



Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

FELIPE AUGUSTO DA SILVA

**ESCALAS DE AVALIAÇÃO FUNCIONAL PARA
MONITORAMENTO DE IDOSO NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA A SAÚDE**

São José do Rio Preto
2022

Felipe Augusto da Silva

**ESCALAS DE AVALIAÇÃO FUNCIONAL PARA
MONITORAMENTO DE IDOSO NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA A SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Enfermagem da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, para obtenção do Título de Mestre.

Área de Concentração: Processo de Trabalho em Saúde

Linha de Pesquisa: Processo de cuidar nos ciclos de vida

Grupo de Pesquisa: NEMOREGES

Financiamento: Pesquisa realizada com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

Orientador: Prof. Dr. Natália Sperli Geraldine Marin dos Santos Sasaki

**São José do Rio Preto
2022**

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESSE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Silva, Felipe Augusto da
Escalas de avaliação para monitoramento funcional de idoso na atenção primária a saúde.
São José do Rio Preto; 2022.
69 p.
Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Enfermagem da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto.
Área de Concentração: Processo de Trabalho em Saúde
Linha de Pesquisa: Processo de cuidar nos ciclos de vida
Grupo de Pesquisa: NEMOREGES
Orientador: Natália Sperli Geraldine Marin dos Santos Sasaki
1. Atenção Primária a Saúde (APS); 2. Monitoramento Funcional. 3. Vulnerabilidade do idoso; 4. Fragilidades; 5. Atividades Básicas de Vida Diária; 6 Depressão em Idosos,.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Amena de Alcantara Ferraz
União das Faculdades dos Grandes Lagos

Prof. Dr. Camila Garcel Pancote
União das Faculdades dos Grandes Lagos

Prof. Dr. Rita de Cassia Helu Ribeiro Mendonça
FAMERP

Prof. Dr. Paulo Roberto Rocha Junior
Centro Universitário de Adamantina

São José do Rio Preto, 15/09/2022

AGRADECIMENTOS

Especialmente à minha orientadora, Professora Doutora Natália Sperli Geraldles Marin dos Santos Sasaki, que me deu a oportunidade me aceitando no programa de mestrado, acreditando em mim. Agradeço a orientação exemplar pautada por um elevado e rigoroso nível científico, um interesse permanente e fecundo, uma visão crítica e oportuna, um empenho inexcedível e saudavelmente exigente, os quais contribuíram para enriquecer, com grande dedicação, passo por passo, todas as etapas subjacentes ao trabalho realizado.

Ao Professor Doutor Nuno Fadigas ao me honrar com o seu apoio, agradeço a confiança que em mim depositou.

À minha família, pelos conselhos preciosos, pela elevada competência, total disponibilidade e encorajamento naqueles momentos cruciais desta difícil jornada, bem como pela leitura crítica e atenta das versões preliminares da tese, contribuindo para o seu aperfeiçoamento, estou também especialmente grata.

Aos meus queridos amigos, Carlos Braga, pelo amor, partilha, companheirismo e apoio incondicional, agradeço a enorme compreensão, generosidade e alegria com que me brindou constantemente, contribuindo para chegar ao fim deste percurso.

À pós-graduação da FAMERP, pelo apoio e ajuda nos momentos cruciais do mestrado.

Aos idosos que participaram deste estudo.

À equipe do Projeto São José do Rio Preto: cidade para todas as idades, sem eles este estudo não seria possível.

Por fim, o meu profundo e sentido agradecimento a todas as pessoas que contribuíram para a concretização desta dissertação, estimulando-me intelectual e emocionalmente.

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS	5
DEDICATÓRIA.....	i
LISTA DE TABELAS E QUADROS.....	ii
ABSTRACT	iv
RESUMEN	v
APRESENTAÇÃO.....	1
1. INTRODUÇÃO.....	3
2. MÉTODO	9
2.1 Tipo de estudo	10
2.2 Local de estudo.....	10
2.4 Coleta de dados.....	11
2.5 Análise de dados	15
2.6 Questões éticas	15
3. RESULTADOS	17
4.DISSCUSSÃO	27
5. CONCLUSÃO.....	33
6. REFERÊNCIAS	35
APÊNDICE	42
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	43
ANEXOS	63
ANEXO A – Parecer Consubstanciado do CEP.....	64
MANUSCRITO.....	67

DEDICATÓRIA

Um trabalho de mestrado é uma longa jornada, que inclui uma trajetória permeada por inúmeros desafios, tristezas, incertezas, alegrias e muitos percalços pelo caminho, mas apesar do processo solitário a que qualquer investigador está destinado, reúne contributos de várias pessoas, indispensáveis para encontrar o melhor rumo em cada momento da caminhada.

Trilhar este caminho só foi possível com o apoio, energia e força de várias pessoas e a Deus, a quem dedico especialmente este projeto de vida.

LISTA DE TABELAS E QUADROS

Tabela 1.	Distribuição dos idosos segundo capacidade funcional, São José do Rio Preto, 2020.....	18
Tabela 2.	Distribuição dos idosos segundo características sócio, demográficas e sintomas depressivos, São José do Rio Preto, 2020.....	19
Tabela 3.	Distribuição dos idosos segundo características sócio, demográficas e índice de Katz, São José do Rio Preto, 2020.....	20
Tabela 4.	Distribuição dos idosos segundo características sócio, demográficas e índice de Lawton, São José do Rio Preto, 2020.....	21
Tabela 5.	Distribuição dos idosos segundo características sócio, demográficas e VES13, São José do Rio Preto, 2020.....	22
Tabela 6.	Distribuição dos idosos segundo características sócio, demográficas e fragilidade, São José do Rio Preto, 2020.....	23
Tabela 7.	Distribuição dos idosos segundo sintomas depressivos e capacidade funcional, São José do Rio Preto, 2020.....	24
Tabela 8.	Distribuição dos idosos segundo fragilidade e capacidade funcional, São José do Rio Preto, 2020.....	25
Tabela 9.	Distribuição dos idosos segundo Katz e capacidade funcional, São José do Rio Preto, 2020.....	26
Tabela 10.	Distribuição dos idosos segundo Lawton e capacidade funcional, São José do Rio Preto, 2020.....	26

RESUMO

Objetivos: Analisar a capacidade funcional, fragilidade e depressão em idosos, além de propor a utilização de escalas para monitoramento funcional na atenção primária à saúde.

Método: Estudo observacional de corte transversal, com abordagem quantitativa, desenvolvido no período de maio de 2019 a julho de 2020, a partir de uma entrevista com 618 idosos de São José de Rio Preto. Os dados foram analisados a partir da estatística descritiva e inferencial com aplicação do teste de normalidade Kolmogorov Simirnov e de correlação de Spearman, considerando-se um nível de significância de 5%. O estudo atendeu aos preceitos éticos sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) sob parecer nº: 3.429.122 e CAAE: 16552319.0.0000.5489.

Resultados: Os idosos apresentaram sintomas depressivos (18,0%), algum tipo de fragilidade (69,9%), dependência em atividades básicas de vida diária (4,1%), dependência em atividades instrumentais de vida diária (33,7%) e vulnerabilidade (26,1%). Houve correlação entre sintomas depressivos e escolaridade ($r=-0,092$; $p=0,035$), entre índice de Lawton e faixa etária ($r=0,216$; $p<0,001$), sexo ($r=0,086$, $p=0,058$), saber ler um bilhete ($r=-0,148$; $p<0,001$) e escolaridade ($r=-0,016$; $p<0,001$), entre vulnerabilidade e faixa etária ($r=0,246$, $p<0,001$), ler um bilhete ($r=-0,094$; $p=0,028$) e escolaridade ($r=-0,146$; $p=0,002$), entre fragilidade e faixa etária ($r=0,163$; $p<0,001$), cor ($r=-0,109$, $p=0,049$) e escolaridade ($r=-0,161$; $p=0,001$). Houve significância estatística entre todas as escalas, havendo uma correlação entre sintomas depressivos e fragilidade, índice de Katz, Lawton e vulnerabilidade, entre fragilidade e o índice de Katz e vulnerabilidade, entre o índice de Katz e o Lawton e vulnerabilidade e entre Lawton e vulnerabilidade.

Conclusão: A análise da capacidade funcional, fragilidade e depressão em idosos por escalas para monitoramento funcional na Atenção Primária à Saúde, contribui de forma eficaz para evidenciar fatores biopsicossociais que perpassaram a saúde física e mental de idosos. A aplicabilidade desses instrumentos de avaliação do estado de saúde do idoso é essencial para o diagnóstico de fatores de declínio da capacidade funcional, cognitiva e da saúde mental destes pacientes, tendo impacto no direcionamento do planejamento de políticas públicas e ações de saúde.

Descritores: Atenção Primária à Saúde, Planejamento, Saúde do Idoso.

ABSTRACT

Objectives: To analyze functional capacity, weakness and depression in the elderly, and also to propose the use of scales for functional monitoring in primary health care. **Method:** Cross-sectional observational study with a quantitative approach, developed in the period from May 2019 to July 2020, from an interview with 618 elderlies in São José de Rio Preto. Data were analyzed from descriptive and inferential statistics with application of the Kolmogorov Simirnov normality test and Spearman correlation; a significance level of 5% was considered. The study was according to the ethical precepts and was approved by the Research Ethics Committee (REC) under opinion number 3.429.122 and CAAE: 16552319.0.0000.5489. **Results:** The elderlies have presented depressive symptoms (18.0%), some type of weakness (69.9%), dependence in basic activities of daily living (4.1%), dependence in instrumental activities of daily living (33.7%) and vulnerability (26.1%). There was correlation between depressive symptoms and education ($r=-0.092$, $p=0.035$), between Lawton index and age group ($r=0.216$, $p<0.001$), gender ($r=0.086$, $p=0.058$), knowing how to read a note ($r=-0.148$, $p<0.001$) and education ($r=-0.016$; $p<0.001$), between vulnerability and age group ($r=0.246$, $p<0.001$), reading a note ($r=-0.094$; $p=0.028$) and schooling ($r=-0.146$; $p=0.002$), between weakness and age group ($r=0.163$; $p<0.001$), color ($r=-0.109$, $p=0.049$) and schooling ($r=-0.161$; $p=0.001$). There was statistical significance among all scales, with a correlation between depressive symptoms and frailty, Katz index, Lawton and vulnerability, between weakness and Katz index and vulnerability, between Katz index and Lawton and vulnerability, and between Lawton and vulnerability. **Conclusion:** The analysis of functional capacity, weakness and depression in the elderlies through functional monitoring scales in Primary Health Care can provide effective evidence of biopsychosocial factors that have been affecting the elderlies' physical and mental health. The applicability of these instruments for assessing the health status of the elderlies is essential for the diagnosis of factors of declining functional capacity, cognitive and mental health of these patients, with an impact on the guidance of the planning of public policies and health actions.

Descriptors: Primary Health Care, Planning, Elderly's Health .

RESUMEN

Objetivos: Analizar la capacidad funcional, la debilidad y la depresión en ancianos, así como proponer el uso de escalas para el seguimiento funcional en la atención primaria de salud. **Método:** Estudio observacional transversal con enfoque cuantitativo, desarrollado en el período de mayo de 2019 a julio de 2020, a partir de una entrevista con 618 ancianos en São José de Rio Preto. Los datos fueron analizados a partir de estadística descriptiva e inferencial con aplicación de la prueba de normalidad de Kolmogorov Simirnov y correlación de Spearman; se consideró un nivel de significación del 5%. El estudio se realizó de acuerdo con los preceptos éticos y fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación (REC) bajo el dictamen número 3.429.122 y CAAE: 16552319.0.0000.5489. **Resultados:** Los adultos mayores han presentado síntomas depresivos (18,0%), algún tipo de debilidad (69,9%), dependencia de actividades básicas de la vida diaria (4,1%), dependencia de actividades instrumentales de la vida diaria (33,7%) y vulnerabilidad (26,1%). Hubo correlación entre síntomas depresivos y educación ($r=-0,092$, $p=0,035$), entre índice de Lawton y grupo de edad ($r=0,216$, $p<0,001$), sexo ($r=0,086$, $p=0,058$), saber leer una nota ($r=-0,148$, $p<0,001$) y educación ($r=-0,016$; $p<0,001$), entre vulnerabilidad y grupo de edad ($r=0,246$, $p<0,001$), lectura de una nota ($r=-0,094$; $p=0,028$) y escolaridad ($r=-0,146$; $p=0,002$), entre debilidad y grupo de edad ($r=0,163$; $p<0,001$), color ($r=-0,109$, $p=0,049$) y escolaridad ($r=-0,161$; $p=0,001$). Hubo significancia estadística entre todas las escalas, con correlación entre síntomas depresivos y fragilidad, índice de Katz, Lawton y vulnerabilidad, entre debilidad e índice de Katz y vulnerabilidad, entre índice de Katz y Lawton y vulnerabilidad, y entre Lawton y vulnerabilidad. **Conclusión:** El análisis de la capacidad funcional, la debilidad y la depresión en los ancianos a través de escalas de seguimiento funcional en la Atención Primaria de Salud puede proporcionar evidencia efectiva de los factores biopsicosociales que han venido afectando la salud física y mental de los ancianos. La aplicabilidad de estos instrumentos para la evaluación del estado de salud de los ancianos es fundamental para el diagnóstico de factores de deterioro de la capacidad funcional, cognitiva y de salud mental de estos pacientes, con impacto en la orientación de la planificación de políticas públicas y acciones de salud.

Descriptores: Atención Primaria de Salud, Planificación, Salud del Anciano.

APRESENTAÇÃO

APRESENTAÇÃO

Este estudo foi realizado no município de São José do Rio Preto-SP, é parte integrante do projeto “São José do Rio Preto: cidade para todas as idades” uma iniciativa da Prefeitura de São José do Rio Preto por meio da Secretaria de Assistência Social, do Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa (CMDI) do município que financiou o estudo por meio do fundo do idoso com doações da Companhia Paulista de Força Luz (CPFL), União das Faculdades dos Grandes Lagos (Unilago) responsável pela execução do inquérito e seguindo as diretrizes e supervisão direta do Centro Internacional de Longevidade (ILC)-Brasil e Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP). Este projeto se caracteriza por uma pesquisa-ação com o intuito de investigar as condições de vida, saúde, bem-estar e as opiniões de idosos sobre as condições do ambiente físico e social oferecidos pela cidade de São José do Rio Preto para promover a qualidade de vida de seus cidadãos mais velhos. O grande diferencial deste projeto é o protagonismo do idoso, com papel fundamental para a formulação e modificações de políticas públicas no município para vinculação na Rede Global de Cidades Amigas dos Idosos da Organização Mundial de Saúde (OMS), feito atingido em dezembro de 2021. Além disto, este trabalho de mestrado pertence ao Núcleo de Estudos sobre Morbidade Referida e Gestão do Trabalho em Saúde (NEMOREGES).

1. INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

Para que o indivíduo seja considerado idoso, é necessário que apresente no mínimo a idade de 60 anos em países de terceiro mundo e em desenvolvimento e, 65 anos em países de primeiro mundo.¹ O aumento da longevidade na sociedade atual é um reflexo das transformações urbanas e da transição demográfica vivenciada nas últimas décadas.² Transformações urbanas, avanços na medicina moderna, quedas acentuadas nas taxas de fertilidade, natalidade, mortalidade infantil, tem contribuído para o aumento considerável na expectativa de vida.^{3,4,5}

É preciso ressaltar que, a população idosa no Brasil e no mundo, tem aumentado ao longo dos anos, sendo imprescindível identificar suas fragilidades para organizar e direcionar o cuidado em saúde.⁶ Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2025 haverá um total de aproximadamente 1,2 bilhões de pessoas com mais de 60 anos, e em 2050 haverá dois bilhões, sendo 80% nos países em desenvolvimento.¹ Na América Latina, a porcentagem da população idosa quase dobrou nos últimos 20 anos, as projeções indicam que em 2050 as mulheres acima de 65 anos representarão 54% da população mundial. No Brasil, estima-se que em 2060 a população idosa atingirá 25,5% (58,2 milhões) da população, enquanto que em 2018 essa proporção foi de 9,2% (19,2 milhões).⁷

A longevidade traz consigo questões importantes para serem consideradas na formulação de políticas públicas, como proporcionar um envelhecimento ativo ou como considerado pela OMS, saudável, pautado nos quatro pilares como saúde, aprendizagem ao longo da vida, participação social, segurança e proteção.⁸ Diante desta perspectiva, o processo de envelhecimento acarreta consequências diretas na saúde aumentando a morbidade dos idosos que levam ao surgimento das limitações funcionais com surgimento de dependência nas atividades de vida diária.⁹ Porém, mesmo pessoas idosas independentes e com certa autonomia podem apresentar perdas na capacidade funcional gerando consequências para a sua saúde.¹⁰

Vale destacar que o envelhecimento natural proporciona várias modificações fisiológicas em todo o organismo humano, podendo haver o surgimento de doenças crônicas, sendo necessário cuidados de saúde a estas pessoas.⁹ É preciso mencionar que a Síndrome da Fragilidade é representada pela síndrome biológica que se caracteriza com a diminuição da reserva homeostática e redução da capacidade do organismo em resistir ao estresse, o que resulta em declínios cumulativos em múltiplos sistemas fisiológicos, causando vulnerabilidade e efeitos adversos.¹¹ A fragilidade em idosos é uma síndrome derivada de eventos multidimensionais e multideterminados caracterizados por vulnerabilidade aos estressores biopsicossociais e ambientais e por alterações no sistema musculoesquelético, na função motora e na composição corporal, resultando em prejuízos funcionais e seus desfechos.¹²⁻¹³

No Brasil, a prevalência de depressão entre as pessoas idosas varia de 4,7% a 36,8%, conforme o instrumento utilizado dos pontos de corte e da gravidade dos sintomas. Configura-se num dos transtornos psiquiátricos mais comuns entre as pessoas idosas e sua presença precisa ser avaliada. As mulheres possuem maior prevalência que os homens seguindo a proporção de 2:1.¹⁴ Além disto a depressão está associada com a ocorrência de incapacidade funcional em idosos, além do mais, deve-se mencionar a perda funcional, muitas vezes ocasionada por causa do uso de medicações e tratamentos específicos para depressão.¹⁵

