



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO FÍSICA

IRLAN ERICK DA SILVA

**FATORES ASSOCIADOS À CAPACIDADE FUNCIONAL DE IDOSOS COM
SINTOMAS DE DEPRESSÃO**

RECIFE
2019

IRLAN ERICK DA SILVA

**FATORES ASSOCIADOS À CAPACIDADE FUNCIONAL DE IDOSOS COM
SINTOMAS DE DEPRESSÃO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação Física do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito para obtenção do título de Mestre em Educação Física.

Área de concentração: Biodinâmica do movimento humano

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Carla Meneses Hardman

RECIFE

2019

Catálogo na Fonte
Bibliotecária: Mônica Uchôa, CRB4-1010

S586f Silva, Irlan Erick da.
Fatores associados à capacidade funcional de idosos com sintomas de depressão / Irlan Erick da Silva. – 2019.
97 f.: il.; tab.; 30 cm.

Orientadora: Carla Menêses Hardman.
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, CCS, Programa de Pós-Graduação em Educação Física. Recife, 2019.

Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Fatores epidemiológicos. 2. Exercício físico. 3. Idoso. 4. Dependência funcional. 5. Depressão. I. Hardman, Carla Menêses (Orientadora). II. Título.

613.7

CDD (20.ed.)

UFPE (CCS2019-266)

IRLAN ERICK DA SILVA

**FATORES ASSOCIADOS À CAPACIDADE FUNCIONAL DE IDOSOS COM
SINTOMAS DE DEPRESSÃO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação Física do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito para obtenção do título de Mestre em Educação Física.

Aprovada em: 30 de maio de 2019.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Carla Meneses Hardman (Orientadora)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof. Dr. Vinicius de Oliveira Damasceno (Examinador interno)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof. Dr. Jair Sindra Virtuoso Júnior (Examinador externo)
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Dedico esta dissertação à minha mãe Neide e minha irmã Priscila, por me apoiarem durante todo este processo. Ao meu Pai Edimilson (*in memoriam*), a ti, dedico onde estiveres.

AGRADECIMENTOS

Agradeço! Primeiramente à Deus, pela oportunidade proporcionada de vivenciar e crescer com mais uma experiência.

Em seguida, a minha valiosa Mãe, que é o meu alicerce. Sempre acompanhou, apoiou e acreditou em todas as minhas escolhas. Acreditou mais que a mim que eu pudesse conseguir. Difícil encontrar as melhores palavras para agradecer. Obrigado por permitir minha vida.

À minha amada irmã Priscila, por todo apoio material e emocional que me proporcionou. Sem você, eu jamais teria conseguido. Sou eternamente grato.

Ao meu pai (*in memoriam*) que sempre será meu herói e que em toda sua existência física contribuiu para que eu pudesse alçar voos mais altos. Pai, onde estiveres e em toda a minha existência, sou gratidão.

Aos meus avós, Ana e Cleodon (*in memoriam*), e a grande família que compreendeu a minha ausência em momentos tão importantes. Vocês são essenciais em minha vida.

À minha orientadora, Professora Carla Meneses, agradeço por toda paciência, compreensão, ensinamentos e aconselhamentos que me fizeram superar as angústias e querer apreender cada vez mais. Meu sincero obrigado!

Aos amigos da residência por me incentivarem a ir em busca de novas experiências.

Aos meus colegas de turma do mestrado e professores do PPGEF, que tenho como inspiração, obrigado por me permitirem fazer parte do muro do conhecimento.

Aos amigos e colaboradores do Projeto Eugeron, agradeço pela rica experiência e valiosa ajuda, sem vocês esta dissertação não existiria.

Agradeço também aos alunos, amigos e colegas de trabalho da academia pelo apoio em vários momentos.

Aos amigos da graduação e pós-graduação, obrigado pelo incentivo.

In English, i can't forget to say thank you. My English teachers and my English course colleagues were essential in building this process. Thank you very much.

À todos que fazem parte da minha vida, com grande importância, muito obrigado. Vocês com certeza fizeram parte da escrita deste capítulo.

No mais, obrigado a mim, por não desistir.

Gratidão!

Se não puder voar, corra. Se não puder correr, ande. Se não puder andar, rasteje, mas continue em frente de qualquer jeito (KING, MARTIN LUTHER).

RESUMO

A depressão é um distúrbio psiquiátrico que contribui para a dependência funcional. Além disso, outros fatores podem estar associados à dependência em atividades de vida diária (ABVD) e atividades instrumentais de vida diária (AIVD). Desta forma, o objetivo deste estudo foi verificar se fatores demográficos, socioeconômicos, fatores de condições de saúde e capacidades físicas estão associados à dependência funcional em ABVD e AIVD em idosos com sintomas de depressão. Trata-se de um estudo transversal conduzido com 179 idosos com idade ≥ 60 anos, de ambos os sexos, residentes nos distritos IV e V na cidade do Recife. A dependência funcional em ABVD e AIVD foram obtidas respectivamente pelas Escala de Katz e Escala de Lawton e Brody. Os fatores demográficos, socioeconômicos, fatores de condições de saúde foram avaliadas por meio de questionários. O excesso de peso foi calculado a partir do IMC (relação entre a massa corporal e o quadrado da altura), categorizado como excesso de peso ($>25\text{kg/m}^2$). Os componentes da capacidade física foram obtidos através dos testes “levantar e sentar”, “ir e vir”, “flexão de ombro” e “flexão de quadril”. Para análise dos dados foram utilizados o teste de qui-quadrado e a regressão de Poisson. As prevalências de dependência funcional em ABVD e AIVD foram 51,8% e 92,7%, respectivamente. Nas análises do qui-quadrado, verificou-se que a prevalência de dependência funcional em AIVD foi estatisticamente maior nos idosos com ≥ 71 anos (97,6%; $p = 0,009$). De forma similar, a prevalência de dependência funcional foi significativamente maior entre os idosos com baixo NAF (ABVD: 59,3%; $p = 0,047$; AIVD: 98,8%; $p = 0,003$). Entretanto, na análise bruta da regressão, verificou-se que a faixa etária (AIVD: $RP=1,13$; $IC95=0,81-1,56$; $p=0,474$) e o baixo NAF não foram associados à dependência funcional em ABVD ($RP=1,35$; $IC95=0,88-2,06$; $p=0,168$) e AIVD ($RP=1,14$; $IC95=0,83-1,57$; $p=0,418$). Portanto, verificou-se que as variáveis independentes não foram estatisticamente associadas à dependência funcional em ABVD e AIVD nos idosos investigados com sintomas de depressão.

Palavras-chave: Fatores epidemiológicos. Exercício físico. Idoso. Dependência funcional. Depressão.

ABSTRACT

Depression is a psychiatric disorder that contributes to functional dependence. In addition, other factors may be associated with dependence on activities of daily living (ABVD) and instrumental activities of daily living (AIVD). Thus, the objective of this study was to verify whether demographic, socioeconomic, health condition and physical capacity factors are associated with functional dependence on ABVD and AIVD in elderly people with symptoms of depression. This is a cross-sectional study conducted with 179 elderly individuals aged ≥ 60 years, of both genders, living in districts IV and V in the city of Recife. The functional dependence in ABVD and AIVD were obtained respectively by the Katz Scale and the Lawton and Brody Scale. Demographic, socioeconomic and health condition factors were evaluated through questionnaires. The excess weight was calculated from the BMI (relation between body mass and height square), categorized as excess weight ($>25\text{kg/m}^2$). The components of physical capacity were obtained through the tests "lift and sit", "come and go", "shoulder flexion" and "hip flexion". The chi-square test and Poisson regression were used for data analysis. The prevalence of functional dependence in ABVD and AIVD was 51.8% and 92.7%, respectively. In the chi-square analysis, it was verified that the prevalence of functional dependence in ADL was statistically higher in the elderly with ≥ 71 years (97.6%; $p = 0.009$). Similarly, the prevalence of functional dependence was significantly higher among the elderly with low NAF (ABVD: 59.3%; $p = 0.047$; AIVD: 98.8%; $p = 0.003$). However, in the gross regression analysis, it was found that the age range (IADL: $RP=1.13$; $IC95=0.81-1.56$; $p=0.474$) and the low NAF were not associated with functional dependence in ABVD ($RP=1.35$; $IC95=0.88-2.06$; $p=0.168$) and AIVD ($RP=1.14$; $IC95=0.83-1.57$; $p=0.418$). Therefore, it was found that the independent variables were not statistically associated with functional dependence on ABVD and AIVD in the elderly investigated with symptoms of depression.

Keywords: Epidemiological factors. Physical exercise. Elderly. Functional dependence. Depression.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Interação entre os componentes da CIF	15
Figura 2 -	Modelo explicativo do declínio da capacidade funcional proposto por Nagi (1976) <i>apud</i> Ribeiro (2014)	17
Figura 3 -	Modelo teórico do declínio da capacidade funcional proposto por Morey et al. (1998)	17
Figura 4 -	Modelo proposto por Nogueira et al. (2010)	18

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Identificação e descrição metodológica dos estudos revisados sobre fatores associados à dependência funcional em idosos	20
Tabela 2 -	Síntese dos resultados dos estudos revisados sobre fatores associados à dependência funcional (ABVD) em idosos	59
Tabela 3 -	Síntese dos resultados dos estudos revisados sobre fatores associados à dependência funcional (AIVD) em idosos	63
Tabela 4 -	Síntese dos resultados dos estudos revisados sobre fatores associados à dependência funcional (ABVD e AIVD) em idosos	69
Tabela 5 -	Características demográficas, socioeconômicas, relacionadas a condições de saúde e capacidades físicas da amostra. 2018	37
Tabela 6 -	Prevalências da dependência funcional em ABVD e AIVB de acordo com as variáveis independentes	38
Tabela 7 -	Razão de prevalência (RP), Intervalos de Confiança (IC) e valor de p das análises de associação entre a dependência funcional em ABVD e às variáveis independentes em idosos, 2018	40
Tabela 8 -	Razão de prevalência (RP), Intervalos de Confiança (IC) e valor de p das análises de associação entre a dependência funcional em AIVD e às variáveis independentes em idosos, 2018	41

LISTA DE ABREVIATURAS

ABVD's	Atividades Básicas da Vida Diária
ADL	<i>Activities of Daily Living</i>
AFMV	Atividades Físicas de Intensidade Moderada a Vigorosa
AIVD's	Atividades Instrumentais da Vida Diária
AVD's	Atividades da Vida Diária
BPI-B	<i>Brief Pain Inventory</i>
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
DCNT	Doenças Crônica não Transmissível
IADL	<i>Independence in Activities of Daily Living</i>
IAFG	Índice de Aptidão Funcional Geral
ICF	<i>International Classification of Functioning, Disability and Health</i>
ICIDH	<i>International Classification of Impairment, Disabilities and Handicaps</i>
IMC	Índice de Massa Corporal
MEEM	Mini Exame do Estado Mental
OMS	Organização Mundial de Saúde
PDA	<i>Personal Digital Assistant</i>
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
USF	Unidade de Saúde da Família
WHO	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
1.1	REFERÊNCIA.....	22
2	FATORES ASSOCIADOS À CAPACIDADE FUNCIONAL DE IDOSOS COM SINTOMAS DE DEPRESSÃO	29
2.1	RESUMO.....	29
2.2	ABSTRACT.....	30
2.3	INTRODUÇÃO.....	31
2.4	MÉTODOS.....	32
2.4.1	Caracterização do estudo.....	32
2.4.2	População alvo.....	33
2.4.3	Seleção da amostra.....	33
2.4.4	Coletas de dados.....	34
2.4.5	Instrumentos e operacionalização das variáveis.....	35
2.4.6	Análise dos dados.....	36
2.5	RESULTADOS.....	37
2.6	DISCUSSÃO.....	41
2.7	REFERÊNCIAS.....	44
3	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	50
	REFERÊNCIAS	51
	APÊNDICE A – TABELAS DAS SÍNTESES DOS ESTUDOS REVISADOS SOBRE FATORES ASSOCIADOS À DEPENDÊNCIA FUNCIONAL	59
	APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	72
	ANEXO A – OFÍCIO DA SECRETARIA DE SAÚDE DO RECIFE	91
	ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA	92
	ANEXO C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	97

1 INTRODUÇÃO

Os distúrbios psiquiátricos contribuem para a dependência funcional e prejudicam a qualidade de vida em idosos^{1,2}. Dentre os distúrbios, a depressão desponta como uma doença de alta prevalência e incidência em todo mundo. Segundo a Organização Mundial de Saúde - OMS, em 10 anos (2005-2015) a incidência de depressão cresceu 18,4%, acompanhando o crescimento populacional. Neste contexto, o Brasil é o país com maior incidência da América Latina, acometendo 5,8% da população e estando em segundo lugar no ranking³.

A depressão provoca alterações mentais, cognitivas e distúrbios de humor, sendo considerada um transtorno afetivo e caracterizada pela junção de sintomas que podem perdurar por anos, interferindo, de maneira significativa, na vida do indivíduo^{4,5}. Segundo o Manual Diagnóstico Estatístico de Transtornos Mentais 5ª edição (DSM-5)⁶ a depressão é definida como uma condição de saúde mental e multideterminada, apresentando um conjunto de quatro ou mais sintomas depressivos, como: alteração do humor, do apetite, do sono, anedonia, letargia, sentimento de culpa e baixa autoestima, dificuldade de concentração, agitação e ideação suicida; que pode causar diversos prejuízos no desempenho social⁷.

Os sintomas depressivos têm forte impacto funcional na vida dos indivíduos, independentemente da idade⁸. Nos idosos, o fato de estar limitado ao acesso de atividades que proporcionam satisfação e bem-estar, marcado pelo declínio na capacidade funcional é um sintoma importante de depressão grave⁷. Sendo assim é necessário a identificação desses sintomas e avaliação da capacidade funcional por estar associado à mortalidade neste grupo etário⁹.

A literatura estima que 50% dos idosos depressivos não são diagnosticados, devido os sintomas serem semelhantes ao processo natural do envelhecimento¹⁰. É algo preocupante, visto que a depressão influencia na capacidade funcional¹¹. Acredita-se que em 2030 a depressão venha a assumir a segunda posição como causa de incapacidade em todo o mundo e a primeira causa nas nações de renda per capita baixa¹². A falha no diagnóstico pode causar impacto negativo na qualidade de vida do idoso, acarretando comprometimento físico, social e principalmente funcional¹³. Um estudo prospectivo conduzido por Almeida et al.¹⁴ revelou que homens

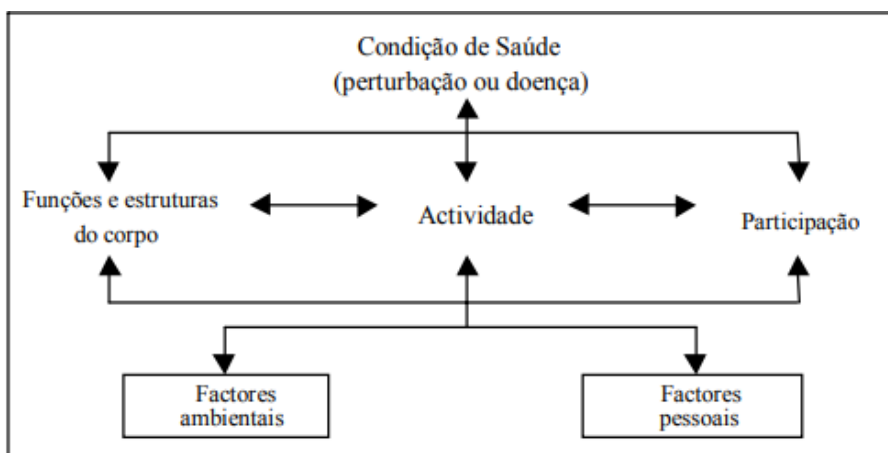
idosos não frágeis com história de depressão atual ou pregressa apresentaram diminuição das capacidades físicas e funcionais 9 anos depois da primeira avaliação.

A capacidade funcional tem sido investigada em diferentes áreas, particularmente na geriatria e gerontologia, pelo fato de que o envelhecer sem que haja incapacidade é fator indispensável para um envelhecimento saudável¹⁵. Para Alves et al.¹⁶, a incapacidade funcional pode ser entendida como a dificuldade ou necessidade de ajuda para a execução de tarefas cotidianas básicas ou mais complexas necessárias para uma vida independente, como as tarefas relacionadas à mobilidade. Entretanto, ainda existe uma dificuldade em conceituar a incapacidade devido a sua complexidade e por apresentar um caráter multidimensional.

Buscando entender a funcionalidade e incapacidade relacionadas às condições de saúde, em 1976 a OMS publicou a *International Classification of Impairment, Disabilities and Handicaps* - ICIDH, seguindo um modelo de análise com sequência linear: doença, deficiência, incapacidade e desvantagem. Após identificação de fragilidades na ICIDH, em 2001, a Assembleia Mundial de Saúde aprovou a *International Classification of Functioning, Disability and Health* –ICF¹⁷.

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde - CIF buscou entender a funcionalidade e incapacidade humana, compreendendo os componentes de funções e estruturas do corpo, atividade e participação social. Ela segue um modelo, não estabelecido como modelo de processo, que permite fazer uma abordagem multidimensional da classificação da funcionalidade e incapacidade. A funcionalidade é usada no aspecto positivo e a incapacidade no aspecto negativo. A Figura 1 apresenta o diagrama que considera a funcionalidade do indivíduo como uma interação ou relação complexa entre a condição de saúde e fatores contextuais (fatores ambientais e pessoais)¹⁸.

Figura 1 - Interação entre os componentes da CIF.



Fonte: Organização Mundial de Saúde¹⁸.

Nagi *apud* Matos et al.¹⁹, assim como outros autores, afirmam que a incapacidade funcional é conceituada como a limitação do idoso em realizar atividades dentro do contexto sociocultural e desempenhar papéis socialmente definidos. Isso envolve as condições físicas, sociais e cognitivas¹⁹. Desta forma, a capacidade funcional está relacionada à habilidade de um indivíduo em decidir ou realizar suas tarefas do dia a dia de forma independente, que compreende desde as atividades básicas para uma vida independente até as ações mais complexas da rotina diária^{20,21,22}.

Consideram-se três dimensões para a capacidade funcional: Atividades Básicas de Vida Diária - ABVD's, Atividades Instrumentais de Vida Diária - AIVD's e Atividades Avançadas da Vida Diária - AAVD's. As AVBD's correspondem às atividades básicas, avaliadas como funções de sobrevivência, tais como alimentar-se, tomar banho, vestir-se e transferir-se de um local a outro. As AIVD's incluem as atividades mais complexas do cotidiano, como administrar dinheiro, usar o telefone, sair sozinho, fazer compras e entre outros. Já as AAVD's são as atividades voluntárias, sociais e de recreação²³.

Diversos instrumentos são utilizados para avaliar a capacidade funcional: *The Index of Independence in Activities of Daily Living* (Escala de Katz - IADL); Lawton e Brody; Índice de Barthel; *The Functional Independence Measure*/Medida de independência funcional (FIM/MIF); Escala de Berg; Mini Exame do Estado Mental (MEEM). Os mais utilizados são a Escala de Katz, o Índice de Barthel e a Escala de Lawton²⁴.

Para avaliação das ABVD's, o Índice de Katz (Index de Independência nas Atividades de Vida Diária - Index of ADL), desenvolvido por Sidney Katz nos Estados Unidos²⁵ e adaptado para o português por Lino et al.²⁶, é o mais utilizado em pesquisas nacionais e internacionais. Na versão original, esta escala pode ser classificada em seis tipos de independência e dois tipos de dependência, já na sua versão atual, há uma classificação de independência, dependência moderada e muito dependente^{24,27}.

O índice de Barthel²⁸ é outro instrumento muito utilizado para avaliar as AVD's. Através de 10 itens (alimentação, vestir, banho, higiene pessoal, esfínter urinário e intestinal, transferência da cadeira e da cama, deambulação e capacidade de subir e descer escadas), ele avalia a capacidade funcional do idoso gerando um escore e classificando como independente e dependente. Estudos comprovam a validade e confiabilidade desse instrumento^{29,30}.

Para as AIVD's, a Escala de Lawton³¹ é a mais utilizada. O instrumento busca identificar as alterações na execução das tarefas funcionais dos idosos em diferentes níveis. A escala avalia o uso do telefone, o trabalho doméstico, uso de medicamentos, lavar roupa, fazer compras, preparar refeições, uso do meio de transporte e o uso do dinheiro; e a classificação é categorizada em: dependência total, dependência parcial e independência³².

A avaliação da capacidade funcional ajuda na manutenção e preservação da capacidade para desempenhar as ABVD's e as AIVD's, possibilitando prolongar por mais tempo possível à independência³³. As consequências resultantes da incapacidade funcional incluem a limitação da autonomia do idoso na realização das atividades cotidianas, gerando implicações para a família, comunidade, para o sistema de saúde; diminuindo qualidade de vida, aumentando o risco de dependência e até a morte prematura^{24,34}.

Dentre os modelos teóricos para o declínio da capacidade funcional, o percussor foi proposto por Nagi em 1976 *apud* Ribeiro³⁵ (Figura 2), surgindo com a ordenação unidirecional dos componentes: patologia ativa, deficiência, limitação funcional e incapacidade funcional³⁵.

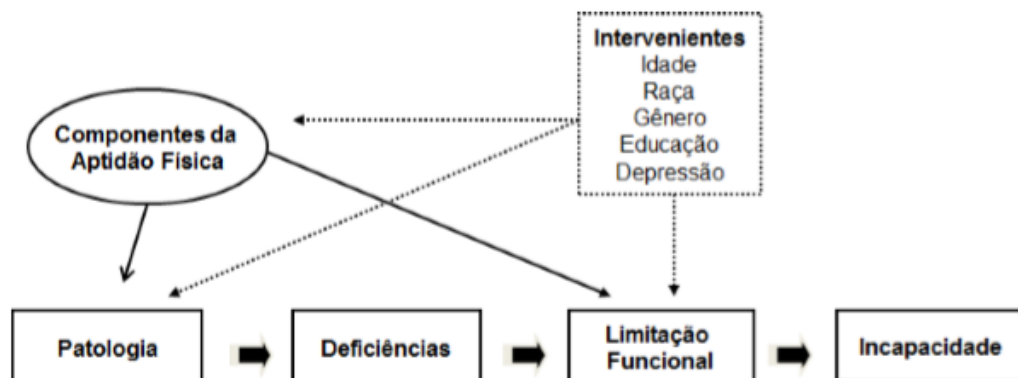
Figura 2 - Modelo explicativo do declínio da capacidade funcional proposto por Nagi.



Fonte: Nagi *apud* Ribeiro³⁵

Estudo realizado por Morey et al.³⁶, nos anos 90, com 165 idosos nos Estados Unidos, verificou que a baixa aptidão física nos componentes cardiorrespiratório, morfológico e de força são fatores de risco para o declínio funcional, independente da presença e/ou evolução da doença; propondo um novo modelo e incluindo a aptidão física como fator do declínio da capacidade funcional, além de fatores intervenientes como a depressão (Figura 3).

Figura 3 - Modelo teórico do declínio da capacidade funcional proposto por Morey et al.³⁶.



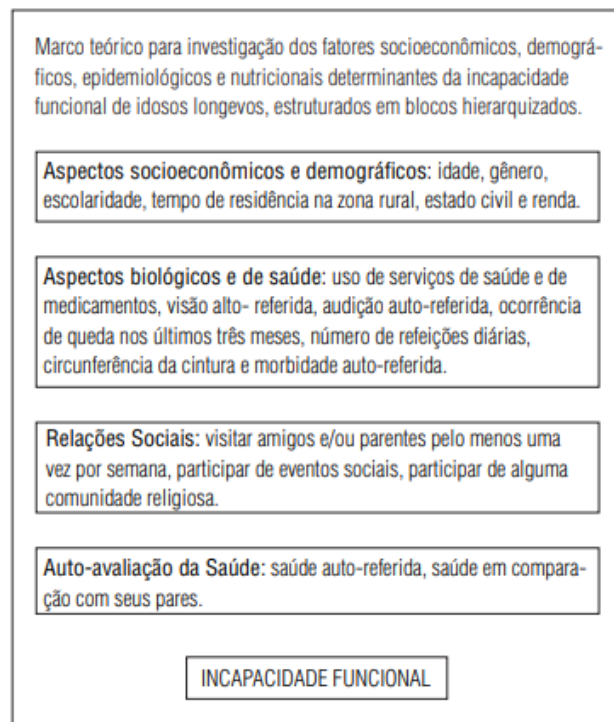
Fonte: Morey et al.³⁶

Um estudo realizado por Gonçalves et al.³⁷ investigou a relação entre a aptidão física e a capacidade funcional de 78 idosos (com média de idade de $77,4 \pm 7,9$) de baixa renda residentes de seis instituições de longa permanência localizadas em seis estados diferentes do Brasil. Os autores identificaram que quanto menor era o nível de força maior era o grau de dependência dos idosos institucionalizados, repercutindo

no índice geral mais baixo de aptidão física; e, quanto maior era o desempenho em tarefas de coordenação e agilidade maior era o nível de independência funcional para a realização das atividades da vida diária.

Outro modelo proposto por Nogueira et al.³⁸, apresentado na Figura 4, as variáveis foram agrupadas em blocos de acordo com a precedência que atuariam sobre a capacidade funcional. Os autores consideraram determinantes distais as variáveis socioeconômicas e demográficas; intermediárias, as biológicas e de saúde, além das atividades sociais; e proximais, as variáveis de autoavaliação da saúde.

