

Fragilidade, depressão e qualidade de vida: um estudo com idosos cuidadores

Frailty, depression, and quality of life: a study with elderly caregivers
Fragilidad, depresión y calidad de vida: un estudio con cuidadores ancianos

Letícia Alves de Melo¹

ORCID: 0000-0001-9132-3873

Isabela Thaís Machado de Jesus¹

ORCID: 0000-0002-3752-8867

Fabiana de Souza Orlandi¹

ORCID: 0000-0002-5714-6890

Grace Angélica de Oliveira Gomes¹

ORCID: 0000-0003-0600-2093

Marisa Silvana Zazzetta¹

ORCID: 0000-0001-6544-767X

Tábatta Renata Pereira de Brito^{II}

ORCID: 0000-0001-9466-2993

Ariene Angelini dos Santos-Orlandi¹

ORCID: 0000-0002-3112-495X

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

^{II}Universidade Federal de Alfenas. Alfenas, Minas Gerais, Brasil.

Como citar este artigo:

Melo LA, Machado ITJ, Orlandi FS, Gomes GAO, Zazzetta MS, Brito TRP, et al. Frailty, depression, and quality of life: a study with elderly caregivers.

Rev Bras Enferm. 2020;73(Suppl 3):e20180947.

doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0947>

Autor Correspondente:

Ariene Angelini dos Santos-Orlandi
E-mail: arieneangelini@yahoo.com.br



EDITOR CHEFE: Dulce Barbosa
EDITOR ASSOCIADO: Maria Saraiva

Submissão: 19-02-2019

Aprovação: 29-06-2020

RESUMO

Objetivo: analisar a relação entre fragilidade, sintomas depressivos e qualidade de vida de idosos cuidadores de outros idosos inseridos em contexto de alta vulnerabilidade social.

Métodos: estudo descritivo, correlacional e transversal, realizado com 40 idosos cuidadores. Foram aplicados: questionário para caracterização do idoso cuidador, fenótipo de fragilidade de Fried, Escala de Depressão Geriátrica (rastrear sintomas depressivos) e Questionário *Short-Form 6 Dimensions* (avaliar qualidade de vida). Na análise dos dados, utilizou-se Teste t de Student, ANOVA, χ^2 de Pearson e Exato de Fisher. **Resultados:** a maioria dos idosos cuidadores estavam pré-frágeis (52,5%) e sem indícios de sintomas depressivos (57,5%). Apresentaram, em média, um escore de 0,76 ($\pm 0,1$) em relação à qualidade de vida. Observou-se significância estatística entre os escores médios de qualidade de vida com sintomas depressivos ($p=0,012$) e nível de fragilidade ($p=0,004$). **Conclusão:** idosos cuidadores frágeis e com sintomas depressivos apresentaram pior percepção sobre a qualidade de vida.

Descritores: Cuidadores; Idoso Fragilizado; Depressão; Qualidade de Vida; Enfermagem Geriátrica.

ABSTRACT

Objective: to analyze the relationship between frailty, depressive symptoms, and quality of life of elderly caregivers of other elderly living in high social vulnerability. **Methods:** a descriptive, correlational and cross-sectional study conducted with 40 elderly caregivers. A questionnaire to characterize elderly caregivers, the Fried frailty phenotype, the Geriatric Depression Scale (to screen depressive symptoms) and the Short-Form 6 Dimension (to assess quality of life) were used. For data analysis, Student's t-test, ANOVA, Pearson's χ^2 and Fisher's exact test were used. **Results:** most were pre-frail (52.5%) and had no evidence of depressive symptoms (57.5%). They presented, on average, a score of 0.76 (± 0.1) in relation to quality of life. Statistical significance was observed between the average scores of quality of life with depressive symptoms ($p=0.012$) and frailty level ($p=0.004$). **Conclusion:** frail elderly caregivers with depressive symptoms had a worse perception of quality of life.

Descriptors: Caregivers; Frail Elderly; Depression; Quality of Life; Geriatric Nursing.

RESUMEN

Objetivo: analizar la relación entre fragilidad, síntomas depresivos y calidad de vida de cuidadores ancianos de otras personas ancianas insertadas en un contexto de alta vulnerabilidad social. **Métodos:** estudio descriptivo, correlacional y transversal, realizado con 40 cuidadores ancianos. Se utilizó un cuestionario para caracterizar al cuidador anciano, el fenotipo de fragilidad de Fried, la Escala de Depresión Geriátrica (seguimiento de los síntomas depresivos) y el cuestionario Short-Form 6 Dimensions (evaluación de la calidad de vida). En el análisis de datos, se utilizaron la prueba t de Student, ANOVA, χ^2 de Pearson y la prueba exacta de Fisher. **Resultados:** la mayoría de los cuidadores ancianos eran pre-frágiles (52.5%) y sin evidencia de síntomas depresivos (57.5%). Presentaron, en promedio, una puntuación de 0.76 (± 0.1) en relación con la calidad de vida. Se observó significación estadística entre los puntajes promedio de calidad de vida con síntomas depresivos ($p=0.012$) y nivel de fragilidad ($p=0.004$). **Conclusión:** los cuidadores ancianos frágiles con síntomas depresivos tenían una peor percepción de la calidad de vida.

Descritores: Cuidadores; Anciano Frágil; Depresión; Calidad de Vida; Enfermería Geriátrica.

INTRODUÇÃO

Em virtude da maior longevidade, idosos podem apresentar declínio no seu desempenho funcional, ocasionando uma condição de maior dependência e consequente necessidade de cuidados⁽¹⁾.

No Brasil, em virtude dos novos arranjos familiares e do aumento crescente do número de idosos, observa-se maior prevalência de idosos cuidando de outros idosos mais dependentes⁽²⁾. Pesquisadores apontam que cerca de 16% dos cuidadores possuem idade entre 61 e 70 anos⁽³⁾. Idosos cuidadores que vivem em cenários de alta vulnerabilidade social estão mais expostos a estressores e podem estar acometidos por multimorbidades⁽⁴⁾.

A prevalência de fragilidade⁽⁵⁻⁶⁾ e de sintomas depressivos⁽⁷⁾ em idosos é alta e pode afetar negativamente a qualidade de vida e bem-estar desse segmento populacional⁽⁸⁾. Quando se refere a contextos de alta vulnerabilidade social, essa prevalência pode ser ainda maior⁽⁹⁾. Diante dessas condições e de inúmeros afazeres presentes em uma rotina desgastante, pode haver um impacto direto tanto na saúde e qualidade de vida do cuidador quanto no cuidado oferecido⁽¹⁰⁾.