Dentro desta perspectiva, a Atenção Primária à Saúde (APS) contribui para promover de forma eficaz a saúde do idoso de forma integral e longitudinal, a partir de um trabalho transdisciplinar e multidisciplinar, desenvolver ações individuais e coletivas, visando a promoção à saúde, prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e cuidados paliativos.¹⁶⁻¹⁷

O acompanhamento da pessoa idosa nos serviços de APS tem por objetivo a avaliação global com ênfase na funcionalidade nas atividades de vida diária (AVD) relacionadas ao

autocuidado e em relação a limitação de desempenho.¹⁵ As AVDs envolvem as Atividades Básicas de Vida Diária (ABVDs) e as Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVDs). Entende-se pela primeira as atividades relacionadas ao autocuidado como alimentar-se, vestir-se, arrumar-se e mobilizar-se além do controle sobre as eliminações fisiológicas e são fundamentais para a autopreservação e sobrevivência do indivíduo, são funções vegetativas, difíceis de serem perdidas.^{14,18} Pela segunda encontra-se a capacidade individual dentro da comunidade como preparar refeições, realizar compras, utilizar transporte, cuidar da casa, telefonar, administrar finanças e tomar medicamentos.¹⁸⁻¹⁹ A gravidade do processo de fragilidade do indivíduo é identificada pelo declínio destas funções. Assim, o declínio funcional tem início por atividade mais complexas, como se banhar, e vai progredindo hierarquicamente até chegar ao nível de dependência completa em que o paciente necessita de ajuda até para se alimentar.²⁰

Os instrumentos de avaliação funcional, embora possuam limitações, possibilitam uma intervenção hábil do profissional de saúde, sobretudo, com informações sobre as particularidades da população de idosos, assim, possibilitando uma visão geral de sua saúde.¹⁴ Na APS é fundamental que o idoso tenha sua funcionalidade avaliada de forma amplamente por meio de instrumentos que identifiquem e quantifiquem estes problemas de saúde.²¹

Neste contexto, A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa busca dar ênfase na avaliação para diagnosticar o comprometimento funcional do idoso, sua capacidade de realizar determinada tarefa e se existe a necessidade de auxílio de outra pessoa ou dispositivos na execução da função.¹⁴ O aumento da longevidade quando associado à fragilidade e à incapacidade funcional no idoso, requer que ações de saúde sejam elaboradas, visando contribuir para a melhora das condições de vida.²²

O processo de envelhecimento comporta a fase da velhice, mas não se esgota nela. Suas modificações naturais são confundidas com enfermidades e dependências, reforçando a

cultura e o estereótipo de que velhice e ser velho significam doenças e incapacidades, pois as alterações fisiológicas desse processo interferem na capacidade dos idosos de interagir e responder aos estímulos do ambiente exigido pela sociedade.²³

Uma maior expectativa de vida não implica necessariamente em um aumento concomitante da expectativa de vida livre de doença, uma vez que os idosos sofrem um aumento da carga de doenças crônicas e incapacidades. Portanto, o envelhecimento saudável se torna um conceito importante para considerar a otimização da função física durante o tempo de vida humano. O envelhecimento saudável é definido pela OMS como o processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional que possibilita o bem-estar na terceira idade.²⁴⁻²⁵

Considerando a grande população idosa decorrente de todas as alterações ao longo do tempo, se torna imprescindível a comprovação de meios de tratamento e prevenção dessa população para que tenham com qualidade de vida.

Muitos fatores influenciam na qualidade de vida, como por exemplo, fatores sociais, econômicos, bem como a independência funcional. Com isso, são necessárias abordagens que possam englobar todas essas variáveis, tornando os idosos aptos a viver bem e com independência. Para isso, é necessário que se avalie sua capacidade de realizar suas atividades de vida, bem como sua capacidade funcional.

A vulnerabilidade se constitui num processo que se expande ao longo da vida, tendo como resultado pessoal das agressões sofridas pelo indivíduo, em âmbito plano biológico, material e social.²⁶ Os instrumentos para triagem rápida de vulnerabilidade em idosos devem ser multidimensionais, de fácil aplicação, serem validados para a população brasileira, evidenciando o risco de mortalidade e declínio funcional, identificando o fenótipo da fragilidade.²⁷

O instrumento *Vulnerable Elders Survey-13* (VES-13) é de suma importância para identificar idosos vulneráveis na comunidade a partir da idade, percepção de saúde, limitação física e incapacidades. A vulnerabilidade está mais associada aos componentes biofisiológicos.^{6,29}

Alguns profissionais da saúde estão habilitados para aplicar o VES-13, entre eles, os profissionais enfermeiros, que podem utilizar os instrumentos e dispõem de conhecimento científico e técnico para realizar uma minuciosa avaliação multidimensional no idoso.²⁹

1.1 Objetivo

Analisar a capacidade funcional, fragilidade e depressão em idosos, além de propor a utilização de escalas para monitoramento funcional na atenção primária à saúde.

2. MÉTODO

2. MÉTODO

2.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo observacional, transversal, com abordagem quantitativa, o qual foi desenvolvido no período de maio de 2019 a julho de 2020.

2.2 Local de estudo

O estudo foi realizado no município de São José do Rio Preto, município sede da administrativa para 96 municípios com uma estimativa para 2021 de 1.616.129 de habitantes, sendo que 469.173 habitantes (estimativa do IBGE em 2021) são residentes do município.³⁰ Em 2018 teve seu território dividido em 10 regiões administrativas (Bosque, Céu, Pinheirinho, Talhado, Cidade da Criança, Central, Represa, Vila Toninho, Schmitt e HB), constituindo assim uma única divisão facilitando os processos de gestão pública.³¹

Em 2021, a estimativa de pessoas com 60 anos ou mais foi de 80.577 habitantes, o que representa 17,2% da população, a taxa de envelhecimento foi de 105,9%, ou seja, a cada 100 jovens existem quase 106 idosos. O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de São José do Rio Preto é 0,797, ou seja, alto desenvolvimento Humano. Sendo a educação com crescimento de 0,093, a longevidade com 0,846 e por renda com 0,801. Ocupa a posição 50ª no ranking nacional e 28ª no Estado.³⁰

Foi constituída amostra de 618 idosos que participaram de forma voluntária, os quais foram selecionados mediante cálculo amostral de base populacional que considerou as regiões do município (divisão territorial em dez regiões), idade (entre 60 e 69 anos, entre 70 a 79 anos e com 80 anos ou mais) e sexo (masculino e feminino).

Os critérios de inclusão utilizados foram todos os indivíduos com 60 anos e mais e que atingiram o escore mínimo pelo mini exame do estado mental.³²

Os critérios de exclusão foram todos os idosos que não concordaram em participar do estudo e aqueles com déficit cognitivo apresentado pelo escore de corte para o Mini Exame do Estado Mental seguindo a classificação de Brucki et al.³²

2.4 Coleta de dados

Este estudo é integrante do projeto mãe intitulado São José do Rio Preto: cidade amiga de todas as idades, que foi realizado por meio da escuta ampla dos idosos. As entrevistas foram feitas por uma equipe constituída por 12 assistentes de pesquisa devidamente treinados pelos responsáveis para esclarecer as dúvidas dos participantes, tendo sido assegurado o direito de consulta a terceiros antes da assinatura do termo de consentimento.

O inquérito com os idosos do município foi realizado mediante a aplicação de questionário elaborado pelos pesquisadores e o Centro Internacional de Longevidade Brasil (ILC-BR), constituído por cinco blocos divididos em questionários e escalas (Apêndice B). O bloco A contemplava identificação e condições socioeconômicas, o bloco B saúde mental: estado mental, depressão e memória, o bloco C condições, hábitos e uso de serviços de saúde, o bloco D capacidade funcional e rede de proteção social e bloco E condições do ambiente físico e social.

As dimensões de condições de vida e saúde foram baseadas no questionário já utilizado em projeto anterior, desenvolvido sob supervisão do ILC na cidade de Jaguariúna com algumas adaptações, como a inclusão de instrumentos como o VES-13 preconizados pelo Ministério da Saúde para identificação de vulnerabilidade do idoso e instrumentos de capacidade funcional utilizados no Estudo Saúde e Bem-Estar no Envelhecimento (SABE) e ELSI Brasil,³³ os quais trouxeram contribuições importantes para o campo da pesquisa de inquéritos com idosos. Neste estudo foi utilizado apenas o bloco A e D.

Os instrumentos utilizados para avaliação da depressão e capacidade funcional foram: Escala de Depressão Geriátrica (*Geriatrics Depression Scale – GDS*) de cinco itens (satisfação com a vida, aborrecido, desamparado, prefere ficar em casa, sentimento de inutilidade). A Sociedade Americana de Geriatria recomenda o uso do instrumento GDS para identificação de sintomas depressivos.³⁴ A utilização da GDS de cinco itens se mostrou

aceitável,³⁵ tendo uma sensibilidade de 93,0% a 97,0% e especificidade de 94% em pacientes externos,³⁶ ou seja, sua utilização poderia ser eficaz na APS para identificação de idosos com potencial para depressão.³⁵

A Escala de avaliação de fragilidade autorreferida validada por Nunes et al.³⁷ é formado por questões dicotômicas levando em consideração a perda de peso não intencional, fadiga, baixa atividade física, redução de força e de velocidade de marcha. A classificação foi categorizada em: não frágil (nenhum componente identificado); pré-frágil (presença de um ou dois componentes) e frágil (presença de três ou mais componentes).

O Index de Katz avalia a independência funcional para seis funções: banhar-se, vestir-se, ir ao banheiro, transferir-se da cama para a cadeira e vice-versa, ser continente e alimentar-se, atividades essas consideradas básicas e biopsicossocialmente integradas.²⁸ Para cada uma das funções foi considerado SEM AJUDA aquele que consegue realizar a atividade sem nenhum auxílio, COM AJUDA PARCIAL aquele que consegue realizar a atividade se receber auxílio parcial de outra pessoa e COM AJUDA TOTAL aquele que depende totalmente de outra pessoa para o desempenho da atividade. Pontua um ponto para cada resposta com ajuda parcial ou total. A classificação final do Index de Katz foi independente aquele que não pontuou, dependência moderada de 1 a 3 pontos e muito dependente de 4 ou mais pontos.

A escala de Lawton e Brody,³⁴ validada no Brasil por Santos e Virtuoso Junior,⁴² avalia a capacidade funcional para a realização das tarefas propostas e, se o faz com ajuda de outra pessoa. Foram consideradas como resposta SEM AJUDA o idoso que consegue realizar a atividade sem nenhum auxílio; COM AJUDA PARCIAL o idoso que só consegue realizar a atividade se receber auxílio parcial de outra pessoa; e, com AJUDA TOTAL o idoso que depende totalmente de outra pessoa para o desempenho da atividade. Ao final pontuou um ponto as respostas com ajuda parcial ou total sendo classificado como independente aquele

que não pontou, dependência moderada de 1 a 3 pontos e muito dependente de 4 ou mais pontos.

Para o cálculo do VES 13 somou-se um ponto se a idade foi superior a 75 a 84 anos e 3 pontos se foi 85 anos e mais, um ponto se autopercepção de saúde regular ou ruim, 1 ponto para respostas muita dificuldade e incapaz de fazer com pontuação máxima no item limitação física num máximo de 2 pontos para as seis perguntas e 1 ponto para cada resposta positiva nas perguntas de Atividades diárias como banhar-se, vestir-se, cuidar do dinheiro, fazer compras e arrumar a casa num máximo de 4 pontos. A classificação final foi não vulnerável até 3 pontos, menor grau de vulnerabilidade de 3 até 7 pontos e maior grau de vulnerabilidade de 7 ou mais pontos.^{18,37-38,40.}

As variáveis sócio-demográficas analisadas foram: faixa etária; sexo; situação conjugal; cor; ler bilhete; escolaridade.

O questionário foi posteriormente adaptado a um aplicativo (Censo Rio Preto), desenvolvido por uma empresa contratada pela equipe ILC-BR, instalado no celular de cada entrevistador, o que otimizou o tempo da pesquisa que durava em torno de 60 minutos e passou a duração de aproximadamente 40 minutos após a utilização do aplicativo.

As entrevistas com idosos do município foram realizadas no período de agosto de 2019 a março de 2020, ocorridas na sequência temporal do primeiro movimento, o qual contribuiu no ajuste da estratégia de coleta de dados quantitativos e qualitativos.

Inicialmente, as entrevistas foram realizadas nas residências, mediante uma planilha que foi desenvolvida pelos pesquisadores, por meio de sorteio de idosos cadastrados no sistema Empro da prefeitura do município contendo endereço, telefone, sexo e faixa etária, distribuídos nas dez regiões do município. Havia 66.925 indivíduos com 60 anos e mais cadastrados que tiveram pelo menos um registro em algum estabelecimento de saúde da rede nos últimos 12 meses.

As entrevistas iniciaram primeiramente na região de Schimdt e Represa em que foi seguindo a sequência de sorteios por sexo e faixa etária. Os entrevistadores agendavam a entrevista previamente por telefone ou seguiam diretamente às residências, buscando aceite em participar, após apresentação e explanação da pesquisa aos participantes. Foi utilizado um uniforme (camiseta branca com o logotipo do ILC-Brasil e calça comprida) pelos assistentes de pesquisa, além do crachá de identificação para evitar que os entrevistados se sentissem acuados ou medo em participar do estudo.

A estratégia utilizada para recrutar os idosos foi alterada, devido às dificuldades, relacionadas aos endereços errados e/ou número de telefones desatualizados ou ao medo dos idosos em receber o entrevistador em suas residências alegando que poderiam sofrer algum tipo de golpe ou violência. Esta mudança ocorreu após três meses de coleta de dados, no momento em que os assistentes de pesquisa estavam coletando na região Central.

Os entrevistadores entraram em contato com 37 indivíduos durante os meses de agosto e setembro em Schimdt para realizar as 18 entrevistas estipuladas seguindo o sorteio, e, na região da Represa foram contactados 95 idosos para entrevistar 31 da amostra durante setembro e outubro. Já as entrevistas da região Central iniciaram no mês de outubro e como era o maior território e onde as maiores dificuldades foram aparecendo, optou-se pela mudança de estratégia.

As entrevistas passaram a ser realizadas em locais previamente definidos, sendo equipamentos públicos da área da saúde ou da assistência social que os idosos tinham familiaridade de uso e de fácil acesso, definidos considerando as especificidades de cada território. Dessa forma, a abordagem foi realizada em Unidades Básicas de Saúde (UBS), centros esportivos, centro de idosos, Igrejas e /ou o próprio domicílio dos idosos. Foi mantido o percentual da amostra inicial, por faixa etária e sexo nas diferentes regiões.

Após apresentação dos avaliadores, seguida da explicação do motivo da entrevista e de sua contribuição para obtenção dos dados, lia-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A), em que o idoso e o avaliador assinava e então dava início a entrevista.

No mês de março, houve a paralisação das entrevistas devido a pandemia de Covid-19 com a imposição de isolamento social pelos órgãos competentes do município, em decorrência da decisão do Governo Estadual de São Paulo.

2.5 Análise de dados

Após a coleta dos dados os mesmos foram planilhados no Excel.

A análise estatística descritiva foi realizada a partir dos cálculos das medidas de tendência central e dispersão e contagens de frequências.

Para a análise estatística inferencial das variáveis quantitativas foi utilizado o Teste de Kolmogorov Simirnov para verificação da normalidade dos dados.

As análises de correlação das variáveis quantitativas foram realizadas a partir dos testes de correlação de Spearman.

Os coeficientes de correlação (r) foram classificados⁴¹ da seguinte forma:

$r = 0,10$ até $0,30$ (fraco)

$r = 0,40$ até $0,60$ (moderado)

$r = 0,70$ até 1 (forte)

Em todas as análises um foi considerado estatisticamente significativo p valor $\leq 0,05$.

Os Programas utilizados foram o SPSS (IBM, versão 23, 2014), PRISMA (versão 6.10, 2015) e GraphPad InStat (3.10, 2009).

2.6 Questões éticas

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da União das Faculdades dos Grandes Lagos – Unilago, aprovado sob o CAAE: 16552319.0.0000.5489 com Parecer nº:

3.429.122 (Anexo A). Os participantes do estudo assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

3. RESULTADOS

3. RESULTADOS

Foram entrevistados 618 idosos. Na Tabela 1 encontra-se a distribuição dos idosos de acordo com a capacidade funcional. Observa-se que 18,0% apresentou sintomas depressivos, 69,9% algum tipo de fragilidade, 4,1% algum tipo de dependência em atividades básicas de vida diária, 33,7% algum tipo de dependência em atividades instrumentais de vida diária e 26,1% algum grau de vulnerabilidade (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição dos idosos segundo capacidade funcional, São José do Rio Preto, 2020

Variáveis		N	%
Sintomas depressivos	Não	507	82,0
	Sim	111	18,0
Fragilidade	Não frágil	186	30,1
	Pré-frágil	233	37,7
	Frágil	199	32,2
Katz	Independente	593	96,0
	Dependência moderada	16	2,6
	Muito dependente	9	1,5
Lawton	Independente	410	66,3
	Dependência moderada	132	21,4
	Muito dependente	76	12,3
VES 13	Não vulnerável	457	73,9
	Menor grau de vulnerabilidade	127	20,6
	Maior grau de vulnerabilidade	34	5,5
Total		618	100,0

A Tabela 2 mostra a distribuição dos idosos entrevistados segundo as características sócio demográficas e presença de sintomas depressivos, observa-se que houve correlação fraca e negativa apenas entre escolaridade ($r=-0,092$). Entre aqueles que nunca foram a escola ou não conclui nenhum ano 19,1% apresentaram sintomas depressivos.

