

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA - UESB
DEPARTAMENTO DE SAÚDE – DS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE**

**FATORES ASSOCIADOS AO NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA E AOS
TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS ENTRE IDOSOS
RESIDENTES EM COMUNIDADE.**

PAULO DA FONSECA VALENÇA NETO

**JEQUIÉ/BA
2014**

PAULO DA FONSECA VALENÇA NETO

**FATORES ASSOCIADOS AO NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA E AOS
TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS ENTRE IDOSOS
RESIDENTES EM COMUNIDADE.**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, área de concentração em Saúde Pública, para apreciação e julgamento da Banca Examinadora.

Linha de Pesquisa: Vigilância a Saúde

Orientador: Prof. DSc. Cezar Augusto Casotti

**JEQUIÉ/BA
2014**

V247 Valença Neto, Paulo da Fonseca.
Fatores associados ao nível de atividade física e aos transtornos mentais comuns entre idosos residentes em comunidade/Paulo da Fonseca Valença Neto.- Jequié, UESB, 2014.
120 f. il.; 30cm. (Anexos)

Dissertação (Programa de pós-graduação em Enfermagem e Saúde)-Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, 2013.
Orientador: Prof. DSc. Cezar Augusto Casotti.

1. Saúde do idoso – Inatividade física e transtornos mentais 2. Idoso – Hábitos de vida e saúde mental 3. Atividade física – Nível entre idosos 4. Epidemiologia – Inatividade física e transtornos mentais comuns entre idosos I. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia II. Título.

CDD – 613.7044

FOLHA DE APROVAÇÃO

VALENÇA NETO, Paulo da Fonseca. **Fatores associados ao nível de atividade física e aos transtornos mentais comuns entre idosos residentes em comunidade.** 2014. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, área de concentração em Saúde Pública. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB. Jequié, Bahia.

Banca Examinadora

Profº Drº Cezar Augusto Casotti

Doutor em Odontologia Preventiva e Social.

Professor Adjunto da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia.

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde

Orientador e Presidente da Banca

Profº Drº Rafael Pereira de Paula

Doutor em Engenharia Biomédica.

Professor Assistente da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia.

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde

Profº Drº Djanilson Barbosa dos Santos

Doutor em Saúde Pública.

Professor Adjunto da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia.

Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas

Jequié/BA, 10 de fevereiro de 2014.

Dedicatória

PRIMEIRAMENTE A DEUS, por me conceder a graça da vida, a oportunidade em servi-lo e a força necessária para suportar os momentos difíceis dessa trajetória.

E ESSENCIALMENTE a minha amada mãe Valdeci e minha eterna Avó D. Josefa (in memoriam), minhas guias aqui na terra, além de Deus, e que me trazem a todo o momento o equilíbrio e discernimento necessários para propagar o bem.

AGRADECIMENTOS

Agradeço as bênçãos do nosso Bom Deus, o nosso refúgio e a nossa fortaleza, por me proporcionar a força necessária para resistir às adversidades. A Ti senhor, toda honra e toda glória.

Agradeço a minha família, por proporcionar os ensinamentos necessários para enfrentar as batalhas impostas pelo desafio de viver.

Em especial as minhas Mães Valdeci e D. Josefa (Nefinha), meus ícones no céu e na terra, pois me fazem querer sempre mais e melhor, colocando em evidência a determinação em viver e o respeito ao próximo. Peço desculpas pelas vezes em que não pude estar presente. Pude aprender ao longo do tempo que toda e qualquer conquista é precedida de resignação.

A Fabrício e Larissa, os exemplos de irmãos que cada caçula necessita, fornecendo sempre as lições mais valiosas, mesmo que em momentos de silêncio. Com vocês eu aprendi que perseverar é o que nos coloca um passo a frente na busca dos nossos ideais. Todo o meu agradecimento pelo apoio e compreensão em relação aos meus ideais de vida. AMO VOCÊS!

A minha namorada, pelo carinho, paciência, dedicação e incentivo constante. Você tem me ensinado a enxergar a vida de uma forma diferente... O meu sincero agradecimento por ter você em minha vida, TE AMO.

A Cezar Augusto Casotti, aquele que além de orientador se tornou um PAI. Por toda a confiança depositada, autonomia, respeito e acima de tudo o apoio incondicional. Você me permitiu muito mais do que a iniciação a pesquisa, me proporcionou compreender que há mais além do horizonte. Foi ombro amigo, foi companheiro, foi desorientador, foi pacificador, foi aquele que conseguiu de fato com poucas palavras demonstrar o amor ao próximo e pelo que faz. Carrego em mim todos os seus ensinamentos, além dos exemplos de simplicidade e cordialidade, de ser humano em essência, prometo propagá-los para o bem. A você o meu sincero agradecimento, pois sem o seu APOIO eu jamais conseguiria seguir em frente nessa jornada, que, diga-se de passagem, se prolongou mais até do que eu imaginava. Obrigado por tudo!

A todos os professores e funcionários do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, os quais me proporcionaram efetivar o primeiro passo de um sonho.

Em especial à Prof^a Alba Benemerita, que me acompanha numa longa jornada e se faz presente em todas as minhas conquistas acadêmicas. Pelas palavras de incentivo, de coragem e consolo nos momentos difíceis desse caminhar.

A Neilma e Lohane, por toda paciência e empenho em auxiliar nas mais diversas solicitações. Pelas conversas constantes, pelos desabafos, pelos sorrisos, vocês são essenciais nesse processo, o meu muitíssimo obrigado.

A todos os colegas do mestrado, especialmente a turma 2012, pelo convívio, pela troca de experiências, pelos momentos de descontração, e principalmente pelos trabalhos desenvolvidos em parceria, iniciamos a luta, mas a batalha continua.

Em especial aos meus colegas/amigos Luciene Bispo, Leonardo Peixoto, Bruna Paula, Michele Saquetto, Marcela Rios, Doane Martins, Juliana Oliveira, Jules Ramon, Tatiane Oliveira e Alessandra Sales. Sem vocês nada teria graça, dividimos momentos importantes, espero que esse laço criado seja carregado por toda a vida. Deus tem um propósito na vida de cada um de nós, e não foi ao acaso que ele os colocou no meu caminho.

Aos meus companheiros de jornada, Seu Ícaro Ribeiro e Dona Ivna Vidal, vocês são bênçãos trazidas por Deus... Essa vitória é nossa! Muito obrigado pelas palavras de apoio, pela amizade, pela cumplicidade, pelas longas caminhadas na execução do projeto. Este trabalho também é dedicado a vocês, afinal de contas fazem parte dessa história.

Aos bolsistas de iniciação científica (Samara, Laércio e Thiago) e ao professor Juarez pelas contribuições no decorrer da caminhada, além do compromisso firmado na execução desse projeto. Meu muito obrigado.

A todos os meus amigos irmãos, mesmo os ausentes fisicamente, vocês me mantêm firme e forte na minha caminhada, me nutrem a todo o momento e me fazem sentir a alegria da vida. Vocês são o meu apoio incondicional. Um salve especial a Ramiro, Juli, Marcio (Macinho da Bahia) Carlinhos (Gzus), Viviana, Natalia, Ernane, Leane, Farley, Saulo Rocha, Carlinhos (Bigau), Aline (Comadre).