Estudos clínicos, que buscaram a relação entre fragilidade e sintomas depressivos em relação a idosos, foram encontrados na literatura^(6,11). Pesquisa realizada em Minas Gerais com 360 idosos comunitários objetivou conhecer a prevalência e os fatores associados à fragilidade. Os autores identificaram que 47,2% dos idosos estavam frágeis. A presença de sintomas depressivos foi uma variável associada à fragilidade⁽⁶⁾.

Com o objetivo de estimar a prevalência de fragilidade entre idosos comunitários e investigar a associação entre o nível de fragilidade e os sintomas depressivos, um estudo foi realizado com 721 idosos com 60 anos e mais, residentes em Singapura. A prevalência de fragilidade na população estudada foi de 24,5%. À medida que os idosos se tornavam frágeis, relatavam presença de sintomas depressivos. Os autores concluíram que o nível de fragilidade estava associado de forma independente a sintomas depressivos entre os idosos comunitários⁽¹¹⁾.

Idosos frágeis e com sintomas depressivos podem sofrer um impacto negativo no bem-estar e na qualidade de vida⁽⁸⁾. Estudo com 374 idosos de 75 anos e mais foi realizado na Holanda, com o objetivo de avaliar a qualidade de vida de idosos frágeis e não frágeis. Como resultados, obtiveram que idosos frágeis experimentaram menor qualidade de vida, em média, do que idosos não frágeis. Os componentes da fragilidade e a presença de sintomas depressivos se associaram à pior qualidade de vida⁽¹²⁾.

Tendo em vista o impacto da síndrome da fragilidade e dos sintomas depressivos sobre a qualidade de vida dos idosos, assim como o aumento dos gastos com serviços de saúde decorrente de eventos adversos, torna-se necessário investigar essa relação. Além disso, vale ressaltar que não foram encontrados estudos que investigaram a relação dessas variáveis no contexto de idosos cuidadores inseridos em cenário de alta vulnerabilidade social, o que justifica a relevância acadêmica desta pesquisa.

Enquanto relevância social, destaca-se que os achados da presente pesquisa podem suscitar discussões no âmbito das políticas públicas voltadas aos cuidadores idosos, bem como intensificar o interesse de pesquisadores em investigar os *insights* relacionados à saúde dos cuidadores na atenção básica em

contextos vulneráveis. É sabido que, neste contexto, a situação de vida, o engajamento social e o meio ambiente são fatores sociais que podem influenciar nas questões de saúde⁽¹³⁾. Vale ressaltar que tendo em vista a expectativa de vida brasileira e as recomendações internacionais do envelhecer na comunidade, o cuidado tenderá a ser realizado no domicílio e o cuidador mais próximo aquele que reside com o assistido⁽¹⁴⁾.

A inovação desta pesquisa está no entendimento de como a fragilidade, a depressão e a qualidade de vida se apresentam em idosos cuidadores no ambiente vulnerável, pois sabe-se que os determinantes sociais podem agravar condições de saúde⁽¹³⁾. Acredita-se que os resultados deste estudo possam auxiliar os profissionais de saúde no direcionamento de um plano de cuidados imediato ou a longo prazo, voltado à necessidade desses idosos cuidadores na atenção básica, sendo essa a linha de base no sistema de saúde.

OBJETIVO

Analisar a relação entre fragilidade, sintomas depressivos e qualidade de vida de idosos cuidadores de outros idosos inseridos em contexto de alta vulnerabilidade social.

MÉTODOS

Aspectos éticos

Foram observados e respeitados os aspectos éticos disciplinados pela Resolução 466/2012 regulamentada pelo Conselho Nacional de Saúde. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em 13/03/2018.

Desenho, período e local do estudo

Estudo descritivo, correlacional e transversal, baseado nos pressupostos quantitativos de investigação. Sua estrutura seguiu as diretrizes presentes na Declaração STROBE (*Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology*).

Este estudo pertence ao banco de dados da pesquisa intitulada “Ferramenta para monitoramento de níveis de fragilidade e fatores associados em idosos atendidos pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) no município de São Carlos” (SP), na qual foram avaliados 304 idosos. Os indivíduos avaliados pertencem às cinco Unidades de Saúde da Família (USF) inseridas na Administração Regional de Saúde (ARES) “Cidade Aracy” no município de São Carlos, a qual apresenta a maior vulnerabilidade social⁽⁹⁾.

A coleta de dados ocorreu entre os meses janeiro e outubro de 2015, por estudantes de graduação e pós-graduação previamente treinados e foi realizada em sessão única, com duração de aproximadamente 90 minutos. Inicialmente, foi feito contato com as cinco USF, para que os agentes comunitários de saúde disponibilizassem uma lista com os nomes e endereços de idosos. Foram identificados 800 idosos cadastrados nessas USF. Em seguida, foi realizado o cálculo amostral considerando idade, a qual foi dividida em faixas etárias (60-64, 65-69, 70-74, 75-79 e 80 anos ou mais) e sexo (masculino e feminino). Para o cálculo amostral, foi fixado o nível de significância alfa em 5% (alfa=0,05) e o erro amostral em 5% (d=0,05). Devido à ausência

de informações preliminares de estimativas da população de interesse, foi utilizada uma estimativa de 50% ($p=0,50$). Sendo assim, o cálculo realizado totalizou 304 idosos. Os domicílios foram identificados e uma visita domiciliária foi realizada a fim de informar os idosos sobre o objetivo da pesquisa e convidá-los a participar do estudo. Em caso de aceite, nova visita domiciliária era agendada para a aplicação do protocolo de coleta de dados. Dos 304 idosos avaliados, 40 eram cuidadores.

O presente estudo foi desenvolvido a partir de dados pertencentes ao banco de dados dessa pesquisa anteriormente citada.

Amostra, critérios de inclusão e exclusão

Em relação à pesquisa maior, os critérios de inclusão foram: idade igual ou superior a 60 anos; ser cadastrado nas USFs da ARES "Cidade Aracy" assistidas pelo NASF; apresentar capacidade de compreensão e comunicação verbal; aceitar participar do estudo, com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os critérios de exclusão foram: doenças ou sequelas que impeçam a realização dos testes (déficits motores graves, auditivos ou afasia); usuários de cadeiras de rodas; idosos com doenças em estágio terminal.