Tabela 2. Distribuição dos idosos segundo características sócio, demográficas e sintomas depressivos, São José do Rio Preto, 2020

Variáveis		Sintomas Depressivos				Total		valor-p	r*
		Não		Sim		N	%		
		N	%	N	%				
Faixa etária	60 a 69 anos	235	81,6	53	18,4	288	46,6	0,699	-0,021
	70 a 79 anos	187	81,3	43	18,7	230	37,2		
	80 anos e mais	85	85,0	15	15,0	100	16,2		
Sexo	Masculino	192	85,0	34	15,0	226	36,6	0,092	0,058
	Feminino	315	80,4	77	19,6	392	63,4		
Situação Conjugal	Com companheiro	250	82,0	55	18,0	305	49,4	0,523	-0,002
	Sem companheiro	257	82,1	56	17,9	313	50,6		
Cor	branco	376	81,7	84	18,3	460	74,4	0,421	-0,013
	outro	131	82,9	27	17,1	158	25,6		
Ler Bilhete	não	44	75,9	14	24,1	58	9,4	0,135	-0,052
	sim	463	82,7	97	17,3	560	90,6		
Escolaridade	Nunca foi a escola ou não concluiu	45	80,4	11	19,6	56	9,1	0,035	-0,092
	nenhum ano								
	primeiro grau	309	79,4	80	20,6	389	62,9		
	segundo grau ou mais	153	88,4	20	11,6	173	28,0		
Total		507	82,0	111	18,0	618	100,0		

* Teste de Spearman

A tabela 3 mostra as características sócio demográficas e o índice das atividades básicas de vida diária dos idosos entrevistados. Nota-se que nenhuma das variáveis apresentaram significância estatística entre as correlações.

Tabela 3. Distribuição dos idosos segundo características sócio, demográficas e índice de Katz, São José do Rio Preto, 2020

Variáveis	Dependência em ABVDs (Katz)							
	Independente		Dependência moderada		Muito dependente		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Faixa etária	valor-p= 0,267		r*=0,052					
60 a 69 anos	279	96,9	8	2,8	1	0,3	288	46,6
70 a 79 anos	220	95,7	5	2,2	5	2,2	230	37,2
80 anos e mais	94	94,0	3	3,0	3	3,0	100	16,2
Sexo	valor-p= 0,977		r*=0,003					
Masculino			6	2,7	3	1,3	226	36,6
Feminino	376	95,9	10	2,6	6	1,5	392	63,4
Situação conjugal	valor-p= 0,541		r*=0,006					
Com companheiro			9	3,0	3	1,0	305	49,4
Sem companheiro	300	95,8	7	2,2	6	1,9	313	50,6
Cor	valor-p= 0,419		r*=-0,025					
Branco			14	3,0	6	1,3	460	74,4
Outro	153	96,8	2	1,3	3	1,9	158	25,6
Ler bilhete	valor-p= 0,380		r*=-0,019					
Não			1	1,7	2	3,4	58	9,4
Sim	538	96,1	15	2,7	7	1,3	560	90,6
Escolaridade	valor-p= 0,335		r*=-0,028					
Nunca foi a escola ou não concluiu nenhum ano	54	96,4	0	0,0	2	3,6	56	9,1
Primeiro grau	371	95,4	12	3,1	6	1,5	389	62,9
Segundo grau ou mais	168	97,1	4	2,3	1	0,6	173	28,0
TOTAL	593	96,0	16	2,6	9	1,5	618	100,0

* Teste de Spearman

A Tabela 4 mostra correlação entre dependência em AIVDs e as características sócio, demográficas dos idosos entrevistados. Observa-se que houve correlação significativa entre faixa etária, sexo, saber ler um bilhete e escolaridade. Entre faixa etária, esta correlação foi positiva e moderada, já entre sexos, positiva e fraca. Já entre ler um bilhete e escolaridade, foi negativa e fraca. Observa-se algum tipo de dependência em AIVDs em 55,0% dos idosos com 80 anos e 33,5% entre 70 a 79 anos ($p < 0,001$; $r = 0,216$) e entre as mulheres 37,0% ($p = 0,058$; $r = 0,086$). Aqueles que não sabem ler tiveram uma dependência em 51,7% dos idosos ($p < 0,001$; $r = -0,148$) e os menos escolarizados, nunca foram à escola ou não concluíram nenhum ano, 48,3% apresentaram algum tipo de dependência ($p < 0,001$; $r = -0,016$) (Tabela 4).

Tabela 4. Distribuição dos idosos segundo características sócio, demográficas e índice de Lawton, São José do Rio Preto, 2020

Variáveis	Dependência em AIVDs (Lawton)								valor- p	r*	
	Independente		Dependência moderada		Muito dependente		Total				
	N	%	N	%	N	%	N	%			
Faixa etária	60 a 69 anos	212	73,6	61	21,2	15	5,2	288	46,6	<0,001	0,216
	70 a 79 anos	153	66,5	45	19,6	32	13,9	230	37,2		
	80 anos e mais	45	45,0	26	26,0	29	29,0	100	16,2		
Sexo	Masculino	163	72,1	38	16,8	25	11,1	226	36,6	0,058	0,086
	Feminino	247	63,0	94	24,0	51	13,0	392	63,4		
Situação Conjugal	Com companheiro	193	63,3	76	24,9	36	11,8	305	49,4	0,103	-0,052
	Sem companheiro	217	69,3	56	17,9	40	12,8	313	50,6		
Cor	branco	306	66,5	98	21,3	56	12,2	460	74,4	0,983	0,007
	outro	104	65,8	34	21,5	20	12,7	158	25,6		
Ler bilhete	não	28	48,3	12	20,7	18	31,0	58	9,4	<0,001	-0,148
	sim	382	68,2	120	21,4	58	10,4	560	90,6		
Escolaridade	Nunca foi a escola ou não concluiu nenhum ano	29	51,8	10	17,9	17	30,4	56	9,1	<0,001	-0,016
	primeiro grau	252	64,8	85	21,9	52	13,4	389	62,9		
	segundo grau ou mais	129	74,6	37	21,4	7	4,0	173	28,0		
Total		410	66,3	132	21,4	76	12,3	618	100,0		

* Teste de Spearman

A Tabela 5 mostra que houve correlação significativa entre algum grau de vulnerabilidade e faixa etária, ler um bilhete e escolaridade. Entre a faixa etária esta correlação foi positiva e moderada sendo que 29,1% de idosos entre 70 a 79 anos e 47,0% entre 80 anos e mais tiveram algum grau de vulnerabilidade ($p < 0,001$; $r = 0,246$). Entre ler um bilhete e escolaridade esta correlação foi negativa e fraca, ou seja, aqueles que não sabem ler (38,0%) tiveram algum grau de vulnerabilidade ($p = 0,028$, $r = -0,094$) e aqueles que nunca foram a escola ou não concluíram nenhum ano (43,9%) apresentaram algum grau de vulnerabilidade ($p = 0,002$; $r = -0,146$) (Tabela 5).

Tabela 5. Distribuição dos idosos segundo características sócio, demográficas e VES-13, São José do Rio Preto, 2020

Variáveis		VES 13						Total	valor-p	r*	
		Não vulnerável		Menor grau de vulnerabilidade		Maior grau de vulnerabilidade					
		N	%	N	%	N	%				N
Faixa etária	60 a 69 anos	241	83,7	39	13,5	8	2,8	288	46,6	<0,001	0,246
	70 a 79 anos	163	70,9	55	23,9	12	5,2	230	37,2		
	80 anos e mais	53	53,0	33	33,0	14	14,0	100	16,2		
Sexo	Masculino	175	77,4	43	19,0	8	3,5	226	36,6	0,175	0,065
	Feminino	282	71,9	84	21,4	26	6,6	392	63,4		
Situação Conjugal	Com companheiro	233	76,4	60	19,7	12	3,9	305	49,4	0,183	0,061
	Sem companheiro	224	71,6	67	21,4	22	7,0	313	50,6		
Cor	branco	336	73,0	100	21,7	24	5,2	460	74,4	0,427	-0,030
	outro	121	76,6	27	17,1	10	6,3	158	25,6		
Ler bilhete	não	36	62,1	15	25,9	7	12,1	58	9,4	0,028	-0,094
	sim	421	75,2	112	20,0	27	4,8	560	90,6		
Escolaridade	Nunca foi a escola ou não concluiu nenhum ano	32	57,1	16	28,6	8	14,3	56	9,1	0,002	-0,146
	primeiro grau	284	73,0	84	21,6	21	5,4	389	62,9		
	segundo grau ou mais	141	81,5	27	15,6	5	2,9	173	28,0		
Total		457	73,9	127	20,6	34	5,5	618	100,0		

* Teste de Spearman

Houve correlação significativa entre fragilidade e faixa etária, cor e escolaridade. A faixa etária apresentou uma correlação positiva e fraca, sendo que 68,7% dos idosos de 70 a 79 anos e 81,0% de 80 anos e mais tiveram algum tipo de fragilidade (pré-frágil e frágil) ($p < 0,001$ e $r = 0,163$). Já entre cor e ler um bilhete, esta correlação foi negativa e fraca, ou seja, os idosos não brancos (64,5%) e 73,3% dos que nunca foram a escola ou não concluíram nenhum ano, apresentaram algum tipo de fragilidade (Tabela 6).

Tabela 6. Distribuição dos idosos segundo características sócio, demográficas e fragilidade, São José do Rio Preto, 2020

		fragilidade						Total		Valor-p	r*
		Não frágil		Pré-frágil		Frágil		N	%		
		N	%	N	%	N	%				
Faixa etária	60 a 69 anos	95	33,0	121	42,0	72	25,0	288	46,6	<0,001	0,163
	70 a 79 anos	72	31,3	85	37,0	73	31,7	230	37,2		
	80 anos e mais	19	19,0	27	27,0	54	54,0	100	16,2		
Sexo	Masculino	72	31,9	86	38,1	68	30,1	226	36,6	0,646	0,037
	Feminino	114	29,1	147	37,5	131	33,4	392	63,4		
Situação Conjugal	Com companheiro	93	30,5	119	39,0	93	30,5	305	49,4	0,653	0,027
	Sem companheiro	93	29,7	114	36,4	106	33,9	313	50,6		
Cor	branco	130	28,3	186	40,4	144	31,3	460	74,4	0,049	-0,019
	Não branco	56	35,4	47	29,7	55	34,8	158	25,6		
Ler bilhete	não	14	24,1	19	32,8	25	43,1	58	9,4	0,171	-0,069
	sim	172	30,7	214	38,2	174	31,1	560	90,6		
Escolaridade	Nunca foi a escola ou não concluiu nenhum ano	15	26,8	17	30,4	24	42,9	56	9,1	0,001	-0,161
	primeiro grau	101	26,0	149	38,3	139	35,7	389	62,9		
	segundo grau ou mais	70	40,5	67	38,7	36	20,8	173	28,0		
Total		186	30,1	233	37,7	199	32,2	618	100,0		

* Teste de Spearman

As Tabelas 7, 8 e 9 mostram a distribuição dos idosos segundo a capacidade funcional. Observa-se a significância estatística entre todas as escalas, havendo uma correlação fraca e positiva entre sintomas depressivos e fragilidade, índice de Katz, Lawton e VES-13. Idosos frágeis e pré-frágeis (27,8%), com algum grau de dependência nas atividades básicas de vida diária (56,2%) e em atividades instrumentais de vida diária (37,5%). Com algum grau de vulnerabilidade (33,0%) apresentaram sintomas depressivos.

Tabela 7. Distribuição dos idosos segundo sintomas depressivos e capacidade funcional, São José do Rio Preto, 2020

	Variáveis	Sintomas Depressivos				Total		Valor-p	r*
		Não		Sim		N	%		
		N	%	N	%				
fragilidade	Não frágil	169	90,9	17	9,1	186	30,1	<0,001	0,218
	Pré-frágil	199	85,4	34	14,6	233	37,7		
	Frágil	139	69,8	60	30,2	199	32,2		
Katz	Independente	491	82,8	102	17,2	593	96,0	0,023	0,095
	Dependência moderada	9	56,3	7	43,8	16	2,6		
	Muito dependente	7	77,8	2	22,2	9	1,5		
Lawton	Independente	356	86,8	54	13,2	410	66,3	<0,001	0,178
	Dependência moderada	98	74,2	34	25,8	132	21,4		
	Muito dependente	53	69,7	23	30,3	76	12,3		
VES 13	Não vulnerável	386	84,5	71	15,5	457	73,9	0,013	0,112
	Menor grau de vulnerabilidade	98	77,2	29	22,8	127	20,6		
	Maior grau de vulnerabilidade	23	67,6	11	32,4	34	5,5		
Total		507	82,0	111	18,0	618	100,0		

* Teste de Spearman

Entre a fragilidade e o index de Katz observou se uma correlação positiva e fraca e entre o índice de Lawton e o VES-13 positiva e moderada. Nota-se que os frágeis foram encontrados em 56,3% entre os idosos com dependência moderada em ABVD entre 77,8% dos muito dependentes ($p=0,004$; $r=0,152$), entre 48,5% com dependência moderada em AIVDs e 67,1% dos muito dependentes ($p<0,001$; $r=0,350$) e entre 56,7% cm menor grau de vulnerabilidade e 76,5% com maior grau de vulnerabilidade ($p<0,001$; $r=0,339$) (Tabela 8).

Tabela 8. Distribuição dos idosos segundo fragilidade e capacidade funcional, São José do Rio Preto, 2020

Variáveis	fragilidade						Total		Valor-p	Rho*	
	Não frágil		Pré-frágil		Frágil		N	%			
	N	%	N	%	N	%					
Katz	Independente	185	31,2	225	37,9	183	30,9	593	96,0	0,004	0,152
	Dependência moderada	1	6,3	6	37,5	9	56,3	16	2,6		
	Muito dependente	0	0,0	2	22,2	7	77,8	9	1,5		
Lawton	Independente	153	37,3	173	42,2	84	20,5	410	66,3	<0,001	0,350
	Dependência moderada	25	18,9	43	32,6	64	48,5	132	21,4		
	Muito dependente	8	10,5	17	22,4	51	67,1	76	12,3		
VES 13	Não vulnerável	162	35,4	194	42,5	101	22,1	457	73,9	<0,001	0,339
	Menor grau de vulnerabilidade	22	17,3	33	26,0	72	56,7	127	20,6		
	Maior grau de vulnerabilidade	2	5,9	6	17,6	26	76,5	34	5,5		
Total		186	30,1	233	37,7	199	32,2	618	100,0		

* Teste de Spearman

Houve correlação positiva e moderada entre o índice de Katz, Lawton e VES-13, ou seja, aqueles com muita dependência em ABVDs foram encontrados em 0,8% com dependência moderada em AIVDs e 10,5% com muita dependência ($p < 0,001$; $r = 0,273$). Os muito dependentes em ABVDs apresentaram 23,5% um maior grau de vulnerabilidade ($p < 0,001$; $r = 0,220$) (Tabela 9).

Tabela 9. Distribuição dos idosos segundo Katz e capacidade funcional, São José do Rio Preto, 2020

Variáveis		Dependência em ABVDs (Katz)						Total		Valor-p	r*
		Independente		Dependência moderada		Muito dependente					
		N	%	N	%	N	%	N	%		
Lawton	Independente	407	99,3	3	0,7	0	0,0	410	66,3	<0,001	0,273
	Dependência moderada	125	94,7	6	4,5	1	0,8	132	21,4		
	Muito dependente	61	80,3	7	9,2	8	10,5	76	12,3		
VES 13	Não vulnerável	448	98,0	8	1,8	1	0,2	457	73,9	<0,001	0,220
	Menor grau de vulnerabilidade	123	96,9	4	3,1	0	0,0	127	20,6		
	Maior grau de vulnerabilidade	22	64,7	4	11,8	8	23,5	34	5,5		
Total		593	96,0	16	2,6	9	1,5	618	100,0		

* Teste de Spearman

A tabela 10 mostra a distribuição dos idosos segundo a classificação de dependência em AIVD (Lawton) e vulnerabilidade (VES13) revelando uma correlação significativa, positiva e forte. Observou-se que os idosos muito dependente em AIVDs foram encontrados em 32,3% entre aqueles com menor grau de vulnerabilidade e 76,5% entre aqueles com maior grau de vulnerabilidade ($p < 0,001$; $r = 0,510$).

Tabela 10. Distribuição dos idosos segundo Lawton e capacidade funcional, São José do Rio Preto, 2020

Variáveis		Lawton						Total		Valor-p	r*
		Independente		Dependência moderada		Muito dependente					
		N	%	N	%	N	%	N	%		
VES 13	Não vulnerável	359	78,6	89	19,5	9	2,0	457	73,9	<0,001	0,510
	Menor grau de vulnerabilidade	46	36,2	40	31,5	41	32,3	127	20,6		
	Maior grau de vulnerabilidade	5	14,7	3	8,8	26	76,5	34	5,5		
Total		410	66,3	132	21,4	76		618	100,0		

* Teste de Spearman

4.DISSCUSSÃO

4. DISCUSSÃO

Este estudo observou um perfil de idosos com a capacidade funcional com uma presença considerável de sintomas depressivos, algum grau de fragilidade, sem muita dependência nas ABVDs, porém com algum grau de dependência em AIVDs, e uma proporção considerável de vulnerabilidade. Outro resultado importante deste estudo foi que o nível de instrução se mostrou inversamente proporcional a sintomas depressivos, AIVDs, fragilidade, faixa etária também foi um importante fator na correlação entre estas variáveis. O sexo feminino teve uma correlação com dependência em AIVD. Além disto, a utilização das escalas de Katz, Lawton, fragilidade, VES-13 e GDS se mostraram eficazes para o monitoramento de idosos no território de atuação das equipes, já que quando associadas mostraram uma correlação positiva.