Aos idosos do município de Aiquara, meu agradecimento especial, pois gentilmente abriram suas portas para a realização da pesquisa.

A Secretaria de Saúde do município pela liberação e apoio durante o período de realização, bem como a pessoa do secretário de saúde Ocimar Bispo, pelo seu empenho em contribuir como possível.

A todos os profissionais do município que contribuíram direta ou indiretamente para que tivéssemos êxito.

Ao Prof. Rafael de Paula pela disponibilidade e apoio em diversos momentos.

À professora Darci Neves, pela confiança estabelecida, por me incentivar no caminhar dos estudos na saúde mental.

A Universidade Estadual do Sudoeste e a todos os funcionários (professores, serventes, motoristas, vigilantes, assistentes administrativos, dentre outros) pela imensa contribuição no meu processo de formação acadêmica e humana, pelas conversas, pelos sorrisos, pelos apertos de mão, que ao longo desses sete anos foram os substitutos da ausência da minha família. Vocês abrilhantaram esse momento.

A Coordenação de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo auxílio através da bolsa de mestrado.

E por fim, a todos os que não foram citados, mas que contribuíram direta ou indiretamente para a realização desse trabalho.

E a luta continua...

Tenha coragem, vá em frente!

Determinação, coragem e autoconfiança são fatores decisivos para o sucesso. Não importam quais sejam os obstáculos e as dificuldades, se estamos possuídos de uma inabalável determinação, conseguiremos superá-los. Independentemente das circunstâncias, devemos ser sempre humildes, recatados e despidos de orgulho.

(Dalai Lama)

“A tarefa não é tanto ver aquilo que ninguém viu, mas pensar o que ninguém ainda pensou sobre aquilo que todo mundo vê.”

(Arthur Schopenhauer)

VALENÇA NETO, Paulo da Fonseca. **Fatores associados ao nível de atividade física e transtornos mentais comuns entre idosos residentes em comunidade.** Dissertação [Mestrado]. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié-BA. 2014. 120p.

RESUMO

O fenômeno da longevidade, presente tanto em países desenvolvidos quanto em desenvolvimento, se tornou nas últimas décadas temática relevante para pesquisadores, políticos e formuladores de políticas. Vive-se mais, porém as decorrências dessa longevidade podem se estender por diversos aspectos da condição humana, implicando no aumento das demandas de cuidado. Assim, considerando a necessidade do reconhecimento da situação de saúde dessa população, este estudo objetivou avaliar os fatores associados a inatividade física e aos transtornos mentais comuns entre idosos residentes na zona urbana do município de Aiquara, Bahia. Trata-se de um estudo de transversal, censitário, de base domiciliar, realizado no período de Fevereiro a Abril de 2013, no município de Aiquara, Bahia, Brasil, com 232 indivíduos com idade superior a 60 anos. Para coleta de dados foi utilizado um formulário contendo informações sociodemográficas, condições de saúde, hábitos de vida e saúde mental. Para a triagem dos TMC utilizou-se o Self Reporting Questionnaire. Para a avaliação do nível de atividade física global foi realizado por meio do Questionário Internacional de Atividades Físicas- IPAC- versão adaptada para idosos. Procedeu-se a estatística descritiva e, para os testes de associação foi utilizado o teste de qui-quadrado de Pearson, além de cálculo das razões de prevalência, sendo adotado intervalo de confiança (95%) e nível de significância $p \leq 0,05$. Utilizou-se a regressão logística no intuito de realizar um ajuste simultâneo das variáveis estudadas. Dos 232 idosos, 136 são mulheres (58,6%) e a média de idade foi de 71,6 anos $\pm 7,46$, sendo o valor máximo de 93 anos. A análise dos dados revelou que ser do sexo feminino (RP=2,49 IC95% 1,27 – 4,88), possuir autopercepção de saúde negativa (RP=2,73 IC95% 1,46 – 5,10), possuir distúrbios do sono (RP=3,12 IC95% 1,56 – 6,21) e ser inativo fisicamente (RP=2,30 IC95% 1,20 – 4,41), estavam associados à maior prevalência de TMC. E ainda que, ser do sexo masculino, possuir distúrbios do sono e ter suspeição de transtornos mentais comuns, são características que se apresentaram associadas à maior prevalência inatividade física entre os idosos. Faz-se necessário incorporar estratégias que visem à melhoria das condições de saúde física e mental dos idosos, através de articulação entre as políticas de atenção à saúde da população.

Descritores: Idoso; atividade física; transtornos mentais comuns; saúde do idoso.

VALENÇA NETO, Paulo da Fonseca. **Factors associated with physical activity and mental disorders common among seniors living in the community.** Thesis [MA]. Post-Graduation Program in Nursing and Health, State University of Southwest of Bahia. Jequié-BA. 2014. 120p.

ABSTRACT

The phenomenon of longevity, present both in developed countries and in development, became in the last decades relevant thematic for researchers, politicians and policymakers. Live more, but the ramifications of this longevity can extend over several aspects of the human condition, resulting in increased demands for care. Considering the necessity of recognition of the health situation of the population, this study aimed to evaluate the factors associated with physical inactivity and mental disorders common among elderly residing in the urban area of the city of Aiquara, Bahia, Brazil. This is a transversal study, population-based, conducted in the period from February to April 2013, with 232 individuals over the age of 60 years. A specific form was used to obtain information about demographic information, information about self-perception of health, sleep disorders, life habits and mental health conditions. Global physical activity assessment was carried out through the International Physical activity Questionnaire-IPAC- adapted version for seniors. For triage of the CMD used Self Reporting Questionnaire. Descriptive statistics was made and, for the tests of Association was used the Chi-square test of Pearson, in addition to calculation of prevailing reasons, being adopted the confidence interval (95%) and $p \leq 0.05$ significance level. Logistic regression was used in order to perform a simultaneous adjustment of the studied variables. Among the 232 elderly, 136 are women (58.8%) and the average age was 71.6 years (SD = 7.46), being the maximum value of 93 years. The analysis of the data revealed that being female (RP = 2.49 95% CI 1.27-4.88), self-perception of negative health (RP = 2.73 95% CI 1.46-5.10), sleep disturbances (RP = 3.12 95% CI 1.56-6.21) and being physically inactive (RP = 95% CI 1.20 – 2.30 4.41), was associated with higher prevalence of TMC. And yet, be male, sleep disturbances and suspicion of common mental disorders, are characteristics that were associated with higher prevalence of physical inactivity among seniors. It is necessary to incorporate strategies aimed at the improvement of physical and mental health of the elderly, through coordination between the policies of health care of the population.

Keywords: Aged; Motor Activity; Mental Disorders; Health of the elderly.

APRESENTAÇÃO AOS LEITORES

A dissertação intitulada “Fatores associados ao nível de atividade física e transtornos mentais comuns entre idosos residentes em comunidade” insere-se na linha de pesquisa em Vigilância à Saúde, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, área de concentração em Saúde Pública, da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia.

Está estruturada em introdução do estudo, revisão bibliográfica, os objetivos da pesquisa, hipótese, apêndices e anexos. Os resultados e a discussão do estudo estão apresentados em formato de artigos científicos, conforme o regimento do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Os manuscritos científicos produzidos serão posteriormente e submetidos às revistas científicas “*Cadernos de Saúde Pública*” e “*Ciência e Saúde Coletiva*” Qualis A2 e B1 respectivamente.