Figura 4 - Modelo proposto por Nogueira et al.



Fonte: Nogueira et al.³⁸.

Sendo assim, com o passar do tempo os modelos foram reformulados e novos fatores foram considerados agravantes para o declínio da capacidade funcional. O que antes era visto, como no modelo proposto por Nagi³⁵ em que as patologias eram os principais fatores, Morey et al.³⁶ acrescenta que além das patologias, o declínio pode ser influenciado por fatores individuais e componentes da aptidão física. Já o modelo proposto por Nogueira et al.³⁸, apresenta que os fatores socioeconômicos, demográficos, biológicos, de saúde e social influenciam na incapacidade funcional.

Virtuoso Júnior e Guerra (2011)³⁹ relatam que mesmo com a existência de estudos que sintetizam o processo de perda da capacidade funcional em modelos teóricos, se faz necessário que tais modelos sejam testados e/ou ajustados às condições de vida das pessoas, em decorrência das particularidades sociais e culturais da região de moradia. É limitado na literatura pesquisas que tratam das condições de vida das populações em regiões mais pobres dos países em desenvolvimento, como o Brasil, onde as desigualdades sociais são preocupantes.

Diretrizes políticas, como a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa⁴⁰ tem como foco as ações de prevenção que visa um envelhecimento saudável e livre de incapacidade, embora requer planejamento baseado em informações da situação realista. As informações obtidas por pesquisas servem de subsídio para o enfrentamento clínico baseado em evidências, desta forma, incentivando inovações para intervenções e programas de assistências⁴¹, por exemplo, minimizando a incidência de sintomas depressivos e reduzindo a incapacidade na pessoa idosa.

Estudos apontam que a capacidade funcional pode ser afetada por diversos fatores, condicionados ao indivíduo ou ao contexto social a que ele pertence, como: individuais, demográficos, socioeconômicos, comportamentais, condições de saúde^{34,63}. A Tabela 1 apresenta as características metodológicas dos estudos revisados. A Tabela 2 (apêndice A) apresenta a síntese dos resultados dos estudos revisados sobre fatores associados à dependência funcional para as ABVD em idosos. A Tabela 3 (apêndice A) apresenta a síntese dos resultados dos estudos revisados sobre fatores associados à dependência funcional para as AIVD em idosos. A Tabela 4 (apêndice A) apresenta a síntese dos resultados dos estudos revisados sobre fatores associados à dependência funcional para as ABVD e AIVD em idosos.

Tabela 1 - Descrição metodológica dos estudos revisados sobre fatores associados à dependência funcional em idosos.

Autor	Ano	n	Idade (anos)	Local	Instrumentos
Farias-Antunez et al. ³⁴	2018	1.440	≥ 60	Pelotas (RS)	Escala de Katz (ABVD) e Escala de Lawton (AIVD)
Matos et al. ⁴²	2018	202	≥ 60	Lafaiete Coutinho (BA)	Escala de Katz (ABVD)
De Souza et al. ⁴³	2018	361	≥ 60	Ibiaí (MG)	Escala de Katz (ABVD) e Escala de Lawton (AIVD)
Khan, Singh e Khan ⁴⁴	2018	322	≥ 60	Haryana, Índia	Escala de Katz (6 itens - AVD) e Escala de Barthel (10 itens -AVD)
Nunes et al. ⁴⁵	2017	1.593	≥60	Bagé (RS)	Escala de Katz (ABVD) e Escala de Lawton (AIVD)
Pereira et al. ⁴⁶	2017	388	≥60	UBS de Teresina (PI)	Escala de Katz (ABVD) e Escala de Lawton (AIVD)
Connolly, Garveya e McKee ⁴⁷	2016	3.499	≥65	Irlanda	Escala de Lawton
Cruz et al. ⁴⁸	2016	420	≥60	Juiz de Fora (MG)	Escala de Katz (ABVD) e Escala de Lawton (AIVD)
Pinto Júnior et al. ⁴⁹	2016	191	≥60	Jequié (BA)	Escala de Katz (ABVD) e Escala de Lawton (AIVD)
Virtuoso Júnior et al. ⁵⁰	2016	909	≥60	Ilhéus (BA), Caratinga (MG) e Nova Santa Rosa (PR)	Índice de Lawton (AIVD)
Hosseinpour et al. ⁵¹	2015	53.447	≥50	43 países	<i>World Health Survey (WHS)</i>
Virtuoso et al. ⁵²	2015	624	≥60	Uberaba (MG)	Escala de Katz (ABVD) e Escala de Lawton (AIVD)
Barbosa et al. ⁵³	2014	286	≥60	Montes Claros (MG)	Escala de Katz (ABVD) e Escala de Lawton (AIVD)
Brito et al. ⁵⁴	2014	94	≥80	Lafaiete Coutinho (BA)	Questionário da Pesquisa Saúde, Bem-estar e Envelhecimento (SABE)
Santos, Franco e Reis ⁵⁵	2014	935	≥60	Joinville (SC)	Escala de Lawton (AIVD)
Tomita e Burns ⁵⁶	2013	1429	≥65	África do Sul	<i>American Occupational Therapy Association</i> (ABVD e AIVD)

Autor	Ano	n	Idade (anos)	Local	Instrumentos
Virtuoso Júnior e Guerra ³⁹	2011	222 mulheres	≥60	Jequié (BA)	Índice de Lawton (AIVD)
Hairi et al. ⁵⁷	2010	765	≥60	Malásia	Índice de Barthel
Del Ducca, Silva e Hallal ⁵⁸	2009	598	≥60	Pelotas (RS)	Escala de Katz (ABVD) e Escala de Lawton (AIVD)
Nunes et al. ⁵⁹	2009	397	≥60	Ubá (MG)	Escala de autopercepção do desempenho de atividade de vida diária (AVD), instrumento desenvolvido por Andreotti e Okuma

Desta forma, é importante identificar quais os fatores estão associados à capacidade funcional em idosos com sintomas depressivos. É comum para a população com essa característica ter como sintoma o isolamento social, levando a perda do interesse em atividades sociais e atividades básicas do cotidiano. Além disso, pessoas depressivas apresentam baixo nível de atividade física, o que influencia na dependência funcional. Uma metanálise realizada por Chou, Hwang e Wu (2012)⁶⁰ evidenciou que a prática de atividade física melhora o desempenho das ABVD em idosos frágeis. Outros estudos de revisão mostraram que a prática de atividades física também apresenta resultados positivos nas ABVD's e AIVD's de idosos com demência^{61,62}. Ademais, essas informações podem fornecer subsídios para elaboração e implementação de intervenções e programas que incluam a atividade física para a redução dos sintomas depressivos e manutenção da capacidade funcional.

Diante do exposto, este estudo visa verificar se fatores demográficos e socioeconômicos (sexo, idade, estado civil, renda, escolaridade, trabalho), fatores comportamentais (nível de atividade física, comportamento sedentário), fatores de condições de saúde (doença crônica não transmissível, excesso de peso, dor) e capacidades físicas (força, flexibilidade e velocidade de marcha) estão associados à dependência funcional em idosos com sintomas de depressão.

1.1 REFERÊNCIAS

1. FERRAZ TESTON, E.; CARREIRA, L.; SILVA MARCON, S. Sintomas depressivos em idosos: comparação entre residentes em condomínio específico para idoso e na comunidade. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 3, 2014.
2. BÄCHLE, C et al. Symptoms of eating disorders and depression in emerging adults with early-onset, long-duration type 1 diabetes and their association with metabolic control. **PLoS One**, v. 10, n. 6, p. e0131027, 2015.
3. WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. **Depression and other common mental disorders: global health estimates**. World Health Organization, 2017.
4. NÓBREGA, I. R. A. P. da et al. Factors associated with depression in institutionalized elders: integrative review. **Saúde em Debate**, v. 39, n. 105, p. 536-550, 2015.

5. GONZÁLEZ, A. C. T. et al. Depressive disorders and comorbidities among the elderly: a population-based study. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 19, n. 1, p. 95-103, 2016.
6. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION et al. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)**. American Psychiatric Pub, 2013.
7. LEIBOLD, M. L. et al. Activities and adaptation in late-life depression: A qualitative study. **American Journal of Occupational Therapy**, v. 68, n. 5, p. 570-577, 2014.
8. RABELO, D. F.; CARDOSO, C. M. Auto-eficácia, doenças crônicas e incapacidade funcional na velhice. **Psico-USF**, v. 12, n. 1, p. 75-81, 2007.
9. ARAÚJO, G. K. N. de et al. Capacidade funcional e depressão em idosos. **Revista Enfermagem UFPE on line**, v. 11, n. 10, p. 3778-3786, 2017.
10. SOUSA, K. A. de et al. Prevalência de sintomas de depressão em idosos assistidos pela estratégia de saúde da família. **REME - Revista Mineira de Enfermagem**, v. 21, n. 2, p.82-93, 2017.
11. DOS SANTOS GOMES, C. et al. Depressive symptoms and functional decline in an elderly sample of urban center in Northeastern Brazil. **Archives of gerontology and geriatrics**, v. 58, n. 2, p. 214-218, 2014.
12. REBELLO, P. M. P. et al. Suspeição de depressão segundo escala geriátrica em uma equipe da estratégia saúde da família. **Revista de APS**, v. 14, n. 3, 2011.
13. SOUSA, K. A. de et al. Prevalência de sintomas de depressão em idosos assistidos pela estratégia de saúde da família. **REME - Revista Mineira de Enfermagem**, v. 21, 2017.
14. ALMEIDA, O. P. et al. Depression among nonfrail old men is associated with reduced physical function and functional capacity after 9 years follow-up: the health in Men Cohort Study. **Journal of the American Medical Directors Association**, v. 18, n. 1, p. 65-69, 2017.
15. FERREIRA, O. G. L. et al. Envelhecimento ativo e sua relação com a independência funcional. **Texto contexto enfermagem**, v. 21, n. 3, p. 513-518, 2012.
16. ALVES, L. C.; LEITE, I. C; MACHADO, C. J.. Conceituando e mensurando a incapacidade funcional da população idosa: uma revisão de literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, p. 1199-1207, 2008.

17. FARIAS, N.; BUCHALLA, C. M. A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde da organização mundial da saúde: conceitos, usos e perspectivas. **Revista brasileira de epidemiologia**, v. 8, p. 187-193, 2005.
18. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. **Classificação Internacional de Funcionalidade**. Lisboa: OMS, 2001.
19. MACIEL, A. C. C.; GUERRA, R. O. Limitação funcional e sobrevivência em idosos de comunidade. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 54, n. 4, p. 347-352, 2008.
20. COSTA, E. F. de A. et al. Semiologia do idoso. **Porto CC. Semiologia Médica**, v. 4, p. 165-97, 2001
21. SHUBERT, T. E. et al. Are scores on balance screening tests associated with mobility in older adults?. **Journal of geriatric physical therapy**, v. 29, n. 1, p. 33-39, 2006.
22. MATSUDO, S. M. M. (Ed.). **Avaliação do idoso: física e funcional**. Midiograf, 2005.
23. LOBO, A.; PEREIRA, A. Idoso institucionalizado: funcionalidade e aptidão física. **Revista de Enfermagem**, v. 2, n. 4, 2007.
24. COSTA, S. M. G. et al. Funcionalidade em idosos: revisão integrativa da literatura functionality in older adults: integrative review of literature. **Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento**, v. 3, n. 2, p. 942-953, 2018.
25. KATZ, S. et al. Studies of Illness in the Aged. The Index of ADL: A Standardized Measure of Biological and Psychosocial Function. **JAMA**, v. 185, n. 12, p. 914-919, 1963.
26. LINO, V. T. S. et al. Adaptação transcultural da Escala de Independência em atividades da vida diária (Escala de Katz). **Cadernos de saúde pública**, v. 24, p. 103-112, 2008.
27. DE OLIVEIRA DUARTE, Y. A.; DE ANDRADE, C. L.; LEBRÃO, M. L. O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 41, n. 2, p. 317-325, 2007.
28. MAHONEY, F. I.; BARTHEL, D. W. Functional evaluation: the Barthel Index: a simple index of independence useful in scoring improvement in the rehabilitation of the chronically ill. **Maryland state medical journal**, v. 14, p. 61-65, 1965.

29. MINOSSO, J. S. M. et al. Validation of the Barthel Index in elderly patients attended in outpatient clinics, in Brazil. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 23, n. 2, p. 218-223, 2010.
30. ARAÚJO, F. et al. Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, v.25, n 2, p. 59-66 2007.
31. LAWTON, M. P.; BRODY, E. M. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. **The gerontologist**, v. 9, n. 3, p. 179-186, 1969.
32. ARAÚJO, F. et al. Validação da escala de Lawton e Brody numa amostra de idosos não institucionalizados. In: **Actas do 7º congresso nacional de psicologia da saúde**. Porto: Universidade do Porto, 2008. p. 655-659.
33. LOPES, F. N. B.; TAJRA, I.; FORTALEZA, L. M. M.. Capacidade Funcional de idosos assistidos pela estratégia saúde da família em um bairro de Teresina–PI. **Saúde em Redes**, v. 3, n. 4, p. 310-324, 2017.
34. FARÍAS-ANTÚNEZ, S. et al. Disability relating to basic and instrumental activities of daily living: a zopulation-based study with elderly in Pelotas, Rio Grande do Sul, Brazil, 2014. **Epidemiologia e servicos de saude: revista do Sistema Unico de Saude do Brasil**, v. 27, n. 2, p. e2017290-e2017290, 2018.
35. RIBEIRO, M. C. L. Efetividade do guia domiciliar de exercícios físicos nas limitações funcionais de idosas. 68f. Dissertação (Mestrado em Educação Física) - Programa de Pós-Graduação em Educação Física, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, 2014.
36. MOREY, M. C.; PIEPER, C. F.; CORNONI-HUNTLEY, J. O. A. N. Physical fitness and functional limitations in community-dwelling older adults. **Medicine and Science in Sports and Exercise**, v. 30, n. 5, p. 715-723, 1998.
37. GONÇALVES, L. H. T. et al. O idoso institucionalizado: avaliação da capacidade funcional e aptidão física. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, p. 1738-1746, 2010.
38. NOGUEIRA, S. L. et al. Fatores determinantes da capacidade funcional em idosos longevos. **Brazilian Journal of Physical Therapy/Revista Brasileira de Fisioterapia**, v. 14, n. 4, p. 322-329, 2010.
39. VIRTUOSO-JÚNIOR, J. S.; GUERRA, R. O. Incapacidade funcional em mulheres idosas de baixa renda. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 2541-2548, 2011.

40. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília : Ministério da Saúde, p. 192, 2006.
41. MATIAS, A. G. C. et al. Indicadores de depressão em idosos e os diferentes métodos de rastreamento. **Einstein (São Paulo)**, v. 14, n. 1, p. 6-11, 2016.
42. MATOS, F. S. et al. Redução da capacidade funcional de idosos residentes em comunidade: estudo longitudinal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 3393-3401, 2018.
43. SOUSA, Á. A. D. et al. Qualidade de vida e incapacidade funcional entre idosos cadastrados na estratégia de saúde da família. **ABCS Health Sciences**, v. 43, n. 1, p. 14-24, 2018.
44. KHAN, Z. A.; SINGH, C.; KHAN, T. Correlates of physical disability in the elderly population of Rural North India (Haryana). **Journal of family & community medicine**, v. 25, n. 3, p. 199-204, 2018.
45. NUNES, J. D. et al. Indicadores de incapacidade funcional e fatores associados em idosos: estudo de base populacional em Bagé, Rio Grande do Sul. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 26, p. 295-304, 2017.
46. PEREIRA, L. C. et al. Fatores preditores para incapacidade funcional de idosos atendidos na atenção básica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 70, n. 1, p. 112-118, 2017.
47. CONNOLLY, D.; GARVEY, J.; MCKEE, G. Factors associated with ADL/IADL disability in community dwelling older adults in the Irish longitudinal study on ageing (TILDA). **Disability and rehabilitation**, v. 39, n. 8, p. 809-816, 2017.
48. CRUZ, D. T. et al. Prevalência de incapacidade funcional e fatores sociodemográficos associados em idosos de Juiz de Fora, MG. **Revista Kairós: Gerontologia**, v. 19, p. 09-28, 2016.
49. PINTO JUNIOR, E. P. et al. Dependência funcional e fatores associados em idosos corresidentes. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 24, n. 4, p. 404-412, 2016.
50. VIRTUOSO-JÚNIOR, J. S. et al. Fatores associados à incapacidade funcional em idosos brasileiros. **Revista Andaluza de Medicina del Deporte**, v. 30, n. 20, p. 2-7 2016.
51. HOSSEINPOOR, A. R. et al. Socio-demographic patterns of disability among older adult populations of low-income and middle-income countries: results from

- World Health Survey. **International journal of public health**, v. 61, n. 3, p. 337-345, 2016.
52. VIRTUOSO-JÚNIOR, J. S. et al. Prevalence of disability and associated factors in the elderly. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 24, n. 2, p. 521-529, 2015.
 53. BARBOSA, B. R. et al. Avaliação da capacidade funcional dos idosos e fatores associados à incapacidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, p. 3317-3325, 2014.
 54. BRITO, T. A. et al. Capacidade funcional e fatores associados em idosos longevos residentes em comunidade: estudo populacional no Nordeste do Brasil. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 21, n. 4, p. 308-313, 2014.
 55. SANTOS, A. M.; FRANCO, S.; REIS, M. A. M. Fatores associados à perda da capacidade funcional em idosos em município no sul do país. **Geriatrics, Gerontology and Aging**, v. 8, n. 1, p. 19-26, 2014.
 56. TOMITA, A.; BURNS, J. K. Depression, disability and functional status among community-dwelling older adults in South Africa: evidence from the first South African National Income Dynamics Study. **International journal of geriatric psychiatry**, v. 28, n. 12, p. 1270-1279, 2013.
 57. HAIRI, N. N. et al. Prevalence and correlates of physical disability and functional limitation among community dwelling older people in rural Malaysia, a middle income country. **BMC Public Health**, v. 10, n. 1, p. 492, 2010.
 58. DEL DUCA, G. F.; SILVA, M. C.; HALLAL, P. C. Disability relating to basic and instrumental activities of daily living among elderly subjects. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, n. 5, p. 796-805, 2009.
 59. NUNES, M. C. R. et al. Influência das características sociodemográficas e epidemiológicas na capacidade funcional de idosos residentes em Ubá, Minas Gerais. **Brazilian Journal of Physical Therapy/Revista Brasileira de Fisioterapia**, v. 13, n. 5, p. 376-382, 2009.
 60. CHOU, C.; HWANG, C.; WU, Y.. Effect of exercise on physical function, daily living activities, and quality of life in the frail older adults: a meta-analysis. **Archives of physical medicine and rehabilitation**, v. 93, n. 2, p. 237-244, 2012.
 61. LITTBAND, H.; STENVALL, M.; ROSENDAHL, E. Applicability and effects of physical exercise on physical and cognitive functions and activities of daily living among people with dementia: a systematic review. **American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation**, v. 90, n. 6, p. 495-518, 2011.

62. FORBES, D. et al. Exercise programs for people with dementia. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 4, 2015.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD006489.pub4>
63. PEREIRA, G. N. et al. Indicadores demográficos e socioeconômicos associados à incapacidade funcional em idosos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, p. 2035-2042, 2012.

2 FATORES ASSOCIADOS À CAPACIDADE FUNCIONAL DE IDOSOS COM SINTOMAS DE DEPRESSÃO

2.1 RESUMO

A dependência funcional é uma importante questão de saúde pública e pode estar associada a diversos fatores, além de ser influenciada pelos sintomas depressivos. Desta forma, o objetivo do estudo foi verificar se fatores demográficos, socioeconômicos, fatores de condições de saúde e capacidades físicas estão associados à dependência funcional em idosos com sintomas de depressão. Trata-se de um estudo transversal, integrado ao Projeto Eugeron, conduzido 179 idosos com idade entre 60 e 99 anos de ambos os sexos que apresentaram sintomas depressivos, moradores dos distritos IV e V da região metropolitana do Recife. A dependência funcional em Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD) e Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD) foram avaliadas através da Escala de Katz e a Escala de Lawton e Brody. As variáveis independentes foram avaliadas por meio de questionários e instrumentos validados. O excesso de peso foi calculado a partir do IMC. Os componentes da capacidade física foram obtidos através dos testes “levantar e sentar”, “ir e vir”, “flexão de ombro” e “flexão de quadril”. Os dados foram analisados através do teste Qui-quadrado e regressão de Poisson. As prevalências de dependência funcional em ABVD e AIVD foram 51,8% e 92,7%, respectivamente. Verificou-se que a prevalência de dependência funcional em AIVD foi estatisticamente maior nos idosos com ≥ 71 anos (97,6%; $p=0,009$), assim como significativamente maior entre os idosos com baixo NAF (ABVD: 59,3%; $p=0,047$; AIVD: 98,8%; $p=0,003$). Entretanto, na análise bruta da regressão, verificou-se que a faixa etária (AIVD: $RP=1,13$; $IC95=0,81-1,56$; $p=0,474$) e o baixo NAF não foram associados à dependência funcional em ABVD ($RP=1,35$; $IC95=0,88-2,06$; $p=0,168$) e AIVD ($RP=1,14$; $IC95=0,83-1,57$; $p=0,418$). Contudo, apesar de não haver associação entre as variáveis independentes e a dependência funcional ABVD e AIVD, observou-se alta prevalência para dependência em idosos com sintomas de depressão.

Palavras-chave: Fatores epidemiológicos. Idosos. Dependência funcional. Depressão.

2.2 ABSTRACT

Functional dependence is an important public health issue and may be associated with several factors, besides being influenced by depressive symptoms. Thus, the objective of the study was to verify whether demographic, socioeconomic, health condition and physical capacity factors are associated with functional dependence in elderly people with symptoms of depression. This is a cross-sectional study, integrated with the Eugeron Project, conducted with 179 elderly individuals aged between 60 and 99 years of both genders who presented with depressive symptoms, residents of districts IV and V of the metropolitan region of Recife. Functional dependence in Basic Activities of Daily Life (ABVD) and Instrumental Activities of Daily Life (AIVD) were evaluated through the Katz Scale and the Lawton and Brody Scale. The independent variables were evaluated by means of questionnaires and validated instruments. Excess weight was calculated from the BMI. The components of physical capacity were obtained through the "lift and sit", "come and go", "shoulder flexion" and "hip flexion" tests. Data were analyzed using the chi-square test and Poisson regression. The prevalence of functional dependence in ABVD and AIVD was 51.8% and 92.7%, respectively. It was verified that the prevalence of functional dependence in ADL was statistically higher in the elderly with ≥ 71 years (97.6%; $p = 0.009$), as well as significantly higher among the elderly with low NAF (ABVD: 59.3%; $p = 0.047$; AIVD: 98.8%; $p = 0.003$). However, in the gross regression analysis, it was found that the age range (IADL: $RP = 1.13$; $IC_{95} = 0.81-1.56$; $p = 0.474$) and the low NAF were not associated with functional dependence in ABVD ($RP = 1.35$; $IC_{95} = 0.88-2.06$; $p = 0.168$) and AIVD ($RP = 1.14$; $IC_{95} = 0.83-1.57$; $p = 0.418$). However, although there is no association between the independent variables and the functional dependence ABVD and AIVD, there was a high prevalence of dependence in elderly patients with symptoms of depression.

Keywords: Epidemiological factors. Elderly. Physical capacity. Depression.

2.3 INTRODUÇÃO

A dependência funcional é uma importante questão de saúde pública, pois apresenta grande custo para o sistema de saúde, principalmente para países em desenvolvimento, como o Brasil¹. Pesquisas mostram a prevalência de dependência funcional em diversos países, como na Irlanda², Canadá³, África do Sul⁴, Malásia⁵, Nigéria⁶, Índia⁷, Dubai⁸ e Japão⁹, variando de 3% a 43%.

Um estudo com dados da Pesquisa Mundial de Saúde realizado por Hosseinpoor et al.¹⁰, sobre a prevalência de dependência funcional em adultos e idosos de 43 países, revelou que 32,6% dos brasileiros com idade ≥ 50 anos apresentaram dependência funcional. Outro estudo com dados da Pesquisa Nacional de Saúde, realizado por Oliveira-Figueiredo et al.¹¹ identificaram a prevalência de 8,4% de idosos com idade ≥ 60 anos e moradores da região nordeste com dependência funcional e apontaram uma escassez de inquéritos de base populacional para essa região. Além disso, as investigações nacionais são mais concentradas na região Sul e Sudeste do país¹².

A dependência funcional pode estar associada a diversos fatores, condicionados ao indivíduo ou ao contexto social a que ele pertence, como: fatores individuais, demográficos, socioeconômicos, condições de saúde e doenças crônicas^{13,14}. Uma revisão sistemática realizada por Vorst et al.¹⁵ identificou que a idade (mais velhos), sexo (feminino), presença de diabetes, hipertensão e acidente vascular cerebral foram considerados os principais fatores de risco; por outro lado, revelou que os indivíduos que apresentavam alto nível de atividade física e eram casados tinham baixo risco para dependência funcional.