Vale ressaltar, que os idosos participantes do estudo apresentavam certa autonomia e independência, pois utilizavam serviços e circulavam pela cidade. A dificuldade em acessar os idosos para realização das entrevistas e o início da pandemia de Covid-19 foi uma limitação do estudo, mas ao se analisar as estimativas populacionais e suas características no IBGE, principalmente na distribuição de sexo e faixa etária observou-se uma semelhança da amostra.⁴²

A amostra apresentou uma relevância significativa em relação a capacidade funcional de idosos, sobretudo, com a presença de fragilidade e dependências em atividades instrumentais da vida diária nos idosos investigados, pois problemas de saúde surgem com a longevidade populacional, contribuindo de certo modo, para o aumento de idosos limitados funcionalmente.⁴³ Vale ressaltar que atualmente é crescente a constatação de envelhecimento com fragilidade, que tem como consequência a vulnerabilidade a fatores que podem causar a depressão, proporcionando o adoecimento e dependência.²²

Neste contexto, não resta dúvida de que, o avanço da idade, contribui para maior ocorrência de doenças crônicas e maior frequência de incapacidade funcional, sobretudo, com

a prevalência de restrição de habilidades físicas e mentais, que são fundamentais para manutenção de independência e autonomia na realização de atividades de vida diárias e nas de maior complexidade.⁴⁴⁻⁴⁵ Assim, a avaliação do estado funcional do idoso, é essencial para que se possa compreender a capacidade de autocuidado dos indivíduos, não só no que diz respeito às atividades básicas de vida diária, como em relação a outras atividades mais complexas, ou seja, as atividades instrumentais da vida quotidiana, cuja execução é fundamental para a manutenção de uma autonomia e independência.⁴⁶

O declínio funcional que surge naturalmente por causa do processo de envelhecimento humano, incluindo todas as manifestações geriátricas, conduz a percepção do idoso de estar diante da sensação de impotência diante da vida, sendo a capacidade funcional um importante indicador da saúde do idoso.⁴⁶

A prevalência de limitação funcional, que consiste na dificuldade em desempenhar atividades cotidianas em atividades na vida, por causa de um problema de saúde, considerando fatores multidimensionais, neste contexto, a incapacidade funcional pode ser compreendida em relação a atividades básicas da vida diária (ABVD) e a realização das atividades instrumentais da vida diária (AIVD), relacionadas à independência do indivíduo na sociedade.^{11,18,47-49}

É fundamental que se perceba o desempenho da vida diária do idoso como um fator que baliza a qualidade da saúde destes indivíduos. Assim, o índice de Katz, ao avaliar as atividades descritas como Atividades Básicas de Vida Diárias (AVD), relacionadas ao cotidiano do indivíduo, poderá ser eficaz para avaliar a capacidade funcional do idoso em diversos aspectos.^{12,38,51} Neste estudo não houve características consideradas significantes estatisticamente com a dependência em ABVDs.

A idade avançada é considerada um fator de risco para o declínio das funções fisiológicas que acaba acarretando em perda da capacidade funcional e comprometendo a

qualidade de vida.⁵²⁻⁵⁶ Vale destacar que as mulheres apresentaram maior dependência em AIVDs do que homens.⁵⁵

A prevalência sintomas depressivos neste estudo corrobora com outros realizados no Brasil, que varia de 14,5% a 29,0%.⁵⁷⁻⁶⁷

A depressão como um distúrbio de natureza multifatorial da área afetiva ou do humor, capaz de proporcionar grande impacto funcional, contribuindo para o desenvolvimento de inúmeros aspectos de ordens biológica, psicológica e social, apresentando sintomas como humor deprimido e perda de interesse ou prazer em quase todas as atividades.⁶⁵ E pode-se mencionar que, poucos laços sociais e escassos contatos em sociedade, poderão ter como consequência do isolamento social, o aumento de mortalidade entre os idosos.⁶⁶⁻⁶⁸

Além disto, a presença de sintomas depressivos favorece o declínio da capacidade funcional,⁶⁹ aumentando a fragilidade e vulnerabilidade destes idosos. Assim, deve-se observar, a relação entre envelhecimento, vulnerabilidade e sua relevância em saúde pública, em que, a vulnerabilidade produz a autodeterminação reduzida, ocasionada geralmente por razão de déficit de poder, inteligência, educação, recursos, forças, que afetam diretamente os interesses da pessoa idosa.^{11,13,28,33,48}

A vulnerabilidade acarreta danos à saúde e ao bem-estar do idoso. Deve-se observar que a prevalência de sintomas depressivos associados a fragilidade, que deve ser considerada uma prioridade na saúde pública, pois sua prevalência ocasiona ocorrência de eventos adversos que ameaçam a sustentabilidade em longo prazo das ações e sistemas de saúde, afetando de forma negativa a qualidade de vida da pessoa idosa.^{22,28,70}

A fragilidade física em pessoas idosas, ocasiona um estado de alerta para os profissionais de saúde, por causa da predisposição da pessoa idosa à vulnerabilidade, com a consequência do declínio físico e funcional, e poderá está associada à outras condições

geriátricas, como os sintomas depressivos, assim, deve-se ter uma atenção especial voltada às pessoas idosas frágeis, com o surgimento de sintomas depressivos.⁷¹

A associação entre os sintomas depressivos e a fragilidade física do idoso, contribui para desfechos negativos para a saúde destes indivíduos, considerando o comprometimento cognitivo, limitação das atividades da vida cotidiano, incapacidade funcional para ABVD e AIVD, internações e aumento das taxas de mortalidade.⁷²

Vale ressaltar que na Atenção Primária a Saúde (APS) é fundamental que o idoso possa ter sua funcionalidade avaliada por meio de uma ampla investigação, realizada com instrumentos que identifiquem e quantifiquem os problemas de saúde, assim, deve-se proporcionar um acompanhamento que possibilite a elaboração de um plano individualizado e personalizado ao idoso. Neste aspecto, a avaliação multidimensional da funcionalidade do idoso, é fundamental, sendo composta por instrumentos aplicados, sempre que haja necessidade, visando complementar a consulta médica.⁵⁶

A implementação de modelos de cuidado que apoiam o reconhecimento e o gerenciamento de condições crônicas, como a síndrome de fragilidade, pode colaborar com a melhora e/ou manutenção do estrato clínico-funcional dos idosos na ESF. O desenvolvimento de ações técnicas pedagógicas e clínico-assistenciais por profissionais de saúde pode melhorar ou protelar repercussões negativas sobre a funcionalidade e a qualidade de vida da pessoa idosa, assim, são congruentes com a literatura, que atesta a necessidade da identificação precoce da fragilidade como ponto essencial para a compreensão de sua evolução dinâmica e imprevisível no curso da saúde em longo prazo, ressaltando o benefício de intervenções oportunas para a redução do ônus individual e coletivo.⁶⁵

Neste contexto, os resultados encontrados, sugerem a vulnerabilidade clínico-funcional dos idosos e da identificação da fragilidade, que compreende um estado clínico dinâmico, multifatorial, resultante da somatória de déficits de saúde, que contribuem para

agravar a saúde destes idosos, aumentando o percentual de internações, sobrecarregando o sistema de saúde.

A depressão em pessoas idosas, é um grave problema de saúde pública, ocasionando prejuízos a vida familiar e a sociedade de um modo geral, e não sendo condição natural do envelhecimento, deve ser compreendida como doença. Sendo reconhecida e devidamente tratada de forma eficaz, visando o desenvolvimento físico e mental deste grupo de indivíduos, sendo que a falta de acompanhamento médico em doenças de saúde mental, considerando a depressão, pode ocasionar o agravamento do quadro psiquiátrico, causar graves danos como doenças crônicas e o risco de morte por suicídio.⁷³⁻⁷⁶ Além disto, a literatura revela que prevalência de sintomas depressivos entre as mulheres é quase duas vezes maior do que entre os homens sendo importante que esta detecção seja realizada constantemente pelas equipes de saúde. Ainda, grupo de idosos ativos são menos propensos a desenvolverem sintomas de depressão, sendo que existem evidências dos efeitos benéficos da atividade física sobre a depressão em pessoas idosas.⁷⁷

Deve-se perceber a importância do papel das equipes na Atenção Primária em Saúde (APS) no desenvolvimento de ações de rastreio, encaminhamento e monitoramento de idosos com sintomas de depressão, visando uma melhor atuação na promoção de saúde mental, desta população.^{57,59,78}

Enfim, é preciso mencionar que, as ações de promoção em saúde do idoso na APS, podem contribuir para minimizar a vulnerabilidade clínico-funcional destes indivíduos, sendo fundamental a intervenção de profissionais capacitados para trabalhar nas ESF, visando contribuir na eficácia quanto aos cuidados dos idosos em situação de fragilidade, que devem ser devidamente assistidos por estas equipes.

5. CONCLUSÃO

5. CONCLUSÃO

Nessa perspectiva, a análise da capacidade funcional, fragilidade e depressão em idosos, feita por escalas para monitoramento funcional na atenção primária à saúde, contribui de forma eficaz para evidenciar fatores biopsicossociais que perpassaram a depressão em idosos. Assim, a aplicabilidade desses instrumentos de avaliação do estado de saúde do idoso, são essenciais para o diagnóstico de fatores de declínio da capacidade funcional, cognitiva e da saúde mental destes pacientes, visto que direcionam o planejamento de ações de cuidados tanto no âmbito da prevenção de agravos à saúde quanto para a reabilitação. Enfim, as escalas, são indicadores que contribuem para ações preventivas eficazes, e visam da promoção saúde de idosos. Espera-se que este estudo possa servir para que ações de prevenção do declínio funcional sejam implementadas em programas de saúde pública, visando a promoção, e a prevenção de doenças em idosos.

6. REFERÊNCIAS

6. REFERÊNCIAS

1. Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS – OMS [internet]. [acesso em 04 mai 2022]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf.
2. Centro Internacional de Longevidade – Brasil [internet]. [acesso em 03 mai 2022]. Disponível em: <https://ilcbrazil.org.br/>.
3. Fernandez YA, Soares N, Baretta RCS, Tasso TO. Reflexões sobre o envelhecimento: contribuições da universidade aberta como estratégia de promoção da saúde. *Serv Soc Ver Londrina*. 2021;24(1):331-34. DOI: <https://doi.org/10.5433/1679-4842.2021v24n1p331>.
4. Lehr UA. A revolução da longevidade: impacto na sociedade, na família e no indivíduo. *Est Interdiscipl Envelhec Porto Alegre*. 1999;1:7-36. DOI: <https://doi.org/10.22456/2316-2171.4649>.
5. Fernandes ASF. O aumento da longevidade e a poupança das famílias em Portugal. [dissertação]. Portugal: Universidade do Minho, Escola de Economia e Gestão; 2014. [acesso em 04 mai 2022]. Disponível em: <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/34201/1/Ana%20Sofia%20Ferreira%20Fernandes.pdf>.
6. Razente YB, Finati RG, Castro GL, Lopes MTSR, Cimardi ACBS. A importância da informação na atenção primária de saúde e a estratificação de risco VES-13 em idosos. *ICSA*. 2021;8(3):201-215. DOI: <https://doi.org/10.17564/2316-3798.2021v8n3p201-215>.
7. Agência IBGE Notícias [Internet]. Projeção da População 2018: número de habitantes do país deve parar de crescer em 2047. [acesso em 10 jul 2022]. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/21837-projecao-da-populacao-2018-numero-de-habitantes-do-pais-deve-parar-de-crescer-em-2047>.
8. Centro Internacional de Longevidade Brasil. Envelhecimento ativo: um marco político em resposta à revolução da longevidade. 1st ed. Rio de Janeiro (RJ): Centro Internacional de Longevidade Brasil (ILC-Brasil); 2015.119p.
9. Andrade AN, Fernandes MGM, Nóbrega MML, Garcia TR, Costa KNFM. Análise do conceito fragilidade em idosos. *Texto Contexto Enferm*. 2012;21(4). DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072012000400004>.
10. Barbosa GC, Caparrol AJS, Melo BRS, Medeiros TJ, Ottaviani AC, Gratão ACM. Fatores correlacionados à fragilidade de idosos em atenção ambulatorial: diferença entre grupos etários. *Esc Anna Nery*. 2022; 26:e20210408. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0408pt>
11. Macedo C, Gazzola JM, Najas M. Síndrome da fragilidade no idoso: importância da fisioterapia. *Arq Bras Ciênc Saúde*. 2008;33(3):177-84.
12. Guimarães RM, Andrade FCD. Expectativa de vida com e sem multimorbidade entre idosos brasileiros: pesquisa nacional de saúde 2013. *R Bras Est Pop*. 2020;37(e0117):1-15. DOI: <https://doi.org/10.20947/S0102-3098a0117>.
13. Bergman H, Béland F, Karunanathan S, Hummel S, Hogan D, Wolfson C. Développement d'un cadre de travail pour comprendre et étudier la fragilité. *Gerontol Soc*. 2004;109(27):15-29. DOI: <https://doi.org/10.3917/g.s.109.0015>.

14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Cadernos de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. 192p.
15. Schillerstrom JE, Royall DR, Palmer RF. Depression, disability and intermediate pathways: a review of longitudinal studies in elders. *J Geriatr Psychiatry Neurol.* 2008;21(3):183-197. DOI: <https://doi.org/10.1177/0891988708320971>.
16. Centro Internacional de Longevidade – Brasil [internet]. [acesso em 03 mai 2022]. Disponível em: <https://ilcbrazil.org.br/>.
17. Ceccon RF, Soares KG, Vieira LJES, Júnior CASG, Matos CCSA, Pascoal MDHA. Atenção Primária em Saúde no cuidado ao idoso dependente e ao seu cuidador. *Ciênc Saúde Colet.* 2021;26(01):99-108. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.30382020>.
18. Duarte YAO, Andrade CL, Lebrão ML. O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. *Rev Esc Enferm USP.* 2007;41(2):317-325. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342007000200021>.
19. SEADE. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. Boletim Foco: Região Administrativa de São José do Rio Preto. [Internet]. 2011. [acesso em 10 mai 2022]. Disponível em: <https://bibliotecadigital.seade.gov.br/view/linkPdf.php?pdf=10041508-1.pdf>.
20. Ribeiro YHCP, Romão JFF. Métodos de avaliação da funcionalidade do idoso e sua correlação com a CIF. [trabalho de conclusão de curso]. Brasília: Universidade de Brasília – Campus Darcy Ribeiro; 2017. [acesso em 08 mai 2022]. Disponível em: https://bdm.unb.br/bitstream/10483/18565/1/2017_YaraHelenadeCarvalhoPaivaRibeiro.pdf.
21. Malcher CMSR. Avaliação global do idoso na atenção primária. [Internet]. [acesso em 08 mai 2022]. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/14911/1/AVALIA%C3%87%C3%83O%20GLOBAL%20DO%20IDOSO%20NA%20ATEN%C3%87%C3%83O%20PRIM%C3%81RIA.pdf>.
22. Fhon JRS, Diniz MA, Leonardo KC, Kusumota L, Haas VJ, Rodrigues RAP. Síndrome de fragilidade relacionada à incapacidade funcional no idoso. *Acta Paul Enferm.* 2012;25(4):589-594. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002012005000016>.
23. Veras MLM, Teixeira RS, Granja FBC, Batista MRFF. Processo de envelhecimento: um olhar do idoso. *Rev Interd.* 2015;8(2):113-122.
24. Wu Y, Panza GA, Taylor BA, Pescatello LS. Healthy aging and exercise: preventing disease and disability. *Healthy Aging.* 2019;1(1):227-240. DOI: https://doi.org/10.1007/978-3-030-06200-2_20.
25. Miranda GMD, Mendes ACG, Silva ALA. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2016;19(3):507-519. DOI: <https://doi.org/10.1590/1809-98232016019.150140>.
26. Carmo JA. Proposta de um índice de vulnerabilidade clínico-funcional para a atenção básica: um estudo comparativo com a avaliação multidimensional do idoso. [dissertação]. Belo Horizonte: Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais; 2014. [acesso em 09 mai 2022]. Disponível em: https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/BUBD-A4YHWT/1/disserta__o_completa___juliana_alves_do_carmo.pdf.
27. Moraes EN. Avaliação multidimensional do idoso. 4ª ed. Belo Horizonte: Folium; 2014. 200p. (Coleção Guia de Bolso em Geriatria e Gerontologia).

28. Maia FOM, Duarte YAO, Secoli SR, Santos JLF, Lebrão ML. Adaptação transcultural do Vulnerable Elders Survey -13 (VES-13): contribuindo para a identificação de idosos vulneráveis. *Rev Esc Enferm USP*. 2012;46(spe):116-22. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000700017>.
29. Evangelista JS, Silva LB, Vicente REJ, Silva SLA, Medeiros FAL. O rastreio da vulnerabilidade entre pessoas idosas atendidas na clínica escola de enfermagem da UEPB. *Anais do VII Congresso Internacional de Envelhecimento Humano (CIEH)*; 2020, Campina Grande, Paraíba. Disponível em: https://editorarealize.com.br/editora/anais/cieh/2020/TRABALHO_EV136_MD1_SA12_ID941_01062020215340.pdf.
30. São José do Rio Preto (SP). Secretaria Municipal de Planejamento Estratégico, Ciência, Tecnologia e Inovação. *Conjuntura Econômica de São José do Rio Preto*. 37.ed. 2022.
31. São José do Rio Preto (SP). Decreto nº 18.073, de 29 de junho de 2018. Institui a Divisão Geográfica da área do Município de São José do Rio Preto em Regiões e dá outras providências, 2018
32. Brucki SMD, Nitrini R, Caramelli P, Bertolucci PHFM, Okamoto IH. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. *Arq Neuropsiquiatr*. 2003;61(3B):777-781. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0004-282X2003000500014>.
33. Silva AMM, Mambrini JVM, Andrade JM, Andrade FB, Lima-Costa MF. Fragilidade entre idosos e percepção de problemas em indicadores de atributos da atenção primária à saúde: resultados do ELSI-Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2021;37(9):e00255420. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00255420>.
34. Smithson S, Pignone MP. Screening adults for depression in primary care. *Med Clin North Am*. 2017;101(4):807-821. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2017.03.010>.
35. Apóstolo JLA, Bobrowicz-Campos EM, Reis IAC, Henriques SJ, Correia CAC. Capacidade de rastreio da Escala de Depressão Geriátrica com 10 e 5 itens. *Referência*. 2018;16(4). DOI: <https://doi.org/10.12707/RIV17062>.
36. Rinaldi P, Mecocci P, Benedetti C, Ercolani S, Bregnocchi M, Menculini G, et al. Validation of the five-item geriatric depression scale I elderly subjects in three different settings. *J Am Geriatr Soc*. 2003;51(5):694-8. DOI: 10.1034/j.1600-0579.2003.00216.x.
37. Nunes DP, Duarte YA, Santos JL, Lebrão ML. Screening for frailty in older adults using a self-reported instrument. *Rev Saúde Pública* 2015; 49:2. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2015049005516>.
38. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*. 1969;9:179-186.
39. Santos RL, Júnior JSV Confiabilidade da versão brasileira da escala de atividades instrumentais da vida diária. *Rev Bras Promoç Saúde*. 2008;21(4):290-96
40. Braga LDS, Macinko J, Proietti FA, César CC, Lima-Costa MF. Diferenciais intra-urbanos de vulnerabilidade da população idosa. *Cad Saúde Pública*. 2010;26(12):2307–2315.
41. Dancey CP, Reidy J. *Estatística Sem Matemática para Psicologia: Usando SPSS para Windows*. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2006. 608p.
42. IBGE [Internet]. São Paulo. São José do Rio Preto. Panorama. [acesso em 13 out 2021]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/sao-jose-do-rio-preto/panorama>.