A confecção do presente trabalho torna-se requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem e Saúde.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Mapa da zona urbana do município de Aiquara, Bahia, Pag. 34
Brasil, 2013.

LISTA DE TABELAS

MANUSCRITO 1

Tabela 1 – Caracterização dos idosos residentes na área urbana segundo características sociodemográficas, hábitos de vida e condições de saúde, Aiquara, Bahia, Brasil, 2013. Pag. 48

Tabela 2 – Prevalência de transtornos mentais comuns entre idosos segundo características sociodemográficas, hábitos de vida e condições de saúde, Bahia, Brasil, 2013. Pag.49

Tabela 3 – Coeficiente de regressão, RP ajustado, intervalo de confiança e valor de p das variáveis incluídas no modelo de predição quanto a TMC. Aiquara, Bahia, Brasil, 2013. Pag.51

MANUSCRITO 2

Tabela 1 – Caracterização dos idosos residentes na área urbana segundo características sociodemográficas, hábitos de vida e condições de saúde, Aiquara, Bahia, Brasil, 2013. Pag. 64

Tabela 2 – Prevalência de inatividade física entre idosos segundo características sociodemográficas, condições de saúde, hábitos de vida e saúde mental, Aiquara, Bahia, Brasil, 2013. Pag. 66

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
DANT	Doenças e Agravos Não Transmissíveis
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Intervalo de Confiança
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IPAC	International Physical Activity Questionnaire
OMS	Organização Mundial de Saúde
QV	Qualidade de Vida
RP	Razão de Prevalência
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TMC	Transtornos Mentais Comuns

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	18
2 OBJETIVOS	22
2.1 OBJETIVO GERAL.....	22
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	22
3 REVISAO DE LITERATURA	23
3.1 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL.....	23
3.1.2 Envelhecimento: aspectos psicossociais.....	24
3.1.2.1 Transtornos Mentais Comuns.....	25
3.2 SAUDE E QUALIDADE DE VIDA E ENVELHECIMENTO.....	27
3.2.1 Condições de Saúde.....	27
3.2.2 Estilo de Vida de Idosos.....	28
3.2.2.1 Nível de Atividade Física de Idosos.....	30
3.2.3 Qualidade de Vida.....	31
4 METODOLOGIA	33
4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO.....	33
4.2 LOCAL DE ESTUDO.....	33
4.3 POPULAÇÃO-ALVO.....	34
4.3.1 Critérios de elegibilidade.....	35
4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	35
4.5 VARIÁVEIS DE ESTUDO.....	37
4.5.1 Variáveis Dependentes.....	35
4.5.2 Variáveis de Independentes.....	35
4.6 COLETA DE DADOS.....	38
4.7 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS.....	40
4.8 ASPECTOS ÉTICOS.....	40
5 RESULTADOS	42
5.1 MANUSCRITO 1 - PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS AOS TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS ENTRE IDOSOS RESIDENTES EM COMUNIDADE	43
5.2 MANUSCRITO 2 - FATORES ASSOCIADOS À INATIVIDADE FÍSICA ENTRE IDOSOS RESIDENTES EM COMUNIDADE	59
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	73
REFERÊNCIAS	74
APÊNDICES	83
Apêndice A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.....	84
Apêndice B - Manual do entrevistador.....	85
Apêndice C - Instrumento de Coleta.....	104
ANEXOS	123
Anexo A - Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa.....	124

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional está consolidado como um fenômeno presente na maioria dos países desenvolvidos e em desenvolvimento, tornando-se, portanto temática relevante para pesquisadores, políticos e formuladores de políticas sociais. O fenômeno da longevidade e o crescimento progressivo da população idosa originaram desafios que transformam o envelhecimento em um tema dominante no século XXI.

A dinâmica do processo de envelhecimento apresenta padrões distintos conforme o grau de desenvolvimento do país. Onde se predominava um desenvolvimento econômico consolidado, esse processo ocorreu simultaneamente a melhorias sociais e de saúde da população. Nos países em desenvolvimento essa transição procedeu em um curto espaço de tempo, sem a devida organização para a nova demanda e melhorias socioeconômicas (LIMA-COSTA e VERAS, 2003; VERAS, 2009).

Dados do Censo de 2002 revelaram que o número de idosos no Brasil era de 14,5 milhões (8% da população total), sendo superado em 2010 por uma estimativa de 19 milhões de pessoas com idade superior a 60 anos, demonstrando aumento considerável da população idosa (IBGE, 2010). Para 2030, estima-se que o percentual de idosos representará aproximadamente 19% da população nacional (IBGE, 2008).

Nos países desenvolvidos, são classificados como idosos os indivíduos que apresentem idade igual ou superior a 65 anos (ZIMERMAN, 2000). No Brasil, de acordo com o Estatuto do Idoso, essa faixa etária é compreendida por indivíduos com idade ou superior a 60 anos (BRASIL, 2003).

Diante da ampliação da longevidade haverá um aumento das demandas de cuidado, devido à elevada incidência de doenças crônicas, declínio da capacidade funcional e consequente perda de autonomia (IBGE, 2008; VERAS, 2009).

Ao mesmo tempo, o elevado número de doenças crônicas que acometem a pessoa idosa tem na própria idade seu principal fator de risco. Segundo Veras (2011), a qualidade de vida não seria determinada pela presença ou ausência da doença, mas sim pela capacidade da pessoa conduzir a própria vida de maneira

independente. Neste período surgem mudanças de ordem social, como redução da rede de relações, isolamento, depressão, e outros episódios com forte influência sobre a vida do idoso, colaborando para a diminuição do bem-estar e da qualidade de vida (PASCHOAL, 2005, 2005a).

Desta forma, o processo de viver com ou sem saúde não se reduz a uma evidência orgânica, natural e objetiva e nem a um estado de equilíbrio, mas relaciona-se profundamente às características de cada contexto sociocultural e aos significados atribuídos por cada indivíduo ao seu processo de viver (DALMOLIN et. al. 2011).

Vive-se mais e melhor, porém as implicações da longevidade se estendem por múltiplos aspectos da condição humana, repercutindo em dimensões biológicas, psicológicas, sociais, econômicas, dentre outras (AMARO; JOHANN; MEIRA, 2007).

Na atualidade, um dos grandes problemas de saúde pública enfrentados são as morbidades psíquicas, as quais comprometem a saúde da população, e ainda geram alto custo para a saúde pública (ROCHA et. al. 2010). Segundo estimativas da Organização Mundial de saúde, uma em cada quatro pessoas poderá vir a ser comprometida por algum distúrbio mental durante a vida (WHO, 2002).

Dentre as morbidades psíquicas evidencia-se os Transtornos Mentais Comuns (TMC), categoria nosológica instituída por Goldberg e Huxley (1992) para os casos que apresentam sintomas não psicóticos, como a fadiga, irritabilidade, esquecimento, ansiedade, depressão, a dificuldade de concentração, insônia, bem como queixas somáticas. Os TMC têm destaque, pois apresentam características prejudiciais para os indivíduos seja no âmbito pessoal, social, familiar, dentre outros (WHO, 2002).