Compuseram a amostra deste estudo os idosos do banco de dados que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: ser o cuidador primário de um idoso; apresentar idade mínima de 60 anos. O critério de exclusão utilizado foi não residir na mesma casa que o idoso cuidado. Diante desses critérios, a amostra do presente estudo foi composta por 40 idosos cuidadores.

Protocolo do estudo

A coleta de dados do estudo principal ocorreu em sessão única e teve início após o consentimento dos idosos participantes, mediante a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os dados sociodemográficos e de saúde foram coletados por meio de um questionário construído previamente pelos pesquisadores com informações sobre sexo, idade, cor, estado civil, escolaridade, arranjo familiar, trabalho atual, aposentadoria, renda, plano de saúde, avaliação subjetiva da saúde, presença de comorbidades, tabagismo e etilismo.

O fenótipo proposto por Fried⁽¹⁵⁾ foi adotado para a avaliação da fragilidade. A definição operacional engloba cinco elementos: 1) Perda de peso não intencional: a seguinte pergunta foi realizada ao cuidador: "Nos últimos doze meses, o(a) senhor(a) acha que perdeu peso sem fazer nenhuma dieta?". Em caso afirmativo, se essa perda de peso fosse igual ou superior a 4,5 kg ou a 5% do peso corporal no ano anterior, o idoso pontuava neste critério; 2) Fadiga: avaliada por meio de autorrelato evocado por duas questões da *Center for Epidemiological Studies - Depression* (CES-D) (escala para rastreio de depressão): (7 - Com que frequência, na última semana, sentiu que tudo que fez exigiu um grande esforço? e 20 - Com que frequência, na última semana, sentiu que não conseguiria levar adiante suas coisas?)(¹⁶). O idoso que respondesse "sempre" ou "na maioria das vezes" para qualquer uma dessas duas questões pontuava neste critério; 3) Baixa força de preensão palmar: foi medida com dinamômetro hidráulico portátil na mão dominante. Foram realizadas três medidas consecutivas da força de preensão palmar,

sendo usada a média aritmética. Para preenchimento do critério, o resultado foi ajustado segundo sexo e Índice de Massa Corporal, de acordo com Fried⁽¹⁵⁾; 4) Baixo nível de dispêndio calórico: quesito adaptado. Foi avaliado por meio de autorrelato a partir da seguinte questão "O(a) senhor(a) acha que faz menos atividades físicas do que há doze meses atrás?" Em caso afirmativo, o idoso pontuava neste critério; 5) Lentidão da marcha: indicada pelo tempo médio gasto para percorrer a distância de 4,6 m, com ajustes segundo sexo e altura, conforme Fried⁽¹⁵⁾. Foram realizadas três medidas da velocidade da marcha, sendo usada a média aritmética. A presença de três ou mais das cinco características do fenótipo indica um idoso frágil; de uma ou duas, significa que o idoso encontra-se no estado de pré-fragilidade e nenhuma dessas características indica um idoso robusto ou não frágil⁽¹⁵⁾.

A Escala de Depressão Geriátrica, versão de 15 itens, foi usada para o rastreio de sintomas depressivos. Ao final, realizou-se a somatória da pontuação obtida e sua interpretação. Resultados entre zero e cinco pontos significam ausência de sintomas depressivos; de seis a 15 pontos, indicam a presença dos mesmos⁽¹⁷⁾.

O instrumento *Short-Form 6 Dimensions* (SF-6D Brasil) foi usado para avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde. O escore único do SF-6D varia de zero a um, sendo zero igual à pior qualidade de vida relacionada à saúde, e um, melhor percepção da qualidade de vida⁽¹⁸⁾.

Análise dos resultados e estatística

Na análise descritiva dos dados, foram estimadas distribuições de frequências, médias e desvios padrão para as variáveis contínuas do estudo. Para as variáveis categóricas, foram estimadas as proporções. As diferenças entre os grupos foram estimadas utilizando os Testes Exato de Fisher e χ^2 de Pearson. Utilizou-se o Teste de Kolmogorov-Smirnov para comprovar a normalidade da variável SF-6D. Para comparação das médias, foram utilizados o Teste t de Student e ANOVA. Tais testes estatísticos são recomendados para testar a diferença estatística entre médias e proporções. A escolha dos testes foi devido à amostra apresentar distribuição normal⁽¹⁹⁾. Adotou-se o nível de significância de 5%. Todas as análises foram realizadas através do *software* Stata, versão 13.0.

RESULTADOS

A amostra deste estudo foi constituída por 40 participantes. Houve predomínio de cuidadores do sexo feminino (67,5%), inseridos na faixa etária de 60 a 69 anos (55,0%), de cor branca (45,0%), casados (87,5%), com ensino primário (40,0%). A maioria morava com o cônjuge (92,5%), não trabalhava (82,5%) e estava aposentada (72,5%). Apresentaram percepção de saúde razoável (47,5%), não possuíam plano de saúde (90,0%) e negaram tabagismo (42,5%) e etilismo (90,0%).

A Tabela 1 apresenta a distribuição dos idosos cuidadores segundo aspectos sociodemográficos e de saúde predominantes.

As doenças mais frequentemente relatadas pelos idosos cuidadores foram doença pulmonar obstrutiva crônica (92,5%), acidente vascular encefálico (90,0%), câncer (90,0%), anemia (82,5%), diabetes (77,5%), artrite (67,5%), doenças circulatórias (67,5%) e hipertensão arterial (62,5%).

Tabela 1 – Distribuição dos idosos cuidadores segundo aspectos sociodemográficos e de saúde predominantes, São Carlos, São Paulo, Brasil, 2015 (n=40)

Variável	Categoria	n	%	Média	DP	Mediana	Mín-Máx
Sexo	Feminino	27	67,5				
Idade (anos)				70,1	8,2	68,5	60-98
Faixa etária	60-69 anos	22	55,0				
Cor	Branca	18	45,0				
Estado civil	Casado	35	87,5				
Anos de estudo				1,8	2,3	1,0	0-12
Escolaridade	Ensino primário	16	40,0				
Arranjo familiar	Mora com cônjuge	37	92,5				
Trabalha atualmente	Não	33	82,5				
Aposentadoria	Sim	29	72,5				
Renda (reais)				781,2	382,0	780,0	0-2000,0
Plano de saúde	Não	36	90,0				
Percepção de saúde	Razoável	19	47,5				
Tabagismo	Nunca fumou	17	42,5				
Etilismo	Não	36	90,0				

Nota: DP - desvio padrão; Mín - valor mínimo; Máx - valor máximo.

