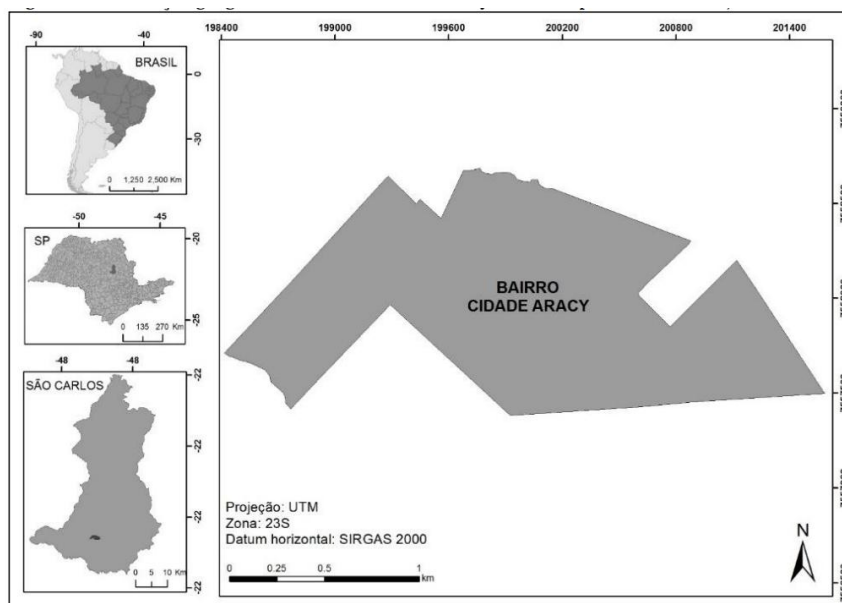
5.1 Delineamento, local e período do estudo

Tratou-se de um estudo descritivo, exploratório transversal, com a utilização do método quantitativo de investigação.

A pesquisa foi derivada de um estudo longitudinal investido pelo Projeto de Pesquisa do Sistema Único de Saúde (PPSUS), denominado “Ferramenta de Monitoramento de Níveis de Fragilidade em Idosos Atendidos na Atenção Básica de Saúde: avaliação de sua efetividade e eficiência”, coordenado pela Profa. Dra. Marisa Silvana Zazzetta.

Foi feita uma primeira coleta, entre 2014 a 2015, através de busca em todos os prontuários de idosos nas unidades de saúde da família (USF) em uma das cinco Administrações Regionais de Saúde (ARES) da cidade de São Carlos, na área urbana do bairro Cidade Aracy (Figura 3).

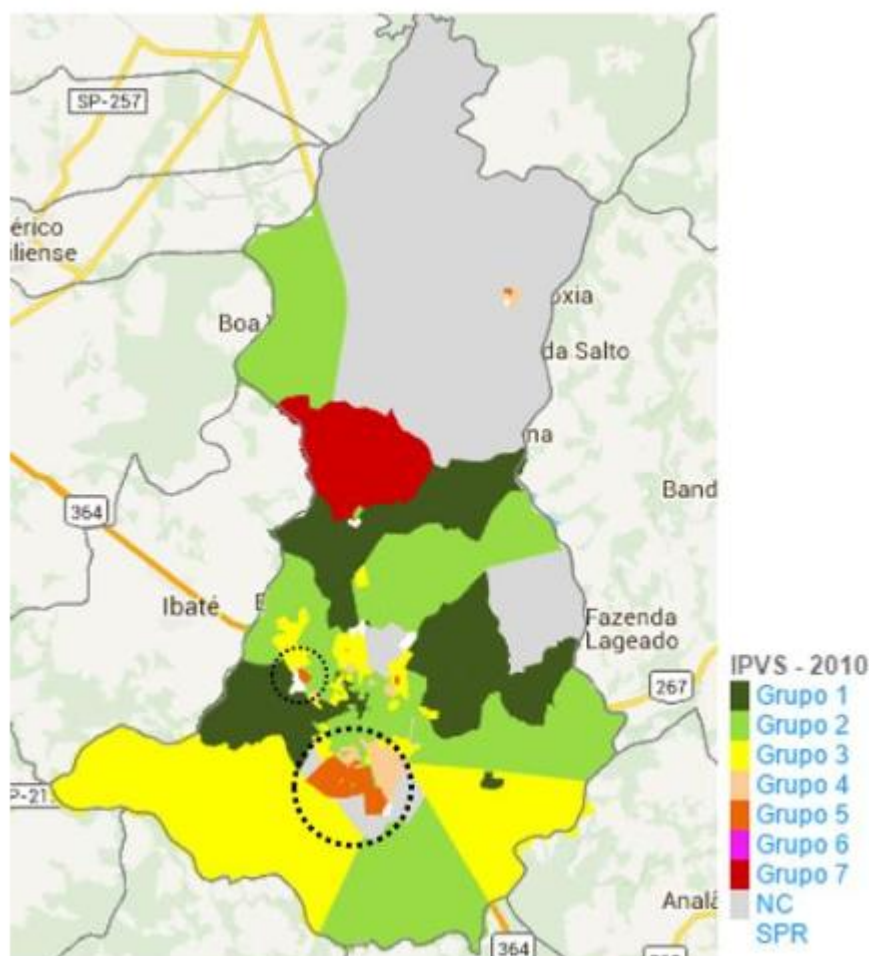
Figura 3 - Localização Geográfica do ARES Cidade Aracy no município de São Carlos - SP, 2024.



Fonte: Mazzuco; Moschini, 2017.

De acordo com o Índice Paulista de Vulnerabilidade Social (IPVS), o local apresentado na Figura 4, os bairros que foram feitos as coletas são bairros em situação de Vulnerabilidade Social (SEADE, 2010).

Figura 4 - Mapa dos bairros e Vulnerabilidade Social de São Carlos, segundo o IPVS, 2010.



Fonte: IPVS, 2010.

Para a segunda coleta, de março a agosto de 2018, foram feitas buscas através de telefones cujos próprios idosos haviam notificado no primeiro estudo, e pelos endereços, das casas, informados. Ao se conectar com o idoso, era perguntado se eles tinham interesse em participar do projeto novamente e com a resposta positiva foi feita a continuidade das entrevistas (ver detalhamento do projeto no item 5.2).

5.2 Procedimentos para coleta de dados e Participantes

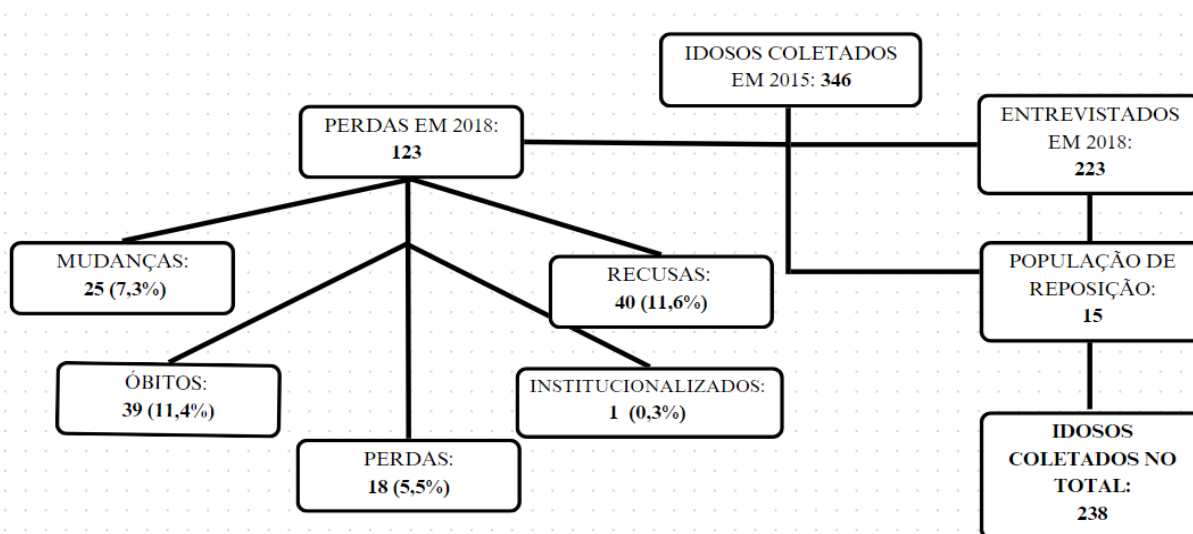
Para a coleta de dados foi utilizado o Banco de Dados da pesquisa intitulada “Ferramenta de Monitoramento de Níveis de Fragilidade em Idosos Atendidos na Atenção Básica de Saúde: avaliação de sua efetividade e eficiência”. Após um cálculo amostral, entendeu-se que seria relevante, para a amostra de coleta longitudinal, entrevistar novamente 230 idosos, considerando a idade, sexo e nível de fragilidade. Essa coleta foi feita através de entrevistas com instrumentos quantitativos.

Os idosos já haviam participado de uma avaliação semelhante em 2014-2015, como parte da pesquisa intitulada “Ferramenta para Monitoramento de Níveis de Fragilidade e Fatores Associados em Idosos Atendidos pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) no Município de São Carlos” (Processo n. 860.653/2014).

Nesse estudo, as buscas foram conduzidas por meio de até três tentativas de contato telefônico em três dias diferentes. Os pesquisadores também visitaram os endereços fornecidos para localizar os idosos. Ao encontrá-los, foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), explicando detalhadamente os objetivos da pesquisa. Os idosos foram convidados a participar do estudo, e, caso concordassem, era agendada uma data para a coleta de sangue e a realização de outros instrumentos de avaliação.

O fluxograma (Figura 4) apresentado demonstra como foi o processo das coletas dos idosos entrevistados para o presente estudo. Houve um total de 123 perdas entre 2015 e 2018, com 7,3% mudando de território, 11,4% falecendo, 0,3% sendo institucionalizado, 11,6% que se recusaram participar da pesquisa novamente e 5,5% com protocolos incompletos. Foram, então, entrevistados 223 idosos e, para completar os 230 idosos, foram convidados mais idosos (19) considerando a idade, sexo e nível de fragilidade. Totalizando, no final, 238 idosos entrevistados.

Figura 5 - Fluxograma de coleta da pesquisa “Ferramenta de monitoramento de Níveis de Fragilidade em Idosos Atendidos na Atenção Básica de Saúde: avaliação de sua efetividade e eficiência. São Carlos - SP, 2018.



A informação é relevante, pois ela apresenta a forma com que foi definida a população de estudo do presente trabalho, através das coletas de 2018, e, por ser uma coleta provinda de um estudo longitudinal, foi possível identificar variáveis que precisavam ser investigadas, principalmente após uma pandemia onde se demonstrou muita falta de infraestrutura organizacional para as pessoas mais vulneráveis (BRASIL, 2021).

No estudo, inicialmente foram trabalhados e investigados os 238 idosos entrevistados, para identificar o porquê de não saberem responder sua renda; depois, partiu-se para uma segunda etapa, onde foram analisados todos os idosos que souberam responder a renda, sendo, então, classificados em “*situação de pobreza*” e “*sem pobreza*”.

A coleta de dados foi realizada na residência do idoso, levando em torno de uma hora e meia a duas horas. Durante esse tempo, os pesquisadores explicavam o propósito de cada instrumento utilizado, assegurando que os participantes estivessem confortáveis e tranquilos para interromper a pesquisa, caso sentissem algum desconforto.

Para o bom desenvolvimento da pesquisa e resultados pertinentes, foram definidos critérios de inclusão e exclusão.

5.2.1 Critérios de Inclusão

Os critérios de inclusão foram indivíduos com 60 anos ou mais, residentes no ARES Cidade Aracy, cadastrados na USF e que tinham respondido o questionário sociodemográfico relacionado à renda.

5.2.2 Critérios de Exclusão

Quanto aos critérios de exclusão, foram excluídos: idosos que estavam hospitalizados; que mudaram de bairro durante o processo da pesquisa; e aqueles que apresentaram escore abaixo da média estabelecida no teste do Mini Exame do Estado Mental (MEEM), conforme os escores abordados por Bertolucci e colaboradores (1994).

Para a análise dos dados, foram utilizadas respostas de 174 sujeitos, dos 238 avaliados, que estavam com todas as informações sociodemográficas completas, apresentavam o valor da renda e com todos os instrumentos preenchidos.

5.3 Instrumentos

Para as informações dos dados da pesquisa, foram utilizados os seguintes instrumentos de avaliação: dados sociodemográficos; avaliação de fragilidade (FRIED); avaliação nutricional (MAN); avaliação de sintomas depressivos (GDS-15); suporte social (MOSS-SS);

e uso de medicamentos. Para abordagem de critério de inclusão, foi utilizado o instrumento MEEM.

5.3.1 Caracterização sociodemográfica e econômica

Para avaliar os dados sociodemográficos, foi desenvolvido um questionário semiestruturado, com questões sobre os seguintes dados pessoais: nome; endereço; sexo; idade; estado civil; escolaridade; com quem reside; se fazia uso de remédio; a renda família; e o número total de pessoas dependentes desta renda (ANEXO 1)

5.3.2 Nutrição - Mini Avaliação Nutricional (MAN)

Ao investigar a avaliação nutricional, utilizou-se o *Mini Nutritional Assessment* (MNA), validado, no Brasil, como Mini Avaliação Nutricional (MAN), que é uma ferramenta de triagem que indica o estado nutricional conforme a pontuação obtida mediante o preenchimento de um questionário composto por 18 questões, desenvolvido e financiado pelo grupo *Nestlé*, em 1994, e revisada e atualizada em 2009 (ANEXO 2). As 18 questões eram subdivididas em quatro grupos de perguntas:

Medidas antropométricas: peso; altura; cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC); circunferências da panturrilha e do braço;

Avaliação global do estilo de vida: foram analisados o uso de medicamentos; a mobilidade; e a moradia;

Hábitos alimentares e dietéticos: número de refeições diárias; ingestão de grupos de alimentos e líquidos; e autonomia para alimentar-se; e

Avaliação da autopercepção de saúde e estado nutricional.

A pontuação máxima da MAN é de 30 pontos, e o escore é classificado em: estado nutricional normal (escore entre 24 e 30 pontos); em risco de desnutrição (escore entre 17 e 23,5 pontos); e desnutrido (escore menor que 17 pontos), o que indica que o idoso pode estar precisando de orientação nutricional e/ou prescrição de suplementos nutricionais (Rubenstein; Harker; Salva; Guigoz; Vellas, 2001; Guigoz, 2006; Vellas, *et al.*, 2006; Caselato-Sousa, 2011).

5.3.3 Sintomas Depressivos - Escala de Depressão Geriátrica (Versão de 15 itens, GDS-15)

Para avaliar o humor dos idosos, utilizou-se a Escala de Depressão Geriátrica GDS - versão 15 itens, um instrumento que permite verificar a presença de sintomas depressivos. Inicialmente, foi desenvolvida por Yesavage *et al.* (1983) uma versão com 30 questões. Posteriormente, em 1986, Sheikh e Yesavage elaboraram uma versão reduzida com 15 questões, que foi validada no Brasil por Almeida e Almeida (1999). Foi utilizada a versão reduzida com o objetivo de um rastreamento mais prático e rápido, mantendo a eficácia na detecção de sintomas depressivos em idosos.

Esta escala é pontuada de zero a 15 pontos, e é dividida em três categorias distintas. Uma pontuação de 0 a 5 pontos é considerada normal; de 6 a 10 pontos, indica sintomas depressivos leves; e de 11 a 15 pontos, sugere sintomas depressivos severos (ANEXO 3).

5.3.4 Suporte Social - Escala de Apoio Social do Medical Outcomes Study (MOSS-SS)

Foi utilizada a Escala de *Medical Outcomes Study* (MOS), desenvolvida por Sherbourne e Stewart em 1991 (MOSS-SS), e validada no Brasil por Andrade (2001). Esta escala consiste em 19 itens, agrupados em cinco dimensões, que avaliam a frequência com que a pessoa dispõe de diferentes formas de apoio:

- **Apoio Material:** refere-se ao auxílio oferecido às pessoas em caso de necessidade;
- **Apoio Afetivo:** envolve expressões de amor e afeição;
- **Apoio Emocional:** refere-se à empatia, carinho, amor, confiança, estima, afeto e interesse;
- **Apoio de Informação:** é relacionado com informações que podem ser úteis para lidar com problemas; e
- **Interação Social Positiva:** que se refere à disponibilidade de pessoas com quem consegue se divertir e relaxar.

Os escores para cada dimensão variam de 20 a 100 pontos, e as opções de resposta incluem "nunca", "raramente", "às vezes", "quase sempre" e "sempre". Quanto maior a pontuação, maior o nível de apoio social (ANEXO 4).

5.3.5 Síndrome da Fragilidade proposta por Fried

Para analisar Fragilidade foi utilizado o fenótipo proposto por Fried *et al.* (ANEXO 5).

O fenótipo proposto por Fried *et al.* (2001) é um instrumento abrangente para a identificação da fragilidade em idosos, composto por uma série de componentes interligados que refletem a vulnerabilidade física e funcional. Este fenótipo inclui perda de peso não intencional, fadiga, fraqueza, lentidão e baixa taxa de gasto calórico. Foi analisado e validado, para brasileiros, por Batistoni *et al.* (2007).

Para classificar um indivíduo como "Frágil", é necessário que ele pontue positivamente em três ou mais dos componentes descritos. Aqueles que pontuam positivamente para um ou dois componentes são considerados "Pré Frágeis", enquanto aqueles que não pontuam positivamente em nenhum componente são classificados como "Não Frágeis" (Fried *et al.*, 2001).

Logo, para determinar o fenótipo de fragilidade, cada componente é avaliado individualmente:

- **Perda de peso não intencional:** verifica-se se houve uma perda de peso significativa nos últimos 12 meses, correspondendo a mais de 4,5 ou 5% do peso corporal, dependendo dos critérios estabelecidos;
- **Fraqueza:** é medida através da força de preensão manual, e, na pesquisa, foi utilizado um dinamômetro hidráulico. Os valores obtidos foram ajustados de acordo com o sexo, conforme as referências específicas para a população em questão;
- **Fadiga:** avaliada através de questionários específicos, como o *Center for Epidemiological Studies - Depression* (CES-D), adaptado e validado para a população em estudo (Batistoni, 2007). Respostas que indicam fadiga frequente são pontuadas positivamente;
- **Lentidão:** determinada pelo teste de velocidade da marcha, onde o tempo necessário para percorrer uma determinada distância é registrado e ajustado conforme variáveis como sexo e altura. Para analisarmos essa questão foi utilizado o instrumento *Time Up and Go* (TUG) (ANEXO 6); e
- **Atividade física/baixa taxa de gasto calórico:** A atividade física é avaliada através de questionários como o *International Physical Activity Questionnaire* (IPAQ), que permite identificar idosos com níveis insuficientes de atividade física (ANEXO 7).

Com esses componentes, foi possível obter, na prática, uma compreensão mais abrangente da fragilidade dos idosos, juntamente com o referencial teórico.

5.3.6 Cognição - Mini Exame do Estado Mental (MEEM)

A cognição, para o presente estudo, foi utilizada como critério de inclusão e exclusão. Para isso, foi utilizado um instrumento neuropsicológico que rastreia e avalia a função cognitiva, o Mini Exame do Estado Mental (MEEM). Importante ressaltar que ele não é para fins de diagnóstico. Foi desenvolvido por Folstein *et al.* (1975). E, revisada, atualizada e traduzida em 1994, a versão que foi utilizada nesta pesquisa, proposta por Bertolucci e colaboradores (ANEXO 8). O MEEM utiliza a escolaridade dos avaliados, e não a idade, para estabelecer a nota de corte.

O instrumento avalia a orientação temporal (5 pontos); orientação espacial (5 pontos); memória imediata – curto prazo (3 pontos); atenção e cálculo (5 pontos); memória e evocação (3 pontos); linguagem – nomeação, repetição, compreensão e praxia, leitura e escrita – (8 pontos); e capacidade visuoespacial (1 ponto).