43. Santos-Orlani AA, Brito TRP, Ottaviani AC, Rossetti ES, Zazzetta MS, Gratão ACM, et al. Perfil de idosos que cuidam de outros idosos em contexto de alta vulnerabilidade social. *Esc Anna Nery*. 2017;21(1). DOI: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20170013>.
44. Barros MBA, Francisco PMSB, Zanchetta LM, César CLG. Tendências das desigualdades sociais e demográficas na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD: 2003- 2008. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(9):3755-3768. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011001000012>.
45. Predebon ML, Ramos G, Dal Pizzol FLF, Santos NO, Paskulin LMG, Rosset I. Global functionality and associated factors in the older adults followed by Home Care in Primary Health Care. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2021;29:e3476. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.5026.3476>.
46. Aguiar VFF, Santos BSC, Gomes DCN, Tavares TCA. Avaliação da capacidade funcional e qualidade de vida do idoso no Brasil residente em comunidade. *Referência*. 2019;21(4):59-65. DOI: <https://doi.org/10.12707/RIV19011>.
47. Lana LD, Schneider RH. Síndrome de fragilidade no idoso: uma revisão narrativa. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2014;17(3):673-680. DOI: <https://doi.org/10.1590/1809-9823.2014.12162>.
48. Bernardes TV, Nunes MR. Prevalência do idoso em situação de fragilidade na atenção primária a saúde. *Brazilian Journal of Development*. 2021;7(1):9031-9040. DOI: <https://doi.org/10.34117/bjdv7n1-613>.
49. Alves LC, Leite IC, Machado CJ. Conceituando e mensurando a incapacidade funcional da população idosa: uma revisão de literatura. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2008;13(4):1199-207. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000400016>.
50. Andriolo BNG, Santos NV, Volse AA, Fé LCM, Amaral ARC, Carmo BMSS, et al. Avaliação do grau de funcionalidade em idosos usuários de um centro de saúde. *Rev Soc Bras Clin Med*. 2016;14(3):139-44.
51. Alves LC, Leite IC, Machado CJ. Conceituando e mensurando a incapacidade funcional da população idosa: uma revisão de literatura. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2008;13(4):1199-207. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000400016>.
52. Torres GV, Reis LA, Reis LA. Assessment of functional capacity in elderly residents of an outlying area in the hinterland of Bahia/Northeast Brazil. *Arq Neuro-Psiquiatr*. 2010;68(1):39-43. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0004-282X2010000100009>.
53. Del Duca GF, Silva MC, Hallal PC. Disability relating to basic and instrumental activities of daily living among elderly subjects. *Rev Saúde Pública*. 2009;43(5):796-805. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102009005000057>.
54. Klompstra L, Ekdahl AW, Krevers B, Milberg A, Eckerblad J. Factors related to health-related quality of life in older people with multimorbidity and high health care consumption over a two-year period. *BMC Geriatr*. 2019;19(1):187. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1194-z>.
55. Moreira LB, Silva SLAD, Castro AEF, Lima SS, Estevam DO, Freitas FAS, et al. Fatores associados a capacidade funcional de idosos adscritos à estratégia de saúde da família. *Ciênc Saúde Colet*; 2020;25(6):2041-2050. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.26092018>.
56. Ferreira GRS, Costa TF, Pimenta CJL, Silva CRR, Bezerra TA, Viana LQC, et al. Functional capacity and stressful events in elderly population. *Rev Min Enferm*. 2019;23:e-1238. DOI: <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20190086>.

57. Magalhães JM, Carvalho AMB, Carvalho SM, Alencar DC, Moreira WC, Parente ACM. Depression among the elderly in the family health strategy: a contribution to primary care. *Rev Min Enferm.* 2016; 20:e947. DOI: <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20160016>.
58. Mendes-Chiloff CL, Lima MCP, Torres AR, Santos JLF, Duarte YO, Lebrão ML, et al. Sintomas depressivos em idosos do município de São Paulo, Brasil: prevalência e fatores associados (Estudo SABE). *Rev Bras Epidemiol.* 2018;21(SUPPL 2): E180014.SUPL.2. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-549720180014.supl.2>.
59. Bretanha AF, Facchini LA, Nunes BP, Munhoz TN, Tomasi E, Thumé E. Sintomas depressivos em idosos residentes em áreas de abrangência das Unidades Básicas de Saúde da zona urbana de Bagé, RS. *Rev Bras Epidemiol.* 2015;18(1):1-12. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-5497201500010001>.
60. Ramos GCF, Carneiro JA, Barbosa ATF, Mendonça JMG, Caldeira AP. Prevalência de sintomas depressivos e fatores associados em idosos no norte de Minas Gerais: um estudo de base populacional. *J Bras Psiquiatr.* 2015;64(2):122-31. DOI: <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000067>.
61. Lima MTR, Souza e Silva R, Ramos RL. Fatores associados à sintomatologia depressiva numa coorte urbana de idosos. *J Bras Psiquiatr.* 2009;58(1):1-7. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0047-20852009000100001>.
62. Lima AMP, Ramos JLS, Bezerra IMP, Rocha RPB, Batista HMT, Pinheiro WR. Depressão em idosos: uma revisão sistemática da literatura. *Rev Epidemiol Controle Infecç.* 2016; 6(2):96-103. DOI: <https://doi.org/10.17058/reci.v6i2.6427>.
63. Abantes GG, Souza GG, Cunha NM, Rocha HNB, Cunha NM, Rocha HNB, Silva AO, Vasconcelos SC. Depressive symptoms in older adults in basic health care. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2019;22(4):e190023. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-22562019022.190023>.
64. Hellwig N, Munhoz TN, Tomasi E. Sintomas depressivos em idosos: estudo transversal de base populacional. *Ciênc Saúde Colet.* 2016;21(11):3575-3584. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320152111.19552015>.
65. Maia LC, Colares TFB, Moraes EN, Costa SM, Caldeira AP. Impacto do apoio matricial a idosos na atenção primária: ensaio comunitário randomizado. *Rev Saude Publica.* 2021;55:10. DOI: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2021055002685>.
66. Holt-Lunstad J, Smith TB, Baker M, Harris T, Stephenson D. Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: a meta-analytic review. *Perspect Psychol Sci.* 2015;10(2):227-37. DOI: <https://doi.org/10.1177/1745691614568352>.
67. Aylaz R, Aktürk Ü, Erci B, Öztürk H, Aslan H. Relationship between depression and loneliness in elderly and examination of influential factors. *Arch Gerontol Geriatr.* 2012;55(3):548-54. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.archger.2012.03.006>.
68. Chou KL, Chi I, Boey KW. Determinants of depressive symptoms among elderly Chinese living alone. *Clin Gerontol.* 2000;20(4):15-27.
69. Machado FN. Capacidade e desempenho para a realização das atividades básicas de vida diária: um estudo com idosos dependentes [dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem; 2010. [acesso em 24 mai 2022]. Disponível em: <http://www.enf.ufmg.br/pos/defesas/485M.PDF>.

70. Del Duca GF, Silva MC, Hallal PC. Disability relating to basic and instrumental activities of daily living among elderly subjects. *Rev Saúde Pública*. 2009;43(5):796-805. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102009005000057>.
71. Ge L, Yap CW, Heng BH. Prevalence of frailty and its association with depressive symptoms among older adults in Singapore. *Aging Ment Health*. 2019;23(3):319-324. DOI: <https://doi.org/10.1080/13607863.2017.1416332>.
72. Lenardt MH, Falcão AS, Hammerschmidt KSA, Barbiero MMA, Leta PRG, Sousa RL. Sintomas depressivos e fragilidade física em pessoas idosas: revisão integrativa. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2021;24(3):e210013. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-22562021024.210013>.
73. Bhering AC, Amaral Júnior JC, Pio II JM, Rodrigues I, Valadão AF, Quintão MAU. Distúrbios psíquicos menores e fatores associados em um grupo de idosos. *Rev Uningá [Internet]*. 2017 [acesso em 23 jul 2022];53(1):12-18. Disponível em: <http://revista.uninga.br/index.php/uninga/article/view/1419>.
74. Shin C, Park MH, Lee SH, Ko YH, Kim YK, Han KM, et al. Usefulness of the 15-item geriatric depression scale (GDS-15) for classifying minor and major depressive disorders among community-dwelling elders. *J Affect Disord*. 2019;259:370-375. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.08.053>.
75. Sigström R, Waern M, Gudmundsson P, Skoog I, Östling S. Depressive spectrum states in a population-based cohort of 70-year olds followed over 9 years. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2018;33(8):1028-1037. DOI: <https://doi.org/10.1002/gps.4888>.
76. Júnior GS, Okuno MFP, Oliveira LM, Barbosa DA, Alonso AC, Fram DA, et al. Quality of life of institutionalized aged with and without symptoms of depression. *Rev Bras Enferm*. 2019;72(Suppl 2):127-33. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0316>.
77. Marcelino EM, Silva PMC, Medeiros FAL, Silva JRL, Olinda RA, Medeiros ACT. Prevalência de sintomas depressivos e condições de saúde em idosos atendidos na Atenção Primária à Saúde. *Rev Baiana Enferm*. 2022;36:e45832. DOI: <https://doi.org/10.18471/rbe.v36.45832>.
78. Sousa KA, Freitas FFQ, Castro AP, Oliveira CDB, Almeida AAB, Sousa KA. Prevalência de sintomas de depressão em idosos assistidos pela estratégia de saúde da família. *Rev Min Enferm*. 2017;21:e-1018. DOI: <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20170028>.

APÊNDICE

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

O(a) senhor(a) está convidado para participar de uma pesquisa cujo objetivo é investigar a qualidade de vida, as atitudes em relação ao envelhecimento e as opiniões de idosos sobre as condições do ambiente físico e social oferecidos por São José do Rio Preto. Este documento visa assegurar seus direitos e deveres como participante. Elaborado em duas vias, uma ficará com o(a) senhor(a) e a outra com o entrevistador. Sua participação será inteiramente voluntária, ou seja, não receberá nenhuma remuneração para participar, nem tampouco pagará nada para fazê-lo, e que poderá abandonar a entrevista a qualquer momento, sem que essa decisão gere qualquer objeção ou penalidade. Por favor, leia este documento com calma e atenção. Se tiver alguma dúvida, poderá esclarecê-la com o entrevistador.

Procedimentos que serão adotados para a coleta de dados. O(a) senhor(a) será entrevistado(a) por equipes treinadas constituídas por professores e estudantes da UNILAGO e da Faculdade de Saúde Pública da USP, sendo o tempo médio de 60 minutos em serviços sociais, de saúde ou no domicílio quando necessário.

Acompanhamento em caso de desconforto e de riscos ao bem-estar dos participantes. A participação na entrevista não deverá causar desconforto ou riscos físicos e psicológicos aos idosos. Caso o participante se canse e queira fazer uma pequena pausa, seu desejo será atendido. Caso seja observada alguma ocorrência fora do esperado, os entrevistadores tomarão providências imediatas ou farão sugestões de acompanhamento por um profissional ou serviço de saúde. Os participantes têm garantido o seu direito à indenização, diante de eventuais danos decorrentes da participação na pesquisa.

Benefícios potenciais associados à participação. Os resultados da pesquisa serão informados em fóruns e em grupos de discussão, amplamente anunciada aos cidadãos que poderão ter acesso aos resultados desta investigação, discuti-los e opinar sobre eles. .

Depois, os responsáveis oferecerão os dados da pesquisa e dos grupos de discussão ao governo municipal que, com base nesses dados, desenvolverão políticas e programas favoráveis à qualidade de vida dos idosos do município.

Sigilo e privacidade. Os participantes têm total garantia de que sua identidade será mantida em sigilo. Somente os pesquisadores terão acesso aos nomes dos participantes. De modo algum, divulgarão os nomes dos participantes e o que disseram na entrevista a outras pessoas ou instituições.

Contato. Em caso de dúvida sobre o estudo, entrar em contato com as coordenadoras, Profa. Dra. Natalia Sperli G. M. dos Santos, na UNILAGO, pelo telefone celular (17) 997418945 ou pelo email nsperli@gmail.com ou Profa Marilia Louvison, na Faculdade de Saúde Pública da USP, pelo telefone celular (11) 99408 3707, ou pelo e-mail mariliacpl@gmail.com. Em caso de denúncia ou reclamação, entrar em contato com a secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNILAGO, na Rua Dr. Eduardo Nielsem, 960 Jd. N. Aeroporto. CEP 15030-070 - São Jose do Rio Preto/SP. Tel (17) 3354-6000.

Consentimento livre e esclarecido. Após ter sido esclarecido/a sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos e riscos e desconfortos que possa causar, aceito participar:

Nome _____ e assinatura
do/a participante: _____ Data: ____/____/____

Responsabilidade do pesquisador. Asseguro ter cumprido as exigências da resolução 466/2012 CNS/MS e complementares, na elaboração do protocolo e na obtenção deste TCLE. Asseguro, também, ter explicado e fornecido uma cópia deste documento ao participante. Informo que o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Unilago, ao qual o projeto foi apresentado.

Comprometo-me a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento e conforme o consentimento dado pelo participante.

_____ **Data:** __/__/__ _____ **Data:** __/__/__

Natalia Sperli G M S SASAKI Nome e assinatura do entrevistador

Coordenadora local da pesquisa

APÊNDICE B



Nome do entrevistado: _____	Número do Cadastro Municipal: _____
Nome da mãe: _____	Número do questionário: _____
Idade: ____ anos. () F () M Região: _____	Início da sessão: ____:____
Telefone de contato: _____	Término da sessão: ____:____
Nome do entrevistador: _____	Duração da sessão: ____ minutos
Nome do supervisor de campo: _____	
Local da entrevista: _____	

SÃO JOSÉ DO RIO PRETO
CIDADE AMIGA DE TODAS AS IDADES 2019

QUESTIONÁRIO

INQUÉRITO DE CONDIÇÕES DE VIDA, SAÚDE E

AMBIENTE FÍSICO E SOCIAL DOS IDOSOS DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO

É PROIBIDO DIVULGAR OU REPRODUZIR
ESTE MATERIAL, POR QUAISQUER MEIOS.

DECLARAÇÃO VOLUNTÁRIA

Antes de começar, gostaria de assegurar-lhe que esta entrevista é completamente voluntária e confidencial. Se houver alguma pergunta que o(a) Sr(a) não deseje responder, simplesmente me avise e seguiremos para a próxima pergunta.

BLOCO A. IDENTIFICAÇÃO E CONDIÇÕES SÓCIO ECONOMÔMICAS

Por favor, gostaria que me confirmasse seu nome, de sua mãe e seu endereço para fins de identificação:

A1. Nome: _____

A2. Nome da Mãe: _____

A3. Rua/Av.: _____ **A4.** No.: _____ **A5.** Compl: _____

A6. Bairro: _____ **A7.** CEP: _____ **A8.** Região: _____

A9. Email: _____ **A10.** Fone fixo: _____ **A11.** Celular: _____

A12. Há quanto tempo mora nesse endereço? _____ anos _____ meses _____ dias

A13. Há quanto tempo mora em São José do Rio Preto? _____ anos _____ meses _____ dias

(anotar anos, meses e dias completos antes de passar para o próximo campo)

A14. Qual é sua data de nascimento? ____/____/____ 99. NS/NR

A15. Quantos anos completos o Senhor (a) tem? _____ 99. NS/NR

A16. O Sr(a) nasceu no Brasil?

() 1. Sim (**Vá para a A18**)

() 2. Não

() 99. NS/NR

A17. Em que País o Senhor (a) nasceu ? _____ 99. NS/NR

A18. Qual o Sexo?

() 1. Masculino

() 2. Feminino

() 99. NS/NR

A19. Qual é o seu estado civil?

() 1. Casado/a ou vive com companheiro/a

() 2. Solteiro/a

() 3. Divorciado/a, separado/a ou desquitado/a

() 4. Viúvo/a

() 99. NS/NR

A20. Qual sua cor ou raça?

() 1. Branca

() 2. Preta

() 3. Parda (Mulato/moreno)

() 4. Indígena

() 5. Amarela (origem oriental)

() 99. NR

A21. Qual é sua religião?

() 1. Católica

() 2. Evangélica

() 3. Espírita

() 4. Umbanda/candomblé

() 5. Nenhuma

() 6. Outra: _____

() 99. NS/NR

A22. Quantos filhos (as) o senhor (a) teve?

_____filhos(as) () 99. NS/SN

() 3. Madureza/supletivo / ENCCEJA (Exame Nacional para Certificação de Competências de Jovens e Adultos)

() 4. Até o ____ ano do Primário (atual nível Fundamental 1ª a 4ª série)

() 5. Até o ____ ano do Ginásio (atual nível Fundamental, 4ª a 8ª série)

() 6. Até o ____ ano do Científico, Clássico (atuais Curso Colegial) ou Normal (Curso de Magistério)

() 7. Até o ____ ano do Curso Superior

() 8. Curso superior completo

() 99. NS/NR

A23. Quantos filhos (as) vivos o senhor (a) tem?