Tabela 2 – Distribuição dos idosos cuidadores segundo critérios de fragilidade, São Carlos, São Paulo, Brasil, 2015 (n=40)

Variáveis	Categorias	n	(%)*
Perda de peso não intencional	Não	16	40,0
	Sim	21	52,5
Redução da atividade física	Não	14	35,0
	Sim	25	62,5
Fadiga	Não	26	65,0
	Sim	14	35,0
Baixa força de preensão palmar	Não	17	42,5
	Sim	23	57,5
Lentidão da marcha	Não	17	42,5
	Sim	23	57,5
Nível de fragilidade	Não frágil	17	42,5
	Pré-frágil	21	52,5
	Frágil	2	5,0

Nota: *A somatória das frequências percentuais que não atingiram 100,0% se deve ao fato de que algumas variáveis não foram respondidas por todos os idosos no protocolo da pesquisa.

Tabela 3 – Distribuição dos idosos cuidadores segundo humor e fragilidade, São Carlos, São Paulo, Brasil, 2015 (n=40)

Fragilidade	Sintomas Depressivos		Valor de p
	Não n (%)	Sim n (%)	
Níveis de fragilidade			
Não frágil	12 (52,2)	5 (29,4)	0,132 ¹
Frágil	11 (47,8)	12 (70,6)	
Componentes da fragilidade			
Perda de peso não intencional			
Não	15 (75,0)	3 (35,3)	0,017 ²
Sim	5 (25,0)	11 (64,7)	
Redução da atividade física			
Não	11 (47,8)	3 (18,7)	0,062 ²
Sim	12 (52,2)	13 (81,3)	
Fadiga			
Não	18 (78,3)	8 (47,1)	0,044 ¹
Sim	5 (21,7)	9 (52,9)	
Baixa força de preensão palmar			
Não	10 (43,5)	7 (41,2)	0,571 ¹
Sim	13 (56,5)	10 (58,2)	
Lentidão da marcha			
Não	9 (39,1)	8 (47,1)	0,429 ¹
Sim	14 (60,9)	9 (52,9)	

Nota: ¹ χ^2 de Pearson; ²Exato de Fisher.

Tabela 4 – Escore médio de qualidade de vida segundo fragilidade e sintomas depressivos, São Carlos, São Paulo, Brasil, 2015 (n=40)

Variável	Categorias	Escore médio (DP)	Valor de p
Sintomas depressivos	Sem sintomas depressivos	0,8 (0,1)	0,012*
	Com sintomas depressivos	0,7 (0,1)	
Fragilidade	Não frágil	1,0 (0,0)	0,004**
	Pré-frágil	0,8 (0,1)	
	Frágil	0,7 (0,1)	
Perda de peso não intencional	Não	0,8 (0,1)	0,103*
	Sim	0,7 (0,1)	
Redução da atividade física	Não	0,8 (0,1)	0,015*
	Sim	0,7 (0,1)	
Fadiga	Não	0,8 (0,1)	0,318*
	Sim	0,7 (0,2)	
Baixa força de preensão palmar	Não	0,8 (0,1)	0,07*
	Sim	0,7 (0,1)	
Lentidão da marcha	Não	0,8 (0,1)	0,447*
	Sim	0,7 (0,1)	

Nota: *Teste t de Student; **ANOVA; DP - desvio padrão.

A Tabela 2 apresenta distribuição dos idosos cuidadores segundo os critérios de fragilidade avaliados. A maioria dos idosos cuidadores estava pré-frágil (52,5%). Em relação aos critérios de fragilidade, 62,5% pontuaram para redução da atividade física, 57,5% para baixa força de preensão palmar, 57,5% para lentidão da marcha, 52,5% para perda de peso não intencional e 35,0% para fadiga.

Segundo a Escala de Depressão Geriátrica, 57,5% dos idosos cuidadores não apresentaram indícios de sintomas depressivos. Apresentaram média de 4,5 pontos (DP = 2,8), mediana de 4,0 pontos e valores mínimo de zero e máximo de 9,0 na pontuação da escala.

Em relação à qualidade de vida (SF-6D), os idosos cuidadores apresentaram, em média, um escore de 0,76 (DP=0,1). A mediana foi de 0,77, com valor mínimo 0,4 e máximo 1,0.

A Tabela 3 apresenta a distribuição dos idosos cuidadores segundo humor e fragilidade. Observa-se na Tabela 3 que 70,6% dos idosos frágeis apresentaram sintomas depressivos. Cerca de 64,7% dos idosos que pontuaram no critério perda de peso, 81,3% no critério redução da atividade física, 52,9% no critério fadiga, 58,2% no critério baixa força de preensão palmar e 52,9% no quesito lentidão da marcha apresentaram sintomas depressivos. Houve significância estatística

apenas entre as variáveis “sintomas depressivos” e “perda de peso não intencional” ($p=0,017$) e “fadiga” ($p=0,044$).

A Tabela 4 apresenta o escore médio do SF-6D (qualidade de vida) segundo fragilidade e sintomas depressivos. Observou-se significância estatística entre os escores médios do SF-6D (qualidade de vida) com sintomas depressivos ($p=0,012$), nível de fragilidade ($p=0,004$) e o componente de fragilidade “redução da atividade física” ($p=0,015$). Nota-se que idosos cuidadores frágeis, com sintomas depressivos e que pontuaram para o critério “redução da atividade física” apresentaram piores escores de qualidade de vida, quando comparados a idosos não frágeis, sem sintomas depressivos e que não pontuaram para o referido critério, respectivamente (Tabela 4).

DISCUSSÃO

Em relação à síndrome da fragilidade, a maioria dos idosos cuidadores estava pré-frágil (52,5%). Resultados semelhantes foram encontrados em um inquérito realizado com idosos cuidadores na cidade de Campinas (SP). Dos 148 entrevistados, 46,0% estavam pré-frágeis de acordo com os critérios do fenótipo proposto por Linda Fried⁽²⁰⁾.

A porcentagem elevada de idosos pré-frágeis mostra a necessidade e importância da realização de intervenções que visem a prevenção do agravamento da síndrome da fragilidade, para evitar os desfechos adversos e melhorar a qualidade de vida dos idosos⁽²¹⁾. Fatores como ausência de suporte social, baixa escolaridade e menor acesso aos serviços de saúde são condições presentes em contexto de vulnerabilidade social, que podem ocasionar piora na condição de saúde e, conseqüentemente, torná-la fragilizada⁽²²⁾. A piora da saúde física está relacionada a menores níveis de bem-estar psicológico, à diminuição do afeto positivo, à redução da satisfação do indivíduo que presta o cuidado e, por conseqüência, à piora da qualidade de vida do mesmo⁽²³⁾.