Para este estudo foram adotados os pontos de cortes do MEEM segundo a escolaridade, conforme recomendam Brucki *et al.* (2003). A nota de corte para analfabetos é de 20 pontos; para aqueles que possuem de 1 a 4 anos de escolaridade é 25 pontos; de 5 a 8 anos de escolaridade, a nota de corte é 26,5 pontos; para indivíduos que estudaram de 9 a 11 anos, é 28 pontos; e 29 para aqueles com escolaridade superior a 11 anos. A pontuação abaixo da nota de corte é indicativa de perdas cognitivas. Vale ressaltar que esta nota de corte foi definida devido ao público avaliado, que, em sua maioria, estavam em condições de vulnerabilidade social.

5.4 Variáveis do Estudo

Para definir os objetivos e critérios de inclusão para os resultados quantitativos e, assim, analisar também qualitativamente, foram estabelecidas variáveis dependentes e independentes, conforme podemos ver no Quadro 1.

Quadro 1 - Variáveis Independentes e Dependentes do presente estudo, São Carlos - SP, 2022.

Tipo de Variável	Variável	Categorização
Dependente	Pobreza	Pobreza; e não pobreza
Independente	Idade	60 a 70 anos; 71 a 80 anos
	Sexo	Feminino ou masculino
	Escolaridade	Analfabeto; de 1 a 4 anos; 5 ou mais anos
	Morar Só	Se mora sozinho ou com mais pessoas
	Sintomas depressivos	Sem sintomas depressivos; sintomas depressivos - leve; sintomas depressivos - severo
	Fragilidade	Não frágil; Pré frágil; Frágil
	Nutrição	Desnutrido; e Nutrido
	Suporte social	Foi avaliada mediante a Escala de Apoio Social (MOS-SSS - Social Support Scale)

Fonte: Próprio Autor, 2024

5.5 Desenvolvimento de figuras, quadros e tabelas.

Para este estudo foram desenvolvidos imagens, quadros, gráficos e tabelas. Algumas figuras foram retiradas de agências nacionais e internacionais, em artigos, e todos foram referenciados. Os fluxogramas foram desenvolvidos pelo *Canvas*, outras figuras, quadros e tabelas foram desenvolvidos no programa *Office Word* 2010.

5.6 Aspectos Éticos

Este estudo esteve vinculado à pesquisa “Ferramenta de Monitoramento de Níveis de Fragilidade em Idosos Atendidos na Atenção Básica de Saúde: avaliação de sua efetividade e eficiência”. O estudo foi de responsabilidade da Profa. Dra. Marisa Silvana Zazzetta, e teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos (Parecer n. 2.424.616/2017, CAAE: 66076017.3.0000.5504) (ANEXO 10).

6 ANÁLISE DE DADOS

6.1 Métodos de análise

Para a análise dos resultados, atendendo aos objetivos propostos no estudo, foi utilizada a metodologia quantitativa, que envolveu o uso de *p-valor*; medidas de posição; medidas de dispersão; testes de confiança; e regressão logística.

6.1.1 Interpretação do *p-valor*

O resultado de cada comparação gera uma estatística chamada *p-valor*. É por meio dessa estatística que se pode concluir sobre o teste realizado. Se o *p-valor* for maior que o nível de significância adotado (no caso, 5%), considera-se que não há evidências suficientes para rejeitar a hipótese nula, sugerindo que ela é verdadeira.

Neste estudo, adotou-se um nível de significância de 0,05 (5%), e todos os intervalos de confiança (IC) foram construídos com 95% de confiança, reforçando a precisão dos resultados e a probabilidade de que as conclusões sejam confiáveis dentro dessa margem de erro.

6.1.2 Medidas de Posição e Dispersão

As medidas de posição propõem resumir um conjunto de dados; e as de dispersão visam medir a variabilidade dos dados. Na situação do estudo foram utilizados mediana, valores máximo e mínimo, desvio padrão (dp), e coeficiente de variação (Vieira, 1991).

- **Mediana:** é uma medida de posição, que divide a amostra ao meio e demonstra que 50% dos indivíduos estão acima do valor da mediana e, 50%, abaixo. É uma estatística analisada em relação à média. Quanto mais próximo o seu valor for em relação à média, mais simétrica será a distribuição e, em uma distribuição assimétrica, há grande variabilidade (Vieira, 1991);
- **Valores Mínimo e Máximo:** são, respectivamente, o menor e o maior valor encontrados na amostra. Não têm relação com mais ou menos um desvio padrão;
- **Desvio Padrão:** mede a variabilidade em relação à média. Quanto maior o desvio padrão, maior a variabilidade, o que indica menor homogeneidade dos dados; e
- **Coeficiente de Variação:** estatística que avalia o quanto a variabilidade representa da média. O ideal é que esse índice seja o mais baixo possível (<50%), o que indica baixa variabilidade e maior homogeneidade dos resultados (Vieira, 1991).

6.1.3 Testes de Confiança

Foram utilizados testes estatísticos paramétricos para testar a normalidade das variáveis quantitativas de desfecho principal, através do **Teste de Shapiro-Wilks** ($N \geq 100$), para perceber se existe distribuição de normalidade; este teste é recomendado para amostras pequenas a moderadas, como é o caso do presente estudo (Shapiro; Wilks, 1965; Zar, 2010).

Intervalo de Confiança (IC): ora somado e ora subtraído da média, mostra a variação da média segundo uma probabilidade estatística. Esses limites não têm relação com o cálculo de mais ou menos um desvio padrão em relação à média. O IC é considerado mais confiável, pois envolve uma probabilidade estatística associada ao seu cálculo.

Teste T: utilizado para identificar a igualdade de duas médias, quando é pressuposto que a variância populacional é conhecida, independente e normal. Esse teste é encontrado na literatura (Vieira, 1991; Fonseca; Martins, 1996), sendo também chamado de *T-Student*.

Teste de Qui-Quadrado: é usado para verificar se há uma associação significativa entre variáveis categóricas, ou seja, ele avalia se a distribuição observada de dados em categorias difere da distribuição esperada com base em alguma hipótese (Agresti, 2018). Se o valor calculado do Qui-Quadrado for maior do que o valor crítico para o nível de significância escolhido (geralmente 0,05), rejeita-se a hipótese nula, indicando que há uma associação significativa entre as variáveis (Agresti, 2018).

6.1.4 Regressão Logística e *Odds Ratio* (OR)

A **regressão logística** é uma técnica de modelagem estatística utilizada quando a variável dependente é categórica, geralmente binária, apresentando dois possíveis resultados, como "sim/não". Em vez de prever um valor contínuo, como na regressão linear, a regressão logística estima a probabilidade de um determinado evento ocorrer, com base nas variáveis preditoras (Menard, 2002).

Logo, utiliza-se a função logística para transformar uma combinação linear das variáveis explicativas em uma probabilidade que varia entre 0 e 1 (Menard, 2002). O modelo de regressão logística é bastante aplicado na área das ciências da saúde, onde é utilizado para prever a presença ou ausência de doenças (Hosmer; Lemeshow; Sturdivant, 2013; Szumilas, 2010).

Neste estudo, o modelo de regressão logística foi usado para criar um modelo estatístico multivariado, que considera todas as variáveis analisadas, com o objetivo de prever a probabilidade de estar em situação de pobreza e, com a análise em conjunto do *Odds Ratio* (OR), identificar fatores que podem ou não influenciar a pobreza.

O ***Odds Ratio*** (OR) é uma medida de associação entre duas variáveis categóricas. Ele compara as chances (*odds*) de um evento ocorrer em dois grupos diferentes, ou seja, ela visa analisar os fatores protetores ou preditores em grupos expostos ou não expostos (Hosmer; Lemeshow; Sturdivant, 2013; Szumilas, 2010); o cálculo desenvolvido pelo *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) pode ser observado na Figura 6.

Figura 6 - Fórmula para o cálculo do OR, São Carlos - SP, 2024.

$$OR = \frac{\text{odds no grupo exposto}}{\text{odds no grupo não exposto}}$$

Fonte: Próprio autor, 2024

Se o OR for **maior que 1**, o fator preditor é mais provável no grupo exposto; se **for igual a 1**, não há diferença entre os grupos, e, **se for menor que 1**, o evento se torna um fator protetor no grupo exposto (Szumilas, 2010).

O *Odds Ratio* é muito utilizado para medir a força da associação; por exemplo, em um artigo publicado derivado a esta pesquisa, apontou-se que receber apoio emocional (OR: 0,98; IC95%: 0,97-0,99) se apresentou enquanto fator protetor a sintomas depressivos (Didoné *et al.*, 2020).

6.2 Softwares utilizados para a análise

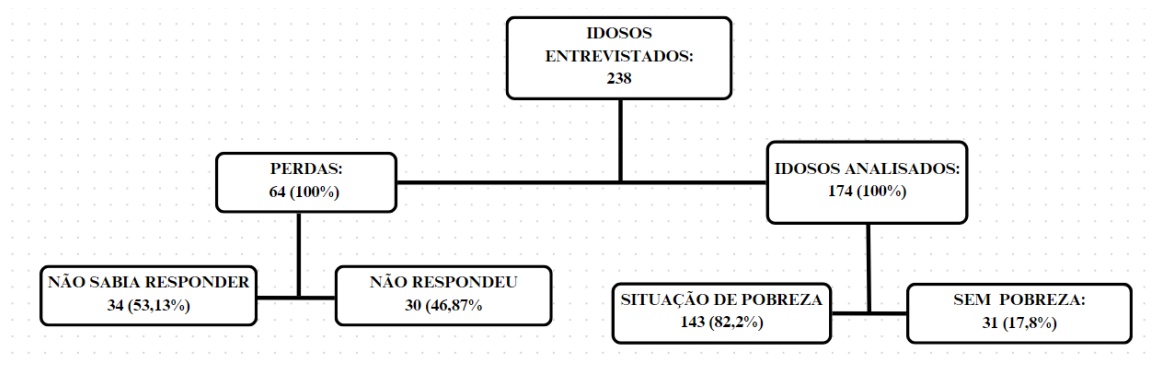
Os dados do estudo foram codificados e organizados em banco de dados em dupla entrada e comparação de valores, utilizando-se o programa *Excel Microsoft Office* 2010. Digitado por duas pessoas diferentes, e depois analisado quais foram os dados perdidos e diferentes. Para a análise estatística foram utilizados os *softwares*: *SPSS* V26 (2019), *Minitab* 21.2 (2022) e *Excel Office* 2010.

7 RESULTADOS

7.1 Descrição do perfil socioeconômico da população entrevistada

Foram entrevistados 238 idosos, no total, que se encaixam em todos os critérios de inclusão e exclusão; entretanto, houve 64 perdas. Essas perdas ocorreram por dois motivos: idosos que não souberam responder a renda e aqueles que optaram por não informar, seja per capita ou familiar, conforme ilustrado no fluxograma da imagem 7.

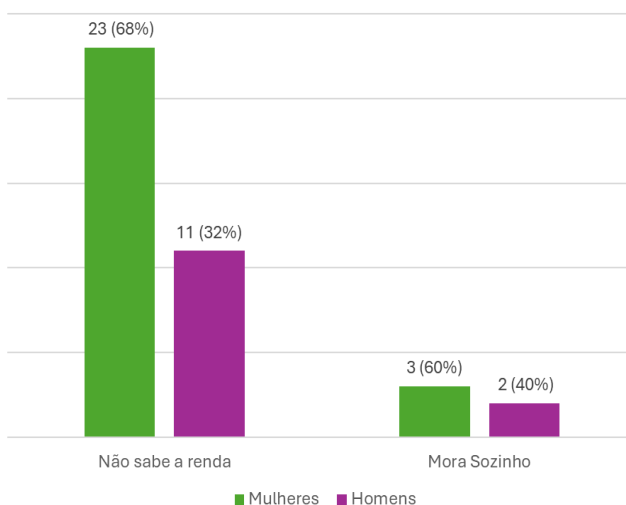
Figura 7 - Fluxograma dos idosos entrevistados, São Carlos - SP, 2018



Fonte: Próprio autor, 2024

No entanto é importante analisar algumas informações relacionadas a essas perdas, devido ao que é visto na literatura. O perfil de idosos que não sabiam responder qual era o valor das rendas per capita e familiar eram do sexo feminino, 23 (68%), e destas, 3 (60%) relataram que moram sozinhas, conforme podemos observar no Gráfico 1. É importante trazer o sexo e se mora sozinho ou com mais pessoas como variável nesse contexto, pois entende-se qual é o público que se torna mais frágil financeiramente e qual é a sua rede de suporte diante aos enfrentamentos.

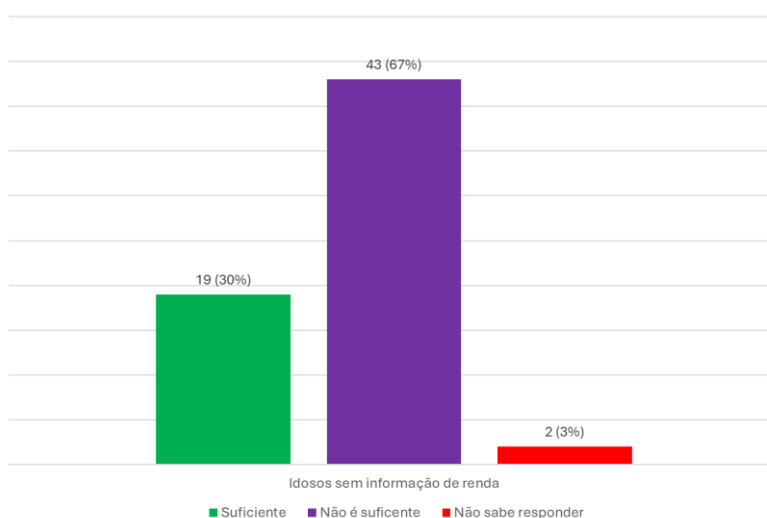
Gráfico 1 - Gênero dos idosos entrevistados que não souberam responder a renda (n=34), São Carlos - SP, 2018.



Fonte: Próprio Autor, 2024

Foi questionado, também, se a pessoa achava que o dinheiro era o suficiente para se manter e, dos 64 indivíduos que não sabiam responder, ou não queriam falar as rendas, 43 (67%) tinham a percepção de que o dinheiro não era suficiente, 19 (30%) responderam que era suficiente e 2 (3%) não sabiam responder, dados representados através do Gráfico 2.

Gráfico 2 - Percepção de suficiência financeira entre idosos analisados sem conhecimento da própria renda (n=64), São Carlos - SP, 2018.



Fonte: Próprio Autor, 2024

Entretanto, este estudo apresenta os objetivos focados em idosos entrevistados tanto em situação de pobreza como de não pobreza, ou seja, aqueles que informaram o valor de suas

rendas. As demais variáveis apresentadas no Quadro 1 foram analisadas em uma amostra final de 174 idosos, conforme apresentado na Figura 7.

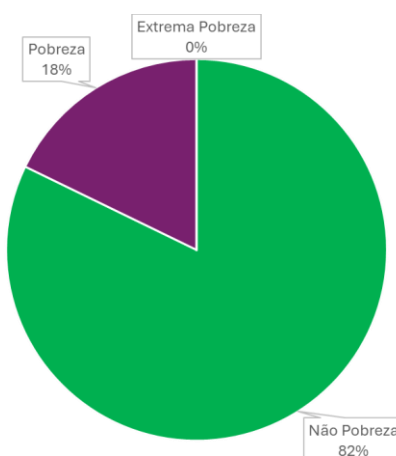
Ressalta-se que, para este estudo, foi considerado aqueles que estão em situação de pobreza sujeitos que tinham renda per capita relatada menor ou igual a R\$ 500 por mês, de acordo com as informações do IBGE e com o valor do dólar em 2018, arredondado para R\$ 4. O índice também apresenta dados para a extrema pobreza, aqueles que apresentam renda menor ou igual a R\$ 250,00 per capita, no entanto no presente estudo não houve idosos que apresentaram essa renda.

7.2 Descrição do perfil das pessoas idosas participantes e a situação de pobreza

A amostra final foi de 174 idosos entrevistados e analisados, todos cadastrados na Unidade de Saúde da Família e residentes em bairros de situação de vulnerabilidade social, com a média de renda per capita total de R\$ 2.214,65 e a média de renda familiar de R\$ 1.026,74.

Foram, então, identificados o “n” de 143 idosos (82%) fora da situação de pobreza e o “n” de 31 idosos (18%) em situação de pobreza, conforme apresentado no Gráfico 3.

Gráfico 3 - Perfil socioeconômico da população analisada (n=174), São Carlos, SP - 2018



Fonte: Próprio Autor, 2024

7.2.1 Apoio social recebido e oferecido aos idosos

Ao avaliar o apoio social recebido e oferecido aos idosos tanto em situação de pobreza quanto aos que não estavam nessa condição, concluiu-se que há uma diferença estatisticamente

significativa em todos os escores de suporte social, conforme medido pelo instrumento MOSS-SS.

Na Tabela 1, observa-se que, em todos os escores, a média do grupo "Não Pobreza" foi superior à do grupo "Pobreza", reforçando a relação entre uma boa rede de suporte social e o nível econômico do indivíduo. Por exemplo, no escore de Suporte Social Total, as médias foram 83,0 para os que não estavam em situação de pobreza e 70,5 para aqueles que estavam em situação de pobreza ($p\text{-valor} < 0,001$), evidenciando que os idosos não pobres, em média, recebem mais suporte social do que os que são pobres.

O mesmo padrão foi observado em todos os tipos de apoio. A média de Apoio Material foi de 91,2 para os idosos não pobres, enquanto os idosos em situação de pobreza apresentaram uma média de 77,7 ($p\text{-valor} < 0,001$). No apoio afetivo, a média foi de 91,3 para os não pobres e de 78,1 para os que estavam em situação de pobreza ($p\text{-valor} < 0,001$). Da mesma forma, o apoio emocional apresentou médias de 86,9 para os não pobres e 72,1 para os pobres, enquanto a interação social positiva teve médias de 84,5 e 72,3, respectivamente. Também foi identificado um padrão semelhante no apoio informacional: os idosos que não estavam em situação de pobreza apresentaram uma média de 84,1, em contraste com os que estavam em situação de pobreza, cuja média foi de 71,6 ($p\text{-valor} = 0,006$), como apontado na Tabela 1.

Tabela 1 - Relação da situação de Pobreza e Apoio Social (n=174), São Carlos - SP, 2018

		Média	Media na	Desvio Padrão	CV	Mi n	Ma x	N	IC	P-valor
Suporte Social Total	Não Pobreza	83,0	90	16,3	20%	24	95	143	2,7	<0,001
	Pobreza	70,5	80	23,9	34%	23	95	31	8,4	
Apoio Material	Não Pobreza	91,2	100	17,2	19%	10	100	143	2,8	<0,001
	Pobreza	77,7	85	25,2	32%	25	100	31	8,9	
Apoio Afetivo	Não Pobreza	91,3	100	15,7	17%	20	100	143	2,6	<0,001
	Pobreza	78,1	86,67	28,0	36%	20	100	31	9,9	
Apoio Emocional	Não Pobreza	86,9	100	19,2	22%	20	100	143	3,1	0,001
	Pobreza	72,1	85	29,5	41%	20	100	31	10,4	
Interação Social Positivo	Não Pobreza	84,5	100	21,8	26%	20	100	143	3,6	0,007
	Pobreza	72,3	80	26,5	37%	20	100	31	9,3	
Apoio de informação	Não Pobreza	84,1	95	21,9	26%	5	100	143	3,6	0,006
	Pobreza	71,6	80	27,1	38%	20	100	31	9,5	

Fonte: Próprio autor, 2024

7.2.2 Descrição e análise de relações entre as variáveis e a população em situação de pobreza e não pobreza

A próxima análise apresentada se refere ao descritivo e relações dos grupos que estão ou não estão em situação de pobreza, apresentada na Tabela 2, com as variáveis indicadas no Quadro 1.

A população entrevistada que estava em situação de pobreza totalizava 31 idosos, sendo a maioria na faixa etária de 60 a 69 anos (n=18; 58,1%), predominantemente do sexo feminino (n=22; 71,0%). Dentre eles, 10 (50,0%) eram analfabetos, 20 (64,5%) estavam desnutridos e todos moravam com uma ou mais pessoas (n=34; 100%). A maioria desses idosos apresentava um nível de fragilidade (n=24; 77,4%) e sintomas depressivos (n=17; 54,8%).