Diante disto, destaca-se que a melhoria dos sintomas depressivos, ansiedade, estresse, bem-estar, bem como o aumento da autoestima e da interação social podem ser beneficiados por meio da prática de atividades físicas (REIJNEVELD; WESTHOFF; HOPMAN-ROCK, 2003; PELUSO; ANDRADE, 2005; HARVEY et. al., 2010; ROCHA et. al., 2010) A atividade física é uma ferramenta essencial à manutenção da saúde e da capacidade funcional, à prevenção de doenças crônicas e ao tratamento de alguns distúrbios de saúde em idosos, contribuindo para melhoria do humor e autoestima, diminuição do estresse e da

ansiedade, e melhora da satisfação, das funções cognitivas (GOBBI, 1997; FUKUKAWA et. al., 2004).

Por outro lado a inatividade física ou sedentarismo evidencia-se como uma das causas vitais para ocorrência de problemas na saúde do idoso, sendo responsável por alterações estruturais e funcionais, bem como declínio qualitativo do desempenho motor, além da perda da autonomia e independência (KRINSKI et al., 2008; LOJUDICE et. al., 2008).

O ideal seria envelhecer de forma saudável estabelecendo uma interação multidimensional entre saúde física e mental, independência na vida diária, independência econômica e suporte social (RAMOS, 2003). Surge nesta perspectiva a discussão sobre a qualidade de vida, que se caracteriza conforme a percepção do sujeito acerca de sua disposição no contexto sociocultural ao qual está inserido, considerando suas perspectivas, objetivos, padrões e preocupações. Relaciona-se essa percepção com a autoestima e bem-estar individual e envolve aspectos como o estado de saúde, hábitos e estilo de vida (WHOQOL, 1995, MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000; VECCHIA et. al. 2005).

As demandas da sociedade atual suscitam reconhecimento, sobretudo acerca da qualidade de vida das pessoas idosas, fomentando discussões a partir de elementos objetivos, respeitando-se a diversidade e significados dos modos de vida ao envelhecer (FURTADO, 2013).

Nesse sentido, informações em saúde são cada vez mais essenciais para o planejamento, monitoramento, bem como programação e gerência de possíveis intervenções em saúde coletiva e individual, principalmente quando se considera o contexto de mudanças do padrão epidemiológico, ampliação do conceito saúde-doença, bem como a incorporação das atividades de promoção da saúde.

Apesar do avanço no número de pesquisas com idosos, informações referentes à saúde física e mental desta população em municípios de pequeno porte, com características agrícolas e baixos níveis socioeconômicos são escassos. Têm-se então a evidência da importância eminentemente crescente de investigações populacionais, que permitam (re) conhecimento do perfil e dos fatores de risco à saúde dessa população, visto que dos mais de 5.000 municípios brasileiros 47,9% são de pequeno porte.

Diante do exposto, surgem as questões norteadoras:

- Qual a prevalência e os possíveis fatores associados aos transtornos mentais comuns em idosos do município de Aiquara, Bahia?
- Quais os fatores associados ao nível de atividade física dos idosos do referido município?

Espera-se que estes questionamentos possibilitem respostas capazes de servir como insumo para o reconhecimento da situação de saúde e conseqüente proposição de estratégias de intervenção que visem à melhoria das condições de saúde física e mental dos idosos de municípios de pequeno porte, com baixos níveis socioeconômicos.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar as condições de saúde física e mental de idosos residentes na zona urbana do município de Aiquara, Bahia.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Descrever as características sociodemográficas dos idosos residentes no município de Aiquara, Bahia;
- ✓ Identificar a prevalência e os fatores associados aos Transtornos Mentais Comuns entre idosos residentes no referido município.
- ✓ Analisar os fatores associados à inatividade física entre idosos do município de Aiquara, Bahia.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL

O envelhecimento populacional, fenômeno também presente em países em desenvolvimento, resulta de múltiplos fatores como transformações do perfil demográfico pelo declínio das taxas de mortalidade e fecundidade, modernização da sociedade, e avanços da ciência. Tais aspectos favorecem o controle de doenças, contribuindo para o aumento da longevidade, melhoria das condições de vida, e aumento da esperança de vida da população idosa (NOGUEIRA, 2008; IBGE, 2010).

No Brasil, onde a população atual ultrapassa cerca de 190 milhões de habitantes, o número de indivíduos acima de 60 anos corresponde a cerca de 12% da população (IBGE, 2010). Até 2015, o grupo etário de 65 a 74 anos aumentará a taxas crescentes e superiores a 3% ao ano, e aquele com 75 ou mais anos de idade a taxas significativamente superiores a 4% (CARVALHO, WONG, 2008).

Acredita-se que o Brasil poderá vir a ser o sexto país do mundo com maior número de pessoas com 60 anos ou mais no ano de 2020, podendo atingir cerca de 30 milhões de idosos (CARVALHO; GARCIA, 2003).

A expectativa média de vida dessa população não ultrapassava os 45,5 anos em 1940, passando para 72,7 anos em 2008, com probabilidade de aumento para 81,2 anos em 2050 (IBGE, 2008a).

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), nos países em desenvolvimento, define-se como idoso aquele com mais de 60 anos, enquanto nos países desenvolvidos somente a partir de 65 anos (ZIMERMAN, 2000). No Brasil, o estatuto do idoso define nesta categoria o indivíduo com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos (BRASIL, 2003).

O envelhecimento caracteriza-se como um processo de mudanças universais fisiológicas, psicológicas e sociais, envolvendo também alterações na composição corporal, relativas à diminuição da massa muscular, da estatura, da densidade óssea, traduzidas pela diminuição da plasticidade comportamental, e pelo aumento da vulnerabilidade, decorrente de perdas evolutivas e aumento da probabilidade de morte (DEY et. al., 1999; JANSSEN; ROSS, 2005; RACETTE et. al., 2006; AMARO; JOHANN; MEIRA. 2007; VIRTUOSO-JUNIOR et. al.2012; XI et. al. 2012).

Tem-se então que o aumento do contingente de idosos atrelado ao processo natural de envelhecimento pode repercutir num expressivo impacto na saúde pública, pelo aumento da demanda por serviços de atenção à saúde dessa população. Representa também um grave problema para a sociedade, caso esse acréscimo da expectativa de vida não seja vivido em condições de ideais de saúde (RAMOS; COELHO FILHO; 1999; ALVES; RODRIGUES 2005).

A ampliação significativa da longevidade aponta para a necessidade de se compreender a senilidade e suas consequências (JUNQUEIRA, 1998). Não basta apenas adicionar anos a vida, faz-se necessário o envelhecimento de maneira saudável. Lima-Costa e Veras (2003) afirmam que viver mais é importante desde que se consiga acrescentar qualidade aos anos adicionais de vida.

3.1.1 Envelhecimento: aspectos psicossociais

O envelhecimento envolve processos que implicam na diminuição gradativa da possibilidade de sobrevivência, seguida por alterações físicas, comportamentais, na experiência e nos papéis sociais (MORAGAS, 1997). É percebido como parte integrante e fundamental do curso de vida de cada indivíduo, sendo justamente nessa etapa que surgem experiências e características próprias, resultantes da trajetória de vida, onde algumas

predominam com maior ênfase sobre outras, integrando assim a concepção do indivíduo idoso (MENDES et al., 2005).

As tensões psicológicas e sociais podem apressar as deteriorações associadas ao processo de envelhecimento e afetar negativamente a qualidade de vida e a satisfação com a mesma (GONÇALVES; KAPCZINSKI, 2008).