As doenças crônicas também se apresentam como fator negativamente associado à dependência funcional¹⁶, como hipertensão, diabetes, artrite e depressão.^{17,18,19} Estudos longitudinais internacionais^{20,21} e nacional¹⁹ mostram que a presença de sintomas depressivos levam a dependência funcional. Além disso, observa-se que vários fatores estão associados aos sintomas da depressão, tais como fadiga, cansaço físico, perda da vitalidade e indisposição para realizar as atividades do cotidiano²². Consequentemente, a perda de interesse ou prazer por quase todas as atividades interfere nas relações sociais do idoso, conduzindo a um menor cuidado com a saúde; a não procurar uma ajuda terapêutica e a inatividade física²³. O isolamento social, sendo um comportamento comum em pessoas com sintomas de

depressão, faz com que o idoso participe menos de eventos sociais, contribuindo para a dependência funcional em atividades básicas da vida diária - ABVD²⁴.

Desta forma, faz-se necessário verificar quais fatores estão associados à capacidade funcional em idosos com sintomas de depressão. Estas informações podem orientar o planejamento e a implementação de futuras intervenções ou programas de atividades físicas que buscam contribuir para a redução dos sintomas depressivos e manutenção da capacidade funcional. Considerando que a prática de atividade física melhora o desempenho das ABVD em idosos frágeis²⁵ e também apresenta resultados positivos nas ABVD e nas atividades instrumentais da vida diária - AIVD de idosos com demência^{26,27}, este estudo tem como objetivo verificar se fatores demográficos (sexo, idade, estado civil), socioeconômicos (renda, escolaridade, trabalho), fatores de condições de saúde (baixo nível de atividade física, comportamento sedentário, excesso de peso, dor crônica, doença crônica não transmissível) e capacidades físicas (força, flexibilidade e velocidade de marcha) estão associados a dependência funcional em idosos com sintomas de depressão.

2.4 MÉTODOS

2.4.1 Caracterização do estudo

Trata-se de um estudo transversal que está integrado ao projeto de pesquisa intitulado “Efetividade de intervenções para promoção da saúde em idosos frágeis e com doenças crônicas não transmissíveis na atenção básica à saúde do Recife: ensaio comunitário randomizado” (EUGERON). O EUGERON é um projeto de pesquisa que abrange dois estudos independentes. O primeiro refere-se a um estudo transversal de base populacional com amostragem por domicílios e que tem como objetivo analisar a situação de saúde da população idosa da cidade do Recife. O segundo é um ensaio comunitário randomizado que visa analisar a efetividade de três estratégias para redução da fragilidade e melhoria do controle de DCNTs em pessoas idosas. Outras informações sobre o EUGERON estão disponíveis no seguinte endereço eletrônico: <http://www.gpesupe.org/eugeron/>.

Este projeto de pesquisa recebeu carta de anuência da Secretaria Municipal da Saúde do Recife e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade de Pernambuco (parecer nº 1.722.850). A participação dos

idosos foi voluntária e documentada por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

2.4.2 População alvo

A população alvo do presente estudo foi delimitada por idosos (≥ 60 anos), de ambos os sexos, residentes de dois distritos sanitários (IV e V) da cidade do Recife. Foram incluídos no estudo os idosos que apresentaram escore ≥ 2 pontos na Escala de Depressão Geriátrica - GDS reduzida²⁸. Foram adotados como critérios de exclusão: estar internado, não estar acompanhado por uma pessoa caso pudesse ajudar a responder o questionário quando não atingisse o ponto de corte²⁹ no Mini Mental State Examination (MMSE).

2.4.3 Seleção da amostra

A seleção dos participantes foi efetuada mediante amostragem de domicílios, em dois estágios, sendo que no primeiro foram selecionados os setores censitários (unidade amostral primária) e, no segundo, os domicílios (unidade amostral secundária). Tanto no primeiro quanto no segundo estágio a seleção foi sistemática.

Para o presente estudo foram incluídos dois distritos sanitários (IV e V), por ser os distritos que apresentam maior número de idosos, 32.335 e 30.451, cadastrados nas Unidades de Saúde da Família - USF. O distrito IV possui 20 USF e o distrito V possui 7 USF, e para cada distrito foram sorteadas três. A quantidade de idosos por distrito foi dividida pela quantidade de equipes de saúde da família que compunham cada USF. Sendo assim, no distrito IV e V foram selecionados, respectivamente, 219 e 207 idosos cadastrados nas USF.

2.4.4 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada no período de junho a novembro de 2018 por estudantes (graduação e pós-graduação) e profissionais da área de saúde, previamente treinados e de forma voluntária. Além dos treinamentos, eles participaram de reuniões com a equipe técnica para esclarecimento de dúvidas e controle do trabalho de campo. Para realização do trabalho de campo foi construído

um manual de coleta de dados. Os dispositivos eletrônicos (PDA) utilizados para coleta de dados foram cedidos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Um estudo piloto foi realizado no período de junho e julho de 2017 a fim de testar a adequação dos procedimentos e das estratégias operacionais de campo. O piloto foi realizado com 64 idosos, de ambos os sexos, com média de idade de $70,7 \pm 7,2$ anos, residentes da cidade do Recife. A coleta de dados do piloto foi realizada em duas ocasiões (7 dias de intervalo) por meio de entrevista face a face, da verificação de medidas antropométricas e da aplicação de testes de aptidão física. As medidas do instrumento utilizadas nesse estudo foram agrupadas em seis dimensões: (1) aspectos de saúde (presença de DCNT); (2) depressão; (3) condutas de saúde (nível de atividade física e comportamento sedentário); (4) características demográficas; (5) medidas antropométricas e testes de aptidão física. A reprodutibilidade das medidas foi determinada pelo Coeficiente de Correlação Intraclass para variáveis numéricas e o índice de Kappa para variáveis categóricas. Os resultados da reprodutibilidade da primeira a quinta dimensão foram: (1) 0,23 a 1,00; (2) 0,35 a 0,74; (3) 0,02 a 0,99; (4) 0,36 a 1,00; (5) 0,75 a 1,00. O estudo piloto revelou que o instrumento teve uma alta variação na maioria das dimensões, o que serviu para o aprimoramento do mesmo.

O projeto foi apresentado e discutido com a equipe gestora e profissionais da Secretaria Municipal de Saúde do Recife para adequação das estratégias de campo e agregação de parceiros institucionais para o desenvolvimento do mesmo. Em especial, o convite aos agentes comunitários de saúde, para o auxílio no acompanhamento da coleta de informações dos idosos na fase de identificação e confirmação dos idosos atendidos pelas USF.

2.4.5 Instrumentos e operacionalização das variáveis

Antes da aplicação do questionário os idosos foram submetidos ao MMSE, que teve a sua validade de construto testada em amostra de idosos brasileiros³⁰. O instrumento é utilizado como rastreio de comprometimento cognitivo. Caso não fosse atingindo o ponto de corte²⁹ de acordo com sua escolaridade (analfabetos = 19 pontos; de 1 a 3 anos de escolaridade = 23 pontos; de 4 a 7 anos de escolaridade = 24 pontos; > 7 anos de escolaridade = 28 pontos) e caso não estivessem acompanhados por

uma pessoa que pudesse ajudar a responder o questionário, o idoso era excluído da pesquisa.

O principal instrumento de coleta de dados foi um questionário desenvolvido especificamente para uso do Projeto EUGERON (APÊNDICE A), que foi aplicado na forma de entrevista face a face. O instrumento inclui questões gerais e inclui questionários padronizados e validados para uso em estudos com idosos brasileiros.

A variável dependente deste estudo foi à capacidade funcional. Esta variável foi obtida por meio de dois instrumentos: ABVD e AIVD. Para avaliar as ABVD foi utilizado o questionário adaptado por Lino et al. (2008)³¹, composto por seis questões relacionadas a seis funções das atividades básicas, como: alimentação, continência, transferência, sanitário, vestir e banho. Cada função contém opções de respostas numeradas de 0 a 2, que somadas geram um score classificando o indivíduo em depende e independente. Para o estudo foi considerado o score 0 = independente e ≥ 1 = dependente.

As AIVD foram avaliadas através da Escala de Lawton e Brody adaptada para o Brasil por Santos e Virtuoso-Júnior (2008)³². A escala é composta por sete questões relacionadas a sete funções (telefone, viagens, compras, preparo das refeições, trabalho doméstico, medicação e dinheiro), onde cada função tem três alternativas numeradas de 1 a 3, de forma crescente, onde a numeração maior classifica em independente e a menor em dependente. A soma das funções gera um score que classifica o indivíduo em dependência total (≤ 5 pontos), dependência parcial (> 5 a < 21) e independência ($= 21$ pontos). Para o estudo foi utilizada apenas duas categorias: dependência (total e parcial) e independência.

Para verificar os fatores associados à capacidade funcional de idosos com sintomas de depressão foram analisadas as seguintes variáveis demográficas e socioeconômicas: sexo (masculino, feminino), idade (≤ 70 , ≥ 71 anos), estado civil (casado ou vivendo com parceiro, outro), renda (< 1 salário mínimo, 1 salário mínimo, ≥ 2 salários mínimos), escolaridade (em anos completos: ≥ 5 , ≤ 4), trabalho (sim, não).

À condição de saúde foi verificada mediante a presença autorrelatada de pelo menos uma doença crônica não transmissível - DCNT, incluindo hipertensão, angina, diabetes, câncer, artrite, artrose ou reumatismo, osteoporose, doença crônica do pulmão (não, sim). O nível de atividade física foi obtido por meio do Questionário Internacional de Atividade Física - IPAQ^{33,34} e categorizado³⁵ em baixo nível aqueles que apresentaram não praticar pelo menos 20 minutos de atividade física 3 vezes na

semana e atingir menos de 600 MET-minutos na semana (sim,não). O comportamento sedentário (LASA-SBQ) foi avaliado por meio de um escore composto pela soma do tempo despendido, calculado por meio de (tempo total de CS em dia de semana * 5) + (tempo total de CS em dia de fim de semana * 2)/7³⁶. Com o escore obtido foi realizado uma descrição por percentil e considerado como mais expostos os que apresentavam o escore maior ou igual ao percentil 50 (não expostos, expostos). A dor crônica foi avaliada através da versão brasileira do *Brief Pain Inventory* (BPI-B), validada por Ferreira et al. (2001)³⁷. Para o estudo será utilizado a categoria para presença de dor (não, sim).

Na avaliação antropométrica foram mensuradas a massa corporal, com a balança digital corporal HN-289 (marca Omron) e a estatura, com trena de aço com trava de 2 m (marca Western) e esquadro. O índice de massa corporal (IMC) foi calculado a partir da relação entre a massa corporal (Kg) e o quadrado da altura (m²) e categorizado como excesso de peso (>25kg/m²) (não, sim)³⁸.

Os componentes da capacidade física (força, flexibilidade e velocidade de marcha) foram obtidos por meio de aplicação dos seguintes testes: a) levantar e sentar em 30 segundos; b) ir e vir (2,44 m); c) flexibilidade de ombro; d) flexibilidade de quadril, seguindo o protocolo de Rikli e Jones (1999)³⁹.

Os resultados dos testes levantar e sentar em 30 segundos, ir e vir (2,44 m), flexibilidade de ombro, flexibilidade de quadril foram classificados de acordo com as tabelas de valores normativos de acordo com o sexo e a idade, referente ao protocolo aplicado, variando a pontuação em número de repetições realizadas para o teste de levantar e sentar, o número em centímetros para os testes de flexão de ombro e flexão de quadril e o tempo dado em segundos para o teste de ir e vir. A partir dos valores obtidos, o desempenho dos idosos foi inicialmente classificado em: muito fraco, fraco, regular, bom e muito bom. Posteriormente, o desempenho foi agrupado em duas categorias: positivo (bom, muito bom) e negativo (muito fraco, fraco, regular).

2.4.6 Análise dos dados

Os dados foram exportados do *Personal Digital Assistant* (PDA) para uma planilha no programa Excel. Posteriormente, os dados foram enviados para o programa estatístico STATA (versão 14). Para análise descritiva das variáveis numéricas foram utilizadas as medidas de posição (média, mediana, percentis) e de

variabilidade ou dispersão (desvio-padrão, amplitude interquartil). A normalidade da distribuição dos dados foi verificada pelo teste de Kolmogorov-Smirnov. Para descrição das variáveis categóricas foi empregado a distribuição de frequências (absoluta e relativa). Para comparar a prevalência de idosos com dependência funcional em relação às variáveis independentes foi aplicado o teste de Qui-quadrado. Para verificar os fatores associados aos componentes da capacidade física foi empregada a Regressão de Poisson.

2.5 RESULTADOS

Dos 426 idosos identificados para participar do estudo, 25 recusaram e 23 não foi possível realizar a entrevista por problemas logísticos e dificuldade em acesso a residência. No total foram entrevistados 378 idosos, destes 199 não apresentaram os escores para a classificação dos sintomas da depressão, sendo assim a amostra deste estudo foi constituída por 179 idosos, com idade entre 60 e 99 anos (idade média de $71,6 \pm 8,2$ anos).

As características demográficas, socioeconômicas, relacionadas à saúde/doença e capacidades físicas dos participantes estão apresentadas na Tabela 5.

Tabela 5 - Características demográficas, socioeconômicas, relacionadas a condições de saúde e capacidades físicas da amostra. 2018.

Variável	Total	
	%	n
Sexo		
Masculino	21,8	39
Feminino	78,2	140
Faixa etária (anos)		
≤ 70	49,1	85
≥ 71	50,9	88
Escolaridade (anos completos)		
≥ 5	19,6	35
≤ 4	80,4	144
Renda (salário mínimo)		
< 1	14,8	24
1	59,9	97
≥ 2	25,3	41
Estado civil		
Casado ou vivendo com parceiro	42,9	70
Outro	57,1	93
Trabalho		
Sim	12,7	21
Não	87,3	145

Dor crônica			
Não	62,3	101	
Sim	37,7	61	
DCNT			
Não	9,0	16	
Sim	91,0	161	
Excesso de peso			
Não	22,6	35	
Sim	77,4	120	
Baixo nível NAF			
Não	49,2	88	
Sim	50,8	91	
Comportamento sedentário			
Não exposto	49,6	68	
Exposto	50,4	69	
Desempenho no teste "sentar e levantar"			
Positivo	6,4	10	
Negativo	93,6	147	
Desempenho no teste "flexão de ombro"			
Positivo	51,3	81	
Negativo	48,7	77	
Desempenho no teste "flexão de quadril"			
Positivo	40,6	65	
Negativo	59,4	95	
Desempenho do "teste ir e vir"			
Positivo	5,4	6	
Negativo	94,6	105	

Legenda: DCNT = Doença crônica não transmissível; NAF = Nível de Atividade física.

Em relação à capacidade funcional dos idosos com sintomas depressivos, verificou-se que 51,8% e 92,7% apresentaram dependência funcional para as ABVD e AIVD, respectivamente. Nas análises de qui-quadrado, verificou-se que a prevalência de dependência funcional em AIBVD foi estatisticamente maior nos idosos com ≤ 70 anos quando comparado aqueles com ≥ 71 anos (86,7% *versus* 97,6%; $p=0,009$). De forma similar, a prevalência de dependência funcional foi significativamente maior entre os idosos com baixo NAF em comparação àqueles que não foram classificados com baixo NAF (ABVD: 44,0% *versus* 59,3%; $p=0,047$; AIVD: 86,6% *versus* 98,8%; $p=0,003$). A Tabela 6 apresenta as prevalências de dependência funcional para as ABVD e AIVD em relação às variáveis independentes.

Tabela 6 - Prevalências da dependência funcional em ABVD e AIVB de acordo com as variáveis independentes.

Variável	Dependência em ABVD			Dependência em AIVD		
	%	n	p	%	n	p
Sexo						
Masculino	42,1	16	0,18	97,2	35	0,24
Feminino	54,6	72		91,4	117	
Faixa etária (anos)						
≤ 70	47,4	37	0,25	86,8	65	0,01

≥71	56,3	49		97,6	82	
Escolaridade						
≥5	52,9	18	0,89	91,2	31	0,70
≤4	51,5	70		93,1	121	
Renda (salário mínimo)						
<1	52,2	12	0,12	95,2	20	0,44
1	44,3	43		93,6	88	
≥2	61,5	24		87,8	36	
Estado civil						
Casado ou vivendo com parceiro	55,9	38	0,20	92,3	60	1,00
Outro	45,6	42		92,3	84	
Trabalho						
Sim	50,0	10	0,90	95,0	19	0,62
Não	51,4	72		91,8	123	
Dor crônica						
Não	48,0	47	0,73	93,0	93	0,73
Sim	50,8	31		91,5	54	
DCNT						
Não	56,2	9	0,69	92,9	13	0,97
Sim	51,0	78		92,6	138	
Excesso de peso						
Não						
Sim						
Baixo nível NAF						
Não	44,0	37	0,05	86,6	71	<0,01
Sim	59,3	51		98,8	81	
Comportamento sedentário						
Exposto	51,5	24	0,55	95,2	59	0,23
Não exposto	46,4	32		89,5	60	
Desempenho no teste “sentar e levantar”						
Positivo	50	5	0,93	88,9	8	0,60
Negativo	51,4	72		93,4	128	
Desempenho no teste “flexão de ombro”						
Positivo	55,1	43	0,33	94,7	71	0,32
Negativo	47,2	35		90,4	66	
Desempenho no teste “flexão de quadril”						
Positivo	42,9	27	0,08	86,9	53	0,02
Negativo	57,1	52		96,6	86	
Desempenho do “teste ir e vir”						
Positivo	50,0	3	0,93	100,0	5	0,51
Negativo	48,0	49		91,9	91	

*Teste de qui-quadrado

Diferente do que foi observado nas análises de prevalências da dependência funcional em ABVD e AIVB de acordo com o baixo nível de atividade física, na análise bruta da regressão de Poisson, verificou-se que o baixo NAF não foi estaticamente associado à dependência funcional em ABVD e AIVD, conforme apresentado nas Tabelas 7 e 8. De forma similar, a faixa etária não foi associada à AIVD (Tabela 8).

Tabela 7 - Razão de prevalência (RP), Intervalos de Confiança (IC) e valor de p das análises de associação entre a dependência funcional em ABVD e às variáveis independentes em idosos, 2018.

Variável	RP bruta	IC95%	p
Sexo			
Masculino	1		
Feminino	1,29	0,75-2,23	0,35
Faixa etária (anos)			
≤70	1		
≥71	1,19	0,77-1,82	0,43
Estado Civil			
Casado ou vivendo com parceiro	1		
Outro	0,81	0,53-1,27	0,37
Escolaridade			
≥5	1		
≤4	0,97	0,58-1,62	0,91
Renda (salário mínimo)			
<1	1		
1	0,85	0,45-1,61	
≥2	1,18	0,59-2,36	0,46
Trabalho			
Sim	1		
Não	1,03	0,52-1,99	0,93
Dor crônica			
Não	1		
Sim	1,06	0,67-1,67	0,80
DCNT			
Não	1		
Sim	0,91	0,45-1,80	0,78
Excesso de peso			
Não	1		
Sim	0,97	0,57-1,67	0,92
Baixo nível NAF			
Não	1		
Sim	1,35	0,88-2,05	0,17
Comportamento sedentário			
Não exposto	1		
Exposto	0,90	0,55-1,46	0,67
Desempenho no teste “sentar e levantar”			
Positivo	1		
Negativo	1,03	0,41-2,55	0,95
Desempenho no teste “flexão de ombro”			
Positivo	1		
Negativo	0,86	0,55-1,34	0,50
Desempenho no teste “flexão de quadril”			
Positivo	1		
Negativo	1,33	0,83-2,12	0,22
Desempenho do teste “ir e vir”			
Positivo	1		
Negativo	0,96	0,30-3,08	0,95

Tabela 8 - Razão de prevalência (RP), Intervalos de Confiança (IC) e valor de p das análises de associação entre a dependência funcional em AIVD e às variáveis independentes em idosos, 2018.

Variável	RP bruta	IC95%	p
Sexo			
Masculino	1		
Feminino	0,94	0,64-1,37	0,75
Faixa etária (anos)			
≤70	1		
≥71	1,17	0,81-1,56	0,47
Estado Civil			
Casado ou vivendo com parceiro	1		
Outro	1	0,72-1,39	1,00
Escolaridade			
≥5	1		
≤4	1,02	0,69-1,51	0,92
Renda (salário mínimo)			
<1	1		
1	0,98	0,60-1,59	
≥2	0,92	0,53-1,59	0,74
Trabalho			
Sim	1		
Não	0,97	0,59-1,57	0,89
Dor crônica			
Não	1		
Sim	0,98	0,70-1,38	0,93
DCNT			
Não	1		
Sim	0,99	0,56-1,76	0,99
Excesso de peso			
Não	1		
Sim	1,04	0,69-1,56	0,86
Baixo nível NAF			
Não	1		
Sim	1,14	0,83-1,57	0,43
Comportamento sedentário			
Não Exposto	1		
Exposto	0,94	0,66-1,35	0,74
Desempenho no teste “sentar e levantar”			
Positivo	1		
Negativo	1,05	0,51-2,15	0,89
Desempenho no teste “flexão de ombro”			
Positivo	1		
Negativo	0,95	0,68-1,33	0,79
Desempenho no teste “flexão de quadril”			
Positivo	1		
Negativo	1,11	0,79-1,57	0,54
Desempenho do teste “ir e vir”			
Positivo	1		
Negativo	0,92	0,37-2,26	0,85

2.6 DISCUSSÃO

Verificou-se que as prevalências de dependência funcional para as ABVD e AIVD foram altas (51,8% e 92,7%, respectivamente). Sabe-se que as AIVD são

primeiramente afetadas, por se tratar de atividades mais complexas e exigem maior integridade cognitiva e física^{13,40}. Apesar disso, o presente estudo revelou que os fatores demográficos, socioeconômicos, relacionados à saúde ou doença e capacidades físicas não foram estatisticamente associados à dependência funcional em atividades de vida diária (ABVD) e atividades instrumentais de vida diária (AIVD) em idosos com sintomas de depressão.

Diante deste resultado, constatou-se que a prevalência de dependência funcional (ABVD e AIVD) foi superior quando comparado com idosos do Rio Grande do Sul (36,1 % e 34%)¹⁴, de Minas Gerais (0,8 % e 63,2%)⁴¹, da Bahia (3,6% e 84%)⁴² e do Piauí (3% e 76%)⁴⁰. Um estudo de metanálise sobre a prevalência de dependência funcional em idosos brasileiros revelou uma prevalência média de 49,1%¹², levando em consideração que os respectivos estudos não foram realizados com idosos que apresentavam sintomas de depressão.

Vale ressaltar que a comparação da prevalência de dependência funcional é uma tarefa complexa, devido aos instrumentos empregados nos referidos estudos. Além disso, até o presente momento, foi identificado apenas um estudo⁴ com dados de dependência funcional em pessoas com sintomas de depressão, onde foi observado que um terço da amostra (1.429 africanos) que tinha sintomas depressivos apresentou 12% de dependência funcional para as ABVD e 37% para as AIVD.

A limitação de estudos sobre os fatores associados à capacidade funcional em idosos com sintomas depressivos dificultam a comparação dos achados. Alguns estudos^{2,5,49,50,51} analisaram os sintomas depressivos como variável independente, identificando que os idosos com sintomas de depressão apresentavam maior dependência funcional, tanto para ABVD quanto para AIVD.

Entretanto, a literatura estima que 50% da população idosa com sintomas depressivos não são diagnosticadas⁵⁵, o que se torna alarmante visto que no presente estudo, dos 378 idosos entrevistados, 179 apresentaram sintomas depressivos e com alta prevalência para a dependência funcional, resultando em dois grandes problemas de saúde pública.

A dependência funcional causa insuficiência nas habilidades do autocuidado, tornando o idoso dependente de familiares ou cuidadores, gerando mais custos sociais⁵² e custo para o sistema de saúde pública¹, levando a diminuição da qualidade de vida dessa população. Evidências mostram que o comprometimento funcional é um fator de risco para o aparecimento de sintomas depressivos e mortalidade^{53,54,57}.

No presente estudo também foi observado que a prevalência de dependência funcional em AVD foi estatisticamente maior nos idosos com ≥ 71 anos quando comparado aqueles com ≤ 70 anos. Apesar disso, na análise de regressão, a faixa etária não foi estatisticamente associada à dependência funcional, similar ao estudo realizado por Cruz et al.⁴³ que não encontrou associação entre faixa etária e dependência funcional para ABVD. De forma geral, diversos estudos indicam que o aumento da idade está associado à maior dependência funcional^{14,16,44,45,46}. O processo de envelhecimento resulta em alterações fisiológicas, que são acentuadas com passar da idade, e estão relacionados ao declínio da capacidade funcional⁴⁷.

Os achados do presente estudo também revelam que a prevalência de dependência funcional (ABVD e AIVD) foi significativamente maior entre os idosos com baixo NAF em comparação àqueles que não foram classificados com baixo NAF. Assim como outros estudos^{2,45} identificaram que idosos ativos apresentam bons níveis de autonomia e menor declínio na funcionalidade, sugerindo que o estilo de vida pode retardar os impactos relacionados ao envelhecimento, mantendo assim os idosos independentes. Entretanto, diferente do que foi observado nas análises de prevalências, na análise bruta, constatou-se que o baixo NAF não foi estatisticamente associado à dependência funcional em ABVD e AIVD, corroborando com os estudos de Lopes et al.⁴⁰ e Pereira et al.¹³. Borges e Moreira⁴⁸ identificaram que idosos ativos fisicamente também apresentam declínio da capacidade funcional, porém de forma mais lenta e menos intensa, por não apresentarem casos de dependência nas ABVD e dependência leve nas AIVD.