Os 143 idosos que não estavam em situação de pobreza também estavam na faixa de 60 a 69 anos (n=66; 45,8%); eram predominantemente do sexo feminino (n=79; 54,9%); moravam com uma ou mais pessoas (n=115; 79,9%); apresentaram maior escolaridade, sendo de 1 a 4 anos (n=88; 61,5%); apresentaram desnutrição (n=88; 61,5%) da mesma forma que as pessoas que estavam em situação de pobreza; outro dado que se assemelha é a fragilidade: 102 pessoas (70,8%) apresentaram algum nível, seja pré frágil ou frágil. A maioria não apresentou sintomas depressivos (n=115; 79,9%).

Para verificar se existe relação é preciso estudar os valores em percentuais. Assim, comparamos a distribuição da coluna de total com a distribuição das demais colunas (pobreza e não pobreza). Caso exista algum valor, por linha, que esteja muito diferente do valor da coluna total, é porque, muito provavelmente, ali se encontra uma associação e/ou dependência estatística.

A partir das análises, foi verificado que os idosos que estavam em situação de pobreza tinham relação estatisticamente significativa (diferença) com a distribuição das variáveis: escolaridade; se moravam sozinhos ou não; se tinham sintomas depressivos, assim como os níveis de sintoma: sem, leve e severos, p-valores destacados em vermelho na Tabela 2.

Tabela 2 - Comparação das pessoas em situação de pobreza com as variáveis apresentadas (n=174), São Carlos - SP, 2018

		Não Pobreza		Pobreza		Total		P-valor*
		N	%	N	%	N	%	
Desnutrição	Desnutrido	88	61,5%	20	64,5%	108	62,1%	0,757
	Sem Risco	55	38,5%	11	35,5%	66	37,9%	
Escolaridade	Analfabeto	22	22,0%	10	50,0%	32	26,7%	0,022
	De 1 a 4 anos	60	60,0%	6	30,0%	66	55,0%	
	5 ou mais anos	18	18,0%	4	20,0%	22	18,3%	
Faixa Etária	De 60 a 69	66	45,8%	18	58,1%	84	48,0%	0,445
	De 70 a 79	63	43,8%	11	35,5%	74	42,3%	
	80 ou mais	15	10,4%	2	6,5%	17	9,7%	
Fragilidade	Frágil	102	70,8%	24	77,4%	126	72,0%	0,459
	Não Frágil	42	29,2%	7	22,6%	49	28,0%	
Nível de Fragilidade	Não Frágil	42	29,2%	7	22,6%	49	28,0%	0,709
	Pré Frágil	80	55,6%	18	58,1%	98	56,0%	
	Frágil	22	15,3%	6	19,4%	28	16,0%	

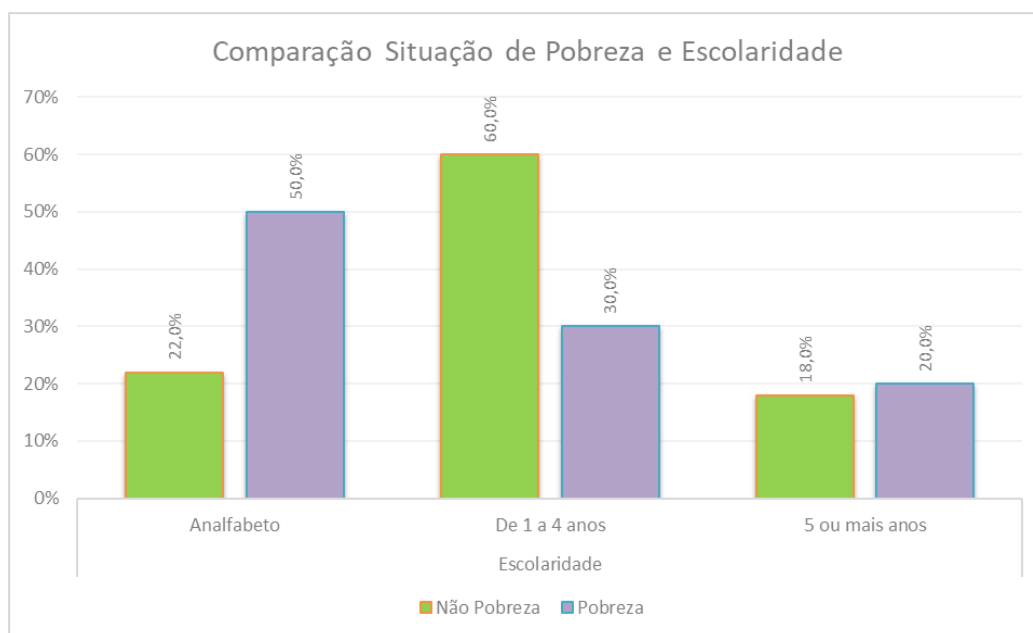
Sintomas Depressivos	Com Sintoma	29	20,1%	17	54,8%	46	26,3%	<0,001
	Sem Sintoma	115	79,9%	14	45,2%	129	73,7%	
Nível de Sintomas Depressivos	Sem sintomas	115	79,9%	14	45,2%	129	73,7%	<0,001
	Leve	23	16,0%	14	45,2%	37	21,1%	
	Grave	6	4,2%	3	9,7%	9	5,1%	
Mora Só	Não	115	79,9%	31	100%	146	83,4%	0,006
	Sim	29	20,1%	0	0,0%	29	16,6%	
Sexo	Feminino	79	54,9%	22	71,0%	101	57,7%	0,100
	Masculino	65	45,1%	9	29,0%	74	42,3%	

*Teste de Qui-quadrado de Pearson

A Tabela 2 relata uma conexão estatisticamente significativa entre a situação de pobreza e alguns aspectos socioeconômicos, incluindo a escolaridade (representada no Gráfico 4), a moradia (representada no Gráfico 5), e os sintomas depressivos (representados no Gráfico 6).

Ao observar a relação com a escolaridade entre aqueles não classificados como pobres, apenas 22,0% são analfabetos, contrastando com expressivos 50,0% entre os considerados pobres. Esta disparidade enfatiza a associação entre a pobreza e a falta de educação formal. Além disso, enquanto 60,0% das pessoas que não apresenta nenhuma situação de pobreza têm entre 1 e 4 anos de escolarização, apenas 30,0% dos que estão em condições de pobreza compartilham dessa faixa de escolaridade, como podemos observar no Gráfico 4. Por fim, embora a diferença seja menos acentuada, é notável que 20,0% dos idosos em situação de pobreza possuem 5 ou mais anos de estudo, em comparação com 18,0% dos que não apresentam nenhuma condição de pobreza. Este conjunto de dados ressalta a influência significativa da

pobreza na distribuição da educação e destaca a importância de políticas que busquem mitigar essa disparidade. O valor-p de 0,022 reforça a validade estatística dessas observações.

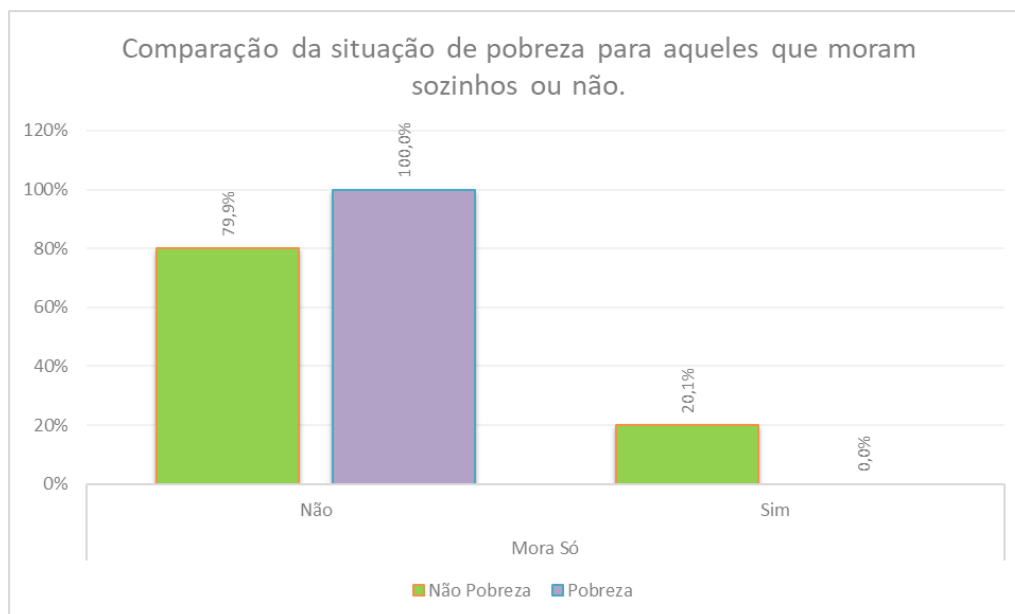
Gráfico 4 - Comparação da situação de pobreza e escolaridade (n=174), São Carlos, SP - 2018

Fonte: Próprio autor, 2024

A Tabela 2 mostra que, das 146 pessoas analisadas, 83,4% não moram sozinhas, enquanto 16,6% moram sozinhas; ela também ilustra a comparação entre pessoas, em situação de pobreza e não pobreza, que moram sozinhas. No grupo "Não Pobreza", 79,9% (n=115) não moram sozinhas e 20,1% (n=29) moram sozinhas. No grupo "Pobreza", não há indivíduos que moram sozinhos (0%), ou seja, 31 idosos (100%) vivem com uma ou mais pessoas, ilustrado no Gráfico 5.

O *p-valor* de 0,006 indica uma diferença estatisticamente significativa entre os grupos em relação ao fato de morar ou não sozinho. A análise sugere que pessoas em situação de pobreza tendem a não morar sozinhas, pois todos os indivíduos desse grupo vivem com outras pessoas. Isso pode indicar que, no contexto da pobreza, o apoio familiar ou social é necessário, refletindo uma maior dependência emocional e material. Por outro lado, no grupo que não está em situação de pobreza, uma parcela considerável (20,1%) mora sozinha, o que pode indicar maior independência ou melhores condições financeiras para viver de forma autônoma.

Gráfico 5 - Comparação da situação de pobreza das pessoas idosas entrevistadas, segundo as condições de moradia (n=174), São Carlos, SP - 2018

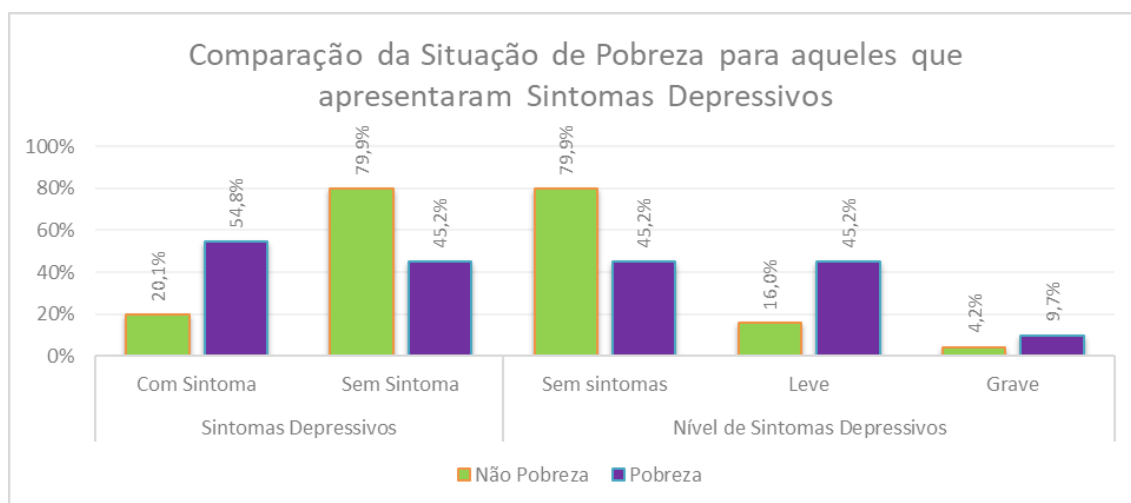


Fonte: Próprio autor, 2024

Através das análises dos rastreios de sintomas depressivos através do GDS, foi identificado que houve diferença na presença de sintomas depressivos entre os grupos em situação de pobreza e não pobreza. No grupo "Não Pobreza", 20,1% das pessoas (n=29) apresentaram sintomas depressivos, enquanto a grande maioria, 79,9% (n=115), não relatou esses sintomas. O oposto ocorreu no grupo "Pobreza", em que mais da metade, 54,8% (n=17), apresentou sintomas depressivos, e 45,2% (n=14) não apresentaram. Ao observar o total da amostra, 26,3% (n=46) das pessoas estudadas demonstraram sintomas depressivos, enquanto 73,7% (n=129) não tinham esses sintomas. O p-valor de $< 0,001$, grifado em vermelho na Tabela 2, indica que essa diferença entre os grupos em relação à presença de sintomas depressivos é estatisticamente significativa.

O Gráfico 6 ilustra a comparação das pessoas em situação de pobreza e não pobreza quanto à presença de sintomas depressivos e seus níveis (sem sintomas, leve e grave).

Gráfico 6 - Comparação da situação de pobreza para aqueles que apresentaram sintomas depressivos (n=174), São Carlos, SP - 2018



Fonte: Próprio autor, 2024

Ao analisar o nível dos sintomas depressivos, entre aqueles que não apresentaram sintomas, 79,9% (n=115) faziam parte do grupo "Não Pobreza", enquanto 45,2% (n=14) pertenciam ao grupo "Pobreza". Em relação aos sintomas leves, 16,0% (n=23) das pessoas no grupo "Não Pobreza" apresentaram essa condição, comparado a 45,2% (n=14) no grupo "Pobreza". Quando se trata de sintomas graves, a prevalência foi de 4,2% (n=6) no grupo "Não Pobreza" e 9,7% (n=3) no grupo "Pobreza". Mais uma vez, o *p-valor* de $<0,001$ confirma que há uma diferença significativa nos níveis de sintomas depressivos entre os dois grupos, com uma maior gravidade entre as pessoas em situação de pobreza. A Tabela 1, então, indica que a pobreza está associada não apenas a uma maior prevalência de sintomas depressivos, mas também a um aumento na gravidade desses sintomas.

Na Tabela 2 há, também, uma comparação entre o sexo das pessoas e os grupos estudados. O total geral dos participantes é composto por 57,7% (n=101) de pessoas do sexo feminino e 42,3% (n=74) do sexo masculino (*p-valor* de 0,100). No grupo "Não Pobreza", 54,9% (n=79) são do sexo feminino, enquanto 45,1% (n=65) são do sexo masculino. Já no grupo "Pobreza", 71,0% (n=22) são do sexo feminino e 29,0% (n=9) são do sexo masculino.

Embora a diferença entre os sexos nos dois grupos não seja estatisticamente significativa, o valor está próximo do limite de significância (*p-valor* de 0,100 até 5 pontos percentuais acima do *alfa* adotado), o que sugere que essa diferença pode tender a ser significativa com uma amostra maior ou um ajuste no critério de aceitação. Com a predominância do sexo feminino entre as pessoas em situação de pobreza, pode indicar que há uma vulnerabilidade maior das mulheres no contexto econômico.

7.3 Fatores associados à pobreza

Para realizar a análise dos fatores associados à pobreza, no presente estudo foi utilizada regressão logística. Foi verificada a análise multivariada em todas as variáveis apresentadas para prever a probabilidade de estar em situação de pobreza. Assim, analisar o efeito dessas múltiplas variáveis simultaneamente.

Na Tabela 3, logo a seguir, é mostrado o valor do coeficiente que multiplica o valor do fator (variável). Assim, quando o coeficiente é positivo nós dizemos que é um fator expositor ao risco, ou seja, neste caso ao risco de estar em situação de pobreza. Mas quando o coeficiente é negativo, nós dizemos que é um fator protetor ao risco. Essa análise de fatores é reforçada, também, com o *Odds Ratio* (OR) que é razão de chances, e, conseqüentemente, seu intervalo de confiança de 95%. Quando o fator for protetor, o OR será menor que 1 e quando for um fator expositor o OR será maior que 1.

Ao analisarmos os fatores de maneira multivariada, somente os sintomas depressivos apresenta fator com significância estatística. Como o valor do coeficiente é positivo (Coef. = 2,322) entende-se que se trata de um fator expositor ao risco. Conseqüentemente ao fator positivo nós temos um OR maior do que 1,00, que, no caso, ficou em 10,19. O que ressalta que pessoas com sintomas depressivos têm 10 vezes mais chances de estarem em alguma situação de pobreza do que pessoas que não têm sintomas depressivos, conforme apresentado na Tabela 3.

Tabela 3 - Análise de regressão logística multivariado para pessoas em situação de pobreza, (n=174), São Carlos - SP, 2018.

	Coef. (B)	Wald	P-valor	Odds Ratio		
				OR	Lim. Inferior	Lim. Superior
Apoio Material	2,003	0,641	0,423	7,41	0,05	1000,53
Apoio Afetivo	1,506	0,642	0,423	4,51	0,11	179,35
Apoio emocional	2,001	0,644	0,422	7,40	0,06	980,97
Interação Social Positiva	2,101	0,704	0,401	8,18	0,06	1106,62
Apoio Informacional	2,133	0,718	0,397	8,44	0,06	1172,75
Faixa Etária	0,182	0,121	0,728	1,20	0,43	3,34
Escolaridade	-0,507	1,133	0,287	0,60	0,24	1,53
Sexo Feminino	-0,081	0,017	0,897	0,92	0,27	3,16
Mora Só	-20,257	0,000	0,998	*	*	*
Sintomas depressivos	2,322	7,956	0,005	10,19	2,03	51,16
Fragilidade	0,209	0,072	0,789	1,23	0,27	5,70
Desnutrição	-0,788	1,172	0,279	0,45	0,11	1,89

Fonte: Próprio autor, 2024

Para melhor compreensão de quais são as probabilidades dos idosos em situação de pobreza, foi feito também a regressão logística binária para prever a probabilidade de o paciente desenvolver alguma doença ou agravo das situações, essa análise é feita partir de dois resultados possíveis das variáveis apresentadas na Tabela 3. Foi analisado então com a variável dependente, cujo é “em situação de pobreza” e “não pobreza”, aqueles que estão em situação de pobreza apresentam 4,5 vezes mais chances de apresentar sintomas depressivos do que as pessoas que não estão, conforme apresentado abaixo na Tabela 4. O que reforça a relação forte entre sintomas depressivos e pobreza.

Tabela 4 - Análise de Regressão logística binária para pessoas em situação de pobreza e sintomas depressivos, (N=174), São Carlos - SP, 2018

Variável	Categorias	p-valor	O.R.*	IC 95% O.R.*
Sintomas Depressivos	Sem sintomas depressivos (ref.)	---	1.00	---
	Com sintomas depressivos	<0,001	4.49	2.01 – 10.05

* OR (*Odds Ratio*) = Razão de risco para pobreza

IC 95% OR = Intervalo de 95% de confiança para a razão de risco.

Fonte: Próprio Autor (2024).

Realizaram-se análises com as outras variáveis apresentadas, no entanto não apresentaram dados significativos.

8 DISCUSSÃO

8.1 Perfil Sociodemográfico dos entrevistados

O presente estudo tem como objetivo analisar e discutir as relações das variáveis sociodemográficas (idade, sexo, escolaridade) e das variáveis de saúde (nutrição, fragilidade e sintomas depressivos), em idosos em situação de pobreza. Todas essas variáveis podem ser verificadas no Quadro 1 e, as que apresentaram significância, podem ser analisadas na Tabela 2.

8.1.1 Variáveis Sociodemográficas

As variáveis sociodemográficas foram idade, sexo e escolaridade. O presente estudo revela idosos pobres com idade entre 60-69 anos (58,1%); sexo feminino (71%); escolaridade: analfabetos (50%). Junto à escolaridade, relacionamos as questões de nutrição e de gênero, pois baixo nível de escolaridade está intrinsecamente relacionado à desnutrição e fome desde a infância, bem como à questão de gênero.