O envelhecimento social pode ocasionar ao idoso, inclusive nas relações interpessoais, diversos aspectos como crise de identidade, gerando reflexos na autoestima; mudança de papéis quer seja na família, trabalho ou na sociedade; aposentadoria, reflexos da inutilidade para o trabalho; diminuição dos relações sociais; dentre outras; perdas diversas que vão desde a condição econômica ao poder de decisão, da independência e da autonomia (ZIMERMAN, 2000; TEIXEIRA, 2004).

As alterações psicológicas, resultantes do processo de envelhecer, podem ser demonstradas pela dificuldade de adaptação aos novos papéis, pela diminuição da motivação e pela dificuldade no planejamento de atividades. Observa-se então a necessidade de reconhecimento das perdas orgânicas, afetivas e sociais, bem como, até em relação às dificuldades estabelecidas pela necessidade de adaptação das mudanças rápidas, além das alterações psíquico-emocionais como depressão, somatização, baixa autoestima, dentre outras (ZIMERMAN, 2000; TEIXEIRA, 2004).

3.1.2.1 Transtornos Mentais Comuns (TMC)

A saúde mental, negligenciada em diversas regiões do mundo, tem ocupado um pequeno espaço em termos de prioridade no plano sanitário, mesmo sendo reconhecido efetivamente como um grande problema de saúde pública, por representar aproximadamente cerca de 13% da sobrecarga de doenças no mundo (WHO, 2002).

Os transtornos psíquicos menores, atualmente denominados transtornos mentais comuns (TMC), categoria nosológica estabelecida por Goldberg e Huxley (1992), apresentam características sintomatológicas não psicóticas tais como a fadiga, irritabilidade, esquecimento, a dificuldade de concentração, insônia, bem como queixas somáticas.

Segundo a OMS (WHO, 2002), observa-se acréscimo considerável de morbidades psíquicas na população, sendo os transtornos mentais comuns, dentre as morbidades apresentadas, aquele com grande destaque, pois apresentam características prejudiciais para os indivíduos seja no âmbito pessoal, social, familiar, dentre outros.

Os transtornos mentais, apesar de apresentar elevada prevalência, são pouco diagnosticados, são comumente tratados de maneira inadequada, o que pode originar prejuízos para a população, tanto social como economicamente. Além disso, as suas consequências podem ser potencializadas em razão do envelhecimento, bem como dos problemas socioeconômicos os quais essa população está submetida (WHO, 2002; LOPES; FAERSTEIN; CHOR 2003).

São responsáveis por cerca de duas vezes mais queixas de doenças físicas entre usuários de serviços de saúde, quando comparados com usuários sem manifestação de TMC, além disso, representam importante causa de adoecimento na atenção primária. Por apresentarem tal característica, sua alta prevalência é constatada na atenção básica, pois é vista como a primeira porta para o tratamento dessas manifestações (ARAÚJO; PINHO; ALMEIDA, 2005; FONSECA; GUIMARÃES; VASCONCELOS, 2008).

A presença constante de comorbidades principalmente na população idosa, atrelada a dificuldade de reconhecimento por parte dos profissionais, dificulta o reconhecimento dos transtornos mentais em nível primário, o que acaba favorecendo dificuldade no diagnóstico, consequentemente impedindo tratamento adequado (FLECK et. al., 2002).

Os estudos epidemiológicos, para determinar a prevalência de TMC em comunidades ou em serviços de atenção básica usam, em sua maioria, como instrumento de pesquisa, o Self-Reporting Questionnaire (SRQ- 20). Trata-se de um instrumento desenvolvido pela OMS para detecção de transtorno mental comum na população geral.

No Brasil, diversos estudos com população de adultos incluindo idosos, os quais utilizaram o SRQ-20, apontaram a variação da prevalência de TMC de 17% a 29,7%, encontrando associação com a idade avançada, sexo feminino, baixa escolaridade, inatividade física e menor renda (COSTA et. al. 2002; MARAGNO et. al. 2006; MARIN-LEON et. al. 2007; ROCHA et. al. 2010;).

3.2 SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA NO ENVELHECIMENTO

3.2.1 Condições de Saúde

A saúde é um elemento primordial para que os idosos continuem participando e contribuindo de forma ativa na sociedade. Neste sentido, há a necessidade de políticas que garantam ao idoso um sistema de saúde que atenda as necessidades mínimas, para que essas pessoas possam viver os anos adicionais de vida de forma independente.

A ampliação significativa da longevidade aponta para a necessidade de se compreender a senilidade e suas consequências (JUNQUEIRA, 1998). Não basta apenas adicionar anos a vida, faz-se necessário o envelhecimento de maneira saudável. Lima-Costa e Veras (2003) afirmam que viver mais é importante desde que se consiga acrescentar qualidade aos anos adicionais de vida.

Com o envelhecimento populacional, muitas pessoas são acometidas por doenças e agravos crônicos não transmissíveis (DANT), que se caracterizam

como estados permanentes ou de longa permanência, que mesmo não sendo fatais, essas condições comprometem a qualidade de vida das pessoas.

As doenças crônicas não transmissíveis podem afetar a funcionalidade. Entre os idosos constata-se que o desafio é conservar a autonomia, ou seja, a capacidade de gerir a sua própria vida. Nesse sentido, a capacidade funcional surge como um novo paradigma em saúde, sendo o envelhecimento saudável resultado da interação entre saúde física, saúde mental, independência na vida diária, integração social, suporte familiar e independência econômica (RAMOS, 2003).

A análise da condição de saúde do idoso tem sido alterada nas últimas décadas. O enfoque da mortalidade e longevidade vem sendo substituído pela avaliação do estado de saúde, e tem gerado investigações visando compreender a distribuição, os determinantes e as conseqüências da perda da capacidade funcional nas populações idosas (PARAYBA; VERAS, 2008).

A longevidade é uma das maiores conquistas da humanidade, porém não basta apenas envelhecer, é necessário agregar qualidade aos anos adicionais de vida. Essa percepção de qualidade de vida esta diretamente relacionada com alguns domínios específicos na vida como saúde, nível educacional, renda, trabalho, condições de moradia, relações sociais, autonomia entre outros (JOIA; RUIZ; DONALISIO, 2007).

3.2.2 Estilo de Vida de Idosos

Segundo a OMS (WHO, 1998), o estilo de vida pode ser fundamentado por padrões identificáveis de comportamento determinados pela influência mútua entre as características individuais, nas relações sociais e condições socioeconômicas e ambientais. Esses aspectos se combinam para influenciar todas as dimensões que compõem o conceito de saúde física, mental, social,

emocional e espiritual, e se traduzem por níveis de satisfação, competência, capacitação, aceitação social, qualidade de vida e de bem-estar (WHO, 1998; RAPLEY, 2003).

A adoção de estilos de vida saudáveis pode representar ganhos benéficos para a qualidade de vida das pessoas, na melhoria dos relacionamentos, atividades físicas e do dia a dia (BARRETO et. al., 2005; NAHAS, 2006).

Diante da atual conjuntura de aumento da expectativa de vida da população brasileira, do aumento do acesso aos bens de consumo, juntamente ao processo de globalização, os comportamentos relacionados ao estilo de vida durante a idade adulta podem ser fatores que levam a predisposição à ocorrência de doenças crônicas, e até mesmo potencializadores dos agravos à saúde.