No presente estudo, 62,5% dos idosos cuidadores referiram redução da atividade física. Resultados similares foram identificados em uma investigação realizada com 148 idosos cuidadores na cidade de Campinas (SP), a qual objetivou avaliar a multimorbidade, a sobrecarga percebida e a fragilidade dos entrevistados. Como resultados, obtiveram que 42,5% dos idosos cuidadores também pontuaram para redução da atividade física⁽²⁰⁾.

Estudiosos apontam que a redução da mobilidade, a fraqueza muscular, a instabilidade postural e a sarcopenia são fatores que contribuem para o declínio da prática de atividade física pelos idosos⁽²¹⁾. Por outro lado, o cuidado ao idoso pode demandar muito dos cuidadores, os quais não têm tempo livre para se dedicarem a outras atividades, os quais podem desenvolver depressão e piora na qualidade de vida⁽²⁴⁾.

A realização de exercícios físicos aeróbicos e resistidos é recomendada para a prevenção da instalação e progressão da síndrome de fragilidade em idosos, pois aumenta a massa muscular e óssea dos indivíduos independentemente da idade. Além disso, contribui benéficamente para as condições de saúde e a percepção da qualidade de vida da população idosa e, conseqüentemente, para o idoso cuidador⁽²⁵⁻²⁶⁾.

Embora a maioria dos participantes deste estudo não apresentem indícios de sintomas depressivos (57,5%), se faz necessária a preocupação com os demais cuidadores idosos que

os apresentaram (42,5%). Pesquisadores internacionais revelaram que idosos cuidadores referem possuir mais sintomas depressivos em relação a cuidadores jovens e idosos que não são cuidadores⁽²⁷⁾.

Uma recente revisão da literatura foi realizada com o objetivo de analisar as publicações relacionadas à avaliação de sintomas depressivos em cuidadores de idosos. Foram analisados 17 artigos, e os resultados mostraram que a maioria dos idosos cuidadores apresentaram mais sintomas depressivos do que idosos não cuidadores. Os autores concluíram que o ato de cuidar pode gerar conseqüências emocionais importantes quando não há suporte adequado⁽²⁸⁾.

O contexto em que esses idosos cuidadores estão inseridos pode explicar a presença de tais sintomas. Ao desempenhar a tarefa de cuidar sem o apoio de outros membros familiares, o idoso cuidador sente-se só, descuida de sua própria saúde e não tem tempo para atividades recreativas e de lazer, fatores que podem contribuir para o aparecimento de sintomas depressivos⁽²⁴⁾. Além disso, o contexto social caracterizado como vulnerável expressa uma condição de pessoas que estão em processo de exclusão social e que envolve aspectos econômicos, culturais e sociais precários⁽²⁹⁾.

A literatura aponta outros fatores que podem estar associados ao surgimento de sintomas depressivos entre os cuidadores idosos, tais como sobrecarga, o próprio processo de envelhecimento, o comprometimento físico e a falta de suporte para realizar o cuidado. À medida que o tempo passa, sentimentos de incapacidade para realizar as ações como antigamente podem surgir, gerando angústia⁽³⁰⁾.

No presente estudo, não foi identificada diferença estatisticamente significativa entre nível de fragilidade e sintomas depressivos, o que vai de encontro aos achados da literatura nacional⁽³¹⁾ e internacional^(7,32), as quais apontam que a depressão pode gerar condições fisiológicas para o aparecimento ou agravamento da síndrome da fragilidade. Talvez, uma possível explicação para isso seja o reduzido tamanho amostral.

Houve significância estatística entre as variáveis “sintomas depressivos” e “perda de peso não intencional” ($p=0,017$) e “fadiga” ($p=0,044$). Idosos com sintomas depressivos apresentam maiores porcentagens de perda de peso não intencional e fadiga, quando comparados a idosos sem sintomas depressivos.

Idosos com sintomas depressivos podem apresentar inapetência e desnutrição crônica, o que aumenta os riscos para a perda de peso⁽³³⁻³⁴⁾. Sintomas depressivos estão relacionados a sentimentos de tristeza, isolamento social, fadiga e anedonia, os quais podem contribuir para piora no desempenho funcional e redução da atividade física⁽³⁵⁾. Pesquisadores afirmam que é comum o aparecimento de fadiga em idosos considerados como não ativos. A prática de atividade física pode melhorar a capacidade funcional do idoso, fazendo com que este se sinta bem fisicamente e não apresente fadiga⁽³⁶⁾. Essa explicação está em consonância com o perfil da amostra do presente estudo, tendo em vista que 62,5% dos idosos cuidadores referiram redução da atividade física.

Em relação à qualidade de vida, os idosos apresentaram um escore de 0,76, sendo que quanto mais próximo de 1,0, melhor é a qualidade de vida. Pode-se afirmar que possuem uma visão positiva sobre sua qualidade de vida. Tal percepção positiva também foi encontrada na literatura internacional⁽³⁷⁾. Estudo realizado na Espanha, com 92 cuidadores primários de familiares idosos dependentes, identificou que 53,3% percebem sua qualidade de vida como “boa” ou “muito boa”⁽³⁷⁾.

Pesquisadores afirmam que a saúde física do cuidador e sua independência para realizar atividades de vida diária são variáveis que influenciam fortemente a autopercepção sobre qualidade de vida. Cuidadores com melhor saúde física e independentes demonstram maiores níveis de bem-estar e melhor qualidade de vida⁽²³⁾. Idosos mais jovens estão menos expostos a incapacidades relacionadas a doenças crônicas. Sendo assim, conseguem se manter independentes por mais tempo, fato positivo para uma melhor percepção sobre qualidade de vida. Uma qualidade de vida positiva também pode estar relacionada aos recursos pessoais de resiliência, ou seja, utilização de estratégias próprias para lidar com estressores⁽³⁸⁾.

Neste estudo, identificou-se diferença estatisticamente significativa entre a qualidade de vida e os sintomas depressivos ($p=0,012$), ou seja, idosos cuidadores com sintomas depressivos apresentaram escore médio menor de qualidade de vida, quando comparados a idosos cuidadores sem sintomas depressivos.