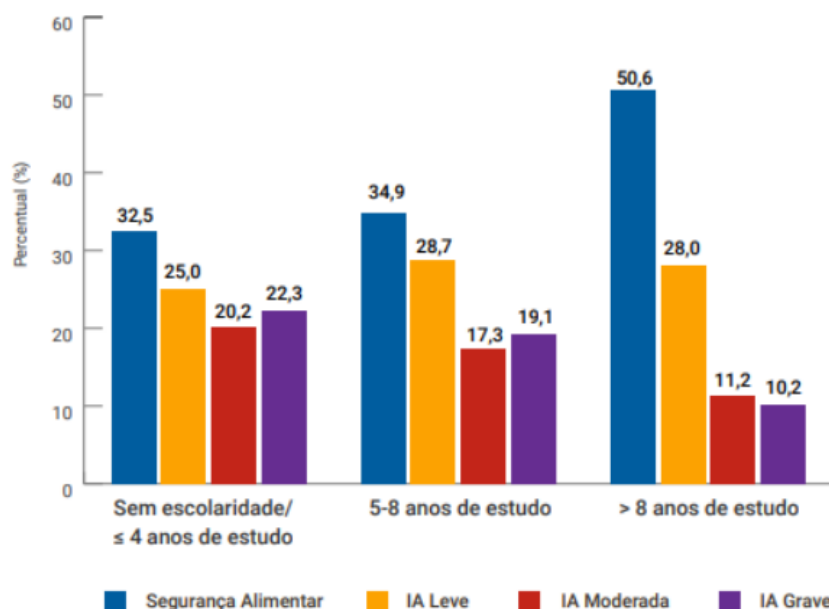
Como visto no Referencial Teórico, a pobreza, no Brasil, tem raízes históricas profundas, em função das desigualdades socioeconômicas que acometem o país desde sua colonização. Além disso, a pobreza é um problema multifatorial, com causas e efeitos variados, sendo um de seus principais fatores a baixa escolaridade da população. Além da relação entre pobreza e gênero feminino, foi encontrada forte relação entre pobreza e baixa escolaridade, bem como entre pobreza e desnutrição (Penssan, 2024).

A relação pobreza e baixa escolaridade faz um caminho de mão-dupla, sendo causa e consequência simultaneamente, isto é, a pobreza provoca baixa escolarização, como a baixa escolarização provoca a pobreza. A falta e/ou a dificuldade de acesso à educação formal, bem como a evasão escolar, acontecem, muitas vezes, pela distância da escola ao local de moradia (principalmente nas zonas rurais), como também pelas condições precárias de transporte até à escola; mas, o principal na relação baixa escolaridade e pobreza é quanto à falta de recursos nos lares, que obriga os estudantes a procurarem por fontes de renda (geralmente precárias, com baixa remuneração). Ou seja, a baixa escolaridade está diretamente relacionada à pobreza, pela necessidade dos estudantes gerarem renda, por estarem sujeitos à fome/insegurança alimentar.

Um estudo da Rede Brasileira de Pesquisa em Soberania e Segurança Alimentar e Nutricional – Rede Penssan – em 2022, mostra a relação entre escolaridade e nível de insegurança alimentar, como se verifica na figura a seguir:

Figura 8 - Relação entre segurança alimentar e escolaridade, Brasil, 2022

Distribuição percentual da Segurança Alimentar e dos níveis de Insegurança Alimentar (IA), segundo a escolaridade, Brasil. II VIGISAN - SA/IA e Covid-19, Brasil, 2021/2022.



Fonte: Pobreza, fome e desigualdade social: impactos na educação do Brasil (2024).

Esses dados demonstram a relação entre baixa escolaridade e pobreza, sendo que, nas famílias mais afetadas pela carência de alimentos, na maior parte os responsáveis pela renda possuem menos de 4 anos de estudo (22,3%). Os resultados de nossa pesquisa (Tabela 1), encontrou a mesma relação: 50% dos idosos entrevistados são analfabetos, e os demais têm apenas entre 1 a 4 anos de escolaridade.

No mesmo relatório da Rede Penssan (2024), “em 55,2% dos domicílios em situação de insegurança alimentar grave ou moderada houve a pausa nos estudos por um dos membros da família para complementar a renda – muitas vezes por meio de trabalhos informais” (Pobreza, fome e desigualdade social: impactos na educação do Brasil, 2024).

Além da relação da insegurança alimentar com a escolarização, que acabamos de ver, os dados do mesmo estudo (Pobreza, fome e desigualdade social: impactos na educação do Brasil, 2024) também revelam a importância da nutrição para o aprendizado: “[...] pesquisa sobre dieta e desenvolvimento, afirma que a falta de dois nutrientes, o triptofano e os ácidos graxos ômega-3, interfere em mecanismos de conexão e reorganização do cérebro” (n.p). Esses dois nutrientes são encontrados em “[...] proteínas de alto valor biológico, como frango, carnes, ovos e leite. Os ácidos graxos ômega-3 são encontrados principalmente em frutos do mar,

peixes e castanhas” (n.p), que, como sabemos, são alimentos bastante caros no Brasil, dificultando e quase impossibilitando que os pobres façam uso deles. Portanto, vemos a pobreza relacionada não só com a baixa escolaridade, mas também com a má nutrição, inclusive a desnutrição. Essa relação da desnutrição com a pobreza não se dá somente entre as crianças e jovens, como mostram os Resultados da pesquisa com os idosos, em que 64% dos entrevistados estão desnutridos.

Outro aspecto relacionado com a baixa escolaridade das pessoas em situação de pobreza, é quanto ao gênero, pois as mulheres ainda têm escolarização muito mais baixa que a dos homens.

Um levantamento da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (Unesco) mostrou que **quase 16 milhões de meninas entre 6 e 11 anos nunca irão à escola – o dobro do número de meninos, em comparação.** Embora esse seja um dado de 2016, o tema se reflete como um dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) da ONU, o nº 5: alcançar a igualdade de gênero e empoderar todas as mulheres e meninas (Pobreza, fome e desigualdade social: impactos na educação do Brasil, 2024, n.p). (Grifo nosso).

As principais causas que provocam a evasão escolar entre as mulheres, numa sociedade de forte machismo institucional, como a brasileira, são as questões familiares, o trabalho e a gravidez, pois as mulheres são educadas para servir, cuidar, enfim, deixar seus sonhos individuais, se submetendo às exigências e expectativas sociais de responderem aos papéis tradicionais de gênero, se responsabilizando pelas tarefas que a família e a sociedade atribuem às meninas e mulheres. Vejamos:

Segundo pesquisa sobre evasão escolar feita pelo Ministério da Educação e parceiras, questões familiares, trabalho e gravidez são os três principais elementos que afastam as jovens brasileiras dos estudos – **18,1% das meninas saem por causa da gravidez, contra 1,3% dos meninos que se tornam pais** (Pobreza, fome e desigualdade social: impactos na educação do Brasil, 2024, n.p). (Grifo nosso).

Por fim, ainda quanto à relação da baixa escolaridade com a mulher pobre, cabe mencionar algo muito importante, no âmbito da saúde pública, que é a pobreza menstrual, uma das causas da evasão escolar:

Para adolescentes, a pobreza menstrual acompanha a vulnerabilidade social, uma vez que **a falta de acesso a itens de higiene menstrual e a serviços de saneamento básico faz com que corram riscos de saúde e parem de ir à escola**, além da questão emocional e psicológica que acompanha o quadro.

Isso acarreta possibilidades de desenvolvimento escolar limitado (Pobreza, fome e desigualdade social: impactos na educação do Brasil, 2024, n.p). (Grifo nosso)

A questão de gênero, portanto, perpassa muitas dimensões, também estando relacionada com a feminização da velhice.

Segundo dados do IBGE (2023), o Brasil está se tornando cada vez mais feminino e com mais idosas, informação significativa que vai ao encontro aos dados analisados neste estudo – a feminização da velhice. Esses dados também corroboram com outros estudos sobre a velhice (Soares *et al.*, 2023). Estudiosos acreditam que a feminização da velhice tem ocorrido, pois mulheres estão menos expostas a riscos ocupacionais e buscam, frequentemente, serviços de saúde, em comparação ao sexo masculino (Didoné *et al.*, 2020). O consumo de álcool e cigarros apresentou um aumento relacionado ao que era encontrado na literatura, porém com atenção maior ao cuidado preventivo, que facilita diagnósticos de doenças de forma precoce ou no estágio inicial, quebra um pouco essas duas características maléficas. Ressalta-se, também, que mulheres idosas tendem a adotar um estilo de vida mais saudável e são mais ativas socialmente; além disso, a literatura relata que elas têm maior acesso a informações e se sentem mais confortáveis em buscar apoio (Didoné *et al.* 2020).

8.1.2 Variáveis de Saúde

As variáveis de saúde analisadas foram desnutrição, fragilidade e sintomas depressivos. O presente estudo apresentou um perfil de idosos em situação de pobreza desnutrição, fragilizado e com sintomas depressivos.

A desnutrição não teve significância em relação aos não pobres. No tópico 8.1.1, foi visto que a desnutrição aparece relacionada à baixa escolaridade e à pobreza, sendo responsável por problemas cognitivos nas crianças e adolescentes (Pobreza, fome e desigualdade social: impactos na educação do Brasil, 2024, n.p). Na velhice, a desnutrição aparece tanto entre idosos pobres quanto não pobres, por fatores mais fisiológicos do que sociais (Campos; Monteiro; Ornelas, 2000; Cintra; Nascimento; Souza, 2020; Manual MSD, s.d.; Pereira; Cotta; Franceschini, s.d.).

A fragilidade no estudo também não obteve significância estatística relacionada às pessoas não pobres neste estudo. Walsh *et al.* (2023) mostraram que a fragilidade não é exclusiva da velhice; mesmo assim, Marin e Panes (2015) demonstram que, na velhice, há maior vulnerabilidade quanto à fragilidade; mas isso não significa que a fragilidade esteja relacionada à pobreza (mesmo que a pobreza agrava os sintomas, em virtude da dificuldade de

acesso dos pobres a sistemas de saúde de mais qualidade), o que ratifica nossos achados de não significância dessa variável. Os dados apontam para a relação da fragilidade com a fisiologia (Moraes *et al.*, 2010; Costa, 2019) e não com as questões sociais. Apesar disso, Siriwardhana *et al.* (2018, n.p.) consideram que “A prevalência de fragilidade e pré-fragilidade parece ser mais elevada em idosos residentes na comunidade em países de rendimento médio-alto em comparação com países de rendimento elevado” o que não significa que idosos pobres tenham mais fragilidade, mas sim que países menos desenvolvidos tenham essa propensão, o que pode se relacionar às questões de saúde pública dos países, e não à pobreza individual de idosos.

Apesar dos nossos dados não ter corroborado uma relação estreita entre a relação da pobreza e fragilidade, as questões sociais também têm papel preponderante, como vemos na revisão sistemática de Hayajneh e Rababa (2021); segundo os estudos analisados (foram nove, realizados entre 2008 e 2020 em vários países ocidentais, incluindo o Brasil), os autores perceberam que “Os resultados desses estudos mostraram que a pobreza é um fator de risco socioeconômico para fragilidade [...]” (n.p); que “[...] a vida social contribui para a coexistência da fragilidade com a população pobre. Esse ponto pode ser explicado pelo sofrimento tanto da pobreza quanto da fragilidade [...]” (n.p); e, principalmente, concluíram que

[...] as variáveis sociais foram mostradas como fatores coexistentes para a fragilidade e a pobreza. Isso está em concordância com outros estudos que **explicaram as variáveis sociais como parte das consequências da pobreza e da fragilidade**, como a incapacidade de participar efetivamente da vida econômica e política, exclusão social, depressão, estresse, exclusão de processos de tomada de decisão, múltiplos transtornos mentais, **problemas de saúde física, deficiências sensoriais e funcionamento prejudicado** (Hayajneh; Rababa, 2021, n.p). (Grifos nossos).

Ou seja, foi encontrada relação entre fragilidade e pobreza em estudos feitos tanto no Brasil quanto em outros países ocidentais, o que nos mostra que a fragilidade é uma variável multifatorial, devendo ser tratada holisticamente, inclusive considerando as questões financeiras dos sujeitos, sejam idosos ou não; mas, de acordo com nossos estudos, os idosos precisam ser olhados de maneira mais cuidadosa, em virtude de suas especificidades, que os tornam mais propensos a desenvolverem fragilidade.

Em relação aos sintomas depressivos, houve significância estatística relacionada aos não pobres (54,8%), o que significa que os sintomas depressivos estão mais presentes nas pessoas em situação de pobreza. Não somente por ser significativo, quanto por ser essencial para nossa tese, seguiremos com uma análise mais detalhada desta variável.

8.1.3 Sintomas depressivos e pobreza

Os sintomas depressivos têm estreita relação com a situação de pobreza, sendo, por isso, considerados um fator de risco. E o número de pessoas com depressão, no Brasil, é altíssimo; segundo a OMS (2022, n.p), “O Brasil é o país com a maior prevalência desta doença na América Latina, de acordo com o relatório “Depressão e outros transtornos mentais”.

Além disso, a OMS (2022) aponta que o número de pessoas que sofrem de doenças mentais comuns está aumentando no mundo inteiro, principalmente em países de baixa renda. Também há o alerta de que, apesar da depressão atingir pessoas de todas as idades e níveis de renda, o risco de alguém ficar deprimido aumenta com a pobreza, o desemprego, e com fatos da vida como a morte de uma pessoa próxima, o fim de um relacionamento, a debilitação física, bem como problemas causados pelo consumo de álcool ou drogas.

Outros dados, ainda da OMS (2022), mostram que o Brasil tem a população mais depressiva da América Latina, e, mesmo assim, para cada 100 mil habitantes, o SUS conta com apenas 19 psicólogas(os) para esse atendimento.

Essa discrepância entre os números de profissionais da saúde e de pacientes, acaba por levar à precarização do atendimento, tornando a situação bem grave e complexa, pois estudos indicam que pessoas expostas à violência, estresse e vulnerabilidade social têm mais chances de diagnóstico de doenças, com o agravante da desigualdade no tratamento oferecido pelas redes pública e particular. Biologicamente, os baixos níveis de testosterona tornam as mulheres mais suscetíveis a certas doenças. Social e psicologicamente, elas enfrentam mais responsabilidades e maior vulnerabilidade, o que contribui para um número maior de diagnósticos, em comparação aos homens (Costa, 2023). Cruzando esses dados com os encontrados em nossa pesquisa, de predominância do sexo feminino entre as pessoas em situação de pobreza, tornam-se claras as preocupações quanto ao atendimento deficitário oferecido pelo SUS.

A desigualdade social existente no Brasil - que também transparece no acesso aos tratamentos de saúde e na qualidade deles -, é a principal causa da pobreza (Barros; Henriques; Mendonça, 2020); pobreza que, como já visto, acaba provocando sintomas e doenças, inclusive a depressão. Num estudo de Sandy Junior, Borim e Neri (2023), que mostra uma relação diretamente proporcional entre solidão e depressão, mais de 16% dos participantes disseram sempre sentir solidão; 31,7% relataram ter essa sensação às vezes; e, um índice superior a 50%, disse que nunca vivenciam esse processo. O problema ocorre mais em mulheres com baixa

formação escolar, com mais de 80 anos e avaliação ruim sobre a própria saúde. Os autores apontam, com esses dados, o peso que a desigualdade e a pobreza exercem sobre essa realidade:

Pessoas com baixa escolaridade, em geral, são mais pobres, têm menos recursos econômicos, baixo capital social e poucos recursos de toda natureza. Elas, com muita frequência, não têm nenhum controle sobre os eventos negativos que afetam as suas vidas. Por isso, elas se sentem desamparadas. Elas não têm recursos para enfrentar. Pessoas desamparadas, sozinhas, isoladas, isso é uma combinação bastante difícil para que elas possam lidar (Sandy Junior; Borim; Neri, 2023, n.p).

Outro estudo revelou que quase 12 a cada 100 pessoas idosas relataram ter depressão, sendo mais comum em mulheres, de 60 a 69 anos, de cor autodeclarada branca e com múltiplas condições crônicas. Quanto ao tratamento, a maioria das pessoas idosas com depressão utiliza apenas medicamentos, com poucas recorrendo à psicoterapia ou terapia complementar. A depressão teve maior frequência entre pessoas idosas com menor escore de apoio social, ou seja, menores quantidades de amigos, familiares, menor frequência de atividades comunitárias e de trabalho. Assim, há necessidade de incentivo à adoção de medidas não farmacológicas para tratamento da doença, tais como o uso de práticas integrativas e complementares, atividades físicas, mudanças no estilo de vida e fomento a atividades sociais (Silva; Feitosa; Silva *et al.*, 2024). Essa pesquisa tem perfil bastante semelhante ao do nosso estudo, com maioria mulheres, na faixa de 60 a 69 anos de idade e baixo suporte social.

Os estudos aqui discutidos, corroboram os resultados encontrados nesta pesquisa, de que a pobreza tem relação diretamente proporcional com a depressão, sendo, então, que há necessidade de políticas públicas que procurem vencer a desigualdade social (e, portanto, a pobreza), principalmente voltadas para os idosos, para que problemas como a depressão não os continuem afetando tão intensamente.

8.2 Fatores associados à pobreza

Os dois fatores associados à pobreza, que verificamos neste estudo, foram a depressão (como fator de risco em relação à pobreza), e o apoio social (como fator protetor à pobreza).

Por ser multidimensional, a pobreza envolve fatores de estresse como insegurança financeira, isolamento social e acesso limitado a cuidados adequados, o que pode aumentar a vulnerabilidade dos idosos a transtornos mentais, especialmente à depressão (OMS, 2022).

A relação entre situação de pobreza e depressão está sendo analisada em diversos estudos, os quais apontam que há forte associação entre essas condições (Keymolen; Linares, 2020; Melo; Oliveira, 2021; Lopes; Galvão; Oliveira, 2021; Felipe *et al.*, 2023; IBGE, 2023),

corroborando com os dados do presente estudo, que também identificou os sintomas depressivos como um risco significativo associado à pobreza, mostrando que idosos em situação de pobreza têm dez vezes mais chances de desenvolver depressão, em comparação àqueles que não estão nessa condição. A falta de medicamentos e de uma alimentação adequada, resultante da insegurança financeira, são problemas que contribuem para o agravamento dos sintomas depressivos entre os idosos pobres. Além disso, muitos deles enfrentam dificuldades para pagar por serviços de saúde mental ou acessar recursos públicos, devido à sobrecarga dos sistemas de saúde (IBGE, 2023; OMS, 2022).

A prevalência de depressão entre idosos em situação de pobreza é consideravelmente maior do que entre os de classes socioeconômicas mais altas. Uma pesquisa realizada no Brasil, que investigou a saúde mental de idosos em áreas de alta vulnerabilidade social, mostrou que a depressão estava presente em mais de 40% dos idosos com baixa renda (Melo; Oliveira, 2021). O fator socioeconômico é um dos principais determinantes da saúde mental, reforçando a ideia de que a pobreza afeta o indivíduo de forma ampla, tanto biologicamente quanto social e psicologicamente (Melo; Oliveira, 2021; Felipe *et al.*, 2023; IBGE, 2023). Em 2022, a OMS reconheceu a pobreza como um dos principais fatores sociais que afetam a saúde mental dos idosos, destacando que as taxas de depressão são significativamente mais altas em populações vulneráveis, incluindo os idosos em situação de pobreza (OMS, 2022).

Em uma revisão sistemática, encontraram-se evidências de que a característica do perfil do idoso pobre são mulheres, com idade avançada, baixa escolaridade e fragilizadas (Felipe *et al.*, 2022), corroborando com os dados obtidos em nossa pesquisa.

Ainda, a pobreza traz isolamento social e de atividades de lazer, ficando o idoso, portanto, sem acesso a redes de apoio social. O suporte social, assim como nos resultados deste estudo, e em outros da literatura, é identificado como um fator protetor da pobreza (Melo; Oliveira, 2021; OMS, 2022).

Quanto ao apoio social, é um fator protetor com relação à pobreza (conforme Tabela 1), sendo que os idosos com um bom suporte social têm menos chances de serem pobres; isso ocorre por poderem receber apoio financeiro, e não apenas afetivo, emocional, de informação (para lidar com os problemas que enfrentam), interação social positiva, como já visto no Referencial Teórico deste trabalho.

De acordo com Liao *et al.* (2023, n.p.), temos que:

Em particular, os suportes financeiros, como seguro saúde e assistência financeira derivada da família, desempenham um grande papel em assuntos de assistência. Pesquisas mostram que o suporte social possivelmente tem um impacto na pobreza, mas a associação entre suportes formais e informais não é clara.