Estudos apontam que doenças crônicas, bem como suas incapacidades, não são consequências inevitáveis do envelhecimento. A prevenção é efetiva em qualquer nível, mesmo nas fases mais tardias da vida. (PARAHYBA; VERAS; MELZER, 2005; VERAS et. al., 2007).

Podemos destacar que o estilo de vida pode ser influenciado por comportamentos de risco, uso excessivo do álcool e/ou tabaco, o que na velhice poderá interferir de diversas formas, seja na nutrição adequada do idoso, por concorrer com os nutrientes necessários para a manutenção do funcionamento adequado do organismo, bem como na adoção de práticas saudáveis de atividades físicas (MOREIRA; MARTINIANO FILHO, 2008)

Além disso, o hábito de fumar está associado ao uso de bebidas alcoólicas, podendo ser importante agente influenciador de alterações na capacidade visual e cognitiva do idoso (BURNS, 2003; GLASS et. al., 2006)

De acordo com Pereira, Barreto e Passos (2008) a redução das prevalências de fatores de risco como tabagismo e consumo de álcool com o envelhecimento, pode refletir tanto a mortalidade precoce de adultos mais jovens expostos a esses fatores quanto mudanças de comportamentos de risco após adoecimento.

3.2.2.1 Nível de Atividade Física de Idosos

A atividade física é uma ferramenta essencial à manutenção da saúde e da capacidade funcional, à prevenção de doenças crônicas e ao tratamento de alguns distúrbios de saúde em idosos. Seja ela executada de forma singular ou associada ao tratamento farmacológico e psicológico contribui para o aumento e a manutenção das relações sociais, melhora do humor e auto-estima, diminuição do estresse e da ansiedade, e melhora da satisfação, das funções cognitivas e do senso de auto-eficácia (GOBBI, 1997; FUKUKAWA et. al., 2004).

A inatividade física ou sedentarismo evidencia-se como uma das causas vitais para ocorrência de problemas na saúde do idoso, provocando alterações estruturais e funcionais e o declínio qualitativo do desempenho motor (KRINSKI et. al., 2008).

À medida que o avançar da idade se estabelece, o idoso sofre alterações nos seus sistemas de um modo geral. No sistema neuromuscular observa-se uma diminuição de força e massa muscular, situação denominada de sarcopenia, além de decréscimo da mobilidade e da resistência articular (VALE et. al., 2009). Estas alterações podem conduzir ao surgimento de doenças crônicas, diminuição da capacidade funcional, além da perda da autonomia e independência (LOJUDICE et. al., 2008).

A diminuição do nível de atividade física, bem como a manutenção da inatividade física, pode ser um fator agravante que antecipa e/ou acelerar o processo de declínio funcional, convertendo-se em fator causador de uma senilidade mais complexa, vindo a proporcionar um prejuízo na qualidade de vida, tendo como consequência a redução da sua capacidade para a realização das atividades da vida diária (MATSUDO; MATSUDO; BARROS NETO, 2001).

Estudos transversais apontam maior prevalência de depressão entre sujeitos com níveis mais baixos de atividade física e menor frequência de sintomas depressivos entre os mais ativos (HASSMÉN; KOIVULA; UUTELA, 2002; VAN GOOL et. al., 2003; GAZALLE et. al., 2004; DE MOOR et al. 2006).

Wiles et. al. (2007) em estudo sobre Atividade Física e TMC, relatam que estilos de vida mais fisicamente ativos parecem trazer benefícios à memória de idosos saudáveis ou portadores de patologias que acometem o sistema cognitivo.

Os programas de atenção à saúde de idosos beneficiam-se do conhecimento sobre a relação entre a prática de atividades físicas, a saúde física e o bem-estar subjetivo de idosos. Esse conhecimento contribui para adoção de medidas preventivas e de reabilitação e pode oferecer subsídios para políticas de saúde e de educação em saúde na velhice (DOMINGUES; NERI, 2009).

Tem-se então um consenso sobre os benefícios da atividade física para a saúde e longevidade entre especialistas da gerontologia, sendo divulgados por meio das diversas instituições e sociedades científicas, documentos que ressaltam a importância do estímulo a práticas de atividades físicas em ações de saúde pública (TRIBESS; VIRTUOSO JÚNIOR; OLIVEIRA, 2012).

3.2.3 Qualidade de vida

A Qualidade de vida (QV), definida pelo World Health Organization Quality of Life Group (Grupo WHOQOL) como "a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto dos sistemas de cultura e de valores em que vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações", é um construto dimensional, e potencialmente influenciado por um amplo conjunto de variáveis sociodemográficas, psicossociais, e relacionada com a saúde (BOWLING, 1995; CHACHAMOVICH et al., 2008; KIRCHENGAST; HASLINGER, 2008; PASCHOAL;

JACOB FILHO; LITVOC, 2008; IRIGARAY; TRENTINI, 2009; INOUYE et al., 2010).

Conseguir uma melhor compreensão dos fatores envolvidos na qualidade de vida em idosos é uma preocupação crescente na literatura nacional e internacional, principalmente nos conceitos de envelhecimento ativo e bem-sucedido (VECCHIA et al., 2005; ZANINOTTO; FALASCHETTI; SACKER, 2009).

A preocupação com QV na velhice ganhou expressão nas últimas décadas, devido ao aumento da expectativa de vida da população (ARGIMON, 2006).

Desde então o estudo da qualidade de vida de idosos tem um interesse interdisciplinar, várias são as disciplinas que o fazem e na gerontologia predominam os estudos que associam a qualidade de vida na velhice com satisfação e atividade.

As avaliações da QV têm sido amplamente utilizadas como uma importante medida na análise de intervenções terapêuticas, serviços e prática assistencial cotidiana na área da saúde, além de ser um importante indicador devido ao impacto físico e psicossocial que patologias ou incapacidades podem trazer na vida das pessoas. No âmbito da saúde coletiva, é esperado que práticas assistenciais e políticas públicas no campo da promoção da saúde ao idoso os proporcionem melhoria na qualidade de vida (SEIDL; ZANNON, 2004).

Uma boa qualidade de vida não é um atributo somente do ser biológico ou social, mas é a resultante do tipo de interação entre as pessoas em mudança, que vivem em uma sociedade em constante modificação. Envelhecer e ter uma boa qualidade de vida pode depender do equilíbrio entre as limitações e potencialidades do indivíduo o qual possibilitará lidar, em diferentes graus de eficiência, com as perdas que são próprias do processo de envelhecer (NERI, 2005).

4 METODOLOGIA

4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de estudo epidemiológico de corte transversal, censitário, de base domiciliar realizado no período de Fevereiro a Abril de 2013 no município de Aiquara, no estado da Bahia.

Para Medronho (2009), o delineamento transversal configura-se numa estratégia de estudo epidemiológico, sendo caracterizado pela observação direta de determinada quantidade de indivíduos num único período de tempo.

Trata-se de um estudo sobre fatores associados ao nível de atividade física e TMC em idosos que residem em município de pequeno porte. Na literatura, estudos para avaliar a saúde da população idosa no Brasil, com abordagem populacional e que adotam o desenho de corte transversal são realizados em sua maioria em cidades de médio e grande porte.

Pereira (2008) aponta algumas vantagens desse método, como a simplicidade, o baixo custo, a objetividade na coleta de dados, o alto potencial descritivo sobre as características dos eventos na comunidade e a detecção de grupos de alto risco. Pode o referido método, entretanto, apresentar algumas limitações, como o baixo poder analítico.