Tendo em vista esses resultados, pode-se inferir que além dos fatores associados, os sintomas depressivos também influenciam na capacidade funcional do idoso. Essa associação pode ser explicada pelo fato do isolamento social como sintoma comum, fazendo com que o idoso não participe de atividades e não tenha interesse em realizar as atividades do cotidiano. Compreendendo que a depressão é uma condição associada a baixos níveis de atividade e reduzido estado motivacional, levando a déficits de mobilidade, desempenho físico e sedentarismo⁵⁶.

O contexto social pode também estar associado a dependência funcional em idosos com sintomas de depressão. No presente estudo grande parte da amostra afirmaram estar solteiro, viúvo ou divorciado (57,1%) e sem trabalho (87,3%), fatores que contribuem para ao isolamento social. Além de apresentar baixo nível de atividade

física e grande exposição ao comportamento sedentário. É visto na literatura a influência destas características na dependência funcional^{7,14,16,19}.

Acredita-se que o presente estudo seja o pioneiro, no contexto nacional, em analisar os possíveis fatores associados à dependência funcional em idosos com sintomas de depressão. As informações encontradas podem orientar o planejamento de programas e intervenções que visem reduzir os sintomas depressivos e contribuir para a manutenção da capacidade funcional, considerando alarmante o resultado da prevalência de dependência funcional e do quantitativo de idosos com sintomas depressivos não diagnosticados. Entretanto, algumas limitações devem ser superadas. Este estudo é recorte de uma pesquisa maior e foi realizada com idosos que residiam em domicílios atendidos por duas das oito áreas distritais da cidade do Recife, neste sentido, a amostra investigada não é representativa de idosos recifenses e não é possível generalizar os resultados.

2.7 REFERÊNCIAS

1. WORLD HEALTH ORGANIZATION. World report on disability 2011. 2011.
2. CONNOLLY, D.; GARVEY, J.; MCKEE, G. Factors associated with ADL/IADL disability in community dwelling older adults in the Irish longitudinal study on ageing (TILDA). **Disability and rehabilitation**, v. 39, n. 8, p. 809-816, 2017.
3. BRETON, E. et al. Gender-specific associations between functional autonomy and physical capacities in independent older adults: results from the NuAge study. **Archives of gerontology and geriatrics**, v. 58, n. 1, p. 56-62, 2014.
4. TOMITA, A.; BURNS, J. K. Depression, disability and functional status among community-dwelling older adults in South Africa: evidence from the first South African National Income Dynamics Study. **International journal of geriatric psychiatry**, v. 28, n. 12, p. 1270-1279, 2013.
5. HAIRI, N. N. et al. Prevalence and correlates of physical disability and functional limitation among community dwelling older people in rural Malaysia, a middle income country. **BMC Public Health**, v. 10, n. 492, p. 1-13, 2010.
6. ABDULRAHEEM, I. S.; OLADIPO, A. R.; AMODU, M. O. Prevalence and correlates of physical disability and functional limitation among elderly rural population in Nigeria. **Journal of aging research**, v. 36, n. 9, p. 2-24, 2011.

7. KHAN, Z. A.; SINGH, C.; KHAN, T. Correlates of physical disability in the elderly population of Rural North India (Haryana). **Journal of family & community medicine**, v. 25, n. 3, p. 199-204, 2018.
8. AL YOUSEF, N. J. et al. Prevalence of functional disabilities and sources of care provided for elderly patients population in Dubai, UAE. **Adv Appl Psychol**, v. 1, p. 6-9, 2015.
9. YOSHIDA, D. et al. Prevalence and causes of functional disability in an elderly general population of Japanese: the Hisayama study. **Journal of epidemiology**, v. 22, n. 3, p. 222-229, 2012.
10. HOSSEINPOOR, A. R. et al. Socio-demographic patterns of disability among older adult populations of low-income and middle-income countries: results from World Health Survey. **International journal of public health**, v. 61, n. 3, p. 337-345, 2016.
11. OLIVEIRA-FIGUEIREDO, D. S. T. et al. Prevalência de incapacidade funcional em idosos: análise da Pesquisa Nacional de Saúde. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 18, n. 4, p. 468-475, 2017.
12. CAMPOS, A. C. V. et al. Prevalence of functional incapacity by gender in elderly people in Brazil: a systematic review with meta-analysis. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 19, n. 3, p. 545-559, 2016.
13. PEREIRA, L. C. et al. Fatores preditores para incapacidade funcional de idosos atendidos na atenção básica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 70, n. 1, 2017.
14. FARÍAS-ANTÚNEZ, S. et al. Disability relating to basic and instrumental activities of daily living: a zopulation-based study with elderly in Pelotas, Rio Grande do Sul, Brazil, 2014. **Epidemiologia e servicos de saude: revista do Sistema Unico de Saude do Brasil**, v. 27, n. 2, p. e2017290-e2017290, 2018.
15. VORST, A. V. D. et al. Limitations in activities of daily living in community-dwelling people aged 75 and over: a systematic literature review of risk and protective factors. **PLoS One**, v. 11, n. 10, p. e0165127, 2016.
16. NUNES, J. D. et al. Indicadores de incapacidade funcional e fatores associados em idosos: estudo de base populacional em Bagé, Rio Grande do Sul. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 26, p. 295-304, 2017.
17. CHEN, C. et al. The Longitudinal Relationship Between Depressive Symptoms and Disability for Older Adults: A Population-Based Stud y. **Journals of**

- Gerontology Series A: Biomedical Sciences and Medical Sciences**, v. 67, n. 10, p. 1059-1067, 2012.
18. LENZE, E. J. et al. The course of functional decline in older people with persistently elevated depressive symptoms: longitudinal findings from the Cardiovascular Health Study. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 53, n. 4, p. 569-575, 2005.
 19. MATOS, F. S. et al. Redução da capacidade funcional de idosos residentes em comunidade: estudo longitudinal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 3393-3401, 2018.
 20. CRONIN-STUBBS, D. et al. Six-year effect of depressive symptoms on the course of physical disability in community-living older adults. **Archives of internal medicine**, v. 160, n. 20, p. 3074-3080, 2000.
 21. VAN GOOL, C. H. et al. Impact of depression on disablement in late middle aged and older persons: results from the Longitudinal Aging Study Amsterdam. **Social science & medicine**, v. 60, n. 1, p. 25-36, 2005.
 22. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION et al. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). **American Psychiatric Pub**, 2013.
 23. ARMENIAN, H. K. et al. Psychopathology as a predictor of disability: a population-based follow-up study in Baltimore, Maryland. **American Journal of Epidemiology**, v. 148, n. 3, p. 269-275, 1998.
 24. KAWAMOTO, R.; YOSHIDA, O.; OKA, Y. Factors related to functional capacity in community-dwelling elderly. **Geriatrics & Gerontology International**, v. 4, n. 2, p. 105-110, 2004.
 25. CHOU, C.; HWANG, C.; WU, Y.. Effect of exercise on physical function, daily living activities, and quality of life in the frail older adults: a meta-analysis. **Archives of physical medicine and rehabilitation**, v. 93, n. 2, p. 237-244, 2012.
 26. LITTBAND, H.; STENVALL, M.; ROSENDAHL, E. Applicability and effects of physical exercise on physical and cognitive functions and activities of daily living among people with dementia: a systematic review. **American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation**, v. 90, n. 6, p. 495-518, 2011.
 27. FORBES, D. et al. Exercise programs for people with dementia. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 4, 2015.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD006489.pub4>

28. ALMEIDA, M. S. C. et al. Efetividade da escala de depressão geriátrica de cinco itens em população idosa da comunidade. 2011. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10923/4507>
29. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, **Departamento de Atenção Básica**. Brasília : Ministério da Saúde, 192 p., 2006.
30. CASTRO-COSTA, É. et al. Construct validity of the mini mental state examination across time in a sample with low-education levels: 10-year follow-up of the Bambuí Cohort Study of Ageing. **International Journal of Geriatric Psychiatry**, v. 29, n. 12, p. 1294-1303, 2014.
31. LINO, V. T. S. et al. Adaptação transcultural da Escala de Independência em atividades da vida diária (Escala de Katz). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, p. 103-112, 2008.
32. SANTOS, R. L.; VIRTUOSO-JÚNIOR, J. S. Confiabilidade da versão brasileira da escala de atividades instrumentais da vida diária. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 21, n. 4, p. 290-296, 2008.
33. BENEDETTI, T. R. B. et al. Reprodutibilidade e validade do Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ) em homens idosos. **Rev Bras Med Esporte**, v. 13, n. 1, p. 11-6, 2007.
34. BENEDETTI, T. B.; MAZO, G. Z.; DE BARROS, M. V. G. Aplicação do questionário internacional de atividades físicas para avaliação do nível de atividades física de mulheres idosas: Validade concorrente e reprodutibilidade teste-reteste. **Revista Brasileira de ciência e movimento**, v. 12, n. 1, p. 25-34, 2008.
35. IPAQ RESEARCH COMMITTEE et al. **Guidelines for data processing and analysis of the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ)-short and long forms**, 2015. Disponível em: <http://www.ipaq.ki.se/scoring.pdf>
36. HÉLIO JÚNIOR, J. et al. Validação do questionário LASA-SBQ para medida do comportamento sedentário em idosos brasileiros. [Dissertação de mestrado]. Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberada, Minas Gerais, Brasil, 2016.
37. FERREIRA, K. A. et al. Validation of brief pain inventory to Brazilian patients with pain. **Supportive Care in Cancer**, v. 19, n. 4, p. 505-511, 2011.

38. EVELETH, P. B. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Report of a WHO Expert Committee. **American Journal of Human Biology: The Official Journal of the Human Biology Association**, v. 8, n. 6, p. 786-787, 1996.
39. RIKLI, R. E.; JONES, C. J. Development and validation of a functional fitness test for community-residing older adults. **Journal of aging and physical activity**, v. 7, n. 2, p. 129-161, 1999.
40. LOPES, F. N. B.; TAJRA, I.; FORTALEZA, L. M. M.. Capacidade Funcional de idosos assistidos pela estratégia saúde da família em um bairro de Teresina–PI. **Saúde em Redes**, v. 3, n. 4, p. 310-324, 2017.
41. SOUSA, Á. A. D. et al. Qualidade de vida e incapacidade funcional entre idosos cadastrados na estratégia de saúde da família. **ABCS Health Sciences**, v. 43, n. 1, p. 14-24, 2018.
42. ROCHA, S. V. et al. Strength and ability to implement the activities of daily living in elderly resident in rural areas. **Colombia Médica**, v. 47, n. 3, p. 167-171, 2016.
43. DA CRUZ, D. T. et al. Prevalência de incapacidade funcional e fatores sociodemográficos associados em idosos de Juiz de Fora, MG. **Revista Kairós: Gerontologia**, v. 19, p. 09-28, 2016.
44. BARBOSA, B. R. et al. Avaliação da capacidade funcional dos idosos e fatores associados à incapacidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, p. 3317-3325, 2014.
45. DEL DUCA, G. F.; SILVA, M. C. da; HALLAL, P. C. Incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais da vida diária em idosos. **Rev Saúde Pública**, v. 43, n. 5, p. 796-805, 2009.
46. FIALHO, C. B. et al. Capacidade funcional e uso de serviços de saúde por idosos da Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: um estudo de base populacional. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, p. 599-610, 2014.
47. DEL DUCA, G. F. et al. Incapacidade funcional em idosos institucionalizados. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 16, n. 2, p. 120-124, 2011.
48. BORGES, M. R. D.; MOREIRA, Â. K.. Influências da prática de atividades físicas na terceira idade: estudo comparativo dos níveis de autonomia para o desempenho nas AVDs e AIVDs entre idosos ativos fisicamente e idosos

- sedentários. **Motriz. Journal of Physical Education. UNESP**, p. 562-573, 2009.
49. VIRTUOSO-JÚNIOR, J. S. et al. Fatores associados à incapacidade funcional em idosos brasileiros. **Revista Andaluza de Medicina del Deporte**, v. 30, n. 20, p. 2-7, 2016.
 50. PINTO JUNIOR, E. P. et al. Dependência funcional e fatores associados em idosos corresidentes. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 24, n. 4, p. 404-412, 2016.
 51. BRITO, T. A. et al. Capacidade funcional e fatores associados em idosos longevos residentes em comunidade: estudo populacional no Nordeste do Brasil. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 21, n. 4, p. 308-313, 2014.
 52. MATOS, F. S. et al. Redução da capacidade funcional de idosos residentes em comunidade: estudo longitudinal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 3393-3401, 2018.
 53. LUPPA, M. et al. Natural course of depressive symptoms in late life. An 8-year population-based prospective study. **Journal of affective disorders**, v. 142, n. 1-3, p. 166-171, 2012.
 54. NASCIMENTO, C. M. C. et al. Exercícios físicos generalizados capacidade funcional e sintomas depressivos em idosos brasileiros. **Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano**, p. 486-497, 2013.
 55. SOUSA, K. A. de et al. Prevalência de sintomas de depressão em idosos assistidos pela estratégia de saúde da família. **REME - Revista Mineira de Enfermagem**, v. 21, n. 2, p.82-93, 2017.
 56. DOS SANTOS GOMES, C. et al. Depressive symptoms and functional decline in an elderly sample of urban center in Northeastern Brazil. **Archives of gerontology and geriatrics**, v. 58, n. 2, p. 214-218, 2014.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo do presente estudo foi verificar se fatores demográficos (sexo, idade, estado civil), socioeconômicos (renda, escolaridade, trabalho), fatores de condições de saúde (baixo nível de atividade física, comportamento sedentário, excesso de peso, dor crônica, doença crônica não transmissível) e capacidades físicas (força, flexibilidade e velocidade de marcha) estavam associados a dependência funcional em idosos com sintomas de depressão. Apesar dos resultados apresentarem alta prevalência da população estudada para as ABVD e AIVD, principalmente nos idosos do sexo feminino, idade mais avançada, com baixo nível de atividade física e com desempenho negativo no teste de flexibilidade, quando realizada a análise de regressão bruta verificou-se que não houve nenhuma associação das variáveis com a dependência funcional.

A grande quantidade de idosos que apresentaram presença de sintomas depressivos, se torna um dado alarmante no presente estudo. Considerando que o resultado apresentou alta prevalência para dependência funcional, embora não existindo associação das variáveis investigadas. Pode-se inferir que existe uma associação recíproca entre sintomas depressivos e dependência funcional, o que necessita de atenção diante da falta de diagnóstico.

O estudo apresenta algumas limitações. Na literatura há poucos evidências com populações que apresentam as mesmas características para possíveis comparações. Além disso, a amostra foi composta por idosos de uma pequena área da região da cidade do Recife, especificamente dois distritos sanitários (IV e V), que faz parte da composição de oito distritos existentes. Desta forma, não é possível generalizar os resultados.

Sugere-se que novas investigações sejam realizadas com uma amostra maior e representativa de idosos com sintomas depressivos e que seja realizadas novas análises para verificar a associação de fatores à dependência funcional nesta população. Visto que, o estudo identificou alta prevalência para a dependência, essas informações podem orientar o planejamento e a implementação de futuras intervenções ou programas que buscam contribuir para a redução dos sintomas depressivos e manutenção da capacidade funcional dos idosos.

REFERÊNCIAS

- ABDULRAHEEM, I. S.; OLADIPO, A. R.; AMODU, M. O. Prevalence and correlates of physical disability and functional limitation among elderly rural population in Nigeria. **Journal of aging research**, v. 36, n. 9, p. 2-24, 2011.
- AL YOUSEF, N. J. et al. Prevalence of functional disabilities and sources of care provided for elderly patients population in Dubai, UAE. **Adv Appl Psychol**, v. 1, p. 6-9, 2015.
- ALMEIDA, M. S. C. et al. Efetividade da escala de depressão geriátrica de cinco itens em população idosa da comunidade. 2011. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10923/4507>
- ALMEIDA, O. P. et al. Depression among nonfrail old men is associated with reduced physical function and functional capacity after 9 years follow-up: the health in Men Cohort Study. **Journal of the American Medical Directors Association**, v. 18, n. 1, p. 65-69, 2017.
- ALVES, L. C.; LEITE, I. C; MACHADO, C. J.. Conceituando e mensurando a incapacidade funcional da população idosa: uma revisão de literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, p. 1199-1207, 2008.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION et al. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)**. American Psychiatric Pub, 2013.
- ARAÚJO, G. K. N. de et al. Capacidade funcional e depressão em idosos. **Revista Enfermagem UFPE on line**, v. 11, n. 10, p. 3778-3786, 2017.
- ARAÚJO, F. et al. Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, v.25, n 2, p. 59-66 2007.
- ARAÚJO, F. et al. Validação da escala de Lawton e Brody numa amostra de idosos não institucionalizados. In: **Actas do 7º congresso nacional de psicologia da saúde**. Porto: Universidade do Porto, 2008. p. 655-659.
- ARMENIAN, H. K. et al. Psychopathology as a predictor of disability: a population-based follow-up study in Baltimore, Maryland. **American Journal of Epidemiology**, v. 148, n. 3, p. 269-275, 1998.
- BÄCHLE, C et al. Symptoms of eating disorders and depression in emerging adults with early-onset, long-duration type 1 diabetes and their association with metabolic control. **PLoS One**, v. 10, n. 6, p. e0131027, 2015.
- BARBOSA, B. R. et al. Avaliação da capacidade funcional dos idosos e fatores associados à incapacidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, p. 3317-3325, 2014.

BENEDETTI, T. R. B. et al. Reprodutibilidade e validade do Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ) em homens idosos. **Rev Bras Med Esporte**, v. 13, n. 1, p. 11-6, 2007.

BENEDETTI, T. B.; MAZO, G. Z.; DE BARROS, M. V. G. Aplicação do questionário internacional de atividades físicas para avaliação do nível de atividades física de mulheres idosas: Validade concorrente e reprodutibilidade teste-reteste. **Revista Brasileira de ciência e movimento**, v. 12, n. 1, p. 25-34, 2008.

BORGES, M. R. D.; MOREIRA, Â. K.. Influências da prática de atividades físicas na terceira idade: estudo comparativo dos níveis de autonomia para o desempenho nas AVDs e AIVDs entre idosos ativos fisicamente e idosos sedentários. **Motriz. Journal of Physical Education. UNESP**, p. 562-573, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, p. 192, 2006.

BRETON, E. et al. Gender-specific associations between functional autonomy and physical capacities in independent older adults: results from the NuAge study. **Archives of gerontology and geriatrics**, v. 58, n. 1, p. 56-62, 2014.

BRITO, T. A. et al. Capacidade funcional e fatores associados em idosos longevos residentes em comunidade: estudo populacional no Nordeste do Brasil. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 21, n. 4, p. 308-313, 2014.

CAMPOS, A. C. V. et al. Prevalence of functional incapacity by gender in elderly people in Brazil: a systematic review with meta-analysis. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 19, n. 3, p. 545-559, 2016.

CASTRO-COSTA, É. et al. Construct validity of the mini mental state examination across time in a sample with low-education levels: 10-year follow-up of the Bambuí Cohort Study of Ageing. **International Journal of Geriatric Psychiatry**, v. 29, n. 12, p. 1294-1303, 2014.

CHEN, C. et al. The Longitudinal Relationship Between Depressive Symptoms and Disability for Older Adults: A Population-Based Study. **Journals of Gerontology Series A: Biomedical Sciences and Medical Sciences**, v. 67, n. 10, p. 1059-1067, 2012.

CHOU, C.; HWANG, C.; WU, Y.. Effect of exercise on physical function, daily living activities, and quality of life in the frail older adults: a meta-analysis. **Archives of physical medicine and rehabilitation**, v. 93, n. 2, p. 237-244, 2012.

CONNOLLY, D.; GARVEY, J.; MCKEE, G. Factors associated with ADL/IADL disability in community dwelling older adults in the Irish longitudinal study on ageing (TILDA). **Disability and rehabilitation**, v. 39, n. 8, p. 809-816, 2017.

COSTA, E. F. de A. et al. Semiologia do idoso. **Porto CC. Semiologia Médica**, v. 4, p. 165-97, 2001.

COSTA, S. M. G. et al. Funcionalidade em idosos: revisão integrativa da literatura
functionality in older adults: integrative review of literature. **Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento**, v. 3, n. 2, p. 942-953, 2018.

CRONIN-STUBBS, D. et al. Six-year effect of depressive symptoms on the course of physical disability in community-living older adults. **Archives of internal medicine**, v. 160, n. 20, p. 3074-3080, 2000.

CRUZ, D. T. et al. Prevalência de incapacidade funcional e fatores sociodemográficos associados em idosos de Juiz de Fora, MG. **Revista Kairós: Gerontologia**, v. 19, p. 09-28, 2016.

DA CRUZ, D. T. et al. Prevalência de incapacidade funcional e fatores sociodemográficos associados em idosos de Juiz de Fora, MG. **Revista Kairós: Gerontologia**, v. 19, p. 09-28, 2016.

DE OLIVEIRA DUARTE, Y. A.; DE ANDRADE, C. L.; LEBRÃO, M. L. O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 41, n. 2, p. 317-325, 2007.

DEL DUCA, G. F.; SILVA, M. C.; HALLAL, P. C. Disability relating to basic and instrumental activities of daily living among elderly subjects. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, n. 5, p. 796-805, 2009.

DEL DUCA, G. F. et al. Incapacidade funcional em idosos institucionalizados. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 16, n. 2, p. 120-124, 2011.

DOS SANTOS GOMES, C. et al. Depressive symptoms and functional decline in an elderly sample of urban center in Northeastern Brazil. **Archives of gerontology and geriatrics**, v. 58, n. 2, p. 214-218, 2014.

EVELETH, P B. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Report of a WHO Expert Committee. **American Journal of Human Biology: The Official Journal of the Human Biology Association**, v. 8, n. 6, p. 786-787, 1996.

FARIAS, N.; BUCHALLA, C. M. A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde da organização mundial da saúde: conceitos, usos e perspectivas. **Revista brasileira de epidemiologia**, v. 8, p. 187-193, 2005.

FARÍAS-ANTÚNEZ, S. et al. Disability relating to basic and instrumental activities of daily living: a population-based study with elderly in Pelotas, Rio Grande do Sul, Brazil, 2014. **Epidemiologia e serviços de saúde: revista do Sistema Único de Saúde do Brasil**, v. 27, n. 2, p. e2017290-e2017290, 2018.

FERRAZ TESTON, E.; CARREIRA, L.; SILVA MARCON, S. Sintomas depressivos em idosos: comparação entre residentes em condomínio específico para idoso e na comunidade. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 3, 2014.

FERREIRA, K. A. et al. Validation of brief pain inventory to Brazilian patients with pain. **Supportive Care in Cancer**, v. 19, n. 4, p. 505-511, 2011.

FERREIRA, O. G. L. et al. Envelhecimento ativo e sua relação com a independência funcional. **Texto contexto enfermagem**, v. 21, n. 3, p. 513-518, 2012.

FIALHO, C. B. et al. Capacidade funcional e uso de serviços de saúde por idosos da Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: um estudo de base populacional. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, p. 599-610, 2014.

FORBES, D. et al. Exercise programs for people with dementia. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 4, 2015.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD006489.pub4>

GONÇALVES, L. H. T. et al. O idoso institucionalizado: avaliação da capacidade funcional e aptidão física. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, p. 1738-1746, 2010.

GONZÁLEZ, A. C. T. et al. Depressive disorders and comorbidities among the elderly: a population-based study. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 19, n. 1, p. 95-103, 2016.

HAIRI, N. N. et al. Prevalence and correlates of physical disability and functional limitation among community dwelling older people in rural Malaysia, a middle income country. **BMC Public Health**, v. 10, n. 1, p. 492, 2010.

HÉLIO JÚNIOR, J. et al. Validação do questionário LASA-SBQ para medida do comportamento sedentário em idosos brasileiros. [Dissertação de mestrado]. Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2016.

HOSSEINPOOR, A. R. et al. Socio-demographic patterns of disability among older adult populations of low-income and middle-income countries: results from World Health Survey. **International journal of public health**, v. 61, n. 3, p. 337-345, 2016.

IPAQ RESEARCH COMMITTEE et al. **Guidelines for data processing and analysis of the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ)-short and long forms**, 2015. Disponível em: <http://www.ipaq.ki.se/scoring.pdf>

KATZ, S. et al. Studies of Illness in the Aged. The Index of ADL: A Standardized Measure of Biological and Psychosocial Function. **JAMA**, v. 185, n. 12, p. 914-919, 1963.

KAWAMOTO, R.; YOSHIDA, O.; OKA, Y. Factors related to functional capacity in community-dwelling elderly. **Geriatrics & Gerontology International**, v. 4, n. 2, p. 105-110, 2004.

KHAN, Z. A.; SINGH, C.; KHAN, T. Correlates of physical disability in the elderly population of Rural North India (Haryana). **Journal of family & community medicine**, v. 25, n. 3, p. 199-204, 2018.

LAWTON, M. P.; BRODY, E. M. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. **The gerontologist**, v. 9, n. 3, p. 179-186, 1969.

LEIBOLD, M. L. et al. Activities and adaptation in late-life depression: A qualitative study. **American Journal of Occupational Therapy**, v. 68, n. 5, p. 570-577, 2014.

LENZE, E. J. et al. The course of functional decline in older people with persistently elevated depressive symptoms: longitudinal findings from the Cardiovascular Health Study. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 53, n. 4, p. 569-575, 2005.