Apoio, aqui, a partir da literatura estudada, é entendido de maneira ampla, não apenas quanto ao suporte institucional e às políticas governamentais para idosos - apoio formal -, mas à rede de apoio informal - da família, da comunidade (Martins, 2000; Matsuruka; Maturano; Oishi, 2002; Mercadante, 2002).

A literatura mostra que os idosos, em geral, recebem apoio e/ou cuidados majoritariamente da família, sendo que a comunidade (vizinhos, amigos) praticamente não presta apoio a eles: “Essas redes são baseadas quase exclusivamente em parentes - 86% para não pobres e 85% para pobres -, sendo amigos e vizinhos pouco presentes (3% e 4% de amigos e 8% e 7% de vizinhos) [...]” (Redes de apoio social no Rio de Janeiro e em São Paulo, 2011, n.p). Também se nota, nos mesmos dados, que o percentual, tanto de idosos pobres como de não pobres, é praticamente igual quanto ao apoio recebido. Diferentemente dos nossos entrevistados (idosos em situação de pobreza), que relataram não receber apoio algum, seja de familiares seja da comunidade.

Vejamos, então, como se dá a relação entre apoio social e pobreza, comparando alguns estudos nacionais e estrangeiros com os dados de nossos resultados.

8.3 Apoio social e pobreza

Outra questão analisada, é quanto ao apoio social que os idosos recebem. Apoio, aqui, entendido de maneira ampla, não apenas ao apoio institucional e às políticas governamentais para idosos (apoio formal), mas à rede de apoio informal (da família, da comunidade). O apoio pode ser material, afetivo, emocional, de informação (para lidar com os problemas que enfrentam), interação social positiva. Os entrevistados responderam sobre todos esses tipos de apoio, se tinham ou não. Relataram apoio/cuidados da comunidade e da família (sendo que muitos deles ainda ajudam os familiares que vivem com eles, por exemplo fazendo tarefas domésticas, cuidando das crianças, dos doentes e de outros idosos, e, até mesmo, garantindo

financeiramente as despesas familiares com o benefício governamental que alguns recebem, além da renda de trabalhos informais que realizam). A literatura mostra que os idosos recebem apoio e/ou cuidados majoritariamente da família, sendo que a comunidade (vizinhos, amigos) praticamente não presta apoio a eles: “Essas redes são baseadas quase exclusivamente em parentes - 86% para não pobres e 85% para pobres -, sendo amigos e vizinhos pouco presentes (3% e 4% de amigos e 8% e 7% de vizinhos) [...]” (Redes de apoio social no Rio de Janeiro e em São Paulo, 2011, n.p.). Diferentemente dos nossos entrevistados, que relataram não receber apoio o suficiente.

Ainda, cabe ressaltar que o apoio/cuidados prestados são extremamente díspares entre os pobres e os não pobres, ou seja, os não pobres contam com uma rede de apoio muito mais ampla que os pobres, com maior quantidade de cuidados e de qualidade bastante superior; por seu lado, os idosos pobres, quando têm algum apoio e cuidados, estudos demonstram que são de qualidade muito aquém do desejável e do necessário (Liao *et al.*, 2023; Sánchez-Moreno; Gallardo-Peralta, 2022).

O estudo de Sánchez-Moreno e Gallardo-Peralta (2022) fez uma análise da relação entre depressão, desigualdade de renda e apoio social entre idosos (com 65 anos ou mais) de 24 países europeus, chegando a algumas conclusões relevantes: quanto mais apoio social, menores taxas de depressão; a relação entre apoio social e depressão diferiu entre os países estudados, com os dados demonstrando que quanto maior a desigualdade social, o contexto para a depressão é mais favorável.

Já o estudo de Liao *et al.* (2023), com finalidade de verificar a relação entre diferentes suportes sociais (formais e informais) e o alívio da pobreza para idosos, comparou dados de 2683 idosos com 60 anos ou mais, da China, EUA e Irã, de diferentes condições econômicas, todos com despesas médicas. Através de regressão logística binária, o objetivo foi analisar a associação entre apoio social e pobreza na velhice. Os resultados obtidos demonstraram que os suportes financeiros (como o seguro-saúde e a assistência financeira advinda da família) têm grande importância para o alívio da pobreza, ou seja, o apoio social financeiro formal é fator protetor quanto à pobreza, enquanto o suporte informal é insignificante quanto a isso. Segundo os autores:

Descobrimos que ter seguro saúde privado e maior taxa de reembolso de cuidados hospitalares estavam associados a menor probabilidade de viver na pobreza para idosos. O suporte formal afetaria diretamente a pobreza, mas seu impacto na pobreza por meio do suporte informal é insignificante, mesmo que o suporte formal esteja negativamente associado ao suporte informal (Liao *et al.*, 2023, n.p)

Toda esta discussão nos faz perceber a importância do apoio social como fator protetor contra a pobreza na velhice, tanto o suporte formal quanto o informal, sendo o formal mais relevante quanto às despesas com saúde dos idosos, prevenindo a pobreza originada ou aumentada com os gastos provenientes dessas despesas.

Quanto aos resultados de nosso estudo, vimos que os idosos em situação de pobreza, no geral, não contam com redes de apoio informais; e com relação às formais (políticas públicas e institucionais), também têm grande dificuldade de acessá-las, por falta de recursos financeiros para chegar a quem oferece esse apoio, assim como por falta de informação.

De qualquer forma os idosos, em função de suas peculiaridades, tanto quanto, ou mesmo mais que outras faixas etárias, necessitam de apoio social; e as políticas públicas nesse sentido são mais que urgentes para proporcionar um suporte mais robusto e prevenir - ou, até mesmo erradicar - a pobreza na velhice.

8.4 Idosos sem informações da renda

Uma das principais limitações de nosso estudo foi a delimitação de dados; para analisar se as pessoas estão, ou não, em situação de pobreza, era preciso avaliar a renda, de acordo com os índices; por ser um estudo quantitativo, entende-se que algumas perdas¹¹ (27% do total dos entrevistados; uma porcentagem alta) foram das pessoas que não souberam (53,13% das perdas), e outras que não quiseram (46,87% das perdas), relatar sua renda. Portanto, esse “silêncio” nos fez questionar seus motivos: por que alguns idosos não souberam ou não quiseram relatar sua renda? O que faz com que um aspecto tão importante da vida das pessoas adultas (o conhecimento e a administração de sua renda) não aconteça para alguns idosos? O que leva um idoso a abrir mão de conhecer e, conseqüentemente, administrar sua renda, ou então se recusar a relatá-la? Alguém está cuidando disso em seu lugar? Se sim, por quê?

A possível resposta para responder a essas indagações passa pela questão cultural, familiar, desses idosos. Consideramos que se trata de uma estratégia de sobrevivência do idoso no seio de sua família, numa sociedade que não consegue acolhê-lo (o que configura uma violência estrutural) e o deixa à mercê da violência financeira perpetrada pelos familiares. Portanto, estratégia de sobrevivência do idoso, mesmo quando mora sozinho, por não ter redes de apoio que não seja a familiar, medo do abandono, da solidão, da falta de cuidados a que seria submetido sem ter, pelo menos, sua família (por piores que sejam os cuidados recebidos). Vejamos, então, do que se trata a Violência Financeira contra os idosos.

¹¹ Ver Figura 7.

A Violência Financeira contra idosos é qualquer prática que se aproprie ilicitamente do patrimônio ou da renda de uma pessoa idosa; essa violência, ou abuso financeiro, pode ser realizada por familiares, profissionais, instituições etc. Inclusive, o Estatuto do Idoso¹² (Lei 10.741/2003 de 1º de outubro de 2003) configura como crime a conduta de receber ou desviar bens, dinheiro ou benefícios de idosos.

Um estudo sobre essa violência, realizado em 2022, em Maringá/PR, mostra que a maioria dos idosos estudados, vítimas de violência, eram mulheres entre 60-69 anos de idade. Com relação à renda, 37,3% recebiam entre 1,1 e 2 salários, morando com parentes; 91% relataram saber ler e escrever, e ter filhos (91%). Percebe-se, por esse estudo, que o perfil sociodemográfico predominante é o de mulheres idosas de baixa renda e com escolaridade mínima. Esses dados encontrados vão de encontro aos dados desta pesquisa, segundo a qual, de acordo com nossas análises no tópico 7.1, verificou-se que a maioria dos idosos, vítimas de violência financeira, eram mulheres, e que essa violência era realizada por familiares, dentro do ambiente doméstico, no sentido de ficarem com/ou administrarem a renda recebida por essas mulheres, o que mostra como a mulher pobre continua sendo submetida à exploração financeira que a sociedade, machista e capitalista, a obriga. Ainda, segundo esse estudo:

[...] no arranjo domiciliar da pessoa idosa, a renda tem papel de destaque. O fato do idoso ter renda o estimula a buscar independência, morar sozinho, mas por outro lado, principalmente em situações de pobreza, atrai familiares interessados em compartilhar desses benefícios, aumentando a probabilidade da coabitação, que aumenta o risco de violência contra ele (Leindecker et al, 2022, n.p).

Interessante, também, trazer um outro estudo para esta discussão, desta vez como contraponto ao que foi constatado até aqui: que a maioria das vítimas de violência contra idosos são mulheres. Esse estudo analisou uma amostra de 555 Boletins de Ocorrência, e, como resultado, tiveram que a maioria das vítimas (70,4%) eram do sexo masculino. Vejamos:

Os dados revelaram que a violência financeira apresentou prevalência de 58,9%, e que o **idoso mais velho** (67,9%), do sexo masculino (70,4%) e **solteiro** (75,0%) apresentou maior percentual de violência financeira em comparação com os outros tipos, **ocorrendo principalmente em local público**, com 3,1 mais chances de ocorrência do que na residência em que o idoso vive (SANTOS *et al.*, 2019, n.p). (Grifos nossos).

¹² Ver em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estatuto_idoso_3edicao.pdf>.

Analisando os dados desta amostra, podemos pensar que o alto número apresentado de vítimas masculinas da violência financeira, se deve a algumas questões: o fato de serem idosos mais velhos, que, como já visto, conforme a idade avança, mais vulneráveis os idosos ficam; o fato das vítimas serem solteiras, que demonstra a maior fragilidade emocional dos idosos que, provavelmente, não contam com uma rede de apoio familiar; o fato da violência financeira ocorrer prevalentemente em locais públicos, portanto realizados por estranhos (e não familiares no ambiente doméstico, como costuma acontecer com as mulheres); e, por último, mas extremamente importante, notar que essa amostra é de Boletins de Ocorrência, o que nos faz pensar que, provavelmente, quando as vítimas são homens, e fora do ambiente doméstico, elas registram B.O., recorrendo ao sistema de polícia judiciária, na busca de seus direitos, coisa que as mulheres vítimas de violência doméstica (financeira ou outras), realizadas por seus familiares, não costumam fazer, em função do machismo estrutural, como já visto.

Como finalização deste tópico, entendemos que a sociedade, como um todo, precisa enfrentar os desafios que a maior longevidade traz, vitimando, principalmente as pessoas idosas, com toda sorte de violências (inclusive a financeira doméstica, pelos familiares, que não costuma ser tão visível quanto outras). Nesse sentido, cabe buscar estratégias de prevenção, proteção e apoio aos idosos nessas condições.

9 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Uma das principais limitações de estudo foi a delimitação de dados; para analisar se as pessoas estão ou não em situação de pobreza, era preciso avaliar a renda, de acordo com os índices e, por ser um estudo quantitativo, entende-se que houve alguns “silêncios” de um grupo de pessoas que não foram incluídas nas análises do estudo, justamente por não saber ou não querer relatar sua renda. Isso também pode estar associado à não identificação de idosos em “extrema pobreza”, já que foram ignorados aqueles que não sabiam, não falaram ou não tinham renda.

Houve, também, a impossibilidade de dados longitudinais, com novas avaliações e análises de dados referentes a condições sociodemográficas pós-pandemia.

10 CONCLUSÃO

A partir deste estudo, foi possível identificar as características da população idosa residente em bairros de alta vulnerabilidade social, e usuária de USFs, em um município do interior de SP. Observou-se que a maioria dos idosos não vivia em situação de pobreza de acordo com o IBM, considerando que a cidade entrevistada apresenta um bom índice de progresso social.

Os idosos que não estavam em situação de pobreza eram, em sua maioria, mulheres; moravam com uma ou mais pessoas; tinham escolaridade entre 1 e 4 anos; não apresentavam sintomas depressivos; porém, em grande parte, eram frágeis e desnutridos. Esses dados negativos também foram encontrados entre os idosos em situação de pobreza, que eram principalmente mulheres entre 60 e 69 anos, analfabetas, desnutridas e que residiam com uma ou mais pessoas. Além disso, os idosos em situação de pobreza apresentavam maior fragilidade e sintomas depressivos.

Foram encontradas relações estatisticamente significativas entre o grupo de pessoas em situação de pobreza com: baixa escolaridade; maior prevalência de sintomas depressivos, sejam eles leves ou severos; e tendência de morar com uma ou mais pessoas; todos esses fatores reforçam a necessidade de maior apoio social e familiar.

O estudo verificou que sintomas depressivos também são um fator associado à pobreza, indicando que idosos que apresentam esses sintomas têm dez vezes mais chances de estarem em situação de pobreza em comparação com aqueles que não apresentam. O apoio social emerge como um fator protetor, ajudando a prevenir a pobreza. Ao analisar a relação entre o suporte social nos grupos de idosos pobres e não pobres, constatou-se que os idosos que não estão em situação de pobreza recebem melhor apoio social, seja ele material, afetivo, emocional, interacional ou informacional. Em contraste, os idosos em situação de pobreza apresentam um baixo nível de suporte social.

Os resultados deste estudo reforçam a necessidade de políticas públicas voltadas para os idosos, independentemente de estarem em contexto de vulnerabilidade ou não, além de destacar a importância de atualizar e melhorar as políticas já existentes. Também é crucial desenvolver teorias e estudos sobre o envelhecimento e a população idosa, especialmente no contexto latino-americano e brasileiro, onde muitos países ainda estão em desenvolvimento, mas apresentam um crescimento significativo da população idosa. No caso do Brasil, pesquisas

apontam que o envelhecimento da população está ocorrendo em um ritmo acelerado comparável ao de países desenvolvidos.

É necessário criar teorias que abordem o envelhecimento de forma biopsicossocial, superando a visão predominantemente biológica, que tende a associar a velhice apenas à fragilidade física e mental, dando pouca relevância aos impactos sociais e psicológicos. Muitas pessoas, na faixa etária da velhice, não se identificam como tal, pois o que é falado e mostrado nos passa o envelhecimento como algo homogêneo, igual para todos; porém, ao contrário, há uma diversidade quando se fala em envelhecimento, velhice – diversidade fisiológica, psicológica e social.

Portanto, precisamos de teorias que levem em conta o contexto social em que os idosos estão inseridos, mostrando como o envelhecimento, muitas vezes, ocorre em meio à pobreza e à vulnerabilidade. É importante ressaltar que questões como a existência de favelas, ignoradas pelo Censo geográfico brasileiro por 50 anos, voltaram a ser mencionadas apenas em 2022. É como se fosse um tabu falar sobre pobreza, sobre pobre. E, inclusive, como se ser pobre fosse uma culpa, responsabilidade individual de cada um, “pelo que fez da própria vida”. É urgente contextualizar a pobreza como problema social e político, e não individual, ou familiar.

Nesse contexto da pobreza, deve-se considerar o papel que a pessoa idosa tem nos arranjos familiares. Torna-se necessário refletir acerca de como se apresenta o envelhecimento ativo nos segmentos sociais mais pauperizados dos países em desenvolvimento. Frequentemente, a pessoa idosa assume total ou parcialmente o sustento econômico com seus poucos recursos financeiros, provenientes de benefícios que recebem do governo como aposentadorias, pensões, ou até mesmo renda do trabalho informal, que os idosos exercem para sustentar a si e aos demais. O apoio econômico que oferecem também inclui o compartilhamento de seus bens, como a sua moradia, por exemplo. Observam-se, nas dinâmicas de relações de apoio, a dependência dos familiares para com a pessoa idosa, que assume ativamente papéis com valor econômico, como no caso do cuidado de outros familiares – como crianças, familiares doentes, ou cuidando de outros idosos, ou assumindo serviços domésticos. Em contextos de pobreza, o idoso se desempenha ativamente dentro de um processo de envelhecimento – necessário de aprofundar –, na construção de conhecimento em gerontologia. A realidade do curso da vida, do envelhecimento ativo em países em desenvolvimento, encontra-se permeada por desigualdades e iniquidades em que a pessoa idosa, nas interações de “dar e receber”, continua, ativamente, a oferecer apoio para seus familiares e

para a sociedade. Portanto, continua a provocação científica, acadêmica, política e social acerca da conquista de maior equidade nas redes de suporte social que incluem pessoas idosas.

A capacitação e o incentivo a profissionais de diversas áreas, como saúde, assistência social, educação e até a publicidade, por exemplo, são fundamentais para transformar as práticas voltadas ao envelhecimento, promovendo um processo mais tranquilo, empático e saudável.

Por fim, é importante lembrar que todos estamos envelhecendo e que todos, sem exceção, merecemos um envelhecimento digno e acolhedor, com suporte adequado.

REFERÊNCIAS

ABEP. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério de Classificação Econômica Brasil. *Alterações na aplicação do Critério Brasil, válidas a partir de 01/06/2019*. 2019. Disponível em: <https://www.abep.org/criterioBr/01_cceb_2019.pdf>. Acesso em: 11/07/2023.

ACESSAR O CENTRO DE REFERÊNCIA DA ASSISTÊNCIA SOCIAL. Assistência Social. Rede de Assistência e Proteção Social. Proteção social. *Gov.br.*, 2023. Disponível em: <<https://www.gov.br/pt-br/servicos/acessar-o-cras-centro-de-referencia-da-assistencia-social#:~:text=O%20CRAS%20%C3%A9%20um%20direito>>. Acesso em: 22/04/2024.

ALVES, Ianara Fabiana R. D.; MELO, Luan A. F.; QUINTELA, Eduardo Henrique S. X.; DAVID, Ana Karoline F.; NUNES, Isadora Maria L.; MOREIRA, Thaís Fernanda R.; MEDEIROS, Magdalena C.; ALBINO, Beatriz de A.; RAMOS, André Luís B. M.; DEININGER, Layza de S. C. Processo de trabalho em uma unidade de saúde da família: um relato de experiência/Work process in a family health unit. *Brazilian Journal Of Health Review*, [S.l.], v. 4, n. 3, p. 10849-10862, 18 maio de 2021. South Florida Publishing LLC. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.34119/bjhrv4n3-099>>. Acesso em: 11/07/2023.

ALVES, José Eustáquio D. Demografia e Economia nos 200 anos da Independência do Brasil e cenários para o século XXI (com a colaboração de GALIZA, F). *ENS*, maio de 2022. Disponível em: <https://ens.edu.br:81/arquivos/Livro%20Demografia%20e%20Economia_digital_2.p>. Acesso em: 11/07/2023.

ANDRADE, Célia Regina de. *Associação entre apoio social e frequência relatada de autoexame de mamas no Estudo Pró-Saúde*. Dissertação de Mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/4941>>. Acesso em: 11/07/2023.

ARAÚJO, Pablo Antonio B. de; STIES, Sabrina W.; WITTKOPF, Priscila Geraldine; NETTO, Almir S. Índice da qualidade do sono de Pittsburgh para uso na reabilitação cardiopulmonar e metabólica. *Rev Bras Med Esporte*, vol.21, n.6, pp.472-475, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1517-869220152106147561>>. Acesso em: 11/07/2023.

ARROYO, M. G. Reinventar a política: reinventar o sistema de educação. *Educação & Sociedade*, v. 34, n. 124, 2013. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0101-73302013000300002>>. Acesso em: 11/07/2023.

BALTES, Paul B. Theoretical propositions of life-span developmental psychology: on the dynamics between growth and decline. *Developmental Psychology*, Washington, DC, v. 23, n. 5, p. 611-626, 1987.