_____filhos(as) () 99. NS/SN

A24. O(a) senhor(a) é capaz de ler e escrever um bilhete simples?

() 1. Sim

() 2. Não

() 99. NS/NR

A25. Até que ano **completo** de escola o(a) senhor(a) estudou?

() 1. Nunca foi à escola, ou não chegou a concluir a 1ª série primária ou o curso de alfabetização de adultos

() 2. Curso de alfabetização de adultos /EJA (Educação de jovens e adultos)

A26. (Não perguntar, será calculado pelo sistema).

Número total de anos completos de escolaridade _____ anos

() 99. NS/NR

Agora vamos falar do seu trabalho e renda:

A27. O senhor (a) trabalha atualmente?

- 1. Sim
- 2. Não (**ir para a questão A29**)
- 99. NS/NR

A28. Que tipo de trabalho o senhor (a) faz atualmente?

- 1. Trabalho voluntário (sem remuneração)
- 2. Trabalho esporádico (bico)
- 3. Trabalho regular formal (carteira assinada ou funcionário público)
- 4. Trabalho regular informal
- 99. NS/NR

A29. O (a) senhor(a) é aposentado(a)?

- 1. Sim
- 2. Não
- 99. NS/NR

A30. O (a) senhor(a) é pensionista?

- 1. Sim
- 2. Não
- 99. NS/NR

A31. O(a) senhor(a) é o principal responsável pelo sustento financeiro da família?

- 1. Sim (**ir para a questão A33**)
- 2. Não
- 99. NS/NR

A32. O (a) sr(a) contribui para o sustento financeiro da família?

- 1. Sim
- 2. Não
- 99. NS/NR

A33. O (a) Sr(a) é proprietário de sua residência?

- 1. Sim
- 2. Não
- 99. NR

A34. A casa onde mora é:

- 1. Casa térrea
- 2. Sobrado
- 3. Apartamento
- 4. Casa de fundos (edícula)
- 5. Cômodo
- 6. Pensão
- 7. Barraco
- 8. Outro
- 99. NS/NR

A35. O Sr (a) considera que têm dinheiro suficiente para cobrir suas despesas diárias?

- 1. Sim
- 2. Não
- 99. NS/NR

A36. O Sr (a) tem dívidas e ou empréstimos consignados?

- 1. Sim
- 2. Não
- 99. NS/NR

BLOCO B – SAÚDE MENTAL: ESTADO MENTAL, DEPRESSÃO E MEMÓRIA**Podemos falar de sua memória?****B1.** Como o Sr avalia sua memória atualmente:

() 1 Muito ruim	() 2 Ruim	() 3 Regular	() 4 Boa	() 5 Muito boa	() 99 NS/NR
---------------------	---------------	------------------	--------------	--------------------	-----------------

B2. Comparando com um ano atrás o senhor (a) diria que agora sua memória está melhor, igual ou pior?

() 1 Muito pior	() 2 Pior	() 3 Igual	() 4 Melhor	() 5 Muito Melhor	() 99 NS/NR
---------------------	---------------	----------------	-----------------	-----------------------	-----------------

MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL (DEVE SER RESPONDIDO SOMENTE PELO IDOSO)**Eu vou lhe fazer algumas perguntas que exigem atenção e um pouco de sua memória.**

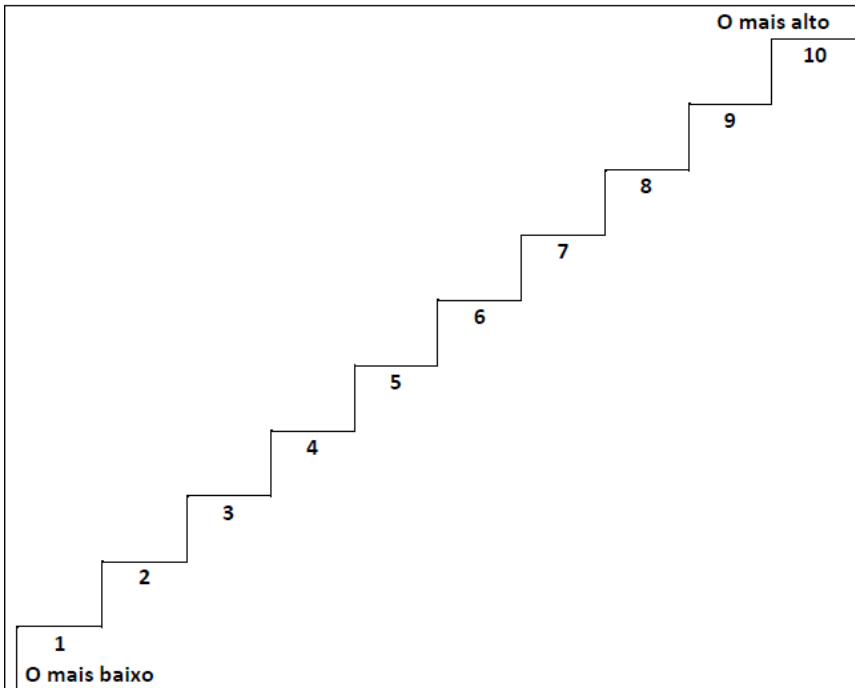
	CERTO	ERRADO	NS/NR
B3. Que dia é hoje?	() 1	() 0	() 99
B4. Em que mês estamos?	() 1	() 0	() 99
B5. Em que ano estamos?	() 1	() 0	() 99
B6. Em que dia da semana estamos?	() 1	() 0	() 99
B7. Que horas são agora aproximadamente? (Considere correta a variação de mais ou menos uma hora)	() 1	() 0	() 99
B8. Em que local nós estamos? (dormitório, sala, apontando para o chão).	() 1	() 0	() 99
B9. Que local é este aqui? (apontando ao redor num sentido mais amplo)	() 1	() 0	() 99
B10. Em que bairro nós estamos ou qual o nome de uma rua próxima?	() 1	() 0	() 99
B11. Em que cidade nós estamos?	() 1	() 0	() 99
B12. Em que estado nós estamos?	() 1	() 0	() 99
Vou dizer 3 palavras, e o (a) senhor(a) irá repeti-las a seguir: CARRO, VASO, TIJOLO. (Falar as três palavras em sequência. Caso o idoso não consiga, repita no máximo 3 vezes para aprendizado. Pontue a primeira tentativa)			
B13. Carro	() 1	() 0	() 99
B14. Vaso	() 1	() 0	() 99
B15. Tijolo	() 1	() 0	() 99
Gostaria que o (a) senhora(a) me dissesse quanto é (Se houver erro, corrija e prossiga. Considere correto se o idoso espontaneamente se corrigir).			
B16. 100 - 7	() 1	() 0	() 99
B17. 93 - 7	() 1	() 0	() 99
B18. 86 - 7	() 1	() 0	() 99
B19. 79 - 7	() 1	() 0	() 99
B20. 72 - 7	() 1	() 0	() 99
O(a) senhor(a) consegue se lembrar das 3 palavras que lhe pedi que repetisse agora há pouco? Atenção: o entrevistador não deve dizer as palavras.			
B21. Carro	() 1	() 0	() 99
B22. Vaso	() 1	() 0	() 99
B23. Tijolo	() 1	() 0	() 99
B24. Mostre um RELÓGIO e peça ao entrevistado que diga o nome	() 1	() 0	() 99

B25. Mostre uma CANETA e peça ao entrevistado que diga o nome	() 1	() 0	() 99
B26. Preste atenção: vou lhe dizer uma frase e quero que repita depois de mim: “NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ” . (Considere somente se a repetição for perfeita)	() 1	() 0	() 99
➔ Agora pegue este papel com a mão direita. Dobre-o ao meio e coloque-o no chão. (Falar todos os comandos de uma vez só)			
B27. Pega a folha com a mão correta	() 1	() 0	() 99
B28. Dobra corretamente	() 1	() 0	() 99
B29. Coloca no chão	() 1	() 0	() 99
B30. Vou lhe mostrar uma folha onde está escrita uma frase. Gostaria que fizesse o que está escrito: “FECHE OS OLHOS”	() 1	() 0	() 99
B31. Gostaria que o (a) senhor(a) escrevesse uma frase de sua escolha. Qualquer uma, não precisa ser grande. OFERECER A FOLHA.	() 1	() 0	() 99
B32. Vou lhe mostrar um desenho e gostaria que o (a) senhor(a) copiasse, tentando fazer o melhor possível. OFERECER A FOLHA.	() 1	() 0	() 99
B33. Pontuação total no MEEM	Pontuação final:		
B34. Classificação de acordo com Brucki et al (2003) 1. Sem déficit cognitivo (acima da nota de corte) 2. Com déficit cognitivo (abaixo da nota de corte) Notas de corte para o Mini Exame do Estado Mental <ul style="list-style-type: none"> • Analfabetos: < 17 • 1 a 4 anos de escolaridade: < 22 • 5 a 8 anos de escolaridade: < 24 • 9 ou mais anos de escolaridade: < 26 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-top: 10px;">Se a pontuação ficar abaixo da nota de corte agradecer e encerrar a entrevista explicando que há entrevistas mais curtas e mais longas.</div>	() 1 () 2		

Agora vamos falar de sua satisfação com a vida

B35. Satisfação global com a vida

Vamos usar esta escada para ajudá-lo(a) a AVALIAR O SEU GRAU DE SATISFAÇÃO COM A VIDA DE MODO GERAL. O degrau mais alto corresponde ao número 10, que representa o máximo de satisfação com a vida. O degrau mais baixo é o número 1, que representa o nível mais baixo de satisfação com a vida. Por favor, pense no seu nível de satisfação com a vida e aponte o degrau correspondente. Nº da escala correspondente ao degrau apontado ()



EDG – ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA

Agora pense nas últimas DUAS SEMANAS e diga como se sentiu na maior parte do tempo nesse período:

	SIM	NÃO	NS/NR
B36. O Sr (a) está satisfeito (a) com a sua vida?	()1	()2	()99
B37. O Sr (a) geralmente se sente aborrecido, entediado (a)?	()1	()2	()99
B38. O Sr (a) costuma se sentir desamparado, sem saída?	()1	()2	()99
B39. O Sr (a) prefere ficar em casa do que sair e fazer novas coisas?	()1	()2	()99
B40. O Sr(a) se sente inútil ou incapaz nesse momento de sua vida ?	()1	()2	()99

B41. Sintomas depressivos (Pontuam o NÃO na pergunta B36 e o SIM nas demais)

- () 1. Normal – Menos que duas questões pontuadas
 () 2. Presença de sinais depressivos – Igual ou mais que duas questões pontuadas

BLOCO C. CONDIÇÕES, HÁBITOS E USO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

AUTO PERCEPÇÃO DA SAÚDE

C1. De um modo geral, como o (a) senhor(a) avalia a sua saúde no momento atual?

() 1 Muito ruim	() 2 Ruim	() 3 Regular	() 4 Boa	() 5 Muito boa	() 99 NS/NR
---------------------	---------------	------------------	--------------	--------------------	-----------------

C2. Como o(a) senhor(a) avalia sua saúde em comparação com a de outras pessoas da sua idade?

() 1 Muito pior	() 2 Pior	() 3 Igual	() 4 Melhor	() 5 Muito Melhor	() 99 NS/NR
---------------------	---------------	----------------	-----------------	-----------------------	-----------------

DOENÇAS AUTO REFERIDAS

Alguns médicos alguma vez lhe disseram que o Sr (a) tem as doenças que eu vou lhe dizer?	Sim	Não	NS/NR
C3. Doença do coração, angina, arritmia, insuficiência cardíaca, etc	() 1	() 2	() 99
C4. Pressão alta / hipertensão	() 1	() 2	() 99
C5. Derrame / AVC - Acidente Vascular Cerebral	() 1	() 2	() 99
C6. Diabetes Mellitus	() 1	() 2	() 99
C7. Doença renal/ Insuficiência Renal	() 1	() 2	() 99
C8. Tumor maligno / Câncer	() 1	() 2	() 99
C9. Artrite ou reumatismo	() 1	() 2	() 99
C10. Doenças do pulmão, como bronquite e enfisema.	() 1	() 2	() 99
C11. Doença de Parkinson			

VISÃO E AUDIÇÃO

C12. De um modo geral, como o (a) Sr (a) avalia a sua visão?

() 1 Cego (a)	() 2 Muito ruim	() 3 Ruim	() 4 Regular	() 5 Boa	() 6 Muito boa	() 99 NS/NR
-------------------	---------------------	---------------	------------------	--------------	--------------------	-----------------

C13. O (a) Sr (a) usa óculos?

- () 1. Sim
() 2. Não
() 99. NS/NR

C14. O (a) Sr (a) já operou da catarata?

- () 1. Sim
() 2. Não
() 99. NS/NR

C15. Quando foi a última vez que o (a) sr (a) esteve em um oftalmologista (médico que cuida dos olhos) ?

- () 1. Há menos de um ano
() 2. De um a dois anos
() 3. Há mais de tres anos
() 4. Nunca foi
() 99. NS/NR

C16. O (a) Sr (a) usa aparelho auditivo para ouvir?

- () 1. Sim
() 2. Não
() 99. NS/NR

C17. De um modo geral, como o (a) Sr (a) avalia a sua audição?

() 1 Surdo (a)	() 2 Muito ruim	() 3 Ruim	() 4 Regular	() 5 Boa	() 6 Muito boa	() 99 NS/NR
--------------------	---------------------	---------------	------------------	--------------	--------------------	-----------------

NUTRIÇÃO

	NÚMERO	NS/NR
C18. Quantas grandes refeições o (a) senhor (a) faz por dia (café da manhã, almoço, jantar)?	() 99	() 99
C19. Quantos lanches entre as refeições faz por dia?	() 99	() 99
C20. Quantos copos de líquidos (água, suco, chá, leite) consome por dia?	() 99	() 99

	Sim	Não	NS/NR
C21. O senhor (a) consome duas ou mais porções diárias de frutas, verduras e legumes?	() 1	() 2	() 99
C22. O senhor (a) consome duas ou mais porções proteicas diárias (laticínios, ovos, carnes, peixes, aves, leguminosas – feijões, lentilha, soja, grão de bico) ?	() 1	() 2	() 99
C23. O senhor (a) tem o costume de consumir bebidas açucaradas, bolos, biscoitos recheados e sobremesas?	() 1	() 2	() 99
C24. O senhor (a) acha que está desnutrido?	() 1	() 2	() 99

SAÚDE BUCAL

C25. De um modo geral, como o (a) Sr(a) avalia a sua saúde bucal no momento atual?

<input type="checkbox"/> 1 Muito ruim	<input type="checkbox"/> 2 Ruim	<input type="checkbox"/> 3 Regular	<input type="checkbox"/> 4 Boa	<input type="checkbox"/> 5 Muito boa	<input type="checkbox"/> 99 NS/NR
--	------------------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	---	--------------------------------------

- | | Sim | Não | NS/NR |
|--|----------------------------|----------------------------|-----------------------------|
| C26. O Sr (a), no último ano, deixou de comer alguma coisa ou sentiu dor por causa de sua boca, dentes ou próteses? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 99 |
| C27. O Sr(a) tem por hábito higienizar a sua boca, dentes/próteses? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 99 |
| C28. O Sr (a) tem plano ou seguro particular de serviços dentários? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 99 |
| C29. Quando o Sr(a) foi ao dentista a última vez? | | | |
| <input type="checkbox"/> 1. Menos de um ano | | | |
| <input type="checkbox"/> 2. De 1 a 2 anos | | | |
| <input type="checkbox"/> 3. Três anos ou mais | | | |
| <input type="checkbox"/> 4. Nunca foi ao dentista | | | |
| <input type="checkbox"/> 99. NS/NR | | | |

QUEDAS**C30.** O Sr(a) teve alguma queda no último ano?

- () 1 Sim
 () 2 Não . Vá para a **C34**
 () 99. NS/NR

C31. Quantas vezes caiu no último ano?

- () 1 () 2 () 3 ou mais
 () 99. NS/NR

C32. Como consequência dessa(s) queda(s) o sr(a) fraturou alguma parte do corpo

- () 1. Não teve fratura
 () 2. Quadri/bacia/fêmur
 () 3. Punho
 () 4. Outro () 99. NS/NR

C33. Depois da sua queda o sr(a) deixou de fazer suas atividades habituais por medo de cair?

- () 1. Não
 () 2. Sim
 () 99. NS/NR

ATIVIDADE FÍSICA

	Sim	Não	NR
C34. O Sr (a) pratica algum tipo de atividade física menos vigorosa (como caminhadas, ginástica, hidroginástica, etc) pelo menos três vezes por semana?	() 1	() 2	() 99
C35. O Sr (a) pratica algum tipo de atividade física mais vigorosa (como musculação, corrida, natação, etc) pelo menos três vezes por semana?	() 1	() 2	() 99
C36. O Sr (a) pratica alguma atividade esportiva (como futebol, volei, tênis de mesa, etc) pelo menos uma vez por semana?	() 1	() 2	() 99

HÁBITOS DE SAÚDE/COMPORTEMENTOS

	Sim	Não	NR
C37. O Sr(a) teve alguma dificuldade com seu sono no último ano?	() 1	() 2	() 99
C38. Atualmente, o Sr (a) fuma algum produto do tabaco? Se sim vá para C40	() 1	() 2	() 99
C39. O Sr (a) é ex fumante?	() 1	() 2	() 99
C40. O Sr(a) consome bebida alcoólica ? Se não vá para a C42	() 1	() 2	() 99
C41. O Sr(a) já sentiu necessidade de reduzir ou suspender o álcool?	() 1	() 2	() 99

USO DE MEDICAMENTOS E INSUMOS

	Sim	Não	NS/NR
C42. O Sr(a) toma (usa) algum medicamento (remédios) diariamente? Se não toma pular para C44	() 1	() 2	() 99
C43. Em caso positivo, quantos?			
C44. Obtém os medicamentos gratuitamente no SUS e ou Farmácia Popular?	() 1	() 2	() 99
C45. Já deixou de utilizar algum medicamento por falta de condições de obtê-los?	() 1	() 2	() 99

USO E ACESSO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

	Sim	Não	NS/NR
C46. O Sr(a) tem plano ou seguro particular de serviços médicos e hospitalares?	()1	()2	()99
Com relação aos serviços de saúde, o Sr(a), no último ano:			
C47. Precisou pagar uma consulta médica ?	()1	()2	()99
C48. Foi a uma consulta médica (qualquer especialidade) ?	()1	()2	()99
C49. Passou por algum atendimento no posto de saúde do SUS ?	()1	()2	()99
C50. Recebeu, em sua casa, a visita de algum agente comunitário de saúde ?	()1	()2	()99
C51. Recebeu, em sua casa, a visita de algum profissional da área da saúde (enfermeiro, médico, fisioterapeuta, psicólogo, fonoaudiólogo ou outros)?	()1	()2	()99
C52. Realizou algum atendimento de urgência (UPA/Pronto socorro) ?	()1	()2	()99
C53. Precisou ser internado no hospital pelo menos por 1 noite?	()1	()2	()99
VACINAÇÃO			
C54. Tomou vacina contra gripe, nos últimos 12 meses?	()1	()2	()99
C55. Tomou vacina contra tétano, nos últimos 10 anos ?	()1	()2	()99
C56. Tomou vacina contra febre amarela, nos últimos 10 anos ?	()1	()2	()99

SAÚDE DA MULHER ‘

C57. Quando a sra fez o exame de Papanicolau a última vez?