LINO, V. T. S. et al. Adaptação transcultural da Escala de Independência em atividades da vida diária (Escala de Katz). **Cadernos de saúde publica**, v. 24, p. 103-112, 2008.

LITTBAND, H.; STENVALL, M.; ROSENDAHL, E. Applicability and effects of physical exercise on physical and cognitive functions and activities of daily living among people with dementia: a systematic review. **American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation**, v. 90, n. 6, p. 495-518, 2011.

LOBO, A.; PEREIRA, A. Idoso institucionalizado: funcionalidade e aptidão física. **Revista de Enfermagem**, v. 2, n. 4, 2007.

LOPES, F. N. B.; TAJRA, I.; FORTALEZA, L. M. M.. Capacidade Funcional de idosos assistidos pela estratégia saúde da família em um bairro de Teresina-PI. **Saúde em Redes**, v. 3, n. 4, p. 310-324, 2017.

LUPPA, M. et al. Natural course of depressive symptoms in late life. An 8-year population-based prospective study. **Journal of affective disorders**, v. 142, n. 1-3, p. 166-171, 2012.

MACIEL, A. C. C.; GUERRA, R. O. Limitação funcional e sobrevida em idosos de comunidade. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 54, n. 4, p. 347-352, 2008.

MAHONEY, F. I.; BARTHEL, D. W. Functional evaluation: the Barthel Index: a simple index of independence useful in scoring improvement in the rehabilitation of the chronically ill. **Maryland state medical journal**, v. 14, p. 61-65, 1965.

MATIAS, A. G. C. et al. Indicadores de depressão em idosos e os diferentes métodos de rastreamento. **Einstein (São Paulo)**, v. 14, n. 1, p. 6-11, 2016.

MATOS, F. S. et al. Redução da capacidade funcional de idosos residentes em comunidade: estudo longitudinal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 3393-3401, 2018.

MINOSSO, J. S. M. et al. Validation of the Barthel Index in elderly patients attended in outpatient clinics, in Brazil. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 23, n. 2, p. 218-223, 2010.

MATSUDO, S. M. M. (Ed.). **Avaliação do idoso: física e funcional**. Midiograf, 2005.

MOREY, M. C.; PIEPER, C. F.; CORNONI-HUNTLEY, J. O. A. N. Physical fitness and functional limitations in community-dwelling older adults. **Medicine and Science in Sports and Exercise**, v. 30, n. 5, p. 715-723, 1998.

NASCIMENTO, C. M. C. et al. Exercícios físicos generalizados capacidade funcional e sintomas depressivos em idosos brasileiros. **Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano**, p. 486-497, 2013.

NUNES, M. C. R. et al. Influência das características sociodemográficas e epidemiológicas na capacidade funcional de idosos residentes em Ubá, Minas Gerais. **Brazilian Journal of Physical Therapy/Revista Brasileira de Fisioterapia**, v. 13, n. 5, p. 376-382, 2009.

NUNES, J. D. et al. Indicadores de incapacidade funcional e fatores associados em idosos: estudo de base populacional em Bagé, Rio Grande do Sul. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 26, p. 295-304, 2017.

NÓBREGA, I. R. A. P. da et al. Factors associated with depression in institutionalized elders: integrative review. **Saúde em Debate**, v. 39, n. 105, p. 536-550, 2015.

NOGUEIRA, S. L. et al. Fatores determinantes da capacidade funcional em idosos longevos. **Brazilian Journal of Physical Therapy/Revista Brasileira de Fisioterapia**, v. 14, n. 4, p. 322-329, 2010.

OLIVEIRA-FIGUEIREDO, D. S. T. et al. Prevalência de incapacidade funcional em idosos: análise da Pesquisa Nacional de Saúde. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 18, n. 4, p. 468-475, 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. **Classificação Internacional de Funcionalidade**. Lisboa: OMS, 2001.

PEREIRA, G. N. et al. Indicadores demográficos e socioeconômicos associados à incapacidade funcional em idosos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, p. 2035-2042, 2012.

PEREIRA, L. C. et al. Fatores preditores para incapacidade funcional de idosos atendidos na atenção básica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 70, n. 1, p. 112-118, 2017.

PINTO JUNIOR, E. P. et al. Dependência funcional e fatores associados em idosos corresidentes. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 24, n. 4, p. 404-412, 2016.

REBELLO, P. M. P. et al. Suspeição de depressão segundo escala geriátrica em uma equipe da estratégia saúde da família. **Revista de APS**, v. 14, n. 3, 2011.

RABELO, D. F.; CARDOSO, C. M. Auto-eficácia, doenças crônicas e incapacidade funcional na velhice. **Psico-USF**, v. 12, n. 1, p. 75-81, 2007.

RIBEIRO, M. C. L. Efetividade do guia domiciliar de exercícios físicos nas limitações funcionais de idosos. 68f. Dissertação (Mestrado em Educação Física) - Programa de Pós-Graduação em Educação Física, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, 2014.

RIKLI, R. E.; JONES, C. J. Development and validation of a functional fitness test for community-residing older adults. **Journal of aging and physical activity**, v. 7, n. 2, p. 129-161, 1999.

ROCHA, S. V. et al. Strength and ability to implement the activities of daily living in elderly resident in rural areas. **Colombia Médica**, v. 47, n. 3, p. 167-171, 2016.

SANTOS, R. L.; VIRTUOSO-JÚNIOR, J. S. Confiabilidade da versão brasileira da escala de atividades instrumentais da vida diária. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 21, n. 4, p. 290-296, 2008.

SANTOS, A. M.; FRANCO, S.; REIS, M. A. M. Fatores associados à perda da capacidade funcional em idosos em município no sul do país. **Geriatrics, Gerontology and Aging**, v. 8, n. 1, p. 19-26, 2014.

SHUBERT, T. E. et al. Are scores on balance screening tests associated with mobility in older adults?. **Journal of geriatric physical therapy**, v. 29, n. 1, p. 33-39, 2006.

SOUSA, Á. A. D. et al. Qualidade de vida e incapacidade funcional entre idosos cadastrados na estratégia de saúde da família. **ABCS Health Sciences**, v. 43, n. 1, p. 14-24, 2018.

SOUSA, K. A. de et al. Prevalência de sintomas de depressão em idosos assistidos pela estratégia de saúde da família. **REME - Revista Mineira de Enfermagem**, v. 21, n. 2, p.82-93, 2017.

TOMITA, A.; BURNS, J. K. Depression, disability and functional status among community-dwelling older adults in South Africa: evidence from the first South African National Income Dynamics Study. **International journal of geriatric psychiatry**, v. 28, n. 12, p. 1270-1279, 2013.

VAN GOOL, C. H. et al. Impact of depression on disablement in late middle aged and older persons: results from the Longitudinal Aging Study Amsterdam. **Social science & medicine**, v. 60, n. 1, p. 25-36, 2005.

VIRTUOSO-JÚNIOR, J. S. et al. Fatores associados à incapacidade funcional em idosos brasileiros. **Revista Andaluza de Medicina del Deporte**, v. 30, n. 20, p. 2-7 2016.

VIRTUOSO-JÚNIOR, J. S. et al. Prevalence of disability and associated factors in the elderly. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 24, n. 2, p. 521-529, 2015.

VIRTUOSO-JÚNIOR, J. S.; GUERRA, R. O. Incapacidade funcional em mulheres idosos de baixa renda. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 2541-2548, 2011.

VORST, A. V. D. et al. Limitations in activities of daily living in community-dwelling people aged 75 and over: a systematic literature review of risk and protective factors. **PLoS One**, v. 11, n. 10, p. e0165127, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. World report on disability 2011. 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. **Depression and other common mental disorders: global health estimates**. World Health Organization, 2017.

YOSHIDA, D. et al. Prevalence and causes of functional disability in an elderly general population of Japanese: the Hisayama study. **Journal of epidemiology**, v. 22, n. 3, p. 222-229, 2012.

APÊNDICE A – TABELAS DAS SÍNTESES DOS ESTUDOS REVISADOS SOBRE FATORES ASSOCIADOS À DEPENDÊNCIA FUNCIONAL

Tabela 2 - Síntese dos resultados dos estudos revisados sobre fatores associados à dependência funcional (ABVD) em idosos.

Autor (ano)	Resultado (ABVD)
Farias-Antunez et al. (2018)	- Feminino (RP=1,4; IC95% 1,2-1,7). - Faixa etária (anos completos): 70-79 anos (RP=1,3; IC95% 1,1-1,6); ≥80 anos (RP= 1,7; IC95% 1,4-2,1). - Estado civil: solteiro (RP=0,9; IC95% 0,6-1,3); viúvo (RP=1,1; IC95% 0,9-1,2). - Classe econômica: C (RP=0,9; IC95% 0,8-1,1); D/E (RP=0,8; IC95% 0,7-1,0). - Não trabalhavam (RP=1,2; IC95% 1,0-1,7). - Escolaridade (anos de estudo): 1-3 (RP=1,0; IC95% 0,8-1,2); 4-7 (RP=0,9; IC95% 0,8-1,1); 8-11 (RP=0,9; IC95% 0,7-1,1); ≥12 (RP=0,5; IC95% 0,4-0,7). - Consumo de álcool (autorreferido) nos últimos 30 dias (RP=0,9; IC95% 0,7-1,1). - Ativo no lazer (RP=0,7; IC95% 0,5-0,9). - Índice de massa corporal (IMC): baixo peso (RP=1,3; IC95% 0,8-2,0); peso adequado (RP=0,9; IC95% 0,8-1,1). - Presença de morbididades autorrelatadas: 1 (RP=1,3; IC95% 0,8-2,1); 2 (RP=2,2 IC95% 1,5-3,4).
Matos et al. (2018)	- Feminino (RR=1,0; IC95% 0,5-1,9) - ≥ 80 (RR=2,6; IC95% 1,4-4,8) - Sem união (RR=2,7; IC95% 1,4-5,4) - Não participa de atividade religiosa (RR=0,8; IC95% 0,1-5,2) - Renda familiar per capita (R\$): ≤510,00 (RR=1,6; IC95% 0,8-3,1) - Insuficientemente ativo (RR=1,5; IC95% 0,8-2,9)

Autor (ano)	Resultado (ABVD)
	- Uso de bebida alcoólica (RR=1,0; IC95% 0,3-2,9) - Ex-fumante (RR=1,3; IC95% 0,7-2,5) - Fuma atualmente (RR=0,7; IC95% 0,2-2,8) - Não trabalha (RR=0,7; IC95% 0,3-1,7)
Khan, Singh e Khan (2018)	- Idade: ≥75 anos – 10 itens (OR=5,5, IC95% 2,5-12,1); 6 itens (OR=7,5; IC95% 3,3-17,2) - Sem Ocupação atual – 10 itens (OR=5,1, IC95% 1,1-22,9); 6 itens (OR=8,4; IC95% 1,1-65,8) - Três ou mais doenças crônicas – 10 itens (OR=4,0, IC95% 1,9-8,6); 6 itens (OR=3,1; IC95% 1,3-7,1)
Nunes et al. (2017)	- Faixa etária: (RP=0,7; IC95% 0,4-1,4); 70-74 6,5% (RP=1,7; IC95% 0,6-2,1); ≥75 22,5% (RP=3,5; IC95% 2,2-5,7). - Solteiro/separado (RP=1,5; IC95% 0,9-2,4) - Viúvo (RP=1,5; IC95% 1,1-2,1) - Escolaridade (em anos completos): 1-7 10,1% (RP=1,7; IC95% 1,0-2,8); Nenhum 16,9% (RP=2,0; IC95% 1,2-3,4) - Consumo de álcool (RP=3,0; IC95% 1,4-6,8) - Acidente vascular encefálico (RP=2,7; IC95% 1,9-3,9) - Déficit cognitivo (RP=4,0; IC95% 2,5-6,3) - Hospitalização nos últimos 12 meses (RP=1,7; IC95% 1,3-2,4) - Atendimento domiciliar nos últimos 3 meses (RP=2,5; IC95% 1,6-3,9)
Pereira et al. (2017)	- Faixa etária: 70-80 (RP=1,3; IC95% 0,6-3,1); ≥80 (RP=6,0; IC95% 2,9-12,5). - Escolaridade: (RP=0,8; IC95% 0,4-1,3) - Com companheiro (RP=0,6; IC95% 0,4-1,2) - Não branco (RP=2,6; IC95% 1,1-6,0) - Católico (RP=0,8; IC95% 0,4;1,3) - Renda familiar: >2 sm (RP=1,3; IC95% 0,6-2,6) - Renda do idoso >1 sm (RP=0,6; IC95% 0,3-1,2)

Autor (ano)	Resultado (ABVD)
	- Etilista (RP=0,7; IC95% 0,2-2,4) - Tabagista (RP=0,6; IC95% 0,2-2,3) - Sono e repouso reparados (RP=0,7; IC95% 0,4-1,1)
Connolly, Garveya, McKee (2016)	- Faixa etária: 75-79 (OR=2,4; IC95% 1,4-4,2); ≥80 (OR=3,9; IC95% 2,1-7,3) - Massa corporal (OR=1,1; IC95% 1,0-1,1) - Tem doença crônica (OR=0,5; IC95% 0,3-0,7) - Problemas com dor (OR=2,0; IC95% 1,4-2,9) - +5 medicamentos (OR=1,6; IC95% 1,1-2,3) - Qualidade de vida (OR=1,0; IC95% 0,9-1,0) - Depressão (OR=1,0; IC95% 1,0-1,1) - Atividade Física (OR=0,6; IC95% 0,4-0,9)
Cruz et al. (2016)	- Faixa etária: 71-80 1,8% (RP=0,6; IC95% 0,1-2,9) - Feminino 1,4% (RP=0,3; IC95% 0,1-1,4) - Solteiro/Viúvo/Separado/Divorciado 3,0% (RP=0,6; IC95% 0,1-2,7) - Critérios da ABPE: C 1,7% (RP=0,5; IC95% 0,1-3,2); D ou E 3,6% (RP=1,1; IC95% 0,2-7,0) - Escolaridade: 1-4anos 2,2% (RP=1,2; IC95% 0,1-11,1); 5-7anos 2,2% (RP=1,2; IC95% 0,1-20,2); 8-10anos 4,8% (RP=2,7; IC95% 0,2-45,2); Mais de 11anos 4,8% (RP=2,7; IC95% 0,2-45,2)
Virtuoso et al. (2015)	- Idade (anos) (RP=1,0; IC95% 1,0-1,1) - Aposentado/pensionista (RP=1,5; IC95% 0,9-2,6) - Estado civil: Casado/vivendo com parceiro (RP=1,5; IC95% 0,8-3,1); Viúvo (RP 2,8; IC95% 1,4-5,8) - Hospitalizado (RP=1,2; IC95% 0,7-1,9) - Queda (RP=1,8; IC95% 1,2-2,6)

Autor (ano)	Resultado (ABVD)
	- Doenças: Hipertensão arterial (RP=1,2; IC95% 0,7-2,0); Acidente vascular encefálico (RP=1,3; IC95% 0,8-2,3); Problemas respiratórios (RP=1,3; IC95% 0,8-2,3); Dores na coluna (RP=1,3; IC95% 0,8-2,0); Osteoporose (RP=1,3; IC95% 0,9-2,1); Diabetes (RP=1,3; IC95% 0,8-2,0); Labirintite (RP=1,1; IC95% 0,7-1,6); - Uso de álcool (RP=0,4; IC95% 0,2-0,8) - Medicamentos: 1 a 2 medicamentos 12,4% (RP=1,2; IC95% 0,5-3,2); 3 a 4 medicamentos 21,9% (RP=1,9; IC95% 0,7-4,9); ≥5 medicamentos 29,2% (RP=2,0; IC95% 0,8-5,4). - Presença de déficit cognitivo (RP=1,1; IC95% 0,7-1,7) - Presença de sintomas depressivos (RP=1,6; IC95% 1,0-2,4) - Insuficientemente ativo (RP=1,2; IC95% 0,7-1,9) - Fragilidade: pré-frágil (RP=1,9; IC95% 1,0-3,8); frágil (RP=2,8; IC95% 1,2-6,3).
Brito et al. (2014)	- Feminino (OR=4,2; IC95% 1,1–16,3) - Sabe ler e escrever (OR=1,2; IC95% 0,3–4,5) - Sem união (OR=1,6; IC95% 0,4–5,8) - Não branco (OR=2,7; IC95% 0,5–13,4) - Renda per capita: 255,00-510,00 (OR=0,3; IC95% 0,0–2,2); ≤255,00 (OR=2,5; IC95% 0,2–24,4) - Peso insuficiente (OR=2,5; IC95% 0,6–10,3); Sobrepeso (OR=2,7; IC95% 0,2–35,8) - Insuficientemente ativo (OR=4,0; IC95% 0,9–16,9) - Número de doenças crônicas: uma (OR=1,0; IC95% 0,1–6,9); duas ou mais (OR=1,0; IC95% 0,2–5,9) - Uso de medicamentos (OR=2,2; IC95% 0,9–4,9) - Hospitalização (OR=1,8; IC95% 0,4–7,7) - Saúde autopercebida (OR=3,6; IC95% 0,8–15,9) - Saúde comparada: igual (OR=2,4; IC95% 0,4–13,4); pior (OR=3,6; IC95% 0,5–23,9) - Quedas (OR=2,0; IC95% 0,5–7,6)

Autor (ano)	Resultado (ABVD)
	- Sintomas depressivos (OR=5,0; IC95% 0,8–30,3)
Tomita e Burns (2013)	- Depressão (OR=1,0; IC95% 1,0-1,2)
Del Ducca, Silva, Hallal (2009)	- Mulher (RP=1,2; IC95% 0,9-1,6) - Faixa etária (anos completos): 65-69 (RP=1,2; IC95% 0,7-2,1); 70-74 (RP=2,1; IC95% 1,3-3,4); 75-79 (RP=1,8; IC95% 1,1-3,0); ≥80 (RP=3,5; IC95% 2,2-5,3) - Solteiro/separado/viúvo (RP=1,0; IC95% 0,7-1,4) - Escolaridade (anos de estudo): 5-8 (RP=1,0; IC95% 0,7-1,4); 9-11 (RP=0,6; IC95% 0,3-1,2); ≥12 (RP=0,8; IC95% 0,4-1,5). - Nível econômico: 2 (RP=1,2; IC95% 0,8-1,9); 3 (RP=1,5; IC95% 1,0-2,2); 4 (RP=0,9; IC95% 0,5-1,6); 5 (rico) (RP=1,4; IC95% 0,9-2,3).

Tabela 3 - Síntese dos resultados dos estudos revisados sobre fatores associados à dependência funcional (AIVD) em idosos.

Autor (ano)	Resultado (AIVD)
Farias-Antunez et al. (2018)	- Feminino (RP=1,1; IC95% 0,9-1,3) - Faixa etária: 70-79 (RP=1,6; IC95% 1,3-1,9); ≥80 anos (RP= 2,4; IC95% 1,9-2,9) - Estado civil: solteiro (RP=1,2; IC95% 0,8-1,8); viúvo (RP=1,6; IC95% 1,3-1,8) - Classe econômica: C (RP=1,0; IC95% 0,8-1,3); D/E (RP=1,1; IC95% 0,9-1,4) - Não trabalhavam (RP=1,4; IC95% 1,0-1,9) - Escolaridade (anos de estudo): 1-3 (RP=0,7; IC95% 0,6-0,8); 4-7 (RP=0,7; IC95% 0,6-0,9); 8-11 (RP=0,6; IC95% 0,5-0,8); ≥12 (RP=0,4; IC95% 0,3-0,6) - Consumo de álcool (autorreferido) nos últimos 30 dias: (RP=0,9; IC95% 0,7-1,2) - Ativo no lazer (RP=0,8; IC95% 0,6-1,1)

Autor (ano)	Resultado (AIVD)
	- Índice de massa corporal (IMC) - Baixo peso (RP=1,0; IC95% 0,6-1,6); Peso adequado (RP=1,1; IC95% 0,9-1,3) - Presença de morbidades autorrelatadas: 1 (RP=1,2; IC95% 0,7-1,9); 2 (RP=2,0 IC95% 1,3-3,2)
De Souza et al. (2018) ⁵²	- Qualidade de vida (WHOQOL-bref): Domínio Físico (OR=2,5; IC95% 1,0-6,2); Domínio Psicológico (OR=7,3; IC95% 2,3-23,5); Domínio Social (OR=2,2; IC95% 0,9-5,4)
Nunes et al. (2017)	- Faixa etária: 65-69 (RP=1,1; IC95% 0,8-1,4); 70-74 (RP=1,4; IC95% 1,1-1,8); ≥75 RP (IC95% 1,9-3,0) - Escolaridade (em anos completos): 1-7 (RP=1,4; IC95% 1,1-1,8); Nenhum (RP=1,7; IC95% 1,4-2,2) - Fuma (RP=1,1; IC95% 0,9-1,4) - Já fumou, mas parou (RP=1,2; IC95% 1,1-1,4) - Consumo de álcool (RP=1,3; IC95% 1,4-1,7) - Autoavaliação de saúde: Regular 42,5% (RP=1,5; IC95% 1,3-1,7); Ruim/péssima 51,3% (RP=1,4; IC95% 1,1-1,9) - Diabetes (RP=1,3; IC95% 1,1-1,6) - Acidente vascular encefálico (RP=1,4; IC95% 1,2-1,7) - Déficit cognitivo (RP=1,4; IC95% 1,2-1,7) - Hospitalização nos últimos 12 meses (RP=1,3; IC95% 1,1-1,5) - Atendimento domiciliar nos últimos 3 meses (RP=1,6; IC95% 1,3-1,9)
Pereira et al. (2017)	- Faixa etária (anos): 70-80 (RP=1,7; IC95% 1,3-2,2); ≥80 (RP=2,4; IC95% 1,8-3,1) - Escolaridade: (RP=0,7; IC95% 0,6-0,8) - Católico (RP=0,9; IC95% 0,7-1,1) - Ocupação (RP=0,7; IC95% 0,4-1,2) - Renda familiar >2 sm (RP=1,0; IC95% 0,8-1,2) - Renda do Idoso >1 sm (RP=0,8; IC95% 0,6-1,0) - Etilista (RP=0,6; IC95% 0,1-1,1) - Sono e repouso reparador (RP=0,9; IC95% 0,7-1,1) - Autoavaliação do estado de saúde: nem ruim nem boa (RP=0,9; IC95% 0,7-1,2); boa muita/boa (RP=0,7; IC95% 0,6-0,9)

Autor (ano)	Resultado (AIVD)
	- Comorbidades (RP=1,1; IC95% 0,9-1,4)
Connolly, Garveya, McKee (2016)	- Faixa etária: 75-79 (OR=3,9; IC95% 1,8-8,2); ≥80 (OR=6,6; IC95% 3,0-14,5) - Separado/Divorciado (OR=5,1; IC95% 1,2-20,8) - Vivendo com parceiro (OR=2,4; IC95% 1,1-5,1) - Tem doença crônica (OR=0,3; IC95% 0,2-0,5) - +5 medicamentos (OR=1,7; IC95% 1,0-2,7) - Qualidade de vida (OR=1,0; IC95% 0,9-1,0) - Memória autorrelatada (OR=2,0; IC95% 1,2-3,8) - Função cognitiva (OR=0,8; IC95% 0,8-0,9) - Atividade Física (OR=0,4; IC95% 0,2-0,7)
Cruz et al.(2016)	- Feminino (RP=0,5; IC95% 0,2-1,4) - 71-80 (RP=2,0; IC95% 0,8-5,5) - Solteiro/Miúdo/Separado/Divorciado (RP=2,2; IC95% 0,9-5,2) - Critérios da ABPE: C (RP=0,6; IC95% 0,1-2,6); D ou E (RP=1,4; IC95% 0,4-4,9) - Escolaridade (anos de estudo): 1-4 (RP=0,5; IC95% 0,2-1,4); 5-7 (RP=1,2; IC95% 0,1-1,6); >11anos (RP=0,3; IC95% 0,1-2,2)
Virtuoso Júnior et al. (2016)	- Feminino (RP=0,9; IC95% 0,7-1,1) - ≥80 (RP=1,9; IC95% 1,5-2,3) - Vivendo sem parceiro (RP=1,4; IC95% 1,2-1,7) - Com cônjuge RP=1,2; IC95% 0,8-1,8) - Com filho(s) (RP=1,9; IC95% 1,3-2,7) - Com neto(s) (RP=1,7; IC95% 1,1-2,6) - Outros (RP=1,8; IC95% 1,1-3,1) - Escolaridade: Analfabeto (RP=1,7; IC95% 1,3-2,2); - 1-5 anos (RP=1,0; IC95% 0,8-1,3) - Condição econômica: classe A/B (RP=0,8; IC95% 0,60-1,1); classe (RP=0,8; IC95% 0,6-0,9) - Desnutrido (RP=2,1; IC95% 1,3-3,2)