Uma investigação foi realizada em Teresina (PI) com cuidadores familiares de idosos dependentes, com objetivo de avaliar a qualidade de vida desses cuidadores. Na avaliação dos aspectos psicológicos da qualidade de vida, os autores identificaram que sentimentos negativos, como ansiedade e depressão são frequentemente reportados por esses cuidadores. Concluiu-se que a depressão impacta negativamente a qualidade de vida do cuidador de um idoso dependente, pois pode interagir com outros sistemas do organismo e ocasionar doenças somáticas⁽³⁹⁾.

A literatura aponta que o cuidador familiar de um idoso tende a modificar sua rotina em virtude da tarefa de cuidar, a qual demanda tempo e dedicação. Muitas vezes, há redução do tempo para cuidar de si mesmo e isolamento social, o que repercute em níveis elevados de sobrecarga, sintomas depressivos e consequente comprometimento da qualidade de vida⁽²³⁾.

Alguns cuidadores familiares apontam que o cuidado pode ser exaustivo e estressante, quando não há apoio de outros membros familiares. Nesse sentido, há restrição de atividades sociais, aparecimento de sintomas depressivos e impacto negativo sobre a qualidade de vida desses indivíduos⁽⁴⁰⁾.

No presente estudo, observou-se significância estatística entre os escores médios do SF-6D com o nível de fragilidade ($p=0,004$), ou seja, idosos cuidadores frágeis apresentaram pior percepção sobre a qualidade de vida quando comparados a idosos cuidadores não frágeis.

O idoso frágil apresenta diminuição da reserva homeostática, redução da resiliência e aumento da vulnerabilidade diante de estressores. Todos esses fatores podem levar a variações no estado de saúde dos idosos e acarretar implicações no bem-estar físico e psicológico, interferindo na percepção positiva de sua qualidade de vida^(33,41-42).

Diferença estatisticamente significativa foi identificada entre qualidade de vida e redução de atividade física. Idosos que apresentaram baixo gasto calórico em atividades físicas demonstraram níveis de qualidade de vida inferiores aos idosos ativos. Resultados semelhantes foram identificados na literatura nacional⁽⁴³⁾.

Estudo realizado no Piauí, com 80 idosas, objetivou comparar o nível de qualidade de vida entre idosas praticantes e não praticantes de atividade física. Os resultados mostraram que houve diferença estatisticamente significativa entre prática de atividade física e qualidade de vida. Em outras palavras, melhores níveis

de qualidade de vida foram observados entre as idosas que praticavam atividade física⁽⁴³⁾.

A literatura demonstra que a prática de atividades físicas é benéfica por estimular a manutenção funcional do aparelho locomotor, um dos grandes responsáveis pela independência do indivíduo na realização de atividades de vida diária. Sabe-se que a capacidade funcional preservada está intimamente relacionada a melhores percepções de qualidade de vida⁽⁴³⁾.

Neste estudo, verificou-se significância entre fragilidade, qualidade de vida e depressão em cuidadores idosos. Tal achado evidencia que quando há presença de fragilidade e de sintomas depressivos, parece haver um impacto sobre a qualidade de vida. Esses dados são relevantes para a compreensão de como questões relacionadas à saúde das pessoas idosas em contexto de vulnerabilidade social podem deixá-las mais suscetíveis ao desenvolvimento de outras condições de saúde⁽¹³⁾. Estudo realizado com idosos mexicanos apresentou maior prevalência de depressão e pior qualidade de vida em idosos frágeis. Os autores do estudo também relatam a necessidade de se esclarecer em que medida a má qualidade de vida em idosos frágeis é influenciada por eventos adversos que alteram a saúde, como a depressão⁽⁴⁴⁾.

Diante do exposto, tornam-se necessárias ações de promoção e prevenção de agravos à saúde, com o objetivo de evitar a ocorrência de condições crônicas que possam desencadear fragilidade, depressão e, conseqüentemente, acometer a qualidade de vida de indivíduos cuidadores idosos. O monitoramento de condições de saúde junto a intervenções assertivas podem minimizar os desfechos precocemente⁽²⁸⁾.

Recomenda-se a realização de estudos longitudinais com idosos cuidadores de outros idosos para se verificar a relação de causa e efeito entre as variáveis da presente investigação. Além disso, sugere-se a inclusão de variáveis relacionadas diretamente ao cuidado, tais como há quanto tempo o idoso cuidador dispensa o cuidado a outro idoso, quanto tempo por dia o cuidador realiza esse cuidado, etc. Seria desejável, também, o investimento em ensaios clínicos randomizados nos casos dos idosos cuidadores em processo de fragilização, tendo em vista que a fragilidade é potencialmente reversível.

Limitações do estudo

O presente estudo apresenta como limitações o reduzido tamanho da amostra, o que pode ser um obstáculo à generalização dos resultados e o desenho transversal, tendo em vista que não se pode formar conclusões acerca da causalidade. Dados subestimados sobre a prevalência de fragilidade e de sintomas depressivos devem ser levados em consideração, haja vista que a concepção deste estudo não envolveu uma amostragem populacional.

Contribuições para a área da enfermagem, saúde, ou políticas públicas

Os resultados observados contribuem como um sinal de alerta aos profissionais de saúde sobre a importância de se diagnosticar precocemente a síndrome da fragilidade e a presença de sintomas depressivos entre idosos cuidadores. O planejamento de intervenções individualizadas que atendam às necessidades de cada idoso cuidador e busquem melhorar sua qualidade de

vida pode ser realizado mediante uma avaliação global desses idosos. Ademais, políticas públicas de atenção ao idoso cuidador no contexto da atenção primária podem ser pensadas.

CONCLUSÃO

Os resultados mostraram que há relação entre fragilidade, sintomas depressivos e qualidade de vida de idosos cuidadores de outros idosos. Idosos cuidadores frágeis e com sintomas depressivos apresentaram pior percepção sobre a qualidade de vida.

Este estudo apresenta como fragilidades o reduzido tamanho amostral e o fato de que os resultados podem não se aplicar a idosos cuidadores inseridos em outros contextos.

Por outro lado, destaca-se como fortaleza a sensibilização dos profissionais da atenção básica de saúde frente à importância da identificação precoce do nível de fragilidade, sintomas depressivos e comprometimento da qualidade de vida. O desenvolvimento de intervenções prévias e assertivas contribuem para evitar o acometimento desses indivíduos por ambas condições. Além

disso, a relevância e o caráter inovador do tema, o uso de instrumentos validados para o contexto brasileiro e o fato de os idosos residirem na comunidade e não serem selecionados com base em sintomas depressivos ou estado de fragilidade também se configuram como fortalezas do presente estudo.