BANCO MUNDIAL. *World Development Report 2018: Learning to Realize Education's Promise*. Washington, DC: World Bank, 2018. Disponível em: <<https://www.worldbank.org/en/news/press-release/2017/09/26/world-bank-warns-of-learning-crisis-in-global-education>>. Acesso em: 11/07/2023.

BARROS, Ricardo P. de; HENRIQUES, Ricardo; MENDONÇA, Rosane. Desigualdade e pobreza no Brasil: retrato de uma estabilidade inaceitável. *Rev. bras. Ci. Soc.*, v. 15, n. 42, Fev 2000. 2000. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-69092000000100009>>. Acesso em: 05/06/24.

BEAUVOIR, Simone. *A velhice*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.

BERTOLUCCI, Paulo H. F.; BRUCKI, Sônia M. D.; CAMPACCI, Sandra R.; JULIANO, Yara. *O mini exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade*. Arquivos Neuropsiquiatria. v. 52, n.1, p. 1-7, 1994. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/anp/a/Sv3WMxHYxDkkgmcN4kNfVTv/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 11/07/2023.

BRASIL, 2017 IBGE. *Síntese de Indicadores Sociais: uma análise das condições da população Brasileira*. Brasília: IBGE, 2017. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101459.pdf>>. Acesso em: 11/07/2023.

Brasil, s.d. BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde – CNS. *O que é o SUS*. 2024. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/web_sus20anos/sus.html>. Acesso em: 22/04/2024.

BRASIL. Casa Civil. Notícias. *Brasil reduz a extrema pobreza, segundo estudo do Banco Mundial*. 08/11/2022. Disponível em: <<https://www.gov.br/casacivil/pt-br/assuntos/noticias/2022/novembro/brasil-reduz-a-extrema-pobreza-segundo-estudos-do-banco-mundial#:~:text=Segundo%20o%20Banco%20Mundial%2C%20a,%2C%20cerca%20de%20R%24%2011>>. Acesso em: 11/07/2023.

BRASIL. Diário Oficial da União. *Lei Nº 8.742, de 7 de dezembro 1993*. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Brasília, 1993. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8742.htm>. Acesso em: 22/04/2024.

BRASIL. Diário Oficial da União. *Lei Orgânica da Seguridade Social*. Lei Nº 8.212, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre a organização da Seguridade Social, institui Plano de Custeio, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Casa Civil, Brasília, 1991. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8212cons.htm>. Acesso em: 22/04/2024.

BRASIL. Governo Federal. Participar de serviços da proteção social básica: programas e benefícios assistenciais. Gov.br, [s.d.]. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/servicos/participar-de-servicos-da-protecao-social-basica-programas-e-beneficios-assistenciais>

BRASIL. Lei nº 14.423, de 22 de julho de 2022. Altera a Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, para substituir, em toda a Lei, as expressões "idoso" e "idosos" pelas expressões "pessoa idosa" e "pessoas idosas", respectivamente. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 25 jul. 2022. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2022/lei/L14423.htm

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 188, de 3 de fevereiro de 2020*. Declara Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV). Diário Oficial da União 4 fev. 2020. Disponível em:

<https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/portaria/portaria-188-20-ms.htm>. Acesso em: 11/07/2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica. Programa Saúde da Família. *A Implantação da Unidade de Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao_unidade_saude_familia_cab1.pdf>. Acesso em: 22/04/2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Gestão do Cuidado Integral. *Guia de cuidados para a pessoa idosa*. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_cuidados_pessoa_idosa.pdf>. Acesso em: 22/04/2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Panorama dos suicídios e lesões autoprovocadas no Brasil de 2010 a 2021. *Boletim Epidemiológico* 4, v. 55, n. 4, 6 fev. 2024. 2024a. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2024/boletim-epidemiologico-volume-55-no-04.pdf>>. Acesso em: 22/04/2024.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Secretaria Nacional de Assistência Social. *Benefícios Eventuais no SUAS*. Brasília, DF, 2020. Disponível em: <https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Folders/beneficios_eventuais.pdf>. Acesso em: 11/07/2023.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Orientações técnicas: Centro de Referência de Assistência Social – CRAS. 1. ed. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2009. 72 p. ISBN 978-85-60700-29-5.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. Política Nacional de Assistência Social (PNAS/2004): Norma Operacional Básica – NOB/SUAS. Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2005. Reimpressão: 2009.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. Política Nacional de Assistência Social (PNAS/2004): Norma Operacional Básica – NOB/SUAS. Brasília, DF: MDS, 2005.

BRASIL. Secretarias Estaduais de Saúde. *Coronavírus/Brasil*, 2021. Brasília, 2021. Disponível em: <<https://covid.saude.gov.br/>>. Acesso: 11/07/2023.

BRITO NETO, Aníbal C. Desenvolvimento social e alívio da pobreza no discurso do Banco Mundial: implicações para as políticas de formação de professores. *Polyphonia*, [S. l.], v. 32, n. 1, p. 219–240, 2021. Disponível em: <<https://www.revistas.ufg.br/sv/article/view/67401>>. Acesso em: 11/07/2023.

BRITO, Tábatta Renata P. de; DUARTE, Yeda Aparecida de O.; LEBRÃO, Maria Lúcia. Redes sociais e funcionalidade em pessoas idosas: evidências do estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento (SABE). *Revista Brasileira de Epidemiologia*, [S.l.], v. 21, n. 2, p. 01-15, 4

fev. 2019. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1980-549720180003.supl.2>>. Acesso em: 11/07/2023.

BRONZO, Carla. Vulnerabilidade, empoderamento e metodologias centradas na família: conexões e uma experiência para reflexão. In: BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. *Concepção e gestão da proteção social não contributiva no Brasil*. Brasília, DF: UNESCO; MDS, 2009. p. 171-202.

BRUCKI, Sônia M. D.; NITRINI, Ricardo; CARAMELLI, Paulo; BERTOLUCCI, Paulo H. F.; OKAMOTO, Ivan H. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. *Arq. Neuro-Psiquiatr.*, São Paulo, v. 61, n. 3B, p. 777-781, 2003. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0004-282X2003000500014>>. Acesso em: 11/07/2023.

BUYSSE, Daniel J.; REYNOLDS III, Carlos F.; MONGE, Timothy H.; BERMAN, Susan R.; KUPFER, David J. The Pittsburgh sleep quality index: A new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Research*, [S.l.], v. 28, n. 2, p.193-213, maio de 1989. Disponível em: <[http://dx.doi.org/10.1016/0165-1781\(89\)90047-4](http://dx.doi.org/10.1016/0165-1781(89)90047-4)>. Acesso em: 11/07/2023.

BVS, 2011 BRASIL. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde. *Envelhecendo em um Brasil mais velho: implicações do envelhecimento populacional para o crescimento econômico, a redução da pobreza, as finanças públicas e a prestação de serviços*. Brasília: Banco Mundial, 2011. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/bvsmis/resource/pt/mis-31970>>. Acesso em: 11/07/2023.

CAMARANO, 2016 ou Caderno ALCÂNTARA, Alexandre de O.; CAMARANO, Ana Amélia; GIACOMIN, Karla Cristina. (Orgs.) *Política nacional do idoso: velhas e novas questões*. Rio de Janeiro: IPEA, 2016. p. 479-514. Disponível em: <<https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2016/10/Pol%C3%ADtica-Nacional-do-Idoso-velhas-e-novas-quest%C3%B5es-IPEA.pdf>>. Acesso em: 11/07/2023.

CAMARANO, Ana Amélia (Org.). *Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?* Rio de Janeiro: IPEA, 2010. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/445958/mod_resource/content/1/Cuidados_de_Longa_Duracao_para_a_pessoa_idosa.pdf>. Acesso em: 11/07/2023.

CAMARANO, Ana Amélia; BARBOSA, Pamela. Instituições de longa permanência para idosos no Brasil: do que está se falando? In: CAMARANO, Ana Amélia (Org.) *Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?* Rio de Janeiro: Ipea, 2010. Disponível em: <<https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/9146/1/Institui%C3%A7%C3%B5es%20de%20longa%20perman%C3%Aancia.pdf>>. Acesso em: 11/07/2023.

CAMARANO, Ana Amélia; MELLO, Juliana Leitão e. Cuidados de longa duração no Brasil: o arcabouço legal e as ações governamentais. In: CAMARANO, Ana Amélia. (Org.). *Cuidados de longa duração para população idosa: um novo risco social a ser assumido?* Rio de Janeiro: IPEA, 2010. p. 68-92.

CAMPELO, Vera Lúcia. *Proteção social de idosos e suas famílias no Sistema Único de Assistência Social*. Audiência Pública da Comissão de Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa para debater sobre as Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs). Brasília, 25 de maio de 2017. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/atividade->

legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/comissao-de-defesa-dos-direitos-da-pessoa-idosa-cidosa/apresentacoes-em-eventos/apresentacoes-de-convidados-em-audiencias-de-2017/audiencia-publica-sobre-instituicoes-de-longa-permanencia-para-idosos-25-5-2017/apresentacao-ap-25-5-17-mds>. Acesso em: 11/07/2023.

CAMPOS, Maria Teresa F. de S.; MONTEIRO, Josefina B. R.; ORNELAS, Ana Paula R. de C. Fatores que afetam o consumo alimentar e a nutrição do idoso. *Revista de Nutrição*, v. 13, n. 3, p. 157–165, dez. 2000. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1415-52732000000300002>>. Acesso em: 11/07/2023.

CARVALHO, Augusto Xavier de. A reforma trabalhista e o mito da geração de empregos. *Carta Social e do Trabalho*, n.38, p.12-31, 2018. Disponível em: <<https://www.cesit.net.br/wp-content/uploads/2019/05/Carta-Social-e-do-Trabalho-38.pdf>>. Acesso em: 11/07/2023.

CASELATO-SOUSA, Valéria Maria; GUARIENTO, Maria Elena; CROSTA, Gilberto; PINTO, Mariângela A. da S.; SGARBIERI, Valdemiro Carlos. Uso da Mini Avaliação Nutricional para Avaliação do Perfil de Pacientes Idosos em Ambulatório de Geriatria e em Instituições de Longa Permanência. *International Journal Of Clinical Medicine*, [S.l.], vol. 2, n. 5, p. 582-587, 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.4236/ijcm.2011.25096>>. Acesso em: 11/07/2023.

CINTRA, Khellyn L.; NASCIMENTO, Cássia Regina B.; SOUZA, Isabel F. de. Fatores que afetam o consumo alimentar e nutrição do idoso – Revisão integrativa. *Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento*, Ano 05, ed. 12, vol. 2, p. 129-143. Dezembro de 2020. Disponível em: <<https://www.nucleodoconhecimento.com.br/nutricao/nutricao-do-idoso>>. Acesso em: 11/07/2023.

Correia LEITE, Izildo C. Pobreza, representações, identidade e Política Social. *Jornada Internacional de Políticas Públicas* 2, São Luís, 23 a 26 ago. 2005. Disponível em: <https://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinppII/pagina_PGPP/Trabalhos2/Izildo_Corr%C3%AAa_Leite241.pdf>. Acesso em: 11/07/2023.

COSTA, Joice S.; COSTA, Denise Gisele S.; POLTRONIERI, Cristiane de Fátima; SOARES, Nanci. Notas Críticas: Risco e Vulnerabilidade Social no Processo de Envelhecimento e Velhice. *SER Social*, [S. l.], v. 21, n. 45, p. 390–412, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.26512/ser_social.v21i45.24032>. Acesso em: 22/04/2024.

COSTA, Juliana M. da; SILVA, Gessyka P. da. Concepções de saúde para idosos acompanhados em ambulatório de geriatria de uma instituição hospitalar. *Rev. SBPH*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 111-128, dez. 2015. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582015000200008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 06/05/2024.

CRESPO, A. P. A.; GUROVITZ, E. A pobreza como um fenômeno multidimensional. *RAE - Revista de Administração de empresas*, v. 1, n. 2. jul./dez. 2002. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/raeel/a/LVPkw9yHZfJ9kvjC8VSgTsh/>>. Acesso em: 22/04/2024.

DAUMAS, Regina P.; SILVA, Gulnar A. e; TASCA, Renato; LEITE, Iuri da C.; BRASIL, Patrícia; GRECO, Dirceu B.; GRABOIS, Victor; CAMPOS, Gastão Wagner de S. O papel da atenção primária na rede de atenção à saúde no Brasil: limites e possibilidades no enfrentamento da covid-19. *Cadernos de Saúde Pública*, [S.l.], v. 36, n. 6, p. 73-88, 2021. FapUNIFESP

(SciELO). Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00104120>>. Acesso em: 11/07/2023.

DIEESE - Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos. *Quem são os idosos brasileiros*. Boletim Especial, 30 de abril, 2020. Disponível em: <www.dieese.org.br/boletimespecial/2020/boletimEspecial01.html>. Acesso em: 11/07/2023.

DONATI, Liamar; BEUTER, Margrid; SCHIMITH, Maria Denise. Organização do Cuidado ao Idoso Dependente / Organization of Care to the Dependent Elderly. *Textos & Contextos*, Porto Alegre, [S.l.], v. 17, n. 1, p.115-127, 22 ago. 2018. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.15448/1677-9509.2018.1.25727>>. Acesso em: 11/07/2023.

DRAGO, Susana Margarida M. dos S.; MARTINS, Rosa Maria L. A Depressão no Idoso. *Millenium*, n. 43, p. 79-94, junho/dezembro, 2012. Disponível em: <<file:///C:/Users/User/Downloads/Dialnet-ADepressaoNoIdoso-4126261.pdf>>. Acesso em: 11/07/2023.

DUARTE, Yeda Aparecida de Oliveira *et al.* Fragilidade em idosos no município de São Paulo: prevalência e fatores associados. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, [S.l.], v. 21, n. 2, p. 01-16, 4 fev. 2019. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1980-549720180021.supl.2>>. Acesso em: 22/04/2024.

FELIX, Jorge. “Economia do Care” e “Economia da Longevidade”: o envelhecimento populacional a partir de novos conceitos. *Argumentum*, Vitória (ES), v. 6, n.1, p. 44-63, jan./jun. 2014. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5322009/mod_resource/content/1/Economia%20do%20Care%20%20e%20Economia%20da%20Longevidade.pdf>. Acesso em: 06/05/2024.

FERNANDES, Camila S.; PEREIRA, Yara M. A importância da Mini Avaliação Nutricional (MAN) em idosos moradores de casas de repouso. *Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento*, Ano 05, ed. 04, vol. 01, p. 05-13. Abril de 2020. Disponível em: <<https://www.nucleodoconhecimento.com.br/nutricao/mini-avaliacao-nutricional>>. Acesso em: 11/07/2023.

FERRAIUOLI, Ceneida; FERREIRA, Scheilla. O outro lado da "melhor idade": Depressão e Suicídio em Idosos. *Humanas Sociais & Aplicadas*, [S.l.], v. 7, n. 18, mar. 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.25242/88767182017821>>. Acesso em: 11/07/2023.

FERREIRA, Laura F.; SILVA, Cátia Milena; PAIVA, Aline C. de. Importância da avaliação do estado nutricional de idosos. *Brazilian Journal of Health Review*, [S. l.], v. 3, n. 5, p. 14712–14720, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.34119/bjhrv3n5-265>>. Acesso em: 11/07/2023.

FERRIOLLI, Eduardo; MORIGUTI, Júlio César; FORMIGHIERI, Paulo F. Idoso frágil. In: *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4383824/mod_resource/content/1/O%20Idoso%20Fragil.pdf#:~:text=Crit%C3%A9rios%20de%20fragilidade%2C%20conforme%20Fried,de%20Fried%20e%20colaboradores%2C%202001>. Acesso em: 22/04/2024.

FOLSTEIN, Marshal F.; FOLSTEIN, Susan E.; MCHUGH Paul R. “Mini-mental state”: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of*

Psychiatric Research, v. 12, n. 3, p. 189-198, novembro 1975. Disponível em: <[https://doi.org/10.1016/0022-3956\(75\)90026-6](https://doi.org/10.1016/0022-3956(75)90026-6)>. Acesso em: 11/07/2023.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA - FBSP. *17º Anuário brasileiro de Segurança Pública*. 2023. Disponível em: <<https://publicacoes.forumseguranca.org.br/handle/fbsp/57>>. Acesso em: 22/04/2024.

FREIRE, Paulo. *Pedagogia do oprimido*. 60. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2016.

FRIED, Linda P.; TANGEN, Catherine M.; WALSTON, Jeremy; NEWMAN, Anne B. *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 de mar. 2001. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1093/gerona/56.3.m146>>. Acesso em: 11/07/2023.

GALEANO, Eduardo. *As veias abertas da América Latina*. Tradução: Galeno de Freitas. 39 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2000.

GOMES, Irene. Pobreza cai para 31,6% da população em 2022, após alcançar 36,7% em 2021. *Agência IBGE Notícias*, 06/12/2023. 2023. Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/38545-pobreza-cai-para-31-6-da-populacao-em-2022-apos-alcancar-36-7-em-2021#:~:text=Em%202022%2C%20havia%2067%2C8,5%20milh%C3%B5es%20de%20pessoas%2C%20respectivamente>>. Acesso em: 11/07/2023.

GUERREIRO, Evandro P. A dialética de Marx e a naturalização capitalista da pobreza. *Somesj*, v. 3, n. 3, p. 64-77, 2022. Disponível em: <<http://www.esocialbrasil.periodikos.com.br/article/626ab2e1a9539544a011d5e2/pdf/esocial-brasil-3-3-64.pdf>>. Acesso em: 22/04/2024.

GUESSER, Jessica Christina A. B.; DEMAMBRO, Elizeu. O papel do Cras na distribuição de cestas básicas em meio à pandemia do Covid-19 em Barra do Garças-MT – 2020. *Revista De Ciência Política, Direito E Políticas Públicas - POLITI(K)CON*, v.1, n.1, mar-julho, p. 68-83, 2021. Disponível em: <<https://periodicos.unemat.br/index.php/politikcon/article/view/5363>>. Acesso em: 11/07/2023.

GUIGOZ, Yves. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of Literature - What does it tell us? *J Nutr Health Aging*, v. 10, n. 6, p. 466-485, 2006. PMID: 17183419. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17183419/>>. Acesso em: 22/04/2024.

GUSSO, Gustavo; LOPES, José Mauro C.; DIAS, Lêda C. *Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática*. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

HAYAJNEH, Audai A.; RABABA, Mohammad. The Association of Frailty with Poverty in Older Adults: A Systematic Review. *Dement Geriatr Cogn Disord*, v. 50, n. 5, p. 407–413, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1159/000520486>>. Acesso em: 06/05/24.

HIRSCH, Donald; CONCIALDI, Pierre; MATH, Antoine; PADLEY, Matt; PEREIRA, Elvira; PEREIRINHA, Jose; THORNTON, Robert. The Minimum Income Standard and equivalisation: reassessing relative costs of singles and couples and of adults and children. *Journal Of Social Policy*, [S.l.], v. 50, n. 1, p. 148-167, 4 fev. 2020. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1017/s0047279419001004>>. Acesso em: 11/07/2023.

Hopkins, 2020 JOHNS HOPKINS. Coronavirus Resource Center. Global map [Internet]. *University e Medicine, Baltimore*, 2020. Disponível em: <<https://coronavirus.jhu.edu/map.html>>. Acesso em: 11/07/2023.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNADC) 2016 a 2019*. 2019. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/trabalho/17270-pnad-continua.html>>. Acesso em: 11/07/2023.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Saúde e bem-estar da população idosa no Brasil*. 2023. Rio de Janeiro: IBGE, 2023. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9221-sintese-de-indicadores-sociais.html>>. Acesso em: 11/07/2023.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Síntese de Indicadores Sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira 2019*. Rio de Janeiro: IBGE, 2020. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9221-sintese-de-indicadores-sociais.html>>. Acesso em: 11/07/2023.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Síntese de Indicadores Sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira 2022*. Rio de Janeiro: IBGE, 2022. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101979.pdf>>. Acesso em: 11/07/2023.

Jairo, 1996 FONSECA, Jairo S. da; MARTINS, Gilberto de A. *Curso de Estatística*. 6 ed. São Paulo: Atlas, 1996.