Autor (ano)	Resultado (AIVD)
	- Risco de desnutrição (RP=1,5; IC95% 1,2-1,8) - Uso de medicamentos: 1-2 (RP=1,2; IC95% 0,8-1,7); >2 (RP=1,7; IC95% 1,2-2,4) - Percepção de saúde: boa (RP=1,3; IC95% 0,7, 2,5); regular (RP=2,0; IC95% 1,0-3,9); ruim (RP=2,6; IC95% 1,3-2,6) - Presença de alterações cognitivas (RP=1,9; IC95% 1,5-2,3) - Presença de sintomas depressivos (RP=1,4; IC95% 1,1-1,7) - Consumo atual de álcool (RP=0,8; IC95% 0,6-1,1) - Fumo atual (RP=1,1; IC95% 0,8-1,4) - Nível de atividade física (min/sem): quartil 1 ($\leq 60,00$ min/sem) (RP=3,2; IC95% 2,3-4,3); quartil 2 (60,01-210,00 min/sem) (RP=2,3; IC95% 1,7-3,1); quartil 3 (210,01-460,00 min/sem) (RP=1,9; IC95% 1,3-2,6)
Virtuoso et al. (2015)	- Idade (anos): (RP=1,0; IC95% 1,0-1,0) - Analfabeto (RP=1,4; IC95% 1,0-1,8) - Cônjuge ou outro (RP=2,0; IC95% 1,2-3,3) - + filhos (RP=2,2; IC95% 1,3-3,5) - + netos (RP=2,0; IC95% 1,2-3,4) - Estado civil: casado/vivendo com parceiro (RP=1,6; IC95% 1,0-2,6); viúvo (RP=1,6; IC95% 1,0-2,6) - Hospitalização (RP=1,4; IC95% 1,0-1,9) - Uso de bebidas alcoólicas (RP=0,8; IC95% 0,6-1,1) - Quantidade consumida de medicamentos (RP=1,1; IC95% 1,0-1,1) - Presença de sintomas depressivos (RP=1,1; IC95% 0,9-1,5) - Presença de déficit cognitivo (RP=1,1; IC95% 0,8-1,4) - Fragilidade: frágil (RP=1,6; IC95% 1,2-2,1)

Autor (ano)	Resultado (ABVD)
Barbosa et al. (2014)	- Feminino (OR=3,6; IC95% 1,8-7,9) - ≥ 75 (OR=8,4; IC95% 4,2-16,7) - Sem companheiro (OR=1,1; IC95% 0,6-2,2) - AVE (OR=9,6; IC95% 0,9-9,8) - Doença cardíaca (OR=3,2; IC95% 1,1-9,8) - Diabetes mellitus (OR=2,3; IC95% 0,9-5,8)
Brito et al. (2014)	- Feminino (OR=4,6; IC95% 1,4–15,4) - Sabe ler e escrever (OR=3,3; IC95% 0,9–12,0) - Sem união (OR=1,3; IC95% 0,4–3,9) - Não branco (OR=4,7; IC95% 1,2–18,2) - Renda per capita: 255,00-510,00 (OR=0,6; IC95% 0,1–4,0); $\leq 255,00$ (OR=4,9; IC95% 0,6–44,3)) - Peso insuficiente (OR=2,0; IC95% 0,6–7,2); Sobrepeso (OR=6,4; IC95% 0,7–56,2) - Insuficientemente ativo (OR=2,7; IC95% 0,9–8,7) - Número de doenças crônicas: uma (OR=1,4; IC95% 0,2–7,4); duas ou mais (OR=1,4; IC95% 0,3–6,9) - Uso de medicamentos (OR=2,7; IC95% 1,3–5,7) - Hospitalização (OR=1,4; IC95% 0,4–5,0) - Saúde autopercebida (OR=1,9; IC95% 0,6–5,9) - Saúde comparada: igual (OR=0,7; IC95% 0,2–3,5); pior (OR=1,4; IC95% 0,3–7,9) - Quedas (OR=0,6; IC95% 0,2–2,1) - Sintomas depressivos (OR=3,1; IC95% 0,6–15,7)
Santos, Franco e Reis (2014)	- Idade (OR=1,1; IC95% 1,1-1,2) - Analfabeto (OR=1,5; IC95% 1,1-2,1) - Incontinência urinária (OR=2,1; IC95% 1,3-3,5); Incontinência fecal (OR=2,8; IC95% 1,2-6,9) - Quedas (OR=1,8; IC95% 1,3-2,6)

Autor (ano)	Resultado (ABVD)
Tomita e Burns (2013)	- Depressão (OR=1,1; IC95% 1,1-1,2)
Virtuoso Junior e Guerra (2011)	- Faixa etária: 70-79 (OR=1,5; IC95% 0,9-2,7); ≥80 (OR=3,2; IC95% 1,2-8,4) - Estado civil: casada ou vivendo com parceiro (OR=1,6; IC95% 0,7-3,5); viúva (OR=2,5; IC95% 2,0-5,3) - Tempo de escolarização (anos) (OR=0,9; IC95% 0,8-0,9) - Nível socioeconômico (classes econômicas): D (OR=1,1; IC95% 0,6-2,1); E (OR=3,4; IC95% 1,2-9,3) - Atividade física (passada): não (OR=1,8; IC95% 1,0-8,7) - Atividade física (presente): não (OR=1,8; IC95% 1,0-3,0) - Função cognitiva com alteração (OR=4,4; IC95% 2,2-8,9) - Quantidade de medicamentos: 2 (OR=1,5; IC95% 0,8-2,8); >2 (OR=2,3; IC95% 1,2-4,5) - Hipertensão (autorreferida): (OR=2,1; IC95% 1,2-3,7) - Hospitalização nos últimos 6 meses: (OR=2,5; IC95% 1,2-5,3)
Hairi et al. (2010)	- Mulher (RP=1,8; IC95% 1,1-3,0) - Faixa etária (anos completos): 65-69 (RP=3,3; IC95% 2,7-4,0); 70-74 (RP=5,9; IC95% 4,4-8,1); ≥75 (RP=10,8; IC95% 7,1-16,3) - Educação primária (RP=2,0; IC95% 1,3-2,2); Nenhuma formação (RP=2,8; IC95% 1,4-5,7) - Estado civil: viúvo (RP=1,2; IC95% 0,7-1,9); outros (solteiro e divorciado) (RP=1,3; IC95% 0,6-2,6), vivendo sozinho (RP=1,2; IC95% 0,8-1,7) - Uma doença crônica (RP=4,1; IC95% 2,9-6,0) - Mais de uma doença crônica (RP=8,4; IC95% 4,8-14,5) - Diabetes (RP=2,4; IC95% 1,9-3,0) - Artrite (RP=1,9; IC95% 1,5-2,4) - Fumo (RP=2,1; IC95% 1,4-3,0) - Sintomas depressivos (RP=1,8; IC95% 1,4-2,3%) - Presença de acuidade visual: suave para moderado prejuízo visual (RP=1,7; IC95% 1,1-2,5); cego (RP=2,1; IC95% 1,2-3,8) - IMC: abaixo do peso (RP=1,0; IC95% 0,7-1,4); acima do peso (RP=1,0; IC95% 0,6-1,6)

Autor (ano)	Resultado (ABVD)
Del Ducca, Silva,	- Mulher (RP=1,2; IC95% 0,9-1,5)
Hallal (2009)	- Faixa etária: 65-69 (RP=1,1; IC95% 0,6-2,1); 70-74 (RP=1,8; IC95% 1,1-3,0) 75-79 (RP=2,8; IC95% 1,9-4,3); ≥80 (RP=5,2; IC95% 3,4-7,9) - Misturado/Preto/Outros (RP=1,2; IC95% 0,9-1,7) - Solteiro/separado/viúvo (RP=1,1; IC95% 0,8-1,4) - Escolaridade (anos de estudo): 5-8 (RP=0,8; IC95% 0,6-1,1); 9-11 (RP=0,9; IC95% 0,4-1,9) ≥12 (RP=0,9; IC95% 0,6-1,5) - Nível econômico: 2 (RP=0,9; IC95% 0,7-1,4); 3 (RP=1,0; IC95% 0,7-1,4); 4 (RP=0,6; IC95% 0,4-0,9); 5 (RP=0,9; IC95% 0,6-1,3)

Tabela 4 - Síntese dos resultados dos estudos revisados sobre fatores associados à dependência funcional (ABVD e AIVD) em idosos.

Autor (ano)	Resultados (ABVD e AIVD)
Connolly, Garveya, McKee (2016)	- Faixa etária: 75-79 (OR=2,7; IC95% 1,6-4,5); ≥80 (OR=4,0; IC95% 2,3-7,2) - Tem doença crônica (OR=0,4; IC95% 0,3-0,6) - Problemas com dor (OR=2,1; IC95% 1,5-2,9) - +5 medicamentos (OR=1,5; IC95% 1,1-2,1) - Qualidade de vida (OR=1,0; IC95% 0,9-1,0) - Depressão (OR=1,0; IC95% 1,0-1,1) - Função cognitiva (OR=0,9; IC95% 0,8-1,0) - Atividade física (OR=0,6; IC95% 0,4-0,8)

Autor (ano)	Resultados (ABVD e AIVD)
Pinto Júnior et al. (2016)	- Feminino (RP=1,6; IC95% 1,2-2,2) - Faixa etária: >80 anos (RP=2,1; IC95% 1,6-2,7) - Hospitalização (RP=1,6; IC95% 1,2-2,2) - Episódios de queda (RP=1,4; IC95% 1,0-1,9) - Hipertensão (RP=1,2; IC95% 0,9-1,6); Doença de coluna (RP=1,3; IC95% 1,0-1,7); Artrite/Reumatismo (RP=1,2; IC95% 0,9-1,6); Diabetes (RP=1,2; IC95% 0,8-1,6); Doença do coração (RP=1,5; IC95% 1,1-2,0); Depressão (RP=1,9; IC95% 1,3-2,8)
Hosseinpoor et al. (2015)	- Mulheres (RP=1,5; IC95% 1,4-1,6) - Faixa etária: 60-69 (RP=1,4; IC95% 1,3-1,5); 70-79 (RP=1,9; IC95% 1,7-2,0); ≥80 (RP=2,3; IC95% 2,2-2,5) - Estado civil: Solteiro (RP=1,0; IC95% 0,9-1,2); Divorciado/separado/ viúvo (RP=1,1; IC95% 1,0-1,2) - Menos que escola primaria (RP=1,6; IC95% 1,4-1,8) - Escola primária/secundária completos (RP=1,3; IC95% 1,1-1,4) - Status econômico: baixo quintil (RP=1,4; IC95% 1,3-1,6); segundo quintil (RP=1,3; IC95% 1,1-1,4); médio quintil (RP=1,3; IC95% 1,2-1,5); quarto quintil (RP=1,2; IC95% 1,0-1,3) - Área rural (RP=1,0; IC95% 1,0-1,1)
Barbosa et al. (2014)	- Feminino (OR=0,8; IC95% 0,3-2,0) - ≥75 (OR=8,4; IC95% 2,6-15,6) - Sem companheiro (OR=3,7; IC95% 1,2-2,5) - AVE (OR=51,8 IC95% 5,3-502,4) - Doença cardíaca (OR=4,1; IC95% 1,1-14,9) - Diabetes mellitus (OR=3,3; IC95% 1,0-10,8)

Autor (ano)	Resultados (ABVD e AIVD)
Nunes et al. (2009)	- Feminino (OR=2,5; IC95% 1,4-4,2) - >70 (OR=2,8; IC95% 1,7-4,6) - Viuvez (OR=1,9; IC95% 1,2-3,1) - Analfabeto (OR=2,8; IC95% 1,7-4,8) - Mora só (OR=0,3; IC95% 0,1-0,9) - Renda per capita <250,00 (OR=2,7; IC95% 1,3-5,5) - Não trabalha (OR=3,8; IC95% 1,7-9,0) - Quedas (nos últimos 3 meses) (OR=3,3; IC95% 1,9-6,0) - Uso de medicamentos (OR=2,2; IC95% 1,3-3,8) - Hipertensão arterial (OR=2,4; IC95% 1,4-4,2) - Doenças cardiovasculares (OR=2,6; IC95% 1,6-4,3) - Sequela de AVC (OR=10,3; IC95% 4,8-22,5) - Percepção de saúde (autorreferida) - ruim ou péssima (OR=10,8; IC95% 6,0-22,1) - Saúde comparada pior (OR=5,5; IC95% 3,3-8,9) - Visão ruim ou não enxerga (OR=2,9; IC95% 1,5-5,6) - Sedentarismo (OR=19,5; IC95% 6,6-57,7)

APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS



ESTUDO DE INTERVENÇÃO

REALIZAÇÃO



PROJETO EUGERRON

Data da

Olá! Meu nome é Eu sou membro da equipe do Projeto Eugeron, que é uma pesquisa sobre a saúde dos idosos do Recife. Posso lhe explicar o como o(a) Sr.(a) pode colaborar conosco?
[Caso o(a) idoso(a) se interesse, explicar as linhas gerais do projeto e como se dará a sua avaliação. O(a) idoso(a) aceitando ou não participar, deve-se agradecer. Se o(a) idoso(a) marcar a entrevista para outro dia, deve-se anotar no diário de campo dia e hora da entrevista agendada]. Caso aceite, deve ser apresentado/lido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE e solicitada a assinatura. Mencione que o questionário não possui respostas certas ou erradas. As informações dadas pelo(a) Sr.(a) não serão divulgadas. Neste momento deve ser lido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE - e ser solicitada a assinatura.

entrevista: ____/____/ 2018 (registrar data do dia) Unidade de Saúde da Família: _____

Turno da aplicação: ⁰[0] Manhã ¹[1] Tarde

I - CADASTRO

Nome: _____

Data de nascimento: ____/____/____

Sexo: [0] Masculino [1] Feminino

Qual o grau de escolaridade do(a) Sr.(a)?

⁰[0] Analfabeto / Até 3ª série fundamental (Analfabeto/Primário incompleto)

¹[1] Até 4ª série fundamental (Primário completo/Ginasial incompleto)

²[2] Fundamental completo (Ginasial completo/Colegial incompleto)

³[3] Médio completo (Colegial completo/ Superior incompleto)

⁴[4] Superior completo

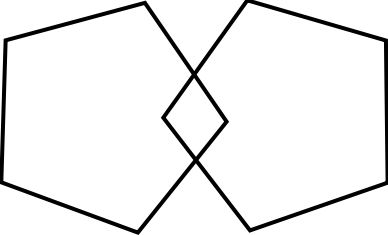
II-FUNÇÃO COGNITIVA

É bastante comum as pessoas terem dificuldades de memória com o avançar da idade. Deste modo, gostaria de lhe fazer algumas perguntas sobre este assunto. Algumas perguntas talvez não sejam apropriadas para o(a) Sr.(a), outras bastante inadequadas, no entanto, eu gostaria que o(a) Sr.(a) levasse em conta que tenho que fazer as mesmas perguntas para todos os entrevistados.

ATENÇÃO: ENTREVISTADOR(A) - Marque um **X** na coluna **ACERTO** para cada resposta correta. Na coluna **PONTOS** escreva o somatório de X em cada teste. Some os pontos em todos os testes para obter o **SCORE TOTAL**.

ORIENTAÇÃO TEMPORAL	Acerto	Pontos
Em que ano nós estamos?		
Em que mês nós estamos?		
Em que data do mês nós estamos?		
Em que dia da semana nós estamos?		
Aproximadamente, que horas são? (Aceitar erro de até ± 1 hora) ATENÇÃO: Não permitir que o(a) entrevistado(a) olhe no relógio. Então, ter atenção na hora de iniciar a aplicação do questionário, colocando o(a) entrevistado(a) sentado de costas ao relógio de parede de sua casa e se ele(a) tiver com relógio de pulso pedir educadamente para retirar.		
ORIENTAÇÃO ESPACIAL	Acerto	Pontos
Em que estado nós estamos?		
Em que cidade nós estamos?		

Em que tipo de lugar nós estamos?			
Em que andar nós estamos?			
MEMÓRIA IMEDIATA		Acerto	Pontos
- Diga ao entrevistado(a): "Preste atenção às palavras que vou dizer (<i>leia-as pausadamente</i>): CANECA – TIJOLO – TAPETE . Repita todas elas".			
(ATENÇÃO: Caso ele(a) não acerte as três, fale novamente as três palavras e peça para repetir, mas sem contar pontos desta vez. Encerre o teste dizendo que você vai pedir que as repita mais à frente)			
ATENÇÃO: Antes de prosseguir pergunte - O(a) Sr.(a) sabe fazer conta "de cabeça"? Se SIM, aplique a questão A. Se NÃO, aplique a questão B.			
ATENÇÃO E CÁLCULO		Acerto	Pontos
A) Aplique a sequência de subtrações abaixo. Marque um X para cada acerto. Leia cada subtração como descrita e caso a resposta seja incorreta, aguarde um breve momento em silêncio. Se houver correção espontânea, considere como acerto e vá em frente. Se não houver correção espontânea, cite a resposta correta e leia a subtração seguinte. Continue até completar as cinco subtrações.	Quanto é 100 menos 7? (R: 93)		
	Quanto é 93 menos 7? (R: 86)		
	Quanto é 86 menos 7? (R: 79)		
	Quanto é 79 menos 7? (R: 72)		
	Quanto é 72 menos 7? (R: 65)		
B) Diga ao(a) entrevistado(a): "Gostaria que dissesse a palavra MUNDO , letra por letra, mas, de trás para frente". (<i>Considere acerto cada letra na posição correta</i>).	O		
	D		
	N		
	U		
	M		
MEMÓRIA DE EVOCÇÃO		Acerto	Pontos
Diga: "Lembra-se daquelas palavras que foram repetidas lá trás? Gostaria que fossem repetidas novamente". <i>Considere acerto cada palavra repetida corretamente. Não precisa ser na mesma ordem.</i> (CANECA – TIJOLO – TAPETE)			
LINGUAGEM		Acerto	Pontos
Mostre um RELÓGIO e uma CANETA e pergunte ao(a) entrevistado(a) os nomes desses objetos. (<i>Considere acerto cada nome corretamente dito</i>).			
Diga: "Escute e depois repita: "NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ" . (<i>Considere acerto se a frase for toda corretamente repetida</i>).			
Coloque uma folha de papel sobre a mesa em frente ao(a) entrevistado(a) e diga pausadamente: "PEGUE ESTE PAPEL COM A MÃO DIREITA, DOBRE AO MEIO E COLOQUE-O NO CHÃO". (<i>Considere acerto cada ação corretamente executada</i>).			
Peça ao(a) entrevistado(a) que leia a frase abaixo e faça o que ela sugere. FECHE OS OLHOS			
Peça ao(a) entrevistado(a) para escrever uma frase no espaço abaixo. (<i>Considere acerto se ela fizer sentido. Erros de ortografia e concordância são desprezados</i>).			

CAPACIDADE CONSTRUTIVA VISUAL		Acerto	Ponto
Peça ao(a) entrevistado(a) para copiar este desenho na área livre abaixo. (Considere acerto se houver duas figuras com cinco ângulos e um deles sobreposto a outro. Diferenças estéticas são desprezadas). 			
NOTAS DE CORTE: Analfabetos = 19 pontos De 1 a 3 anos de escolaridade = 23 pontos De 4 a 7 anos de escolaridade = 24 pontos > 7 anos de escolaridade = 28 pontos		ESCORE TOTAL (somatório dos pontos)	

Fonte: BRASIL, 2006

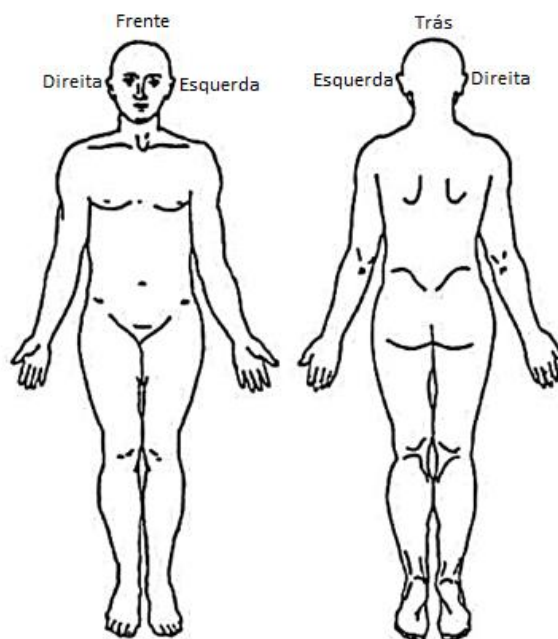
ATENÇÃO: se o(a) idoso(a) obtiver o escore total abaixo da nota de corte para a sua escolaridade, o(a) entrevistador(a) deverá perguntar se tem algum familiar ou cuidador em casa que possa ajudá-lo a responder as demais questões da entrevista. Caso contrário, realize apenas as seções VIII, IX e X.

III – DEPRESSÃO	
01. O(a) Sr.(a) está satisfeito com a vida? ⁰[0] Não ¹[1] Sim 02. O(a) Sr.(a) se aborrece facilmente? ⁰[0] Não ¹[1] Sim 03. O(a) Sr.(a) se sente desamparado(a)? ⁰[0] Não ¹[1] Sim	04. O(a) Sr.(a) prefere ficar em casa a sair e fazer coisas diferentes? ⁰[0] Sim ¹[1] Não 05. Atualmente, o(a) Sr.(a) se sente inútil? ⁰[0] Não ¹[1] Sim

Fonte: ALMDEIDA, 2010.

IV – INVENTÁRIO DE DOR CRÔNICA
Agora vou fazer perguntas sobre dores que o(a) Sr.(a) possa ter sentido na ÚLTIMA SEMANA. 21. Ao longo da vida, a maior parte de nós teve dor de vez em quando (como dores de cabeça de pequena importância, entorses e dor de dente). Durante a última semana teve alguma dor diferente dessas dores comuns? ⁰[0] Não ¹[1] Sim ATENÇÃO: Se não tiver tido dor crônica na última semana, deixar em branco todas as questões posteriores, e continuar a entrevista na questão 30.

22. Nas Figuras abaixo, marque as áreas onde sente dor. Coloque um X na zona que lhe dói mais.



23. Por favor, classifique a sua dor assinalando com um círculo o número que melhor descreve a sua dor no seu máximo durante a última semana. **ATENÇÃO:** mostrar ao(a) entrevistado(a) a escala de dor em separado de tamanho maior.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Sem dor A pior dor que se pode imaginar

24. Por favor, classifique a sua dor assinalando com um círculo o número que melhor descreve a sua dor no seu mínimo durante a última semana. **ATENÇÃO:** mostrar ao(a) entrevistado(a) a escala de dor em separado de tamanho maior.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Sem dor A pior dor que se pode imaginar

25. Por favor, classifique a sua dor assinalando com um círculo o número que melhor descreve a sua dor em média.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Sem dor A pior dor que se pode imaginar

26. Por favor, classifique a sua dor assinalando com um círculo o número que indica a intensidade da sua dor neste momento.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Sem dor A pior dor que se pode imaginar

27. Que tratamentos ou medicamentos, o(a) Sr.(a) está fazendo para reduzir a sua dor?

28. Na última semana, até que ponto o(s) tratamento(s) e o(s) medicamento(s) aliviaram a sua dor? Por favor, assinale com um círculo a percentagem que melhor demonstra o alívio que sentiu.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
Nenhum alívio Alívio completo

29. Assinale com um círculo o número que descreve em que medida, durante a última semana, a sua dor interferiu na(n) sua/seu:

29.1 – Atividade geral

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Não interferiu

Interferiu completamente

29.2 – Disposição

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Não interferiu

Interferiu completamente

29.3 – Capacidade de andar a pé

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Não interferiu

Interferiu completamente

29.4 – Trabalho normal (inclui tanto o trabalho doméstico como o trabalho fora de casa)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Não interferiu

Interferiu completamente

29.5 – Relações com outras pessoas

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Não interferiu

Interferiu completamente

29.6 – Sono

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Não interferiu

Interferiu completamente

29.7 – Prazer de viver

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Não interferiu

Interferiu completamente

*Fonte: FERREIRA et al., 2011.***IV – QUEDAS**

Agora vou fazer perguntas referente a alguma queda que o(a) Sr.(a) possa ter sofrido.

06. No último ano (12 meses), o(a) Sr.(a) sofreu alguma queda (tombo)?⁰[0] Não ¹[1] Sim**ATENÇÃO:** Se não tiver sofrido queda, marcar “Não se aplica (NA)” em todas as questões posteriores, e continuar a entrevista na questão 13.**07. Caso responda “Sim”, quantas quedas o(a) Sr.(a) teve no último ano (12 meses)?**

Quantidade _____ [Entrevistador: se o idoso não sofreu queda, insira 0 na quantidade]

08. Qual o motivo da queda?⁰[0] Não sofreu queda ¹[1] Escorregou ²[2] Tropeçou/topou ³[3] Faltou forças nas pernas ⁴[4] Outro ⁹[9] NA

25.1 Qual outro motivo: _____

09. Devido à(s) queda(s), o(a) Sr.(a) teve que procurar o serviço de saúde ou algum médico?⁰[0] Não ¹[1] Sim ⁹[9] NA**10. O(a) Sr.(a) sofreu alguma fratura, devido à queda?**⁰[0] Não ¹[1] Sim ⁹[9] NA

11. Se sim, onde?

⁰[0] punho ¹[1] quadril ²[2] vértebras ³[3] combinações ⁴[4] Outro ⁹[9] NA 35.1 Qual o outro local: _____

12.O(a) Sr.(a) teve que ser hospitalizado(a) por conta dessa fratura?

⁰[0] Não ¹[1] Sim ⁹[9] NA

Fonte: NERI et al., 2013.