Sugerem-se futuras pesquisas de caráter longitudinal, a fim de descobrir a direção das relações aqui encontradas. O acompanhamento desses idosos cuidadores pode trazer evidências robustas para possíveis readequações no âmbito das políticas públicas e ações de promoção da saúde e prevenção de agravos, como o desenvolvimento de grupos de apoio para o acompanhamento desses indivíduos e acolhimento de suas demandas em busca de melhor qualidade de vida dos mesmos.

FOMENTO

Este estudo foi financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP - Processos nº 2014/50104-0 e 2018/04980-3).

REFERÊNCIAS

1. Confortin SC, Schneider IJ, Antes DL, Cembranel F, Ono LM, Marques LP, et al. Life and health conditions among elderly: results of the EpiFloripa Idoso cohort study. *Epidemiol Serv Saúde*. 2017;26(2):305-17. doi: 10.5123/s1679-49742017000200008
2. Oliveira NA, Souza EN, Luchesi BM, Inouye K, Pavarini SCI. Stress and optimism of elderlies who are caregivers for elderlies and live with children. *Rev Bras Enferm*. 2017;70(4):697-703. doi: 10.1590/0034-7167-2017-0088
3. Almeida LPB, Menezes TMO, Freitas AVS, Pedreira LC. Características sociais e demográficas de idosos cuidadores e motivos para cuidar da pessoa idosa em domicílio. *Rev Min Enferm*. 2018;22:e-1074. doi: 10.5935/1415-2762.20180004
4. Santos-Orlandi AA, Brito TRP, Ottaviani AC, Rossetti ES, Zazzetta MS, Gratão ACM, et al. Profile of older adults caring for other older adults in contexts of high social vulnerability. *Esc Anna Nery*. 2017;21(1):1-8. doi: 10.5935/1414-8145.20170013
5. Augusti ACV, Falsarella GR, Coimbra AMV. Análise da síndrome da fragilidade em idosos na atenção primária - estudo transversal. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2017;12(39):1-9. doi: 10.5712/rbmfc12(39)1353
6. Carneiro JA, Cardoso RR, Durães MS, Guedes MCA, Santos FL, Costa FM, et al. Frailty in the elderly: prevalence and associated factors. *Rev Bras Enferm*. 2017;70(4):747-52. doi: 10.1590/0034-7167-2016-0633
7. Soysal P, Veronese N, Thompson T, Kahl KG, Fernandes BS, Prina AM, et al. Relationship between depression and frailty in older adults: a systematic review and meta-analysis. *Ageing Res Rev*. 2017;31(36):78-87. doi: 10.1016/j.arr.2017.03.005
8. Merchant RA, Chen MZ, Tan LW, Lim MY, Ho HK, van Dam RM. Singapore Healthy Older People Everyday (HOPE) Study: prevalence of frailty and associated factors in older adults. *JAMDA*. 2017;18(8):734-e9. doi: 10.1016/j.jamda.2017.04.020
9. Zazzetta MS, Gomes GAO, Orlandi FS, Gratão ACM, Vasilceac FA, Gramani-Say K, et al. Identifying frailty levels and associated factors in a population living in the context of poverty and social vulnerability. *J Frailty Aging*. 2017;6(1):29-32. doi: 10.14283/jfa.2016.116
10. Nunes DP, Brito TRP, Duarte YAO, Lebrão ML. Caregivers of elderly and excessive tension associated to care: evidence of the Sabe Study. *Rev Bras Epidemiol*. 2018;21(Suppl-2):E180020.SUPL.2. doi: 10.1590/1980-549720180020.supl.2
11. Ge L, Yap CW, Heng BH. Prevalence of frailty and its association with depressive symptoms among older adults in Singapore. *Aging Ment Health*. 2018;16:1-6. doi: 10.1080/13607863.2017.1416332
12. Gobbens RJJ. Physical and mental dimensions of quality of life of frail older people. *Tijdschr Gerontol Geriatr*. 2017;48(4):160-8. doi: 10.1007/s12439-017-0221-9
13. Godin J, Andrew MK. Frailty and Social Vulnerability. *Encyclopedia of Gerontology and Population Aging*. 2019. doi: 10.1007/978-3-319-69892-2
14. World Health Organization. World report on ageing and health. 2015. Available at: <<https://www.who.int/ageing/events/world-report-2015-launch/en/>>
15. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol Biol Sci Med Sci [Internet]*. 2001 [cited 2018 Dec 05];56(3):M146-56. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11253156>
16. Radloff LS. The CES-D Scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Appl Psych Meas*. 1977;1:385-401. doi:10.1177/014662167700100306