JASMINE, Cassy Mah; PENWARDEN, Jodie Lynn; POTT, Henrique; THEOU, Olga; ANDREW, Melissa Kathryn. Social vulnerability indices: a scoping review. *BMC Public Health*, v. 23, n. 1, 28 jun. 2023. Disponível em: <<https://doi.org/10.1186/s12889-023-16097-6>>. Acesso em: 22/04/2024.

JUSTO, Ana Maria; SILVA, Caroliny Duarte da; AMARAL, Mariana; GIRALDI, Bruna Maiara. Contribuições da psicologia à experiência de envelhecer: relatos de um programa de extensão. *Revista Eletrônica de Extensão*, Florianópolis, v. 19, n. 42, p. 26-41, 27 de maio. 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.5007/1807-0221.2022.e85595>>. Acesso em: 06/05/2024.

KERSTENETZKY, Celia L. *Desigualdade e pobreza: lições de Sen*. 2000. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-69092000000100008>>. Acesso em: 11/07/2023.

KERSTENETZKY, Celia Lessa. Consumo social e crescimento redistributivo: notas para se pensar o modelo de crescimento para o Brasil. *Revista de Economia Política*, São Paulo, v.36, n. 1, p. 142, jan./mar. 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0101-31572016v36n01a03>>. Acesso em: 11/07/2023.

KEYMOLEN, Daniel Lozano.; LINARES, Sergio Cuauhtémoc G. R. Efectos de la depresión y la diabetes en el riesgo de mortalidad de adultos mayores mexicanos. *Horizonte Sanitario*, v. 19, n. 2, p. 241-253, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.19136/hs.a19n2.3631>>. Acesso em: 06/05/24.

LEINDECKER, Cassiana Regina; BOSIO, Jaqueline Pauluci; FRITZEN, Thais Cristina C.; MACUCH, Regiane da S. Violência Financeira: dados sociodemográficos de idosos. *Saúde Coletiva Barueri*, 2022. Disponível em: <<https://revistasaudecoletiva.com.br/index.php/saudecoletiva/111489#:~:text=As%20autoras%20se%20propuseram%20a%20analisar%20as,em%20homens%20e%20psicol%C3%B3gica%20em%20mulheres%209>>.

LIAO, Hui; LI, Sangsang; HAN, Dan; ZHANG, Mei *et al.* Associations between social support and poverty among older adults. *BMC Geriatr*, v. 23, n. 384, 2023. Disponível em: <<https://doi.org/10.1186/s12877-023-04079-7>>. Acesso em 06/05/24.

LINO, Valéria Teresa S.; PEREIRA, Silvia Regina M.; CAMACHO, Luiz Antônio B.; RIBEIRO FILHO, Sérgio T.; BUKSMAN, Salo. 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. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100010>>. Acesso em: 11/07/2023.

LOPES, Jonas Mikael; GALVÃO, Fábio D.; OLIVEIRA, Angelo Giuseppe R. da C. Risco de morte em idosos com sonolência excessiva diurna, insônia e depressão: estudo de coorte prospectiva em população urbana no nordeste brasileiro. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 117, n. 3, p. 446-454, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.36660/abc.20200059>>. Acesso em: 11/07/24.

MA, Yao; HOU, Lisha; YANG, Xiufang; HUANG, Zhixin; YANG, Xue; ZHAO, Na; HE, Min; SHI, Yixin; KANG, Yan; YUE, Jirong. The association between frailty and severe disease among Covid-19 patients aged over 60 years in China: a prospective cohort study. *Bmc Medicine*, [S.l.], v. 18, n. 1, p. 73-819, 7 set. 2020. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1186/s12916-020-01761-0>>. Acesso em: 11/07/2023.

MANUAL MSD. Versão Saúde para a Família. *Destaque para Idosos: Desnutrição*. [s.l.: s.n.]. 2024. Disponível em: <<https://www.msdmanuals.com/pt-br/casa/multimedia/table/destaque-para-idosos-desnutri%C3%A7%C3%A3o>>. Acesso em: 11/07/2023.

MARIN, Maria José S.; PANES, Vanessa C. B. O Envelhecimento e a questão da qualidade de vida. In: DÁTILO, Gilsenir Maria P. de A.; CORDEIRO, Ana Paula (orgs.). *Envelhecimento humano: diferentes olhares*. Marília: Oficina Universitária. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2015, p. 221-237. Disponível em: <https://www.marilia.unesp.br/Home/Publicacoes/envelhecimento-humano_ebook.pdf>. Acesso em: 11/07/2023.

MARTINS, Rosa Maria L. A Relevância do Apoio Social na Velhice. *Educação, Ciência e Tecnologia*, v. 17, n. 3, p. 128-134, 2005. Disponível em: <<https://revistas.rcaap.pt/millennium/article/view/8422>>. Acesso em: 22/04/2024.

MATSURUKA, Thelma S.; MATURANO, Edna M.; OISHI, Jorge. O questionário de Suporte Social (SSQ): estudos da adaptação para o português. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 10, n. 5, p. 675-681, 2002. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-11692002000500008>>. Acesso em: 11/07/2023.

MATUS-LÓPEZ, Mauricio. Tendências e reformas nas políticas de atenção aos idosos com dependência. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 31, n. 12, p. 2475-2481, 2015a. disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00039315>>.

MEDEIROS, Wesley da S. Estado, pobreza e a política dos números. *Espaço Acadêmico*, v. 20, n. 226, p. 235-250, 1 jan. 2021. Disponível em: <<https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/EspacoAcademico/article/view/51293>>. Acesso em: 22/04/2024.

MELO, C. G.; OLIVEIRA, P. N. A prevalência da depressão em idosos pobres: um estudo em áreas vulneráveis. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 2021.

MENDONÇA, Jurilza Maria B. de; ABIGALIL, Albamaria P. de C.; PEREIRA, Potyara Amazoneida P.; YUSTE, Antonio; RIBEIRO, Joaquim Hudson de S. O sentido do envelhecer para o idoso dependente. *Ciência & Saúde Coletiva*, [S.l.], v. 26, n. 1, p. 57-65, jan. 2021. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232020261.32382020>>. Acesso em: 11/07/2023

MERCADANTE, Elisabeth. Aspectos Antropológicos do Envelhecimento. In: Netto, M.P. (Org.). *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada*, p. 73-76, 2002. São Paulo (SP): Atheneu.

MINAYO, Maria Cecília de S.; HARTZ, Zulmira Maria de A.; BUSS, Paulo M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência e Saúde Coletiva*, [S.l.], v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232000000100002>>. Acesso em: 11/07/2023.

MINAYO, Maria Cecília de S.; MENDONÇA, Jurilza Maria B.; SOUSA, Girliani S. de; PEREIRA, Telma F. da S.; MANGAS, Raimunda Matilde do N. Políticas de apoio aos idosos em situação de dependência: Europa e Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, [S.l.], v. 26, n. 1, p. 137-146, jan. 2021. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232020261.30262020>>. Acesso em: 11/07/2023.

MINISTERIO DE SAUDE, 2014 BRASIL. Ministério da Saúde. *Diretrizes para o Cuidado das pessoas idosas no Sus*: Proposta de Modelo de Atenção Integral. XXX Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Brasília, maio 2014. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_cuidado_pessoa_idosa_sus.pdf>. Acesso em: 11/07/2023.

MINKLER, Meredith. Critical Perspectives on Ageing: New Challenges for Gerontology. *Ageing and Society*, v. 16, n. 4, p. 467-487, jul. 1996. Disponível em: <<https://doi.org/10.1017/S0144686X00003639>>. Acesso em: 06/05/2024.

MONTAÑO, Carlos. Pobreza, “questão social” e seu enfrentamento. *Serv. Soc. Soc.*, n. 110, jun 2012. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0101-66282012000200004>>. Acesso em 22/04/2024.

MORAES, Edgar N.; MORAES, Flávia Lanna; LIMA, Simone de P. P. Características biológicas e psicológicas do envelhecimento. *Rev. Med. Minas Gerais*, v. 20, n. 1, p. 67-73, 2010. Disponível em:

<http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_artigos/197.pdf>. Acesso em: 11/07/2023.

MORAIS, Nara Livia de F. *Crescimento pró-pobre no Brasil: análises para o Índice de Pobreza Multidimensional Municipal (IPM-M)*. 2020. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Economia) – Instituto de Economia e Relações Internacionais, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, MG, 2020. Disponível em: <<https://repositorio.ufu.br/handle/123456789/30762>>. Acesso em: 11/07/2023.

MORENO V., Omar A.; GUERRA R., Joslyn A.; DIÉGUEZ H., Julio. Índice de pobreza multidimensional de Panamá – Año 2018. *Ministerio de Economía y Finanzas*, Septiembre de 2018. Disponível em: <<https://www.gabinetesocial.gob.pa/wp-content/uploads/2019/12/MED-DAES-Informe-del-%C3%8Dndice-de-Pobreza-Multidimensional-de-Panam%C3%A1-2018.pdf>>. Acesso em: 11/07/2023.

MORENO, Jacob Levy. Fundamentos da sociometria. São Paulo: Summus, 1983.

MORENO, Jacob Levy. Quem sobreviverá? Fundamentos da sociometria, psicoterapia de grupo e sociodrama. Goiânia: Dimensão, 1992.

MORLEY, John E. Desnutrição. *Manual MSD*, jul. 2021. Disponível em: <<https://www.msmanuals.com/pt-br/casa/dist%C3%BArbios-nutricionais/desnutri%C3%A7%C3%A3o/desnutri%C3%A7%C3%A3o>>. Acesso em: 11/07/2023.

MURILLO, Roberth Steven G. Desigualdades sociais na velhice e as potencialidades da prática intersectorial em saúde: algumas considerações gerontológicas. *O Social em Questão*, Ano XXIV, n. 50, mai a ago, 2021. P. 363-386. Disponível em: <<https://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/52357/52357.PDF>>. Acesso em: 11/07/2023.

MURRAY, 1993 SPIEGEL, Murray R. *Estatística: Coleção Schaum*. 3 ed. São Paulo: Makron Books, 1993.

NERI, Anita L.; GUARIENTO, Maria Elena. *Fragilidade, Saúde e Bem-estar em Idosos: dados do estudo FIBRA Campinas*. Campinas: Alínea, 2011.

NERI, Marcelo. *A escalada da desigualdade: qual foi o impacto da crise sobre a distribuição de renda e a pobreza?* Rio de Janeiro: FGV Social, 2019. Disponível em: <<https://cps.fgv.br/desigualdade>>. Acesso em: 22/04/2024.

OEA - Organização dos Estados Americanos. *Convenção Interamericana sobre a Proteção dos Direitos Humanos dos Idosos*. Washington: OEA, 15 de jun. 2015. Disponível em: <https://www.oas.org/en/sare/documents/CIPM_POR.pdf>. Acesso em: 22/04/2024.

OLIVEIRA, Deuzivania C. de; NOLETO, Lêda S. de O.; VIZOLLI, Idemar; OSÓRIO, Neila B. Lupa da pobreza: diversidade dos sujeitos velhos e pobres na sociedade. *Humanidades e Inovação*, v.8, n.52, 2021. Disponível em: <<https://revista.unitins.br/index.php/humanidadesinovacao/article/view/3842>>. Acesso em: 11/07/2023.

OLIVEIRA, Natália A.; SOUZA, Érica N.; BRIGOLLA, Allan Gustavo; ROSSETTI, Estefani S. Senior caregivers in different housing arrangements: comparison of health and care profiles. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 40, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180225>>. Acesso em: 11/07/2023.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Mental health of older adults. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>. Acesso em: 08/09/2024

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas, 2018. Washington DC: OMS, 2018. 2015. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49578/9789275320280_spa.pdf?sequence=9&isAllowed=y>. Acesso em: 22/04/2024.

OPAS – ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. *Plano de ação sobre a Saúde dos Idosos, incluindo o envelhecimento ativo e saudável: Relatório Final* (2019). Washington DC: OPAS, 2019. Disponível em: <<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51634/CD57-INF-9-p.pdf?sequence=3&isAllowed=y>>. Acesso em: 22/04/2024.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Burn-out an "occupational phenomenon": International Classification of Diseases. Genebra: OMS, 2019. Disponível em: <https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Summary reports on proceedings, minutes and final acts of the International Health Conference held in New York from 19 June to 22 July 1946. Geneva: World Health Organization, 1948. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/85573>

PAIVA, Wilma Maria B. A velhice como fase do desenvolvimento humano. *Rev. psicol.* (Fortaleza, Impr.), v.4, n. 1, p. 15-23, jan.-jun. 1986. Disponível em: <https://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/10807/1/1986_art_vmbpaiva.pdf>. Acesso em: 11/07/2023.

PASINATO, Maria Tereza de M.; KORNIS, George E. M. A inserção dos cuidados de longa duração para idosos no âmbito dos sistemas de seguridade social: experiência internacional. In: CAMARANO, Ana Amélia. (Org.). *Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?* Rio de Janeiro: IPEA; 2010. p. 39-66. Disponível em: <https://portalantigo.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/livros/livro_cuidados.pdf>. Acesso em: 11/07/2023.

PAUGAM, Serge. A desqualificação social: ensaio sobre a nova pobreza. São Paulo: Cortez, 2003.

PEDROSO, Márcia N. C. A pobreza e a desigualdade: uma realidade brasileira no século XXI. *Leituras de Economia Política*, n. 31, p. 31-54, 2020. Disponível em: <https://www.eco.unicamp.br/images/arquivos/artigos/LEP/L31/07_Artigo03.pdf>. Acesso em: 11/07/2023.

PEREIRA, Renata J.; COTTA, Rosângela M. M.; FRANCESCHINI, Sylvia do C. C. Fatores associados ao estado nutricional no envelhecimento. *RMMG* (www.rmmg.org), v. 16, n. 3, p. 160-164, 2006. Disponível em: <<https://www.rmmg.org/artigo/detalhes/277#:~:text=Como%20fatores%20de%20risco%20para,exposi%C3%A7%C3%A3o%20%C3%A0%20luz%20solar%2C%20acuidade>>. Acesso em: 11/07/2023.

PICHON-RIVIÈRE, Enrique. O processo grupal. 8. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2009.

PICHON-RIVIÈRE, Enrique. Teoria do vínculo. São Paulo: Martins Fontes, 2007.

PINHEIRO, Hudson Azevedo; MUCIO, Adriana de Almeida; OLIVEIRA, Larissa de Freitas. Prevalência e fatores associados à síndrome da fragilidade em idosos do Distrito Federal brasileiro. *Geriatrics, Gerontology and Aging*, n. 14, p. 8-14, 2020. Disponível em: DOI: 10.5327/Z2447-212320201900072. Acesso em: 22/04/2024.

PNAD, 2020 IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio - PNAD*. Informações relacionadas à Covid 19, 2020, Brasil. Disponível em: <<https://covid19.ibge.gov.br/pnad-covid/>>. Acesso em: 11/07/2023.

POBREZA, FOME E DESIGUALDADE SOCIAL: IMPACTOS NA EDUCAÇÃO DO BRASIL. *Instituto Unibanco. Observatório de Educação Ensino Médio e Gestão. Em debate*. 2024. Disponível em: <<https://observatoriodeeducacao.institutounibanco.org.br/em-debate/pobreza-fome-e-desigualdade-social-impactos-na-educacao-do-brasil>>. Acesso em: 02/09/24.

POLTRONIERI, Bruno Costa; SOUZA, Edinilsa Ramos de; RIBEIRO, Adalgisa Peixoto. Análise do tema violência nas políticas de cuidado de longa duração ao idoso. *Ciência & Saúde Coletiva*, [S.l.], v. 24, n. 8, p.2859-2870, ago. 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018248.25192017>>. Acesso em:11/07/2023.

PONTES, Ana Lúcia de Moura; MARTINS, Manoel. Fases do ciclo vital: características, vulnerabilidade e cuidado. In: MOROSINI, Márcia Valéria G. C.; CORBO, Anamaria D'Andrea (Orgs.). *Modelos de atenção e a saúde da família*. Rio de Janeiro: ESPJV/FIOCRUZ, 2007. p. 173-197. (Coleção Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde, 4). Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/39176>>. Acesso em: 11/07/2023.

PORTELA, Vânia; CEBOLA, Marisa. Prognóstico da Covid-19 em idosos institucionalizados e com desnutrição, fragilidade e sarcopenia: revisão de escopo. *Acta Portuguesa de Nutrição*, n. 24, p. 64-69, 2021. Disponível em: <https://actaportuguesadenutricao.pt/wp-content/uploads/2021/05/12_ARTIGO-REVISAO.pdf>. Acesso em: 11/07/2023.

RAMOS, Vítor. Prever a medicina das próximas décadas: que implicações para o planeamento da educação médica? *Acta Médica Portuguesa*, Lisboa, v. 2, p. 171-179, 1988. Disponível em: <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/download/3554/2825/4485>

RASPI - REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA IDOSA. Secretaria Municipal da Saúde. Prefeitura da Cidade de São Paulo. *Cidade de São Paulo, Saúde*, 18/05/2023. Disponível em:

<https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao_basica/index.php?p=346082#:~:text=A%20Rede%20de%20Aten%C3%A7%C3%A3o%20%C3%A0>. Acesso em: 22/04/2024.

REINERS, Annelita A. O.; AZEVEDO, Rosemeiry C. de S.; CARDOSO, Joana Darc C.; ESPINOSA, Mariano M.; SANTANA, Aenne Z. R. Insatisfação com a vida e fatores associados em idosos residentes na comunidade. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, v. 23, n. 6, p. 1-9, 2020. Disponível em: <[https://www.scielo.br/j/rbagg/a/VZYS4mMQp9f4NZxNLFgxphk/?format=pdf&lang=pt#:~:text=A%20insatisfa%C3%A7%C3%A3o%20com%20a%20vida%20foi%20referida%20por%2089%20idosos,mulheres\)%20\(Figura%201\)](https://www.scielo.br/j/rbagg/a/VZYS4mMQp9f4NZxNLFgxphk/?format=pdf&lang=pt#:~:text=A%20insatisfa%C3%A7%C3%A3o%20com%20a%20vida%20foi%20referida%20por%2089%20idosos,mulheres)%20(Figura%201))>. Acesso em: 11/07/2023.

RIBEIRO, Mayara. Depressão em idosos: Fatores de risco, sintomas e tratamento. *Drauzio*, 27 de julho de 2022. Disponível em: <<https://drauziovarella.uol.com.br/psiquiatria/depressao-em-idosos-fatores-de-risco-sintomas-e-tratamento/>>. Acesso em: 11/07/2023.

RIFIOTIS, Theophilos. O idoso e a sociedade moderna: desafios da gerontologia. *Rev. Longeviver*, São Paulo, Ano V, n. 17, Jan/Fev/Mar. 2023. Disponível em: <<https://www.revistalongeviver.com.br/index.php/revistaportal/article/viewFile/994/1052>>. Acesso em: 06/05/2024.

ROCHA, Pedro L.; CORREIA, José Alberto; MEDINA, Maria Teresa. A (re)construção de contextos e culturas da velhice e do envelhecimento: abordagens da gerontologia social/crítica. *Trabalho & Educação*, Belo Horizonte, v. 24, n. 2, p. 57-70, 2016. Disponível em: <<https://periodicos.ufmg.br/index.php/trabedu/article/view/9430>>. Acesso em: 06/05/2024.

RODRIGUES, Lizete de S.; SOARES, Geraldo Antonio. Velho, idoso e Terceira Idade na sociedade contemporânea. *Revista Ágora*, Vitória, n. 4, p. 1-29, 2006. Disponível em: <<file:///C:/Users/User/Documents/Le%20doutorado/velho%20idoso%20sociedade%20contempor%C3%A2nea.pdf>>. Acesso em: 11/07/2023.

ROMÃO, Maurício E. C. Considerações sobre o conceito de pobreza. *Revista Brasileira de Economia*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 4, p. 355-370, Out./Dez. 1982. Disponível em: <<https://periodicos.fgv.br/rbe/article/view/292/6543>>. Acesso em: 11/07/2023.

RUBENSTEIN, Laurence Z.; HARKER, Judith O.; SALVÀ, Antoni; GUIGOZ, Yves; VELLAS, Bruno. Triagem para desnutrição na prática geriátrica: desenvolvendo a avaliação mininutricional resumida (MNA-SF). *The Journals of Gerontology: Series A*, vol. 56A, ed. 6, p. M366–M377, 1 de junho de 2001. Disponível em: <<https://doi.org/10.1093/gerona/56.6.M366>>. Acesso em: 11/07/2023.