V- ASPECTOS DE SAÚDE

13. Em geral, o(a) Sr.(a) diria que sua saúde está?

⁰[0] Excelente/Muito boa ¹[1] Boa ²[2] Regular ³[3] Ruim ⁴[4] Muito ruim ⁵[5] Não sabe informar

14. Atualmente, ao comparar sua saúde com a de outras pessoas de sua idade, como o(a) Sr.(a) avalia a sua saúde?

⁰[0] Melhor ¹[1] Igual ²[2] Pior ³[3] Não sabe informar

15. Em relação ao cuidado que o (a) Sr.(a) tem com a sua saúde, de forma geral, o(a) Sr.(a) diria que é?

⁰[0] Muito bom ¹[1] Bom ²[2] Regular ³[3] Ruim ⁴[4] Muito ruim ⁵[5] Não sabe informar

16. Nas duas últimas semanas, o(a) Sr.(a) deixou de realizar quaisquer de suas atividades habituais (trabalhar, atividades domésticas, de lazer, etc) por motivo de saúde?

⁰[0] Não ¹[1] Sim

17. O(a) Sr.(a) se sente sozinho(a)?

⁰[0] Não ¹[1] Às vezes ²[2] Sim

18. Algum médico já lhe deu o diagnóstico de algumas das doenças crônicas listadas abaixo:

18.1 Hipertensão arterial ⁰[0] Não ¹[1] Sim
 18.2 Doença do coração ⁰[0] Não ¹[1] Sim
 18.3 Diabetes Mellitus ⁰[0] Não ¹[1] Sim
 18.4 Tumor maligno/câncer ⁰[0] Não ¹[1] Sim
 18.5 Artrite, artrose ou reumatismo ⁰[0] Não ¹[1] Sim
 18.6 Osteoporose ⁰[0] Não ¹[1] Sim
 18.7 Doença crônica do pulmão ⁰[0] Não ¹[1] Sim
 18.8 Depressão ⁰[0] Não ¹[1] Sim

18.9 Outra(s) doença(s). Qual(is)? _____

19. Nos últimos 3 meses, o(a) Sr.(a) tem usado medicamentos (remédios) de forma regular, receitados pelo médico para controlar a(s) doença(s) crônica(s) que referiu na questão acima?

⁰[0] Não ¹[1] Sim ⁹[9] NA 19.1. Quantos medicamentos (remédios): _____

20. O(a) Sr.(a) vai ao médico/serviço de saúde regularmente (pelo menos 1 vez ao ano) por causa da sua doença crônica?

⁰[0] Sim ¹[1] Não, somente quando tenho algum problema de saúde ²[2] Não ⁹[9] NA

21. Quando foi a última vez que o(a) Sr.(a) recebeu assistência de saúde por conta de sua doença crônica?

⁰[0] <6 meses ¹[1] 6 a <12 meses ²[2] 12 a <24 meses ³[3] 24 a <36 meses
⁴[4] 36 meses ou mais meses ⁵[5] Nunca recebeu ⁹[9] NA

22. A última vez que recebeu assistência médica para sua doença, onde o(a) Sr.(a) foi atendido(a)?

⁰[0] Instituição Pública – Unidade de Saúde da Família (USF/UBS) ⁴[4] Outra
¹[1] Instituição Pública – Unidade de Pronto Atendimento/Ambulatório ⁹[9] NA
²[2] Instituição Privada – Plano de Saúde Suplementar 22.1. Outra Instituição _____

³[3] Instituição Privada - Consultório particular

23. A última vez que a sua doença crônica foi avaliada por um profissional de saúde, estava controlada?

⁰[0] Sim ¹[1] Não ⁹[9] NA

24. Atualmente, em que medida, o(a) Sr.(a) considera que a sua doença crônica está controlada?

⁰[0] Muito ¹[1] Mais ou menos ²[2] Pouco ⁹[9] NA

25. Em algum dos atendimentos para sua doença crônica, o(a) profissional de saúde lhe deu alguma dessas recomendações?

25.1 Manter uma alimentação saudável

⁰[0] Sim ¹[1] Não ⁹[9] NA

25.3 Praticar regularmente atividade física

⁰[0] Sim ¹[1] Não ⁹[9] NA

25.2 Melhorar o peso corporal

⁰[0] Sim ¹[1] Não ⁹[9] NA

25.4 Outra: _____

26. Alguma vez o(a) Sr.(a) ficou internado(a) por causa da sua doença crônica ou de alguma complicação resultante da mesma?

⁰[0] Não ¹[1] Sim ⁹[9] NA

26.1 Caso responda “Sim”, especifique a complicação: _____

27. Caso responda “Sim”, quantos dias o(a) Sr.(a) ficou internado(a)? _____ dias

28. Em geral, com que frequência a sua doença crônica ou alguma complicação desta, limita as suas atividades habituais (como trabalhar, realizar atividades domésticas, de lazer, etc)?

⁰[0] Não limita ¹[1] Raramente ²[2] Às vezes ³[3] Frequentemente ⁴[4] Muito frequentemente ⁹[9] NA

Fonte: IBGE, 2014. NERI et al., 2013.

PACIC - Avaliação do Cuidado de Pacientes com Doença Crônica

Manter-se saudável pode ser difícil quando você tem uma doença crônica. Nós gostaríamos de saber sobre a ajuda que o(a) Sr.(a) recebe da equipe de saúde com relação à sua condição. Esta ajuda pode incluir o seu médico, seu enfermeiro ou outros profissionais de saúde que tratam da sua doença. Suas respostas serão mantidas em sigilo e não serão reveladas a ninguém.

Para responder a todas as questões deste questionário, o(a) Sr.(a) deverá pensar na ajuda do cuidado recebido para a sua doença crônica nos últimos 6 meses e assinalar uma resposta para cada questão:

	Nunca	Quase nunca	Às vezes	Quase sempre	Sempre
29. Perguntaram a minha opinião, quando foi feita a proposta de tratamento.	¹ []	² []	³ []	⁴ []	⁵ []
30. Deram opções de tratamento, para que eu pensasse a respeito.	¹ []	² []	³ []	⁴ []	⁵ []
31. Perguntaram se tenho algum problema com os medicamentos que tomo ou com os seus efeitos.	¹ []	² []	³ []	⁴ []	⁵ []
32. Deram uma lista por escrito de coisas que eu deveria fazer para melhorar a minha saúde.	¹ []	² []	³ []	⁴ []	⁵ []
33. Fiquei satisfeito com a organização dos cuidados prestados.	¹ []	² []	³ []	⁴ []	⁵ []

34. Mostraram que a maneira como eu me cuidava poderia melhorar ou piorar a minha doença.	1[]	2[]	3[]	4[]	5[]
35. Perguntaram quais os meus objetivos no tratamento da doença.	1[]	2[]	3[]	4[]	5[]
36. Ajudaram a estabelecer objetivos específicos, para melhorar meus hábitos alimentares ou atividade física.	1[]	2[]	3[]	4[]	5[]
37. Deram uma cópia da minha proposta de tratamento.	1[]	2[]	3[]	4[]	5[]
38. Estimularam a participar de grupos ou aulas específicas para aprender a conviver com a minha doença crônica.	1[]	2[]	3[]	4[]	5[]
39. Perguntaram, diretamente ou por meio de questionário, sobre meus hábitos de saúde.	1[]	2[]	3[]	4[]	5[]
40. Tive certeza de que o meu médico ou enfermeiro respeitava meus valores e costumes, quando eles recomendavam tratamentos para mim.	1[]	2[]	3[]	4[]	5[]
41. Ajudaram a fazer uma proposta de tratamento que eu pudesse pôr em prática no meu dia a dia.	1[]	2[]	3[]	4[]	5[]
42. Ajudaram a planejar com antecedência o cuidado da minha doença, mesmo nos momentos difíceis.	1[]	2[]	3[]	4[]	5[]
43. Perguntaram como minha doença crônica afeta minha vida.	1[]	2[]	3[]	4[]	5[]
44. Entraram em contato comigo, depois de uma consulta, para verificar como estava o controle da minha doença.	1[]	2[]	3[]	4[]	5[]
45. Estimularam a participar de programas na comunidade que poderiam me ajudar.	1[]	2[]	3[]	4[]	5[]
46. Fui encaminhado para um nutricionista e/ou outro profissional de saúde.	1[]	2[]	3[]	4[]	5[]
47. Falaram como as consultas com outros especialistas, como, por exemplo, oftalmologista ou cirurgião ajudavam no meu tratamento.	1[]	2[]	3[]	4[]	5[]
48. Perguntaram como as minhas consultas com outros médicos estavam indo.	1[]	2[]	3[]	4[]	5[]

VI - CONDUTAS DE SAÚDE

Tabagismo e Consumo de Bebidas Alcoólicas

49. Com relação ao fumo, qual a sua situação?

⁰[0] Nunca fumei ¹[1] Parei de fumar há mais de 2 anos ²[2] Parei de fumar há menos de 2 anos
³[3] Fumo até 10 cigarros/dia ⁴[4] Fumo de 11 a 20 cigarros/dia ⁵[5] Fumo mais de 20 cigarros/dia

50. Quantas doses de bebidas alcóolicas o(a) Sr.(a) toma em uma semana normal? (1 dose = ½ garrafa de cerveja, 1 copo de vinho ou dose de Uísque/conhaque/cachaça/vodka)

⁰[0] Nenhuma ¹[1] 1 a 7 doses ²[2] 8 a 14 doses ³[3] 15 doses ou mais

51. Nos últimos trinta dias, o(a) Sr.(a) tomou 5 doses de bebida alcóolica numa mesma ocasião? (1 dose = ½ garrafa de cerveja, 1 copo de vinho ou dose de Uísque/conhaque/cachaça/vodka)

⁰[0] Não ¹[1] Sim

Fonte: NAHAS, et al, 2009.

Consumo Alimentar

52. Quantas refeições o(a) Sr.(a) faz por dia? Considerar que refeição é qualquer alimento consumido em horários que caracterizam um hábito para o entrevistado, devendo, portanto, considerar os lanches consumidos entre refeições principais.

_____ refeições ⁹[9] NA ⁹⁹[99] NSI

Nas próximas questões o(a) Sr.(a) deve considerar o número de dias da semana, ou seja, de 0 a 7 dias, considerando: 0=nenhum dia/nunca/quase nunca, 1=um dia, 2=dois dias, 3=três dias, 4=quatro dias, 5=cinco dias, 6=seis dias e 7=todos os dias da semana.

53. Em quantos dias da semana, o(a) Sr.(a) costuma comer salada de alface e tomate ou salada de qualquer outra verdura ou legume cru?

_____ dias Se a resposta for 0, pule para a questão 55 e marque [9] NA na questão 54

54. Num dia comum, o(a) Sr.(a) come este tipo de salada:

⁰[0] No almoço (uma vez por dia) ¹[1] No jantar (uma vez por dia) ²[2] No almoço e no jantar(duas vezes por dia)

⁹[9] NA ⁹⁹[99] NSI

55. Em quantos dias da semana, o(a) Sr.(a) costuma comer verdura ou legume cozido junto com a comida ou na sopa, como por exemplo, couve, cenoura, chuchu, berinjela, abobrinha, sem contar batata, aipim ou inhame?

_____ dias Se a resposta for 0, pule para a questão 56 e marque [9] NA na questão 55

56. Num dia comum, o(a) Sr.(a) come verdura ou legume cozido:

⁰[0] No almoço(uma vez por dia) ¹[1] No jantar (uma vez por dia) ²[2] No almoço e no jantar(duas vezes por dia)

⁹[9] NA ⁹⁹[99] NSI

57.Em quantos dias da semana o(a) Sr.(a) costuma comer carne vermelha (boi, porco ou cabrito)?

_____ dias Se a resposta for 0, pule para a questão 59 e marque [9] NA na questão 58

58. Quando o(a) Sr.(a) come carne vermelha com gordura, o(a) Sr.(a) costuma:

⁰[0] Tirar sempre o excesso de gordura visível ¹[1] Comer com a gordura

²[2] Não come carne vermelha com muita gordura ⁹[9] NA ⁹⁹[99] NSI

59. Em quantos dias da semana o(a) Sr.(a) costuma comer frango/galinha?

_____ dias Se a resposta for 0, pule para a questão 61 e marque [9] NA na questão 60

60. Quando o(a) Sr.(a) come frango/galinha com pele, o(a) Sr.(a) costuma:

⁰[0] Tirar sempre a pele ¹[1] Comer com a pele ²[2] Não come pedaços de frango/galinha com pele ⁹[9] NA ⁹⁹[99] NSI

61. Em quantos dias na semana o(a) Sr.(a) costuma comer frutas?

_____ dias Se a resposta for 0, pule para a questão 63 e marque [9] NA na questão 62

62. Num dia comum, quantas vezes o(a) Sr.(a) come frutas?

⁰[0] Uma vez no dia ¹[1] Duas vezes no dia ²[2] Três ou mais vezes no dia ⁹[9] NA ⁹⁹[99] NSI

63. Em quantos dias da semana o(a) Sr.(a) costuma tomar leite? Sem contar leite de soja.

_____ dias Se a resposta for 0, pule para a questão 65 e marque [9] NA na questão 64

64. Quando o(a) Sr.(a) toma leite, que tipo de leite costuma tomar?

⁰[0] Integral ¹[1] Desnatado ou semi-desnatado ²[2] Os dois tipos (integral + desnatado ou semi-desnatado)
⁹[9] NA ⁹⁹[99] NSI

65. Quantos dias na semana o(a) Sr.(a) come alimentos fritos, como batata frita, ovo frito, pastel, aipim frito, bolinho frito, banana frita?

_____ dias

66. Em quantos dias na semana o(a) Sr.(a) costuma comer peixes como salmão, atum, sardinha, anchova, truta, corvina, cascudo, pintado e traíra?

_____ dias Se a resposta for 0, marque [9] NA na questão 67

67. Quando come salmão, atum, sardinha, anchova, truta, corvina, cascudo, pintado e traíra, esses são preparados fritos?

⁰[0] Não, nunca; prefiro cozido, assado ou grelhado ¹[1] Sim, sempre
²[2] Varia entre frito e outras formas (cozido, grelhado, assado) ⁹[9] NA ⁹⁹[99] NSI

Fonte: MALAVASI et al 2007; SALVADOR, REIS E FLORINDO, 2009.

Nível de Atividade Física

As perguntas que irei fazer agora estão relacionadas ao tempo que o(a) Sr.(a) gasta fazendo atividade física em uma semana normal/habitual.

Para responder as questões lembre-se que:

- Atividades físicas **VIGOROSAS** são aquelas que precisam de um grande esforço físico e que fazem respirar MUITO mais forte que o normal.
- Atividades físicas **MODERADAS** são aquelas que precisam de algum esforço físico e que fazem respirar UM POUCO mais forte que o normal.
- Atividades físicas **LEVES** são aquelas que o esforço físico é normal, fazendo que a respiração seja normal.

DOMÍNIO 1 - ATIVIDADE FÍSICA NO TRABALHO

Pontuação do Domínio 1 - (69. + 70. + 71.) = _____ min/sem

Neste domínio constam as atividades que o(a) Sr.(a) faz no seu trabalho remunerado ou voluntário, e as atividades na universidade, faculdade (trabalho intelectual). **NÃO** incluir as tarefas domésticas, cuidar do jardim e da casa ou tomar conta da sua família. Estas serão incluídas no domínio 3.

68. Atualmente o(a) Sr.(a) tem ocupação remunerada ou faz trabalho voluntário fora de casa?

⁰[0] Sim ¹[1] Não

As próximas questões relacionam-se com a toda a atividade física que o(a) Sr.(a) faz em uma semana **usual/normal** como parte do seu trabalho remunerado ou voluntário. **Não** inclua o transporte para o trabalho. Pense unicamente naquelas atividades que durem pelo menos, **10 min contínuos dentro de seu trabalho**.

69. Quantos dias e qual o tempo (horas e minutos) durante uma semana normal o(a) Sr.(a) realiza atividades **VIGOROSAS** como: como trabalho de construção pesada, levantar e transportar objetos pesados, cortar lenha, serrar madeira, cortar grama, pintar casa, cavar valas ou buracos, subir escadas como parte do seu trabalho remunerado ou voluntário, por pelo menos **10 minutos contínuos**?

_____ horas _____ min. _____ dias por **semana** °[0] Nenhum

70. Quantos dias e qual o tempo (horas e minutos) durante uma semana normal o(a) Sr.(a) realiza atividades **MODERADAS** como: levantar e transportar pequenos objetos, lavar roupas com as mãos, limpar vidros, varrer ou limpar o chão, carregar crianças no colo, como parte do seu trabalho remunerado ou voluntário, por pelo menos **10 minutos contínuos**?

_____ horas _____ min. _____ dias por **semana** °[0] Nenhum

71. Quantos dias e qual tempo (horas e minutos) durante uma semana normal o(a) Sr.(a) **CAMINHA** no seu trabalho remunerado ou voluntário, por pelo menos **10 minutos contínuos**? Por favor, não inclua o caminhar como forma de transporte para ir ou voltar do trabalho ou do local que o(a) Sr.(a) é voluntário.

_____ horas _____ min. _____ dias por **semana** °[0] Nenhum

DOMÍNIO 2 - ATIVIDADE FÍSICA COMO MEIO DE TRANSPORTE

Pontuação do domínio 2 - (72. + 73. + 74.) = _____ min/sem

Estas questões se referem à forma normal como o(a) Sr.(a) se desloca de um lugar para outro, incluindo seu grupo de convivência para idosos, igreja, supermercado, trabalho, cinema, lojas e outros.

72. Quantos dias e qual tempo (horas/minutos) durante uma semana normal o(a) Sr.(a) anda de **ÔNIBUS/CARRO/MOTO**?

_____ horas _____ min. _____ dias por **semana** °[0] Nenhum

Agora pense somente em relação a caminhar ou pedalar para ir de um lugar a outro em uma semana normal.

73. Quantos dias e qual o tempo (horas e minutos) durante uma semana normal o(a) Sr.(a) anda de **BICICLETA** para ir de um lugar para outro, por pelo menos **10 minutos contínuos**? (NÃO inclua o pedalar por lazer ou exercício)

_____ horas _____ min. _____ dias por **semana** °[0] Nenhum

74. Quantos dias e qual o tempo (horas e minutos) durante uma semana **normal** o(a) Sr.(a) **CAMINHA** para ir de um lugar de um lugar para o outro, por pelo menos **10 minutos contínuos**? (NÃO incluir as caminhadas por lazer ou exercício)

_____ horas _____ min. _____ dias por **semana** °[0] Nenhum

DOMÍNIO 3 – ATIVIDADE FÍSICA EM CASA OU APARTAMENTO: TRABALHO, TAREFAS DOMÉSTICAS E CUIDAR DA FAMÍLIA

Pontuação do Domínio 3 - (75. + 76. + 77.) = _____ min/sem

Esta parte inclui as atividades físicas que o(a) Sr.(a) faz em uma semana **normal/habitual** dentro e ao redor de sua casa ou apartamento. Por exemplo, trabalho doméstico, cuidar do jardim, cuidar do quintal, trabalho de manutenção da casa ou para cuidar da sua família. Novamente pense **somente** naquelas atividades físicas que o(a) Sr.(a) faz, por pelo menos **10 minutos contínuos**.

75. Quantos dias e qual o tempo (horas e minutos) durante uma semana normal o(a) Sr.(a) faz atividades físicas **VIGOROSAS** ao redor da sua casa ou apartamento (quintal ou jardim) como: carpir, cortar lenha, serrar madeira, pintar casa, levantar e transportar objetos pesados, cortar grama por pelo menos **10 minutos contínuos**?

_____ horas _____ min. _____ dias por **semana** °[0] Nenhum

76. Quantos dias e qual o tempo (horas e minutos) durante uma semana normal o(a) Sr.(a) faz atividades **MODERADAS** ao redor de sua casa ou apartamento (quintal ou jardim) como: levantar e carregar pequenos objetos, limpar a garagem, serviço de jardinagem em geral, por pelo menos **10 min contínuos**?

_____ horas _____ min. _____ dias por semana	0[0] Nenhum
77. Quantos dias e qual o tempo (horas e minutos) durante uma semana normal o(a) Sr.(a) faz atividades de <u>CAMINHADAS</u> dentro da sua casa ou apartamento como: carregar pesos leves, limpar vidros e/ou janelas, lavar roupas à mão, limpar banheiro e o chão, por pelo menos <u>10 minutos contínuos</u>?	
_____ horas _____ min. _____ dias por semana	0[0] Nenhum
<u>DOMÍNIO 4 - ATIVIDADES FÍSICAS DE RECREAÇÃO, ESPORTE, EXERCÍCIO E DE LAZER</u>	
Pontuação do domínio 4 - (78. + 79. + 80.) = _____ min/sem	
Este domínio se refere às atividades físicas que o(a) Sr.(a) faz em uma semana normal/habitual unicamente por recreação, esporte, exercício ou lazer. Novamente pense somente nas atividades físicas que o(a) Sr.(a) faz, por pelo menos <u>10 minutos contínuos</u> . Por favor, não inclua atividades que o(a) Sr.(a) já tenha citado.	
78. Sem contar qualquer caminhada que o(a) Sr.(a) tenha citado anteriormente, quantos dias e qual o tempo (horas e minutos) durante uma semana normal, o(a) Sr.(a) <u>CAMINHA</u> (exercício físico) no seu tempo livre, por pelo menos <u>10 minutos contínuos</u>?	
_____ horas _____ min. _____ dias por semana	0[0] Nenhum
79. Quantos dias e qual o tempo (horas e minutos) durante uma semana normal, o(a) Sr.(a) faz atividades <u>VIGOROSAS</u> no seu tempo livre como: correr, nadar, rápido, musculação, canoagem, remo, enfim, esportes em geral, por pelo menos <u>10 minutos contínuos</u>?	
_____ horas _____ min. _____ dias por semana	0[0] Nenhum
80. Quantos dias e qual o tempo (horas e minutos) durante uma semana normal, o(a) Sr.(a) faz atividades <u>MODERADAS</u> no seu tempo livre como: pedalar em ritmo moderado, jogar voleibol recreativo, fazer hidroginástica, ginástica para a terceira idade, dançar, por pelo menos <u>10 minutos contínuos</u>?	
_____ horas _____ min. _____ dias por semana	0[0] Nenhum
Fonte: <i>BENEDETTI; ANTUNES; RODRIGUEZ-AÑEZ; MAZO; PETROSKI, 2007.</i>	
VII – AUTONOMIA FUNCIONAL	
Gostaria de perguntar ao(a) Sr.(a) sobre algumas atividades da sua vida diária, coisas que precisamos fazer como parte de nossas rotinas. Gostaria de saber se o(a) Sr.(a) consegue fazer estas atividades sem qualquer ajuda ou com alguma ajuda, ou ainda, não consegue fazer de jeito nenhum.	
<u>Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD)</u>	
81. O (a) Sr. (a) toma banho (leito, banheira ou chuveiro): 0[0] não recebe ajuda (entra e sai da banheira sozinho, se este for o modo habitual de tomar banho) 1[1] recebe ajuda para lavar apenas uma parte do corpo (como, por exemplo, as costas ou uma perna) 2[2] recebe ajuda para lavar mais de uma parte do corpo, ou não toma banho sozinho	
82. O(a) Sr.(a) consegue vestir-se (pegar roupas inclusive peças íntimas, nos armários e gavetas, e manuseia fechos, inclusive os de órteses e próteses, quando forem utilizadas): 0[0] pega as roupas e veste-se completamente, sem ajuda 1[1] pega as roupas e veste-se sem ajuda, exceto para amarrar os sapatos 2[2] recebe ajuda para pegar as roupas ou vestir-se, ou permanece parcial ou completamente sem roupa	
83. O(a) Sr.(a) consegue usar o vaso sanitário (banheiro/equivalente para evacuar ou urinar, se limpar e ajeitar as roupas): 0[0] vai ao banheiro ou local equivalente, limpa-se e ajeita as roupas sem ajuda (pode usar objetos para apoio como bengala, andador, ou cadeira de rodas e pode usar comadre ou urinol, à noite, esvaziando-se de manhã) 1[1] recebe ajuda para ir ao banheiro ou local equivalente, ou para limpar-se, ou para ajeitar as roupas após evacuação ou micção, ou para usar a comadre ou urinol à noite 2[2] não vai ao banheiro ou equivalente para eliminações fisiológicas	

84. Em relação à transferência, o(a) Sr.(a) consegue:

⁰[0] deita-se e sai da cama, senta-se e levanta-se da cadeira sem ajuda (pode estar usando objeto para apoio, como bengala ou andador)

¹[1] deita-se e sai da cama e/ou senta-se e levanta-se da cadeira com ajuda

²[2] não sai da cama

85. Em relação à continência, o(a) Sr.(a):

⁰[0] controla inteiramente e a micção e evacuação

¹[1] tem “acidentes” ocasionais

²[2] necessita de ajuda para manter o controle da micção e evacuação; usa cateter ou é incontinente

86. Em relação à alimentação o(a) Sr.(a) toma as refeições:

⁰[0] alimenta-se sem ajuda

¹[1] alimenta-se sozinho, mas recebe ajuda para cortar carne ou passar manteiga no pão

²[2] recebe ajuda para alimentar-se, ou é alimentado parcialmente ou completamente pelo uso de cateteres ou fluidos intravenosos

Pontuação das Atividades da Vida Diária (AVD) perguntas 81 a 86: []

Fonte: LINO et al., 2008.

Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD)**87. Em relação ao uso do telefone:**

²[2] recebe e faz ligações sem assistência

¹[1] necessita de assistência para realizar ligações telefônicas

⁰[0] não tem hábito ou é incapaz de usar o telefone

88. Em relação às viagens:

²[2] realiza viagens sozinho(a)

¹[1] somente viaja quando tem companhia

⁰[0] não tem o hábito ou é incapaz de viajar

89. Em relação às compras:

²[2] realiza compras, quando é fornecido transportes

¹[1] somente faz compras quando tem companhia

⁰[0] não tem o hábito ou é incapaz de realizar compras

90. Em relação ao preparo de refeições:

²[2] planeja e cozinha as refeições completas

¹[1] prepara somente refeições pequenas ou quando recebe ajuda

⁰[0] não tem o hábito ou é incapaz de realizar as refeições

91. Em relação ao trabalho doméstico:

²[2] realiza tarefas pesadas

¹[1] realiza tarefas leves, necessitando de ajuda nas pesadas

⁰[0] não tem o hábito ou é incapaz de realizar trabalhos domésticos

92. Em relação ao uso de medicamentos:

²[2] faz uso de medicamentos sem assistência

¹[1] necessita de lembretes ou de assistência

⁰[0] é incapaz de controlar sozinho o uso dos medicamentos

93. Em relação ao uso de dinheiro:

²[2] preenche cheque e paga contas sem auxílio

¹[1] necessita de assistência para uso de cheques e contas

⁰[0] não tem hábito de lidar com o dinheiro ou é incapaz de manusear dinheiro, contas...

Pontuação da Atividade Instrumental da Vida Diária (AIVD) perguntas 87 a 93: []

Fonte: SANTOS; VIRTUOSO JÚNIOR, 2008.

Fonte: GARCIA, 2016

112. Durante o mês passado, o(a) Sr.(a) sentiu indisposição ou falta de entusiasmo para realizar suas atividades diárias?

- ¹[] Nenhuma indisposição nem falta de entusiasmo ³[] Indisposição e falta de entusiasmo moderadas
²[] Indisposição e falta de entusiasmo pequenas ⁴[] Muita indisposição e falta de entusiasmo

BERTOLAZI; 2008.

IX - CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS

Agora sim está finalizando. Irei então fazer algumas perguntas ao(a) Sr.(a) sobre suas características pessoais.

113. Qual o grau de escolaridade do(a) Sr.(a)?

- ⁰[0] Analfabeto / Até 3ª série fundamental (Analfabeto/Primário incompleto)
¹[1] Até 4ª série fundamental (Primário completo/Ginasial incompleto)
²[2] Fundamental completo (Ginasial completo/Colegial incompleto)
³[3] Médio completo (Colegial completo/ Superior incompleto)
⁴[4] Superior completo

114. Atualmente, qual a sua ocupação? _____

115. O(a) senhor(a) sabe acessar a internet por meio de celular ou computador?

- ⁰[0] Não ¹[1] Sim

116. Atualmente, considerando o salário mínimo (SM) vigente de R\$ 954,00, a renda bruta individual do(a) Sr.(a) é de aproximadamente quanto?

- | | | | |
|------------------------------------|------------------------------|------------------------------|----------------------------------|
| ⁰ [0] Não tenho salário | ³ [3] De 1 a 2 SM | ⁶ [4] De 4 a 5 SM | ⁹ [6] De 7 a 8 SM |
| ¹ [1] <1 SM | ⁴ [3] De 2 a 3 SM | ⁷ [5] De 5 a 6 SM | ¹⁰ [7] De 8 a 9 SM |
| ² [2] 1 SM | ⁵ [3] De 3 a 4 SM | ⁸ [5] De 6 a 7 SM | ¹¹ [7] De 9 a 10 SM |
| | | | ¹² [7] Acima de 10 SM |

117. Qual é o estado civil, a situação conjugal atual, do(a) Sr.(a)?

- ⁰[0] Casado(a) ou vivendo com parceiro(a) ¹[1] Solteiro(a) ²[2] Divorciado(a) ou separado(a) ³[3] Viúvo(a)

118. Qual é a cor da pele do(a) Sr.(a)?

- ⁰[0] Branca ¹[1] Preta ²[2] Amarela/Parda/mestiça ³[3] Indígena ⁴[4] Não sabe informar

119. O(a) Sr.(a) tem quantos filhos (naturais e/ou adotados/criados)?

- ⁰[0] 0 ¹[1] 1 ²[2] 2 ³[3] 3 ⁴[4] 4 ⁵[5] 5 ⁶[6] 6 ⁷[7] 7 ⁸[8] 8 ⁹[9] 9 ¹⁰[10] ≥10

120. Qual o tipo de residência onde o(a) Sr.(a) mora?

- ⁰[0] Casa ¹[1] Apartamento ²[2] Alojamento coletivo ³[3] Abrigo ⁴[4] Albergue ⁵[5] Residência terapêutica

121. Há quanto tempo o(a) Sr.(a) reside no atual local de moradia?

- | | | | |
|-------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|
| ⁰ [0] Menos de 6 meses | ⁴ [4] De 3 a 4 anos | ⁸ [4] De 7 a 8 anos | ¹² [7] De 11 a 15 |
| ¹ [1] De 6 meses a 1 ano | ⁵ [4] De 4 a 5 anos | ⁹ [4] De 8 a 9 anos | ¹⁵ [9] De 16 a 20 anos |
| ² [2] > 1 a 2 anos | ⁶ [4] De 5 a 6 anos | ¹⁰ [4] De 9 a 10 anos | ¹⁴ [9] Mais de 20 anos |
| ³ [3] De 2 a 3 anos | ⁷ [4] De 6 a 7 anos | ¹¹ [7] De 10 a 11 | |

122. Quantas pessoas, incluindo o(a) Sr.(a), reside(m) em sua moradia?

- ⁰[0] Moro sozinho ¹[1] 1 ²[2] 2 ³[3] 3 ⁴[4] 4 ⁵[5] 5-6 ⁶[6] 7-8 ⁷[7] 9-10 ⁸[8] ≥11

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

- ⁰[0] Sim ¹[1] Não

124. O(a) Sr.(a) é o principal responsável pelo sustento de sua família?

- ⁰[0] Sim ¹[1] Não

Fonte: BARROS et al., 2016.

X – TRIAGEM PRÉ-ATIVIDADE DE SINAIS E SINTOMAS AGUDOS

National Institute on Aging (NIA) checklist

Perguntar: “Nos últimos 30 dias, o(a) Sr.(a) teve ou tem sentido algum dos problemas abaixo e que ainda **NÃO** tenha sido avaliado por um médico?” (Se qualquer um dos itens for positivo, sugere-se solicitar avaliação médica previa à realização de testes ou exercícios físicos).

	SINAIS E SINTOMAS	NÃO	SIM	CONDIÇÃO PARA TESTES FÍSICOS
	Dor no peito	⁰ [0] Não	¹ [1] Sim	[] apto(a) [] inapto(a)
	Batimentos cardíacos irregulares, acelerados ou palpitações	⁰ [0] Não	¹ [1] Sim	
	Dificuldade para respirar	⁰ [0] Não	¹ [1] Sim	
	Significativa perda de peso, contínua sem motivo conhecido	⁰ [0] Não	¹ [1] Sim	
	Infecção respiratória acompanhada de febre	⁰ [0] Não	¹ [1] Sim	
	Febre com desidratação e o coração acelerado	⁰ [0] Não	¹ [1] Sim	
	Dor de varizes na perna	⁰ [0] Não	¹ [1] Sim	
	Hérnia abdominal incomodando	⁰ [0] Não	¹ [1] Sim	
	Feridas nos pés ou tornozelos que não saram	⁰ [0] Não	¹ [1] Sim	
	Inchaço nas articulações	⁰ [0] Não	¹ [1] Sim	
	Dificuldade para caminhar e/ou dor persistente após uma queda	⁰ [0] Não	¹ [1] Sim	
	Problemas na visão (manchas, embaçamento, distorções da imagem ou cirurgias recentes)	⁰ [0] Não	¹ [1] Sim	

Fonte: NATIONAL INSTITUTE ON AGING, 2016.

XI - REDUÇÃO DE PESO E EXAUSTÃO

125. Nos últimos 12 meses, o(a) Sr.(a) perdeu peso sem querer?

⁰[0] Não ¹[1] Sim. 125.1 Aproximadamente quantos quilos? R: kg

126. "Na última semana, o(a) Sr.(a) sentiu que precisou fazer mais esforço para dar conta das suas tarefas habituais, ou não conseguiu leva-las até o fim?

⁰[0] Nunca ¹[1] Poucas vezes ²[2] De vez em quando ³[3] A maior parte do tempo.

Fonte: FRIED et al., 2011.

127. Como as informações do questionário foram obtidas?

⁰[0] Apenas pelo(a) idoso(a)
¹[1] Pelo(a) idoso(a) com auxílio de outra pessoa (parente, cuidador, etc)
²[2] Apenas por outra pessoa (parente, cuidador, etc)

XII – MEDIDAS E TESTES

Agora iremos realizar algumas medidas de repouso com o(a) Sr.(a) relacionadas à sua saúde.

VARIÁVEIS HEMODINÂMICAS (medi-las após 5 minutos de repouso sentado)**Pressão Arterial**

128. Sistólica (braço direito – 1ª medida)	mmHg	128.1 Sistólica (braço esquerdo – 1ª medida)	mmHg
129. Diastólica (braço direito – 1ª medida)	mmHg	129.1 Diastólica (braço esquerdo -1ª medida)	mmHg
130. Sistólica (braço direito – 2ª medida)	mmHg	130.1 Sistólica (braço esquerdo – 2ª medida)	mmHg
131. Diastólica (braço direito – 2ª medida)	mmHg	131.1 Diastólica (braço esquerdo -2ª medida)	mmHg
132. Sistólica (braço direito – 3ª medida)	mmHg	132.1 Sistólica (braço esquerdo – 3ª medida)	mmHg
133. Diastólica (braço direito – 3ª medida)	mmHg	133.1 Diastólica (braço esquerdo -3ª medida)	mmHg

Pulso

134. Frequência Cardíaca (braço direito - 1ª medida) bpm	134.1 Frequência Cardíaca (braço esquerdo - 1ª medida) bpm
135. Frequência Cardíaca (braço direito - 2ª medida) bpm	135.1 Frequência Cardíaca (braço esquerdo - 2ª medida) bpm
136. Frequência Cardíaca (braço direito - 3ª medida) bpm	136.1 Frequência Cardíaca (braço esquerdo - 3ª medida) bpm

Fonte: MALACHIAS et al., 2016.

Continuaremos com a realização de algumas medidas e testes físicos.

ANTROPOMETRIA

137. Massa Corporal: _____ kg

138. Estatura:

1ª medida	cm	2ª medida	cm	3ª medida	cm
-----------	----	-----------	----	-----------	----

139. Circunferência da cintura:

1ª medida:	cm	2ª medida:	cm	3ª medida:	cm
------------	----	------------	----	------------	----

140. Circunferência da perna direita:

1ª medida:	cm	2ª medida:	cm	3ª medida:	cm
------------	----	------------	----	------------	----

Fonte: FIGUEIREDO et al., 2004. HEYWARD, 2004.

APTIDÃO FÍSICA (explicar demonstrando cada teste e solicitar ao avaliando que o experimente duas vezes antes de registrar. Reforçar que ele(a) os realize com a máxima desenvoltura possível, porém sem ultrapassar o seu próprio limite de segurança)

141. Teste de equilíbrio unipodal (segundos e centésimos – máximo 45 segundos):

Lado direito:	Lado esquerdo:	2ª medida (melhor lado):	3ª medida (melhor lado):
---------------	----------------	--------------------------	--------------------------

Fonte: SPRINGER et al., 2007.

142. Levantar e sentar da cadeira (30 segundos): _____ repetições (contar cada elevação)

Fonte: RIKLI; JONES, 1999.

143. Ir e vir 2,44 m (segundos e centésimos):

1ª medida:	2ª medida:
------------	------------

Fonte: RIKLI; JONES, 1999.

144. Força de preensão manual (kgf) [fazer prévio aquecimento com *fisiobol* (suave) para mãos]

Lado direito:	Lado esquerdo:	2ª medida (melhor lado):	3ª medida (melhor lado):
---------------	----------------	--------------------------	--------------------------

Fonte: DODDS et al., 2014.

145. Flexibilidade de quadril (cm): [o(a) avaliando(a) define o lado a ser testado]

1ª medida:	2ª medida:
------------	------------

Fonte: RIKLI; JONES, 1999.

146. Flexibilidade de ombro (cm): [o(a) avaliando(a) define o lado a ser testado]

1ª medida:	2ª medida:
------------	------------

Fonte: RIKLI; JONES, 1999.

147. Marcha Estacionária de 2 Minutos: _____ repetições (duplas passadas)

Fonte: RIKLI; JONES, 1999.

ANEXO A – OFÍCIO DA SECRETARIA DE SAÚDE DO RECIFE



**PREFEITURA DO
RECIFE
SECRETARIA DE SAÚDE**
Secretaria Executiva de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde
Divisão de Educação na Saúde

CI nº. 199 / 2016 – DES/UFES/SEGTES/SESAU

Recife, 03 de novembro de 2016.

Prezado(a) Senhor(a),

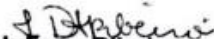
Informamos que **Mauro Virgílio Gomes de Barros**, pesquisador do programa de pós-graduação em Educação Física da Universidade de Pernambuco, **está autorizado a desenvolver o projeto de pesquisa, nesse serviço, sob o título “Efetividade de intervenções para promoção da saúde em idosos frágeis e com doenças crônicas não transmissíveis na atenção básica à saúde do Recife: ensaio comunitário randomizado - projeto EUGERON”.**

Solicitamos agendamento com o pesquisador para definição do cronograma de realização da pesquisa, considerando a disponibilidade do serviço.

Período da coleta de dados: janeiro de 2016 a outubro de 2017

Finalização do projeto: dezembro de 2018.

Cordialmente,


Juliana Ribeiro

Chefe de Divisão de Educação na Saúde

Juliana Ribeiro
Divisão de Educação na Saúde
DES/SEGTES/SESAU/PCR
Matrícula nº 99.986-8

Ilmo. Sr.

Maria Lucia Barbosa da Silva

Coordenação da Política de Saúde da Pessoa Idosa

ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA

UNIVERSIDADE DE
PERNAMBUCO/ PROPEGE/

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Efetividade de intervenções para promoção da saúde em idosos frágeis e com doenças crônicas não transmissíveis na atenção básica à saúde do recife: ensaio comunitário randomizado - PROJETO EUGERON.

Pesquisador: Mauro Virgílio Gomes de Barros

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 58104516.6.0000.5207

Instituição Proponente: FUNDACAO UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.722.850

Apresentação do Projeto:

Resumo:

O acentuado aumento do número de idosos no mundo resulta em demanda crescente nos serviços de saúde. A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa recomenda que sejam utilizados recursos para o cuidado desta população no âmbito da Atenção Básica à Saúde (ABS). Com o envelhecimento condições como a síndrome da fragilidade e/ou o aumento na prevalência das DCNT, são algumas das principais causas de incapacidade e/ou deficiência neste grupo etário. Nesse sentido, deve-se intervir para minorá-la ou revertê-la, por meio de intervenções interprofissionais e equipamentos do território em que vivem tais idosos. Diante do exposto, a presente pesquisa tem como objetivo analisar a efetividade de intervenções para promoção da saúde em idosos frágeis e com doenças crônicas não transmissíveis na ABS do Recife. Trata-se de um estudo de base comunitária, que terá como população alvo idosos atendidos na ABS do Recife. Será realizado em duas etapas: Estudo transversal - levantamento do perfil sociodemográfico e de saúde dos idosos. Dois estudos

Endereço: Av. Agamenon Magalhães, s/nº

Bairro: Santo Amaro

CEP: 50.100-010

UF: PE **Município:** RECIFE

Telefone: (81)3183-3775

Fax: (81)3183-3775

E-mail: comite.etica@upe.br

UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO/ PROPEGE/



Continuação do Parecer: 1.722.850

independentes: Estudo Caso Controle de idosos com acidente vascular cerebral e Estudo de Intervenção de promoção da saúde. Este contará com quatro grupos de idosos distribuídos em: Grupo Controle (GC); Grupo Exercício Domiciliar (GED); Grupo Exercício Supervisionado (GES); e, Grupo Autocuidado Apoiado (GAC). Os dados serão tabulados por meio de leitura ótica. Espera-se enquanto produtos finais que obtenha o levantamento do perfil dos idosos atendidos na ABS do Recife; a identificação da prevalência de AVC, da síndrome de fragilidade e seus fatores associados; o desenvolvimento e a análise das intervenções de promoção da saúde

Objetivo da Pesquisa:

Hipótese:

Acredita-se que a perda da funcionalidade, a incapacidade, a presença de DCNT e a síndrome da fragilidade são desfechos que, em pessoas idosas, estão associados a condutas de risco à saúde e a dificuldade de acesso à serviços de saúde. Além disso, estima-se que intervenções baseadas na promoção de modificações em hábitos de prática de atividades físicas e em outros fatores comportamentais podem ser efetivas na redução da fragilidade e na melhoria do cuidado às DCNT.

Objetivo Primário:

Analisar a efetividade de intervenções para promoção da saúde em idosos frágeis e com doenças crônicas não transmissíveis na Atenção Básica à Saúde do Recife.

Objetivo Secundário:

- Identificar o quantitativo de idosos atendidos nas Unidades de Saúde da Família (USF) do Recife;- Descrever o perfil sociodemográfico e de saúde desses idosos;- Identificar a prevalência da Síndrome de Fragilidade em idosos atendidos nas USF do Recife;- Verificar os fatores associados à Síndrome de Fragilidade nesses idosos;- Identificar a prevalência de AVC em idosos atendidos nas USF do Recife;- Verificar os fatores associados ao AVC isquêmico nesses idosos;- Identificar a prevalência de DCNT em idosos atendidos nas USF do Recife;- Verificar os fatores associados às DCNT nesses idosos;- Identificar a percepção dos idosos com DCNT atendidos nas USF sobre o

Endereço: Av. Agamenon Magalhães, s/nº

Bairro: Santo Amaro

CEP: 50.100-010

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)3183-3775

Fax: (81)3183-3775

E-mail: comite.etica@upe.br

UNIVERSIDADE DE
PERNAMBUCO/ PROPEGE/



Continuação do Parecer: 1.722.850

cuidado a sua doença crônica;- Verificar a percepção dos profissionais da Atenção Básica à Saúde do Recife sobre a capacidade institucional para a atenção às doenças crônicas; - Identificar se uma intervenção com foco no autocuidado apoiado e cuidado compartilhado é efetiva para promoção a saúde de idosos frágeis e com DCNT;- Identificar se uma intervenção com foco em exercícios físicos domiciliares é efetiva para promoção a saúde de idosos frágeis;- Identificar se uma intervenção com foco em exercícios físicos supervisionados é efetiva para promoção a saúde de idosos frágeis.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Essa pesquisa não fornece riscos à integralidade dos idosos participantes, podendo apenas causar desconforto devido ao tempo que o participante precisará estar concentrado para responder aos questionamentos.

Benefícios:

Quanto aos benefícios, espera-se obter informações sobre o perfil sociodemográfico e de saúde dos idosos atendidos nas USF. Além disso, acredita-se que as propostas de intervenções sejam efetivas para redução ou reversão dos níveis de fragilidade e melhoria do cuidado a DCNT nos idosos atendidos nas USF quando comparadas ao grupo controle. E as intervenções propostas serão desenvolvidas de acordo com a realidade concreta dos recursos físicos, humanos e de processo de trabalho já disponíveis na ABS, no sentido de favorecer a execução e continuidade das mesmas, contribuindo para a saúde dos idosos atendidos nas USF. Os idosos poderão ter uma avaliação ampla da funcionalidade e incapacidade que dará uma ideia geral da saúde funcional destes indivíduos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa oportuna com contributos para o avanço da ciência.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Cumpram as exigências da Resolução 466/12.

Endereço: Av. Agamenon Magalhães, s/nº

Bairro: Santo Amaro

CEP: 50.100-010

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)3183-3775

Fax: (81)3183-3775

E-mail: comite.etica@upe.br

**UNIVERSIDADE DE
PERNAMBUCO/ PROPEGE/**



Continuação do Parecer: 1.722.850

Recomendações:

Nada obsta a execução desta pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Opino pela aprovação.

Considerações Finais a critério do CEP:

O pleno acompanha o parecer do relator

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_758687.pdf	23/07/2016 20:14:34		Aceito
Outros	CurriculoLattesWilliamSerranoSmethurst.pdf	23/07/2016 20:14:03	Mauro Virgílio Gomes de Barros	Aceito
Outros	CurriculoLattesLuriaMelodeLimaScher.pdf	23/07/2016 20:13:40	Mauro Virgílio Gomes de Barros	Aceito
Outros	CurriculoLattesLeticiaLemosAyresdaGamaBastos.pdf	23/07/2016 20:13:13	Mauro Virgílio Gomes de Barros	Aceito
Outros	CurriculoLattesEmmanuellyCorreiaLemos.pdf	23/07/2016 20:12:35	Mauro Virgílio Gomes de Barros	Aceito
Outros	CurriculoLattesCarlaMenesesHardman.pdf	23/07/2016 20:12:03	Mauro Virgílio Gomes de Barros	Aceito
Outros	CurriculoLattesMauroVirgilioGomesdeBarros.pdf	23/07/2016 20:11:33	Mauro Virgílio Gomes de Barros	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoPesquisaEugeronCEP.pdf	15/07/2016 13:11:27	Mauro Virgílio Gomes de Barros	Aceito
Folha de Rosto	FolhaRostoProjetoEugeron.pdf	15/07/2016 13:09:14	Mauro Virgílio Gomes de Barros	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEProjetoEugeron.pdf	12/07/2016 15:47:37	Mauro Virgílio Gomes de Barros	Aceito
Outros	TermoConfidencialidadeProjetoEugeron.pdf	12/07/2016 15:47:24	Mauro Virgílio Gomes de Barros	Aceito
Outros	CartaAnuenciaProjetoEugeron.pdf	12/07/2016 15:44:32	Mauro Virgílio Gomes de Barros	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RECIFE, 12 de Setembro de 2016

Assinado por:
Marco Aurélio de Valois Correia Junior
(Coordenador)

Endereço: Av. Agamenon Magalhães, s/nº

Bairro: Santo Amaro

CEP: 50.100-010

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)3183-3775

Fax: (81)3183-3775

E-mail: comite.etica@upe.br

ANEXO C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Elaborado de acordo com a Resolução 466/2012-CNS/CONEP)

Convidamos o Sr.(a) para participar da pesquisa *EUGERON - Avaliação da efetividade de intervenções para promoção da saúde em idosos frágeis e com doenças crônicas não transmissíveis na Atenção Básica à Saúde do Recife: ensaio comunitário randomizado*, sob responsabilidade do pesquisador Dr. Mauro V. G. Barros e sua equipe, tendo por objetivo avaliar a efetividade de intervenções para promoção da saúde em idosos frágeis e com doenças crônicas não transmissíveis na atenção básica a saúde do Recife. A participação do(a) Sr.(a) é voluntária, com garantia de anonimato, visto que não há necessidade de identificação por nomes ou números de quaisquer documentos, podendo desistir a qualquer momento. Este documento pode conter informações que o(a) Sr.(a) não entenda. Caso haja alguma dúvida, pergunte a(o) pesquisador(a) que está lhe entrevistando para que o(a) Sr.(a) esteja bem esclarecido(a) sobre sua participação na pesquisa. Caso aceite participar, o(a) Sr.(a) precisará responder a uma entrevista e realizar alguns exames bioquímicos, bem como realizar algumas medidas antropométricas e testes físicos, aplicados por pesquisadores devidamente treinados. Todas as informações obtidas serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos participantes, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação.

Todos os procedimentos adotados nesta pesquisa não trazem riscos à saúde física do participante, podendo apenas causar desconforto devido ao tempo que o participante precisará estar concentrado para responder aos questionamentos. Espera-se com esta pesquisa identificar o perfil demográfico e de saúde dos idosos atendidos nas unidades de saúde da família do Recife, contribuindo para a saúde desta população.

No caso de dúvidas e esclarecimentos o(a) Sr.(a) pode procurar: Mauro V. G. Barros (81-30313576/996451278); Carla Meneses Hardman (81-997691105); Emmanuely C. Lemos (81-997190294); Letícia L. A. G. Bastos (81-971076691); Lúria M. L. Scher (81-998955212). Se suas dúvidas não forem resolvidas pelos pesquisadores ou seus direitos sejam negados, favor recorrer ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Pernambuco, localizado à Av. Agamenon Magalhães, S/N, Santo Amaro, Recife-PE, telefone 81-3183-3775, e-mail comite.etica@upe.br.

Consentimento Livre e Esclarecido

Eu _____ após ter recebido todos os esclarecimentos e ciente dos meus direitos, concordo em **participar desta pesquisa** como voluntária, bem como autorizo a divulgação e a publicação de toda informação por mim transmitida, exceto dados pessoais, em publicações e eventos de caráter científico. Desta forma, assino este termo, juntamente com o pesquisador, em duas vias de igual teor, ficando uma via sob meu poder e outra em poder do(s) pesquisador(es).

Local: _____ Data: ____ / ____ / ____

Assinatura do(a) participante

Assinatura do pesquisador

RECUSA (Em caso de recusa, o(a) Sr.(a) não será penalizado(a). Garantimos que o(a) Sr.(a) tem o direito de retirar o consentimento da sua participação em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer penalidade.).

Sexo: [0] Masculino [1] Feminino **Data de nascimento:** ____ / ____ / ____ **Sector censitário:** _____

Motivo: _____