4.2 LOCAL DO ESTUDO

O município de Aiquara, localizado na região centro-sul do estado da Bahia, possui uma população estimada para o ano de 2013 de 4.767 habitantes, com baixo Índice de Desenvolvimento Humano – IDH de 0.583, sendo o 4562º em uma lista de 5565 municípios brasileiros. (IBGE, 2013; PNUD, 2010)

Além disso, o mesmo possui baixos indicadores de saúde. A cobertura da rede de abastecimento de água é de 56,3%, a de esgoto 49,1% e a incidência de pobreza de 47% (IBGE, 2012).

Figura 01 – Mapa da zona urbana do município de Aiquara, Bahia, Brasil.



Fonte: Bing Maps (2013).

4.3 POPULAÇÃO-ALVO

O estudo foi desenvolvido com indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos residentes na zona urbana do município de Aiquara-BA.

Foi procedido o censo da população idosa, em janeiro de 2013, a partir da listagem dos idosos cadastrados na Estratégia de Saúde da Família (ESF), que cobre 100% da população do município, para a identificação de todas as pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, não institucionalizados e residentes na zona urbana.

Nos países desenvolvidos é considerado idoso o indivíduo com idade mínima de 65 anos, no entanto, a Lei nº 10.741 que dispõe sobre o Estatuto do Idoso no Brasil, define como idade mínima 60 anos, o que justifica a escolha da delimitação da faixa etária do presente estudo.

Por tratar-se de um estudo censitário percorremos todos os domicílios da zona urbana do município. Foram identificados 263 idosos, destes 9 não aceitaram participar do estudo, vinte e dois não atenderam aos critérios de elegibilidade, 4

acamados, 15 por apresentarem doenças neurológicas prévias e três por problemas auditivos que comprometiam a compreensão dos questionamentos.

Desta forma, a população do estudo foi constituída por 232 idosos, de ambos os sexos residentes na área urbana.

4.3.1 Critérios de Elegibilidade

Considerou-se como elegível para participar deste estudo o idoso que cumprisse os seguintes critérios:

- ✓ ter 60 anos ou mais;
- ✓ não ser institucionalizado (não estar “internado” em instituições de longa permanência – asilos, casas de repouso, etc.);
- ✓ possuir residência fixa na zona urbana, dormindo mais de três noites no domicílio;
- ✓ não apresentar *déficit* cognitivo que impeça de responder às questões;
- ✓ não apresentar doenças neurológicas prévias;
- ✓ não apresentar problemas auditivos que comprometam a compreensão dos questionamentos

A participação dos sujeitos na pesquisa ocorreu de forma livre e espontânea, após terem sido os sujeitos do estudo devidamente informados e esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa, sendo garantido o sigilo das informações fornecidas.

4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Foi utilizado instrumento de coleta elaborado pelos pesquisadores envolvidos e respondido pelo participante em sua residência. Este instrumento foi composto por blocos de questões que formaram um único banco de dados,

entretanto por ser uma pesquisa multidisciplinar, nem todas as variáveis eram adequadas ao presente estudo. Assim, foram consideradas inicialmente as variáveis a seguir:

a) Características sociodemográficas: sexo, idade, situação conjugal, nível de escolaridade, raça/cor autorreferida, renda mensal;

b) Condições de saúde: autopercepção de saúde; doenças autorreferidas (diabetes, hipertensão), distúrbios do sono;

c) Hábitos de vida: Uso de bebidas alcoólicas; hábitos de fumar, nível de atividade física;

d) Saúde mental: suspeição de transtornos mentais comuns (SRQ-20)

NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA

A avaliação do nível de atividade física habitual foi realizada por meio do Questionário Internacional de Atividades Físicas- IPAC- versão adaptada para idosos (BENEDETTI et al., 2007). Foram feitas perguntas relacionadas ao tempo gasto fazendo atividade física na última semana. As perguntas incluíam as atividades praticadas no trabalho, para ir de um lugar a outro, por lazer, por esporte, por exercício ou como parte das suas atividades em casa ou no jardim.

Foram considerados ativos aqueles entrevistados que realizavam atividades físicas com intensidade moderada ou vigorosa por mais de 150 minutos/semana e inativos os que não atendiam à classificação. O procedimento adotado foi semelhante ao de outros estudos encontrados na literatura (PATE et al., 1995; HALLAL et. al., 2003;).

SAUDE MENTAL

Para a avaliação da saúde mental foi utilizado o *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20), desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde¹¹, e validado por Gonçalves, Stein e Kapczinski (2008), utilizado para identificar a suspeição de transtornos mentais. Foram feitas vinte perguntas de acordo com o

estipulado pelo instrumento. O resultado é uma medida quantitativa, assumindo valores de zero e a vinte pontos. Neste estudo adotou-se o ponto de corte de sete ou mais respostas positivas, o mesmo utilizado por Rocha et. al. (2010,2012). Na sua validação, o SRQ-20 apresentou sensibilidade de 86,33% e especificidade de 89,31%, tendo como padrão-ouro o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR (GONÇALVES, STEIN E KAPCZINSKI, 2008).

4.5 VARIÁVEIS DO ESTUDO

Para atender aos objetivos deste estudo, utilizou-se variáveis sociodemográficas, condições de saúde, hábitos de vida e saúde mental.

4.5.1 Variáveis Dependentes

As variáveis referentes ao nível de atividade física e transtornos comuns foram consideradas como sendo dependentes:

NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA - IPAQ

Classificação: ≥ 150 min. = Suficientemente Ativo
 < 150 min. = Insuficientemente Ativo

SAUDE MENTAL – SRQ-20

Classificação: ≥ 7 pontos = Com suspeição
 ≤ 6 pontos = Sem suspeição

4.5.2 Variáveis Independentes

As variáveis independentes foram divididas em:

Variáveis sociodemográficas:

- ✓ Sexo (Masculino e Feminino)

- ✓ Faixa Etária (60 a 79 anos / 80 ou mais)
- ✓ Situação Conjugal – (Com companheiro / Sem companheiro)
- ✓ Raça/Cor– referimos no instrumento à cor da pele (branca, amarela, parda, preta, índio) e categorizada em “Negros e não negros”.
- ✓ Arranjo familiar: (Sozinho ou Acompanhado).
- ✓ Renda (Dado contínuo) Sendo categorizado pela mediana em maior que 1 salário mínimo e menor que 1 salário mínimo.

Variáveis relacionadas às condições de saúde:

- ✓ Auto percepção de Saúde (Excelente, muito boa, boa, regular ou má) – sendo categorizada em Positiva (Excelente, muito boa, boa) e Negativa (Regular, má).
- ✓ Distúrbios do Sono (Sim ou não)
- ✓ Diabetes (sim ou não)
- ✓ Hipertensão (sim ou não)

Variáveis relacionadas aos hábitos de vida:

Uso de bebida Alcoólica – (Sim ou Não)

Hábito de Fumar (Tabaco) – (Sim ou Não)

4.6 COLETA DE DADOS

Para proceder à coleta de dados, elaborou-se um manual do pesquisador (APÊNDICE), cujo objetivo era facilitar a capacitação e a uniformização da equipe de pesquisadores que ficou responsável pela coleta de dados. Nesse manual, foram apresentadas instruções referentes ao preenchimento do instrumento utilizado na coleta de dados, ao sigilo do informante, à importância social da pesquisa, além de recomendações gerais à equipe.