17. Almeida O, Almeida SA. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. *Arq Neuropsiquiatr*. 1999;57(2):421-6. doi: 10.1590/S0004-282X1999000300013
18. Campolina AG, Bortoluzzo AB, Ferraz MB, Ciconelli RM. Validation of the Brazilian version of the generic six-dimensional short form quality of life questionnaire (SF-6D Brazil). *Ciênc Saúde Colet*. 2011;16(7):3103-10. doi:10.1590/S1413-81232011000800010
19. Berquó ES, Souza JMPD, Gotlieb SLD. *Bioestatística*. 2ed. rev. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária Ltda, c1981, 2006.
20. Alves EVC, Flesch LD, Cachioni M, Neri AL, Batistoni SST. The double vulnerability of elderly caregivers: multimorbidity and perceived burden and their associations with frailty. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2018;21(3):312-322. doi:10.1590/1981-22562018021.180050
21. Santos PHS, Fernandes MH, Casotti CA, Coqueiro RS, Carneiro JAO. The profile of fragility and associated factors among the elderly registered in a Family Health Unit. *Cienc Saude Colet*. 2015;20(6):1917-24. doi:10.1590/1413-81232015206.17232014
22. Antunes JFS, Okuno MFP, Lopes MCBT, Campanharo CRV, Batista REA. Frailty assessment of elderly hospitalized at an emergency service of a university hospital. *Cogitare Enferm [Internet]*. 2015 [cited 2018 Dec 07]20(2):266-73. Available from: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2016/08/1254/39928-157216-1-pb.pdf>
23. Flesch LD, Batistoni SST, Neri AL, Cachioni M. Psychological aspects of the quality of life of caregivers of the elderly: an integrative review. *Geriatr Gerontol Aging*. 2017;11(3):138-49. doi: 10.5327/Z2447-211520171700041
24. Cavalcante FCG, Martins DSS, Oliveira JS, Nóbrega AL, Martins FES, Martins MSS. Caregivers of Alzheimer's sufferers elderly. *Rev Bras Educ Saúde [Internet]*. 2015 [cited 2018 Dec 09]5(3):23-8. Available from: <http://oaji.net/articles/2016/2628-1461602114.pdf>
25. Garber CE, Blissmer B, Deschenes MR, Franklin BA, Lamonte MJ, Lee IM, et al. American College of Sports Medicine position stand: quantity and quality of exercise for developing and maintaining cardiorespiratory, musculoskeletal, and neuromotor fitness in apparently healthy adults: guidance for prescribing exercise. *Med Sci Sports Exerc*. 2011;43(7):1334-59. doi: 10.1249/MSS.0b013e318213febf
26. Virtuoso JF, Streit IA, Claudino R, Mazo GZ. Frailty indicators and physical activity level of the elderly. *ConScientiae Saúde*. 2015;14(1):99-106. doi: 10.1590/S0104-42302012000300015
27. Pinquart M, Sorensen S. Spouses, adult children, and children-in-law as caregivers of older adults: a meta-analytic comparison. *Psychol Aging*. 2011;26(1):1-14. doi: 10.1037/a0021863
28. Luchesi BM, Degani GC, Brigola AG, Pavarini SCI, Marques S. Evaluation of depressive symptoms in older caregivers. *Arch Clin Psychiatry*. 2015;42(2):45-51. doi: 10.1590/0101-60830000000047
29. Rodrigues NO, Neri AL. Vulnerabilidade social, individual e programática em idosos da comunidade: dados do estudo FIBRA, Campinas, SP, Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012;17:2129-39.
30. Pedreira LC, Oliveira AMS. Caregivers of dependent elderly at home: changes in family relationships. *Rev Bras Enferm*. 2012;65(5):730-6. doi: 10.1590/S0034-71672012000500003
31. Pegorari MS, Tavares DMS. Factors associated with the frailty syndrome in elderly individuals living in the urban area. *Rev Latino-Am Enferm*. 2014;22(5):874-82. doi: 10.1590/0104-1169.0213.2493
32. Feng L, Nyunt MSZ, Feng L, Mmed KBY, Ng TP. Frailty predicts new and persistent depressive symptoms among community-dwelling older adults: findings from Singapore longitudinal aging study. *JAMDA*. 2014;15(1):e76.e7-e12. doi: 10.1016/j.jamda.2013.10.001
33. Gale CR, Cooper C. Attitudes to ageing and change in frailty status: the English Longitudinal Study of Ageing. *Gerontology*. 2017;64(1):58-66. doi: 10.1159/000477169
34. Freire HSS, Oliveira AKS, Nascimento MRF, Conceição MS, Nascimento CEM, Araújo PF, et al. Aplicação da Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage em instituições de longa permanência. *Nursing [Internet]*. 2018 [cited 2018 Dec 05]21(237):2030-5. Available from: http://www.revistanursing.com.br/revistas/237-Fevereiro2018/aplicacao_da_escala_de_depressao_geriatrica.pdf
35. Melo B, Moraes HS, Silveira H, Oliveira N, Deslandes AC, Laks J. Effects physical training on quality of life in older adults with major depression. *Rev Bras Ativ Fis e Saúde*. 2014;19(2):205-14. doi: 10.12820/rbafs.v.19n2p205
36. Macedo MASS, Oliveira VB, Oliveira AG, Abreu SSS, Duarte SFP, Lima PV. Depressive symptomatology in elderly assets and non-assets. *Rev Enferm UFPI*. 2017;6(4):33-9. doi: 10.26694/2238-7234.6433-39
37. Perez-Peñaranda A. El cuidador primario de familiares con dependencia: calidad de vida, apoyo social y salud mental [Tese] [Internet]. Salamanca (ES): Universidad de Salamanca/Facultad de Medicina; 2006[cited 2018 Dec 08]. Available from: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/perez-cuidador-01.pdf>
38. Neri AL, Borim FSA, Fontes AP, Rabello DF, Cachioni M, Batistoni SST, et al. Factors associated with perceived quality of life in older adults: ELSI-Brazil. *Rev Saude Publica*. 2018;52(supl 2):16s. doi: 10.11606/S1518-8787.2018052000613
39. Barbosa MFL, Lages MGG, Lopes MB, Carvalho APR, Souza ATS, Gonçalves MMSR. Qualidade de vida dos cuidadores de idosos físicos dependentes: um estudo de enfermagem. *Rev Portal Divulg [Internet]*. 2015 [cited 2018 Dec 08]:46. Available from: <http://www.portaldoenvelhecimento.com/revista-nova/index.php/revistaportal/article/viewFile/547/603>
40. Anjos KF, Boery RNSO, Pereira R. Quality of life of relative caregivers of elderly dependents at home. *Texto Contexto Enferm*. 2014;23(3):600-8. doi: 10.1590/0104-07072014002230013
41. Morley JE, Vellas B, van Kan GA, Anker SD, Bauer JM, Bernabei R, et al. Frailty consensus: a call to action. *J Am Med Dir Assoc*. 2013;14(6):392-7. doi: 10.1016/j.jamda.2013.03.022

42. Rodríguez Jiménez KS, Reales Chacón LJ. Síndrome de fragilidad y sus variables asociadas. *Med Interna (Caracas)* [Internet]. 2016 [cited 2018 Dec 09]32(4):272-8. Available from: <http://www.svmi.web.ve/ojs/index.php/medint/article/view/396/389>
 43. Alcântara AR, Cabral HMA, Freire ALL, Ferreira LGF, Torres MV, Rocha GM. Comparative analysis of quality of life among elderly women and non-physically active in Teresina - Piauí. *Rev Eletr Gestão Saúde* [Internet]. 2015 [cited 2018 Dec 08]5(5):3004-14. Available from: <http://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/13775/9709>
 44. Sánchez-García S, Gallegos-Carrillo K, Espinel-Bermudez MC, Doubova SV, Sánchez-Arenas R, García-Peña C, et al. Comparison of quality of life among community-dwelling older adults with the frailty phenotype. *Qual Life Res.* 2017;26(10):2693-703. doi: 10.1007/s11136-017-1630-5
-