- () 1. Há menos de 6 meses
 () 2. Há 6 a 12 meses
 () 3. Há 12 a 24 meses
 () 4. Há mais de 24 meses
 () 99. NS/NR

C58. Quando a Sra fez mamografia a última vez?

- () 1. Há menos de 6 meses
 () 2. Há 6 a 12 meses
 () 3. Há 12 a 24 meses
 () 4. Há mais de 24 meses
 () 99. NS/NR

BLOCO D. CAPACIDADE FUNCIONAL E REDE DE PROTEÇÃO SOCIAL
FRAGILIDADE

D1. O Sr (a) perdeu peso nos últimos 12 meses, sem razão aparente, sem fazer dieta? Se sim, quantos quilos?

- () 1. Não perdeu peso
 () 2. Entre 1 kg e 3 kg
 () 3. Mais de 3 kg
 () 99. NS/NR
 () 1. Sim
 () 2. Não
 () 99. NS/NR

D3. O Sr(a) acha que hoje está caminhando mais devagar do que caminhava há 12 meses ?

- () 1. Sim
 () 2. Não
 () 99. NS/NR

D5 Com que frequência, na última semana, o Sr(a) não conseguiu dar conta de suas tarefas habituais, por estar cansado/a ou fatigado/a (iniciava alguma coisa mas não conseguia terminar) ?

- () 1. Nunca ou raramente (em menos que 1 dia)
 () 2. Poucas vezes (em 1 ou 2 dias)
 () 3. Algumas vezes (em 3 ou dias)
 () 4. A maior parte do tempo
 () 99. NS/NR

D4. O Sr(a) faz menos atividades físicas do que fazia há 12 meses ?

- () 1. Sim
 () 2. Não
 () 99. NS/NR

D6. Com que frequência, na última semana, a realização de suas tarefas rotineiras exigiram um grande esforço para serem realizadas?

- () 1. Nunca ou raramente (em menos que 1 dia)
 () 2. Poucas vezes (em 1 ou 2 dias)
 () 3. Algumas vezes (em 3 ou dias)

() 4. A maior parte do tempo

() 99. NS/NR

D7. Na questão D1 pontua mais de 3 Kgs, na questão D2, D3 e D4 pontua o sim e nas questões D5 e D6, os idosos que responderem 3 ou 4 pontuarão para fragilidade. Classificação:

- () 1. Não frágil = 0;
 () 2. Pré-frágil = 1 ou 2;
 () 3. Frágil = 3 ou mais.

LIMITAÇÃO FÍSICA (VES 13)

D8. O Sr (a) é acamado?

- () 1. Não
 () 2. Sim
 () 99. NS/NR

D9. O Sr (a) é cadeirante ?

- () 1. Não
 () 2. Sim
 () 99. NS/NR

Em média quanta dificuldade você tem para fazer as seguintes atividades físicas

D10. Curvar, agachar-se ou ajoelhar-se

D11. Levantar ou carregar objeto com pesos aproximado de 5 kgs

D12. Elevar ou estender os braços acima do nível do ombro

D13. Escrever ou manusear e segurar pequenos objetos

D14. Andar 400 metros aproximadamente (4 quarteirões)

D15. Fazer serviço doméstico pesado, como esfregar o chão ou limpar janelas

ATIVIDADES BÁSICAS DE VIDA DIÁRIA (Katz)

As questões a seguir investigam a capacidade do indivíduo em realizar as tarefas propostas sem auxílio, com ajuda parcial ou com ajuda total de outra pessoa. O uso de equipamentos de suporte mecânico, por si só, não altera a classificação de independência para a função. As alternativas são:
SEM AJUDA: Significa que o idoso consegue realizar a atividade sem nenhum auxílio.

COM AJUDA PARCIAL: significa que o idoso só consegue realizar a atividade se receber auxílio parcial de outra pessoa.

COM AJUDA TOTAL: Significa que o idoso depende totalmente de outra pessoa para o desempenho da atividade.

Sem ajuda

D16. O Sr (a) precisa de ajuda para banhar-se (é considerada em relação ao uso do chuveiro, da banheira e ao ato de esfregar-se em qualquer uma dessas situações)

D17. O Sr (a) precisa de ajuda para vestir-se (considera-se o ato de pegar as roupas no armário, bem como o ato de se vestir propriamente dito, incluindo-se botões, fechos e cintos. Calçar sapatos está excluído da avaliação)

D18. O Sr (a) precisa de ajuda para usar o banheiro (compreende o ato de ir ao banheiro para excreções, higienizar-se e arrumar as próprias roupas. Dependentes são aqueles que recebem qualquer auxílio direto ou que não desempenham a função, incluindo o uso de "papagaios" ou "comadres"(neste caso considerar como ajuda total))

D19. O Sr (a) precisa de ajuda para sair da cama e sentar-se em uma cadeira (Transferência é o movimento desempenhado pelo idoso para sair da cama e sentar-se em uma cadeira e vice-versa. Dependentes são as pessoas que recebem qualquer auxílio (parcial ou total) em qualquer das transferências).

D20. O Sr (a) precisa de algum tipo de ajuda quando urina ou evacua? (Continência refere-se ao ato inteiramente autocontrolado de eliminação de urina e fezes. A dependência está relacionada à presença de incontinência total ou parcial em qualquer uma das funções. Qualquer tipo de controle externo como enemas, cateterização ou uso regular de fraldas caracteriza a pessoa como dependente (neste caso avaliar a necessidade de auxílio para a realização de um desses procedimentos))

D21. O Sr (a) precisa de algum tipo de ajuda para alimentar-se a partir de um prato feito (relaciona-se ao ato de dirigir a comida do prato (ou similar) à boca. O ato de cortar alimentos ou prepará-los está excluído da avaliação. Dependentes são as pessoas que recebem qualquer assistência pessoal. Aqueles que não se alimentam sem ajuda ou que utilizam sondas para se alimentarem são considerados dependentes).

D22. Dependencia em ABVDs (Katz): Somar 1 ponto com ajuda parcial ou total de D16 a D21

() 1. Zero pontos – Independente para todas as atividades

() 2. 1 a 3 pontos – Dependencia moderada (Pode se aproximar do Grau II da RDC ILPI)

() 2. 4 ou mais pontos – Muito dependente (Pode se aproximar do Grau III da RDC ILPI em conjunto com o deficit cognitivo positivo)

ATIVIDADES INSTRUMENTAIS DE VIDA DIÁRIA (Lawton e Brody)

As questões investigam a capacidade do indivíduo em realizar ou não as tarefas propostas e, se o faz com ajuda de outra pessoa. As alternativas são:

SEM AJUDA: Significa que o idoso consegue realizar a atividade sem nenhum auxílio.

COM AJUDA PARCIAL: significa que o idoso só consegue realizar a atividade se receber auxílio parcial de outra pessoa. ()1 ()2 ()

NÃO CONSEGUE: Significa que o idoso depende totalmente de outra pessoa para o desempenho da atividade.

D23. Cuidar do seu dinheiro, seus gastos ou pagar contas ?

D24. Fazer compras

D25. Arrumar a casa

D26. Preparar suas próprias refeições ()1 ()2 ()

D27. Utilizar algum tipo de transporte para ir a locais distantes?

D28. Usar o telefone

D29. Tomar seus remédios ?

D30. Trabalhos manuais domésticos como pequenos reparos

D31. Lavar e passar sua roupa ()1 ()2 ()

D32. Dependencia em AIVDs (Lawton) : Somar 1 ponto com ajuda parcial ou total de D23 a D31

() 1. Zero pontos – Independente para todas as atividades

() 2. 1 a 3 pontos – Dependencia moderada

() 2. 4 ou mais pontos – Muito dependente (Pode se aproximar do Grau III da RDC ILPI em conjunto com o deficit cognitivo positivo)

D33. VES 13 (Será calculado pelo sistema) ()1 ()2 ()

Somar 1 ponto se a idade for de 75 a 84 anos e 3 pontos se for 85 anos e mais.

Somar 1 ponto se autopercepção de saúde regular ou ruim.

Somar 1 ponto para respostas muita dificuldade e incapaz de fazer com pontuação máxima no item limitação física num máximo de 2 pontos para as seis perguntas (D10 a D15)

Somar 1 ponto para cada resposta positiva das ()2 ()

perguntas de Atividades diárias (D16, D17, D23, D24, D25) num máximo de 4 pontos

() 1. Até 3 pontos – não vulnerável

() 2. De 3 até 7 pontos – menor grau de vulnerabilidade

() 3. 7 ou mais pontos – maior grau de vulnerabilidade

PARTICIPAÇÃO SOCIAL E LAZER

Agora, eu vou lhe perguntar sobre suas atividades sociais e o/a sr/a vai fazer-me o favor de responder sim ou não a cada uma das perguntas que eu fizer.

D34. Participa de diretorias ou conselhos de associações, clubes, cooperativas ou outros grupos organizados?

D35. Participa de centros de convivência , centros dia ou centros de lazer ou faz cursos de atualização, fora de casa?

D36. Realiza trabalho voluntário fora de casa?

D37. Faz viagens de um dia para fora da cidade para visitar amigos ou familiares, ou para conhecer lugares?

D38. Faz viagens de duração mais longa para fora da cidade, do estado ou do País para visitar pessoas e conhecer lugares?

D39. Frequenta alguma igreja ou templo para missas ou cultos?

D40. Frequenta ou realiza atividades sociais ligadas a uma igreja ou templo?

D41. Tem alguma atividade de lazer?

D42. Lê livros, jornais e revistas?

D43. Mantém contato por telefone com amigos e familiares?

D44. Usa e-mail ou as redes sociais para se comunicar com amigos, familiares e outras pessoas?

D45. Usa a Internet para se informar?

D46. Faz visitas?

D47. Prepara um lanche ou uma refeição ou arruma a sua casa para receber visitas?

D54. O Sr(a) mora com seus netos (as) e ou bisnetos (as)?

() 1. Sim

() 2. Não

() 99. NS/NR

D55. O Sr(a) mora com outros parentes ?

() 1. Sim

() 2. Não

() 99. NS/NR

D56. O Sr(a) mora com outras pessoas fora da família?

() 1. Sim

() 2. Não

() 99. NS/NR

ARRANJOS FAMILIARES E CODIÇÕES DE MORADIA

D48. O Senhor (a) mora sozinho?

() 1. Sim (Pule para D57)

() 2. Não

() 99. NS/NR

D49. Com quantas pessoas o senhor (a) mora?

D50. O Sr(a) mora com seu cônjuge ?

() 1. Sim

() 2. Não

() 99. NS/NR

D51. O Sr(a) mora com seus filhos (as) ou enteados (as) ?

() 1. Sim

() 2. Não

() 99. NS/NR

D52. O Sr(a) mora com seus pais ?

() 1. Sim

() 2. Não

() 99. NS/NR

D53. O Sr(a) mora com seus irmãos (ãs), genros ou noras ? () 1. Sim

() 2. Não

() 99. NS/NR

APOIO SOCIAL E CUIDADO

	Sim	Não	NS/NR
D57. O Sr(a) precisa de alguém para ajuda-lo regularmente?	()1	()2	()99
D58. O Sr(a) conta com alguém para ajudá-lo nas atividades de vida diária quando necessário?	()1	()2	()99
D59. O Sr(a) acha que sua família e seus amigos mais próximos estão disponíveis quando o (a) sr (a) precisa de ajuda para cuidar de sua casa, fazer compras, ir ao médico ou providenciar pequenos consertos na sua casa?	()1	()2	()99
D60. O (a) Sr (a) tem a quem recorrer quando preciso de alguém que o conforte em momentos de aflição, tristeza, preocupação ou solidão?	()1	()2	()99
D61. O Sr(a) conta com alguém para ajuda-lo caso precise de dinheiro ou algum objeto emprestado ?	()1	()2	()99
D62. O Sr (a) consegue ajudar outras pessoas quando solicitado?	()1	()2	()99
D63. O Sr (a) cuida ou ajuda a cuidar de algum idoso ?	()1	()2	()99

BLOCO E. CONDIÇÕES DO AMBIENTE FÍSICO E SOCIAL

Agora vamos falar sobre sua casa, a vizinhança, o bairro onde mora e as facilidades e dificuldades de viver e envelhecer na cidade de São José do Rio Preto.

MORADIA

	Sim	Não	NS/NR
E1. O (a) Sr (a) vive numa casa confortável e segura, onde há tudo o que precisa para viver bem. ?	()1	()2	()99
E2. O (a) Sr (a) consegue pagar suas contas de gás, água, luz, internet, aluguel e condomínio sem muita dificuldade?	()1	()2	()99
Com relação a segurança física, a sua residência tem:			
E3. Áreas de locomoção desimpedidas (com livre acesso)?	()1	()2	()99
E4. Presença de barras de apoio?	()1	()2	()99
E5. Pisos uniformes e tapetes bem fixos?	()1	()2	()99
E6. Presença de iluminação suficiente para clarear todo o interior de cada cômodo, incluindo degraus?	()1	()2	()99
E7. Interruptores acessíveis na entrada dos cômodos?	()1	()2	()99
E8. Área do chuveiro com piso antiderrapante?	()1	()2	()99
E9. Box com abertura fácil ou presença de cortina bem firme?	()1	()2	()99
E10. Armários baixos sem necessidade do uso de escadas?	()1	()2	()99
E11. Piso antiderrapante nas escadas?	()1	()2	()99
E12. Corrimão dos dois lados e firme nas escadas?	()1	()2	()99
E13. Áreas desimpedidas (livre circulação) no quintal?	()1	()2	()99
E14. Terreno regular no quintal?	()1	()2	()99

E15. Agora eu vou pedir que o (a) sr (a) dê uma nota de 1 a 5 para sua residência. A nota 1 é a pior nota e 5 é a melhor nota.
() 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 99. NS/NR

VIZINHANÇA

E16. O (a) Sr (a) pode se movimentar nos arredores de sua casa com facilidade?	()1	()2	()99
E17. Na sua vizinhança, existem mercados, feiras ou outros pontos de venda com variedades de frutas, verduras e legumes frescos?	()1	()2	()99
E18. O (a) Sr (a) tem amigos (as) na sua vizinhança ?	()1	()2	()99
E19. A sua vizinhança é um bom lugar para as crianças brincarem e para criar adolescentes?	()1	()2	()99

- E20.** É agradável fazer caminhada, correr ou andar de bicicleta na sua vizinhança? ()1 ()2 ()99
- E21.** Na sua opinião, o bairro onde o(a) Sr(a) mora é um bom lugar para se viver? ()1 ()2 ()99
- E22.** Considerando os crimes e violência, o Sr(a) acha sua vizinhança segura? ()1 ()2 ()99
- E23.** Na sua vizinhança, o ruído e o barulho de carros ou ônibus nunca o(a) incomoda? ()1 ()2 ()99
- E24.** Na sua vizinhança, não existem casas ou prédios com pichação, vidros das janelas quebrados, esburacados ou abandonados? ()1 ()2 ()99
- E25.** Na sua vizinhança, não existe lixo, entulho, mato alto nas ruas, passeio público ou nos lotes vagos? ()1 ()2 ()99
- E26.** O(a) Sr(a) nunca viu ratos ou sinais de ratos na rua onde mora? ()1 ()2 ()99
- E27.** O(a) Sr(a) acredita que pode confiar na maioria das pessoas na vizinhança? ()1 ()2 ()99
- E28.** Agora eu vou pedir que o (a) sr (a) dê uma nota de 1 a 5 para sua vizinhança. A nota 1 é a pior nota e 5 é a melhor nota. ()1 ()2 ()3 ()4 ()5 ()99. NS/NR

AMBIENTE URBANO

- E29.** Quando vai sair de casa, o(a) Sr(a) não tem medo de cair por causa de defeitos nos passeios, nas calçadas ? ()1 ()2 ()99
- E30.** O Sr (a) nunca deixa de passear por causa de falta de bancos e banheiros públicos disponíveis? ()1 ()2 ()99
- E31.** O Sr (a) acha que as ruas e praças são bem iluminadas e sinalizadas? ()1 ()2 ()99
- E32.** Quando vai sair de casa, o (a) Sr (a) não tem preocupação com a dificuldade para atravessar a rua e ou com o tempo do sinal de pedestres? ()1 ()2 ()99
- E33.** O Sr (a) acha que os prédios têm acesso fácil e são bem sinalizados, de modo que se pode entrar e sair deles sem dificuldade? ()1 ()2 ()99
- E34.** O Sr (a) acha que nas ruas e nos prédios há corrimãos e degraus com piso antiderrapante para evitar acidentes? ()1 ()2 ()99
- E35.** Agora eu vou pedir que o (a) sr (a) dê uma nota de 1 a 5 para o ambiente urbano, as ruas, as praças e os prédios públicos, em termos de facilidade de acesso, orientação, segurança e conforto. A nota 1 é a pior nota e 5 é a melhor nota. ()1 ()2 ()3 ()4 ()5 ()99. NS/NR

TRANSPORTES

- E36.** Quando vai sair de casa, o (a) Sr (a) não tem preocupação com a dificuldade para subir no ônibus, metrô ou trem? ()1 ()2 ()99
- E37.** O Sr(a) acha que os pontos de parada do transporte público são bem distribuídos, e evitam que as pessoas tenham que esperar por eles por muito tempo? ()1 ()2 ()99
- E38.** O Sr(a) acha que os pontos de parada do transporte público têm assentos e proteção contra sol e chuva? ()1 ()2 ()99
- E39.** O Sr(a) acha que as informações sobre o destino dos ônibus urbanos são grandes e nítidas o suficiente para serem lidos por idosos ou por pessoas que não enxergam bem de longe? ()1 ()2 ()99
- E40.** O Sr(a) acha que as pessoas respeitam a reserva de assentos prioritários para pessoas idosas e cedem o lugar? ()1 ()2 ()99
- E41.** O Sr (a) acha que os motoristas são educados , dirigem com segurança e são respeitosos com os idosos? ()1 ()2 ()99
- E42.** O Sr(a) acha que há vagas suficientes para estacionamento reservadas aos idosos, perto de bancos, repartições públicas e outros locais públicos ? ()1 ()2 ()99

E43. Agora eu vou pedir que o (a) sr (a) dê uma nota de 1 a 5 para os transportes públicos em São José do Rio Preto. A nota 1 é a pior nota e 5 é a melhor nota. () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 99. NS/NR

PARTICIPAÇÃO SOCIAL

E44. O (a) Sr(a) consegue participar de atividades sociais ou culturais com facilidade ? () 1 () 2 () 99

E45. O Sr(a) acha que há atividades que os idosos podem fazer junto com pessoas de outras gerações ? () 1 () 2 () 99

E46. O Sr(a) acha que os idosos têm oportunidades para realizar atividades físicas, esportivas ou de lazer? () 1 () 2 () 99

E47. O Sr(a) acha que os idosos têm oportunidades de trabalho ? () 1 () 2 () 99

E48. O Sr(a) acha que os idosos têm oportunidades para trabalho voluntário ? () 1 () 2 () 99

E49. O Sr(a) acha que os idosos têm oportunidades para participar ativamente como cidadãos? () 1 () 2 () 99

E50. Agora eu vou pedir que o (a) sr (a) dê uma nota de 1 a 5 para as oportunidades de participação social para os idosos, em São José do Rio Preto. A nota 1 é a pior nota e 5 é a melhor nota.