SÁNCHEZ-MORENO, Esteban; GALLARDO-PERALTA, Lorena P. Income inequalities, social support and depressive symptoms among older adults in Europe: a multilevel cross-sectional study. *Eur J Ageing*, n. 19, p. 663–675, 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.1007/s10433-021-00670-2>>. Acesso em: 06/05/24.

SANDY JUNIOR, Paulo Afonso; BORIM, Flávia S. A.; NERI, Anita L. Solidão e sua associação com indicadores sociodemográficos e de saúde em adultos e idosos brasileiros: ELSI-Brasil. *Cad. Saúde Pública*, v. 39, n. 7, 21 Jul 2023. 2023. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311XPT213222>>. Acesso em: 21/11/23.

SANTOS, Ana Maria R. dos; NOLÊTO, Regina Dulce da S.; RODRIGUES, Rosalina Aparecida P. *et al.* Violência econômico-financeira e patrimonial contra o idoso: estudo documental. *Rev. esc. enferm. USP* 53, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017043803417>>. Acesso em: 06/09/24.

SANTOS, Cláudia A. V. Promovendo Saúde e Participação Social: conheça o Centro de Referência do Idoso no município de São Carlos. *InformaSUS-UFSCar*, 2020. Disponível em: <<https://informasus.ufscar.br/promovendo-saude-e-participacao-social-conheca-o-centro-de-referencia-do-idoso-no-municipio-de-sao-carlos/>>. Acesso em: 22/04/2024.

SANTOS, Roberto L. dos; VIRTUOSO JÚNIOR, Jair 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. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/408/40811508010.pdf>>. Acesso em: 11/07/2023.

SAWAIA, Bader Burihan (org.). As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social. 10. ed. Petrópolis: Vozes, 2009.

SCHNEIDER, Rodolfo Herberto; IRIGARAY, Tatiana Q. *Estud. psicol.*, Campinas, v. 25, n. 4, Dez 2008. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-166X2008000400013>>. Acesso em: 11/07/2023.

SCHRAMME, Thomas. Health as complete well-being: the WHO definition and beyond. *Public Health Ethics*, Oxford, v. 16, n. 3, p. 210-218, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1093/phe/phad017>

SCORALICK-LEMPKE, Natália N.; BARBOSA, Altemir José G. Educação e envelhecimento: contribuições da perspectiva *Life-Span*. *Estudos de Psicologia*, Campinas, v. 29, suppl. 1, p. 647-655, 1 dez. 2012. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-166X2012000500001>>. Acesso em: 06/05/2024.

SCOTT, Juliano Beck; PROLA, Caroline de A.; SIQUEIRA, Aline C.; PEREIRA, Caroline R. R. O conceito de vulnerabilidade social no âmbito da psicologia no Brasil: uma revisão sistemática da literatura. *Psicol. rev.*, Belo Horizonte, v. 24, n. 2, p. 600-615, ago. 2018. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5752/P.1678-9563.2018v24n2p600-615>>. Acesso em: 22/04/2024.

SEN, A. *Desenvolvimento como liberdade*. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

SEN, Amartya. *Sobre ética e economia*. São Paulo: Companhia das Letras, 1999.

SHERBOURNE, C. D.; STEWART, A. L. The MOS Social Support Survey. *Social Science Medicine*, v. 32, n. 6, p. 705-714, 1991. Disponível em: <[https://doi.org/10.1016/0277-9536\(91\)90150-B](https://doi.org/10.1016/0277-9536(91)90150-B)>. Acesso em:

SILVA, Carlindo Maxshweel Q. da; ARAÚJO, Angélica B.; LEAL, Natália P. da R.; OLIVEIRA, Fabiana Maria R. L. de; BARBOSA, Keylla Talitha F. A Vulnerabilidade social sob a perspectiva do envelhecimento humano. VI Congresso Internacional de Envelhecimento Humano (CIEH). 2019 Disponível em: <https://editorarealize.com.br/editora/anais/cieh/2019/TRABALHO_EV125_MD1_SA1_ID994_28052019122023.pdf>. Acesso em: 22/04/2024.

SILVA, José Jaime da; BRUNO, Miguel Antonio P.; SILVA, Denise B. do N. Pobreza multidimensional no Brasil: uma análise do período 2004-2015. *J. Polit. Econ.*, v. 40, n. 1, Jan-Mar 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0101-31572020-2924>>. Acesso em: 22/04/2024.

SILVA, Matteus Pio G. P. C.; FEITOSA, Paula Yhasmym de O.; SILVA, Júlia Emmily G. dos S. *et al.* Prevalência, uso de serviços de saúde e fatores associados à depressão em pessoas idosas no Brasil. *Rev. bras. geriatr. gerontol.*, n. 27. 2024. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1981-22562024027.230289.pt>>. Acesso em: 22/08/24.

SILVA, Rodolfo Souza da; SCHMTIZ, Carlos André Aita; HARZHEIM, Erno; MOLINA-BASTOS, Cynthia Goulart; OLIVEIRA, Elise Botteselle de; ROMAN, Rudi; UMPIERRE, Roberto Nunes; GONÇALVES, Marcelo Rodrigues. O Papel da Telessaúde na Pandemia Covid-19: uma experiência brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva*, [S.l.], v. 26, n. 6, p. 2149-2157, jun. 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232021266.39662020>>. Acesso em: 11/07/2023.

SIRIWARDHANA, Dhammika D.; HARDON, Sarah; RAIT, Greta; WEERASINGHE, Manuj C.; WALTERS, Kate R. Prevalence of frailty and prefrailty among community-dwelling older adults in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*, v. 8, n. 3, p. e018195, mar. 2018. Disponível em: <<https://pubmed-ncbi-nlm-nih-gov.translate.goog/29496895/>>. Acesso em: 22/04/2024.

SOUZA, Hildeana N. D.; RAMOS, João Batista S. What is it, Old Age? *International Journal Of Advanced Engineering Research And Science*, [S.l.], v. 8, n. 7, p. 263-271, 2021. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.22161/ijaers.87.29>>. Acesso em: 11/02/2023.

SPOSATI, Aldaíza. Modelo brasileiro de proteção social não contributiva: concepções fundantes. In: BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Concepção e gestão da proteção social não contributiva no Brasil. Brasília, DF: UNESCO; MDS, 2009. p. 13-56.

TEIXEIRA, Solange Maria. Envelhecimento em contexto de superexploração e contrarreformas. *Serv. Soc. Soc.*, São Paulo, n. 142, p. 447-466, set./dez. 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0101-6628.259>>. Acesso em: 20/06/24.

TEIXEIRA, Solange Maria. Envelhecimento, família e políticas públicas: em cena a organização social do cuidado. *Serv. Soc. Soc.*, São Paulo, n. 137, p. 135-154, jan./abr. 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0101-6628.205>>. Acesso em: 20/06/24.

Um Guia para completar a Mini Avaliação Nutricional®. [S.l.: s.n.]. 2023. Disponível em: <<https://www.mna-elderly.com/sites/default/files/2021-10/mna-guide-portuguese.pdf>>. Acesso em: 11/07/2023.

UNICEF. *Pobreza multidimensional na infância e adolescência: 2022*. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/media/26726/file/unicef_pobreza-multidimensional-na-infancia-e-adolescencia_2022.pdf>. Acesso em: 11/07/2023.

VELLAS, B. *et al.* Overview of the MNA® - Its History and Challenges. *J Nutr Health Aging*, v. 10, p. 456-465, 2006. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/6617786_Overview_of_the_MNA_-_Its_history_and_challenges>. Acesso em: 11/07/2023.

VERAS, Renato. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. *Cad Saúde Pública*, v. 19, n. 3, p. 705-15, 2003. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2003000300003>>. Acesso em: 11/07/2023.

VIEIRA, Cristiéli de A.; MORAES, Diogo Alberto de; PUCHALE, Caroline L.; UBERTI, Bianca; OLIVEIRA, Sibeles V. de; MARIN, Solange Regina. Pobreza multidimensional: um estudo de caso das privações básicas na região nordeste de Santa Maria/RS. *Economia e Desenvolvimento*, [S. l.], v. 30, p. e3, 2018. DOI: 10.5902/1414650934253. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/eed/article/view/34253>>. Acesso em: 11/07/2023.

VIEIRA, Sônia. *Bioestatística Tópicos Avançados*. 2 ed. Rio de Janeiro: Campus, 2004.

VIEIRA, Sônia. *Introdução à Bioestatística*. Rio de Janeiro: Campus, 1991.

WALSH, Bronagh; FOGG, Carole; HARRIS, Scott; RODERICK, Paul; LUSIGNAN, Simon de; ENGLAND, Tracey; CLEGG, Andrew; BRAILSFORD, Sally; FRASER, Simon D. S. Frailty transitions and prevalence in an ageing population: longitudinal analysis of primary care data from an open cohort of adults aged 50 and over in England, 2006–2017. *Age Ageing*, v. 52, n. 5, May 1. 2023. Disponível em: <<https://doi.org/10.1093/ageing/afad058>>. Acesso em: 22/04/2024.

WHO - World Health Organization. *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Tradução: Suzana Gontijo. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf>. Acesso em: 06/05/2024.

WIERSINGA, W. Joost; RHODES, Andrew; CHENG, Allen C.; PEACOCK, Sharon J.; PRESCOTT, Hallie C. Pathophysiology, Transmission, Diagnosis, and Treatment of Coronavirus Disease 2019 (Covid-19). *Jama*, [S.l.], v. 324, n. 8, p. 782, 25 ago. 2020. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1001/jama.2020.12839>>. Acesso em: 11/07/2023.

YESAVAGE, Jerome A.; BRINK, T. L.; ROSE, Terence L.; LUM, Owen; HUANG, Virgínia; ADEY, Michael; LEIRER, Von Otto. Desenvolvimento e validação de uma escala de triagem de depressão geriátrica: um relatório preliminar. *Jornal de Pesquisa Psiquiátrica*, vol. 17, n. 1, p. 37–49, 1982-1983. Disponível em: <[https://doi.org/10.1016/0022-3956\(82\)90033-4](https://doi.org/10.1016/0022-3956(82)90033-4)>. Acesso em: 11/07/2023.

ZAPPELLINI, Marcello B.; FEUERSCHÜTTE, Simone G. O uso da triangulação na pesquisa científica brasileira em administração. *Administração: Ensino e Pesquisa*, [S.l.], v. 16, n. 2, p. 241, 30 jun. 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.13058/raep.2015.v16n2.238>>. Acesso em: 11/07/2023.

ANEXOS

ANEXO 1 - Perguntas Sociodemográficas

DADOS SÓCIODEMOGRÁFICOS

DATA ENTREVISTA: __/__/__ HORA DE INÍCIO: _:_ HORA DE TÉRMINO: _:_

1. Nome: _____
2. Endereço: _____
3. Bairro: _____
4. Telefone: _____
5. Idade: _____
6. Sexo: (0) Masc. (1) Fem.
7. Quantos anos completos o (a) sr (a) tem? |_|_|_| Número de anos
8. Qual sua cor ou raça? (1) Branca (2) Preta/negra (3) Mulata/cabocla/parda
(4) Indígena (5) Amarela/oriental
9. Total de anos de escolaridade: |_|_| Anos de Escolaridade
10. Qual é o seu estado civil? (1) Casado(a) ou vive com companheiro(a)
(2) Solteiro(a) (3) Divorciado(a)/Separado(a) (4) Viúvo(a)
11. O Sr (a) mora só? (0) Não (1) Sim
12. Qual a renda mensal da sua família, ou seja, das pessoas que moram em sua casa, incluindo o(a) senhor(a)? R\$ |_|_|. |_|_|_|, |_|_|
13. Qual a renda mensal líquida, proveniente do seu trabalho, aposentadoria ou pensão? R\$ |_|_|. |_|_|_|, |_|_|
14. Quantas pessoas dependem dessa renda total? | | | Pessoas

ANEXO 2 - Mini Nutritional Assessment (MNA). Versão Português-BR.

Mini Nutritional Assessment

MNA®

Nestlé
Nutrition Institute

Apelido:		Nome:		
Sexo:	Idade:	Peso, kg:	Altura, cm:	Data:

Responda à secção "triagem", preenchendo as caixas com os números adequados. Some os números da secção "triagem". Se a pontuação obtida for igual ou menor que 11, continue o preenchimento do questionário para obter a pontuação indicadora de desnutrição.

Triagem		J Quantas refeições faz por dia? 0 = uma refeição 1 = duas refeições 2 = três refeições	
A Nos últimos três meses houve diminuição da ingestão alimentar devido a perda de apetite, problemas digestivos ou dificuldade para mastigar ou deglutir? 0 = diminuição grave da ingestão 1 = diminuição moderada da ingestão 2 = sem diminuição da ingestão		☐	
B Perda de peso nos últimos 3 meses 0 = superior a três quilos 1 = não sabe informar 2 = entre um e três quilos 3 = sem perda de peso		☐	
C Mobilidade 0 = restrito ao leito ou à cadeira de rodas 1 = deambula mas não é capaz de sair de casa 2 = normal		☐	
D Passou por algum stress psicológico ou doença aguda nos últimos três meses? 0 = sim 2 = não		☐	
E Problemas neuropsicológicos 0 = demência ou depressão graves 1 = demência ligeira 2 = sem problemas psicológicos		☐	
F Índice de Massa Corporal = peso em kg / (estatura em m)² 0 = IMC < 19 1 = 19 ≤ IMC < 21 2 = 21 ≤ IMC < 23 3 = IMC ≥ 23		☐	
Pontuação da Triagem (subtotal, máximo de 14 pontos) 12-14 pontos: estado nutricional normal 8-11 pontos: sob risco de desnutrição 0-7 pontos: desnutrido Para uma avaliação mais detalhada, continue com as perguntas G-R		☐ ☐	
Avaliação global			
G O doente vive na sua própria casa (não em instituição geriátrica ou hospital) 1 = sim 0 = não		☐	
H Utiliza mais de três medicamentos diferentes por dia? 0 = sim 1 = não		☐	
I Lesões de pele ou escaras? 0 = sim 1 = não		☐	
K O doente consome: • pelo menos uma porção diária de leite ou derivados (leite, queijo, iogurte)? • duas ou mais porções semanais de leguminosas ou ovos? • carne, peixe ou aves todos os dias? 0.0 = nenhuma ou uma resposta «sim» 0.5 = duas respostas «sim» 1.0 = três respostas «sim»		sim ☐ não ☐ sim ☐ não ☐ sim ☐ não ☐ ☐ ☐	
L O doente consome duas ou mais porções diárias de fruta ou produtos hortícolas? 0 = não 1 = sim		☐	
M Quantos copos de líquidos (água, sumo, café, chá, leite) o doente consome por dia? 0.0 = menos de três copos 0.5 = três a cinco copos 1.0 = mais de cinco copos		☐ ☐	
N Modo de se alimentar 0 = não é capaz de se alimentar sozinho 1 = alimenta-se sozinho, porém com dificuldade 2 = alimenta-se sozinho sem dificuldade		☐	
O O doente acredita ter algum problema nutricional? 0 = acredita estar desnutrido 1 = não sabe dizer 2 = acredita não ter um problema nutricional		☐	
P Em comparação com outras pessoas da mesma idade, como considera o doente a sua própria saúde? 0.0 = pior 0.5 = não sabe 1.0 = igual 2.0 = melhor		☐ ☐	
Q Perímetro braquial (PB) em cm 0.0 = PB < 21 0.5 = 21 ≤ PB ≤ 22 1.0 = PB > 22		☐ ☐	
R Perímetro da perna (PP) em cm 0 = PP < 31 1 = PP ≥ 31		☐	
Avaliação global (máximo 16 pontos)		☐ ☐ ☐	
Pontuação da triagem		☐ ☐ ☐	
Pontuação total (máximo 30 pontos)		☐ ☐ ☐	
Avaliação do Estado Nutricional			
de 24 a 30 pontos		☐	estado nutricional normal
de 17 a 23,5 pontos		☐	sob risco de desnutrição
menos de 17 pontos		☐	desnutrido

References

- Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA® - Its History and Challenges. *J Nutr Health Aging*. 2006; **10**:456-465.
 - Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). *J Gerontol*. 2001; **56A**: M366-377.
 - Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us? *J Nutr Health Aging*. 2006; **10**:466-487.
- © Société des Produits Nestlé SA, Trademark Owners.
 © Société des Produits Nestlé SA 1994, Revision 2009.
 Para maiores informações: www.mna-elderly.com

ANEXO 3 - Escala de Depressão Geriátrica

QUESTÕES	NÃO	SIM
1. De modo geral, você está satisfeito com a vida ?		
2. Você recusou muitas de suas atividades e interesses?		
3. Você acha que sua vida é vazia?		
4. Você se aborrece com frequência?		
5. Na maioria das vezes, você está bem disposto?		
6. Tem medo que algo ruim aconteça com você?		
7. Na maioria das vezes, você se sente feliz?		
8. Você sente que a situação não tem solução?		
9. Você prefere ficar em casa, em vez de sair e fazer coisas novas?		
10. Você sente que tem mais problemas que boas lembranças que a maioria?		
11. Você acha maravilhoso estar vivo?		
12. Você se sente um pouco desprezado por ser como é?		
13. Você se sente cheio de energia?		
14. Você acha que sua situação é desesperadora?		
15. Acha que a maioria das pessoas é melhor que você?		

ANEXO 4 - Escala de Suporte Social

SUORTE 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 5 - Rastreo de Fragilidade - 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 ultima semana sentiu que que tudo que fez exigiu um grande esforço?	Preenche o critério?
(0) Nunca/Raramente (- 1 dia)	
(1) Poucas vezes (1 a 2 dias)	() Sim = 1
(2) Na maioria das vezes (3 a 4 dias)	
(3) Sempre (5 a 7 dias)	() Não = 0
b) Com que frequência, na ultima 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	
Força <21kg para IMC <23,12	Força <14kg para IMC < 23,8	() Não = 0
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.		
2ª medida de velocidade da marcha:..... centésimos de segundo.		
3ª medida de velocidade da marcha:..... centésimos de segundo.		() Sim = 1
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 6 - Time up and go (TUG)*Time up and go (TUG)*

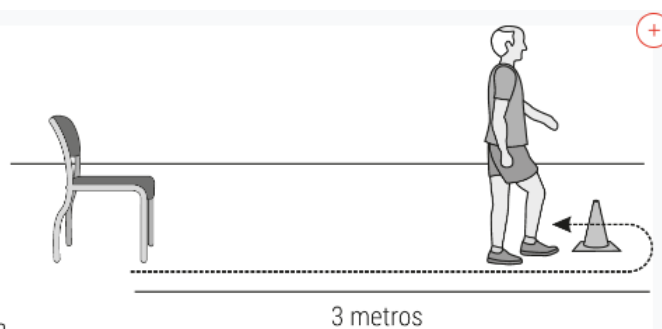
Orientações:

Levantar sem usar os braços,
andar 3 metros, virar e sentar
novamente

TUG <10 segundos: normal

TUG 10-20 segundos: indica fraqueza

TUG >20 segundos: alto risco de queda



ANEXO 7 - Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ)

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 8 - Mini Exame do Estado Mental (MEEM)

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

Pontuações máximas	Pontuações máximas
Orientação Temporal Espacial 1. Qual é o (a) Dia da semana? ____ 1 Dia do mês? ____ 1 Mês? ____ 1 Ano? ____ 1 Hora aproximada? ____ 1 2. Onde estamos? Local? ____ 1 Instituição (casa, rua)? ____ 1 Bairro? ____ 1 Cidade? ____ 1 Estado? ____ 1	Linguagem 5. Aponte para um lápis e um relógio. Faça o paciente dizer o nome desses objetos conforme você os aponta ____ 2 6. Faça o paciente. Repetir "nem aqui, nem ali, nem lá". ____ 1 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
Registros 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	8. Faça o paciente ler e obedecer ao seguinte: FECHE OS OLHOS. ____ 1 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
3. Atenção e cálculo 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	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
4. Lembranças (memória de evocação) Pergunte o nome das 3 palavras aprendidas na questão 2. Estabeleça um ponto para cada resposta correta. ____ 3	