() 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 99. NS/NR

RESPEITO E INCLUSÃO SOCIAL

E51. O(a) Sr(a) sente que é uma pessoa valorizada em sua comunidade ? () 1 () 2 () 99

E52. O (a) Sr (a) sente que seus direitos são respeitados ? () 1 () 2 () 99

E53. As crianças ou os jovens da sua vizinhança tratam os adultos com respeito? () 1 () 2 () 99

E54. O (a) Sr (a) acha que aqui ninguém é excluído ou discriminado por ser velho? () 1 () 2 () 99

E55. O (a) Sr (a) acha que aqui ninguém é excluído ou discriminado por ser mulher ? () 1 () 2 () 99

E56. O (a) Sr (a) acha que aqui ninguém é excluído ou discriminado por ser pobre? () 1 () 2 () 99

E57. O (a) Sr (a) acha que aqui ninguém é excluído ou discriminado por ser deficiente ? () 1 () 2 () 99

E58. O (a) Sr (a) acha que aqui ninguém é excluído ou discriminado por ser negro? () 1 () 2 () 99

E59. O (a) Sr (a) acha que aqui ninguém é excluído ou discriminado por causa de sua religião/crença? () 1 () 2 () 99

E60. O (a) Sr (a) acha que aqui ninguém é excluído ou discriminado por causa de sua orientação sexual ? () 1 () 2 () 99

D61. O Sr (a) conhece ou já ouviu falar no Conselho do Idoso? () 1 () 2 () 99

D62. O Sr (a) conhece ou já ouviu falar no Estatuto do Idoso? () 1 () 2 () 99

D63. Na sua opinião o Estatuto do Idoso é respeitado ? () 1 () 2 () 99

D64. Agora eu vou pedir que o (a) sr (a) dê uma nota de 1 a 5 para o nível de respeito que os mais velhos desfrutam em São José do Rio Preto. A nota 1 é a pior nota e 5 é a melhor nota.

() 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 99. NS/NR

COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO

D65. O (a) Sr(a) acha que é fácil obter informações quando precisa sobre atividades e serviços? () 1 () 2 () 99

D66. O Sr(a) tem facilidade de acesso e uso de equipamentos de comunicação eletrônica (como computadores , celulares e smartphones)? () 1 () 2 () 99

D67. O Sr(a) acha que as informações são adaptadas às necessidades das pessoas mais velhas? () 1 () 2 () 99

D68. Agora eu vou pedir que o (a) sr (a) dê uma nota de 1 a 5 para a qualidade da comunicação com os idosos e os adultos mais velhos em São José do Rio Preto. A nota 1 é a pior nota e 5 é a melhor nota.

() 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 99. NS/NR

OPORTUNIDADES DE APRENDIZAGEM

E69. O(a) Sr (a) considera que há oportunidades para os idosos fazerem cursos, assistirem palestras, terem aulas ou participarem de grupos sobre assuntos que lhes interessam. () 1 () 2 () 99

E70. O(a) Sr (a) considera que há oportunidades para que os idosos desenvolvam novas habilidades, para que se desenvolvam como pessoas ou para ajudar os outros. ()1 ()2 ()99

E71. O Sr(a) considera que existem iniciativas suficientes para alfabetização de idosos ? ()1 ()2 ()99

E72. O Sr(a) considera que existem iniciativas para inclusão de idosos em processos de aprendizagem como universidades abertas para a terceira idade? ()1 ()2 ()99

E73. Agora eu vou pedir que o (a) sr (a) dê uma nota de 1 a 5 para as oportunidades de aprendizagem oferecidas aos adultos mais velhos e aos idosos na cidade. A nota 1 é a pior nota e 5 é a melhor nota.

() 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 99. NS/NR

APOIO E CUIDADO

E74. O Sr(a) acha que as unidades básicas de saúde, as igrejas e outras instituições oferecem oportunidades para que pessoas idosas se exercitem, aprendam a ser saudáveis ou mantenham a saúde? ()1 ()2 ()99

E75. O Sr(a) acha que os idosos têm serviços de apoio a um preço acessível (por exemplo para consertar aparelhos domésticos, vazamentos e rede elétrica; serviços de entrega de compras ou de medicamentos em domicílio) ? ()1 ()2 ()99

E76. O Sr(a) acha que na cidade há serviços suficientes de apoio a pessoas mais velhas que precisam de cuidados, como centros-dia ou serviços domiciliares ? ()1 ()2 ()99

E77. O Sr(a) acha que as unidades básicas de saúde, os hospitais e outros serviços de saúde da cidade proporcionam bons cuidados às pessoas mais velhas ? ()1 ()2 ()99

E78. O Sr(a) acha que têm serviços para ajudar algum idoso que esteja sofrendo maus tratos e negligência? ()1 ()2 ()99

E79. O(a) Sr(a) nunca se sentiu vítima de algum tipo de discriminação, quando procurou serviços de saúde ou sociais ? ()1 ()2 ()99

E80. O Sr(a) acha que têm boas instituições de longa permanência disponíveis na cidade, caso um idoso não queira ou não possa mais ficar em sua casa? ()1 ()2 ()99

E81. Agora eu vou pedir que o (a) sr (a) dê uma nota de 1 a 5 para os apoios sociais e de saúde oferecidos aos idosos em São José do Rio Preto. A nota 1 é a pior nota e 5 é a melhor nota. () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 99. NS/NR

ANEXOS

ANEXO A – Parecer Consubstanciado do CEP

UNIÃO DAS FACULDADES
DOS GRANDES LAGOS -
UNILAGO/SP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: São José do Rio Preto: Cidade Para Todas As Idades
Pesquisador: NATALIA SPERLI GERALDES MARIN DOS SANTOS SASAKI
Área Temática:
Versão: 1
CAAE: 16552319.0.0000.5489
Instituição Proponente: União das Faculdades dos Grandes Lagos - UNILAGO
Patrocinador Principal: CENTRO INTERNACIONAL DE LONGEVIDADE BRASIL

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.429.122

Apresentação do Projeto:

Será desenvolvido estudo articulado ao projeto de intervenção "Cidade Para Todas as Idades". Como um estudo de linha de base de levantamento de necessidades, para produzir evidências científicas, no sentido de identificar pontos fracos e fortes das condições de vida, saúde e qualidade de vida dos Idosos e de como vivem na cidade de São José do Rio Preto. As informações geradas pela pesquisa deverão ser utilizadas para o aperfeiçoamento das condições do ambiente e dos serviços de atenção à saúde, ao bem-estar e à sociabilidade das pessoas que envelhecem em São José do Rio Preto.

Objetivo da Pesquisa:

A pesquisa tem por objetivo investigar as condições de vida, saúde, bem-estar e as opiniões de Idosos sobre as condições do ambiente físico e social oferecidos pela cidade de São José do Rio Preto para promover a qualidade de vida de seus cidadãos mais velhos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos e benefícios que foram descritos nas informações básicas enviadas ao CEP, por meio da Plataforma Brasil, não causarão déficits irreparáveis aos sujeitos da pesquisa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo proposto é adequado aos padrões de rigor metodológico aplicáveis a pesquisas acadêmicas.

Endereço: Rua Eduardo Nielsen, 950
 Bairro: Jardim Aeroporto CEP: 15.090-070
 UF: SP Município: SAO JOSE DO RIO PRETO
 Telefone: (17)3354-8033 Fax: (17)3354-8019 E-mail: unilago@unilago.com.br

**UNIÃO DAS FACULDADES
DOS GRANDES LAGOS -
UNILAGO/SP**



Continuação do Parecer: 3.429.122

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os documentos obrigatórios para a apreciação do CEP foram apresentados na Plataforma Brasil, pelo (s) pesquisador (es) responsável (eis), e avaliados por este CEP. Qualquer deferimento sobre a não veracidade ou invalidade destes documentos anula o presente parecer.

Recomendações:

O presente CEP recomenda a consideração do anonimato dos sujeitos das pesquisas na divulgação dos dados coletados. Bem como a proteção dos mesmos nos preceitos ético e legais.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto aprovado, sem pendências.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1381745.pdf	25/06/2019 15:27:30		Aceito
Outros	folha_rosto2.pdf	25/06/2019 15:25:20	NATALIA SPERLI GERALDES MARIN DOS SANTOS SASAKI	Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto1.pdf	25/06/2019 15:24:55	NATALIA SPERLI GERALDES MARIN DOS SANTOS SASAKI	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizacao.pdf	25/06/2019 14:13:48	NATALIA SPERLI GERALDES MARIN DOS SANTOS SASAKI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	25/06/2019 14:13:23	NATALIA SPERLI GERALDES MARIN DOS SANTOS SASAKI	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	25/06/2019 13:45:20	NATALIA SPERLI GERALDES MARIN DOS SANTOS SASAKI	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Rua Eduardo Nielsen, 960
 Bairro: Jardim Aeroporto CEP: 15.030-070
 UF: SP Município: SAO JOSE DO RIO PRETO
 Telefone: (17)3354-8033 Fax: (17)3354-8019 E-mail: unilago@unilago.com.br

MANUSCRITO

Enferm Bras 2022;21(2):107-09
doi: [10.33233/eb.v21i2.5151](https://doi.org/10.33233/eb.v21i2.5151)

EDITORIAL

Impacto da pandemia de COVID-19 em idosos

Felipe Augusto da Silva*, Camila Garcel Pancote, D.Sc.**, Maria de Lourdes Sperli Geraldes Santos, D.Sc.***, Natália Sperli Geraldes Marin dos Santos Sasaki****

Fisioterapeuta, discente do programa de mestrado em enfermagem da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), SP, Brasil, **Graduada em Farmácia, Docente do curso de Medicina da União das Faculdades dos Grandes Lagos – Unilago, *Enfermeira, docente da graduação em enfermagem e do Programa de Pós-graduação stricto sensu da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), SP, ****Enfermeira, docente da União das Faculdades dos Grandes Lagos (Unilago) e do Programa de Pós-graduação stricto sensu da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), SP*

Felipe Augusto da Silva: feasilva1@hotmail.com
Camila Garcel Pancote: camilapancote@hotmail.com
Maria de Lourdes Sperli Geraldes Santos: mlsperli@gmail.com
Natália Sperli Geraldes Marin dos Santos Sasaki: nsperli@gmail.com

O envelhecimento populacional é uma realidade cada vez mais presente na sociedade. Em 2050, o mundo apresentará 2,1 bilhões de pessoas com 60 anos ou mais representando 20,1% da população mundial, o dobro do que temos hoje. No Brasil, este número será um pouco mais que 67 milhões de idosos, 31,1% da população. Estes dados mostram que a velocidade de envelhecimento dos brasileiros é maior do que o observado mundialmente [1].

Diante deste panorama, as políticas públicas devem buscar o desenvolvimento sustentável, considerando o envelhecimento, migração e urbanização [1]. A pandemia da COVID-19 alavancou questões cruciais sobre a forma como a sociedade se organiza atualmente. O estado de emergência sanitária não somente trouxe problemas inéditos, mas jogou luz nas lacunas que há muito tempo demandam soluções, sobretudo no âmbito do acelerado processo de envelhecimento vivenciado no Brasil. Foi justamente esta população em franco crescimento apontada, inicialmente, como o grupo mais ameaçado pela doença [2].

Considerando a fragilidade como uma síndrome marcada pelo declínio das funções fisiológicas, altamente prevalente em idosos [3], era de se esperar que a infecção por variantes do coronavírus pudesse oferecer mais riscos a essa população. Ainda, a fragilidade das pessoas mais velhas envolve outros fatores, que ficaram mais evidentes durante esse período de isolamento social. Um dos motivos de maior preocupação dos últimos tempos é a questão da saúde mental, representada pelo alto índice de depressão em pessoas maiores de 60 anos. A distância de entes queridos e a restrição de atividades de socialização contribuíram para aflorar o sentimento de solidão, acompanhado da ansiedade, provocada pelo medo de contrair a doença [4].

O impacto do isolamento social foi contundente e silencioso para este grupo. As medidas de proteção os impediram de frequentar locais públicos ou de realizar atividades rotineiras, seja por necessidade ou lazer, e os efeitos do confinamento, abalaram também sua saúde física, tornando-os mais frágeis e vulneráveis. A redução da autonomia ou aumento do grau de dependência destes indivíduos têm sérios impactos sobre o sistema público, já que parte destes não possui apoio familiar, financeiro ou emocional, exacerbando a responsabilidade do estado sobre estes indivíduos [5,6].

O antigo debate sobre a previdência é uma evidência da crise das políticas de proteção social. No contexto da pandemia, a saúde financeira sofreu uma injeção de insegurança, principalmente nas classes menos favorecidas. A marginalização dos idosos aumentou consideravelmente, principalmente aqueles que dependem de políticas sociais acabaram ainda mais segregados e na faixa da pobreza extrema.

A pandemia da COVID-19 desmascarou a desigualdade entre essa população, em que 80% é SUS dependente. Além disto mostrou quão insuficiente são as políticas públicas voltadas para os idosos. Áreas como educação, emprego, finanças, seguridade social, moradia, transporte, justiça e desenvolvimento urbano e rural são consideradas determinantes pelo órgão [6]. Em vista disso, as políticas voltadas para essa classe têm um amplo caminho a ser percorrido. O direcionamento dos recursos públicos deve considerar os princípios do Envelhecimento Ativo, propostos pela Organização Mundial de Saúde (OMS), com vistas a permitir uma longevidade saudável para as próximas décadas [7].

Referências

1. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World Population Prospects 2019 Highlights 2019 [Internet]. New York: United Nations; 2019.

[cited 2022 Apr 4]. Available from:

https://population.un.org/wpp/publications/files/wpp2019_highlights.pdf

2. Kalache A, Silva AD, Giacomini KC, Lima KCD, Ramos LR, Louvison M, et al. Aging and inequalities: social protection policies for older adults resulting from the Covid-19 pandemic in Brazil. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [Internet] 2020 [cited 2022 Apr 4];23(6). Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/controlcancer/resource/pt/biblio-1137805?src=similardocs>
3. Duarte YAO, Nunes DP, Andrade FB, Corona LP, Brito TRP, Santos JLF, Lebrão ML. Fragilidade em idosos no município de São Paulo: prevalência e fatores associados. *Rev Bras Epidemiol* 2019;21(Suppl.2). doi: 10.1590/1980-549720180021.supl.2
4. Abrantes GG, Souza GG, Cunha NM, Rocha HNB, Silva AO, Vasconcelos SC. Sintomas depressivos em idosos na atenção básica à saúde. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2019;22(4):e190023.
5. Sasaki NSGMS, Louvison M, Pancote CG, Santos MLSG, Cury AAF, Silva AC, et al. The impact of social isolation on a selected group of older Brazilians within the context of the covid-19 pandemic. *MOJ Gero & Geri Med* 2021;6(3):89-94. doi: 10.15406/mojgg.2021.06.00274
6. Briguglio M, Giorgino R, Dell'Osso B, Cesari M, Porta M, Lattanzio F, et al. Consequences for the elderly after COVID-19 Isolation: FEaR (Frail Elderly amid Restrictions). *Front Psychol* [Internet]. 2020;11:1-5. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7549544/>
7. Kalache A. *Envelhecimento ativo: um marco político em resposta à revolução da longevidade*. Rio de Janeiro: Centro Internacional de Longevidade Brasil; 2015.



Este artigo de acesso aberto é distribuído nos termos da Licença de Atribuição Creative Commons (CC BY 4.0), que permite o uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que o trabalho original seja devidamente citado.