Ficaram responsáveis por conduzir a coleta de dados no município de Aiquara-BA dois alunos, um ligado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde (PPGES-UESB) e outro ao Programa de Pós-Graduação em Biotecnologia em Saúde e Medicina Investigativa (CPqGM – Fiocruz), uma profissional bacharel em biologia e três discentes de cursos de graduação do Departamento de Saúde da UESB, bolsistas do Programa de Iniciação Científica.

Previamente à ida a campo para obtenção dos dados, o coordenador da pesquisa realizou oficinas teórico-prática com os participantes do estudo, objetivando padronizar o uso do instrumento de coleta de dados.

Após a capacitação dos examinadores, realizou-se, no mês de dezembro de 2012, e em janeiro de 2013 foi proposto um estudo-piloto com o intuito de testar o instrumento, realizado em cidade vizinha ao município escolhido para a realização da pesquisa, onde foi possível conhecer o tempo necessário para a entrevista, além de identificar possíveis dúvidas que surgiriam durante o seu preenchimento, bem como a adequação do instrumento.

Ao concluir o estudo-piloto, deu-se início à coleta de dados no município de Aiquara-BA, após o devido consentimento da Secretaria Municipal de Saúde.

Inicialmente, os domicílios da zona urbana do município de Aiquara foram separados por área de abrangência dos agentes comunitários de saúde, sendo visitados pelos entrevistadores devidamente treinados para o procedimento de identificação dos sujeitos com 60 anos ou mais.

A abordagem em cada domicílio era precedida de apresentação do entrevistador, informando sobre o teor da visita. Sendo identificado morador que estivesse contemplado nos critérios de elegibilidade, era procedido o convite para participação na pesquisa, sendo ele informado sobre todos os objetivos. Ao aceitar participar da pesquisa, era proferida a leitura do termo de consentimento livre e esclarecido, sendo ao idoso solicitado a assinar ou proceder à liberação através de impressão digital, sendo destinada uma cópia para sua posse.

Somente após aceitar a realização da pesquisa, era procedida a entrevista, sendo o idoso informado que caso fosse de sua vontade, a sua desistência poderia ser automática, não causando nenhum problema ou constrangimento.

Cada domicílio fechado era visitado no máximo três vezes, em dias e horários distintos.

4.7 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Inicialmente, foi realizada a codificação das variáveis pesquisadas. Em seguida, foi procedida a dupla digitação dos dados através do programa EPIDATA versão 3.0 (LAURITSEN; BRUSS; MYATT, 2002).

Após a tabulação foi procedida à comparação dos dois bancos de dados a fim de minimizar possíveis inconformidades no processo de digitação. Posteriormente à tabulação dos formulários de coleta, os dados obtidos foram exportados para o programa SPSS.

Para o tratamento estatístico foi realizada a análise descritiva das variáveis, calculando-se as frequências absolutas e relativas, bem como média e desvio-padrão. A associação entre o nível de atividade física (variável dependente) e os dados sociodemográficos, condições de saúde e hábitos de vida (variáveis independentes) foi procedida através do teste qui-quadrado (χ^2).

A associação entre os transtornos mentais comuns (variável dependente) e os dados sociodemográficos, condições de saúde e hábitos de vida (variáveis independentes) foi testada por meio da Técnica Análise de Regressão logística múltipla para avaliação simultânea das variáveis estudadas, permitindo estimar a contribuição independente das variáveis incluídas na análise, para fins de predição ou explicação do efeito estudado.

Foram calculados modelos robustos para estimar as razões de prevalência (RP), com os seus respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%). Em todas as análises a significância estatística adotada foi de 10% ($p < 0,10$). Os dados foram tabulados e analisados no *The Statistical Package for Social Sciences* para Windows (SPSS. 21.0, SPSS, Inc, Chicago, IL).

Em conformidade com as determinações da Resolução nº. 196 do Conselho Nacional de Saúde, de 10 de outubro de 1996, atualmente substituída pela resolução 466/12, que dispõe sobre a pesquisa científica envolvendo seres humanos, e respaldado nos aspectos éticos e legais, este estudo assegurou aos sujeitos da pesquisa o anonimato e o sigilo das informações prestadas, sendo estes garantidos por meio da cópia do TCLE, assinado pelos responsáveis da pesquisa.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UESB (CEP/UESB) (CAAE 10786212.3.0000.0055).

Durante a visita domiciliar os sujeitos tomaram conhecimento dos objetivos do estudo, bem como, dos procedimentos que seriam utilizados, então foi feito o convite para participação no estudo. Aqueles que concordaram em participar voluntariamente da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.

Durante todo o processo de participação na pesquisa, foi salientado a possibilidade de saída do participante do estudo em qualquer fase do mesmo, sem qualquer tipo de penalização.

Ademais, por serem os envolvidos neste estudo idosos, indivíduos considerados mais vulneráveis ou, possivelmente, sem condições cognitivas e emocionais para discernimento das finalidades e potenciais benefícios e riscos associados ao estudo, cuidados adicionais foram adotados para a participação dos mesmos, como por exemplo, a presença de um familiar que apresentasse como responsável pelo mesmo.

A privacidade dos participantes e a confidencialidade das informações obtidas foram asseguradas. Nenhum indivíduo foi identificado em qualquer relatório ou publicação resultante das avaliações. Apenas os resultados da pesquisa que puderem contribuir para a melhoria das condições de saúde da coletividade serão comunicados às autoridades competentes. Todos os participantes receberam os resultados de seus testes escritos e de forma que lhes permita o entendimento.

5 RESULTADOS

Apresentou-se o resultado dessa pesquisa no formato de dois artigos científicos elaborados considerando as instruções para os autores que constam no site das revistas selecionadas para a submissão.

Estes manuscritos visam atender os objetivos propostos por este estudo, visto que permitem compreender os fatores associados à inatividade física e aos transtornos mentais comuns entre idosos residentes no município de Aiçara, Bahia.

A saber:

Manuscrito 1 : Prevalência e fatores associados aos transtornos mentais comuns entre idosos residentes em comunidade – Elaborado conforme as instruções para autores que constam no site da Revista Científica **Cadernos de Saúde Pública**. Acesso em dezembro de 2013.

Manuscrito 2 : Fatores associados a inatividade física entre idosos residentes em comunidade – Elaborado conforme as instruções para autores que constam no site da Revista Científica **Ciência & Saúde Coletiva**. Acesso em dezembro de 2013.

5.1 MANUSCRITO 1: PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS AOS TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS ENTRE IDOSOS RESIDENTES EM COMUNIDADE.

Prevalência e fatores associados aos transtornos mentais comuns entre idosos residentes em comunidade

Prevalence and factors associated to common mental disorders among community dwelling elderly

Paulo da Fonseca **Valença Neto**
Cezar Augusto **Casotti**

RESUMO

O objetivo do estudo é investigar a prevalência e fatores associados aos transtornos mentais comuns (TMC) em idosos residentes na zona urbana de um município de pequeno porte, com baixos níveis socioeconômicos, do nordeste brasileiro. Estudo transversal, censitário, de base domiciliar, realizado em Aiquara, Bahia, Brasil, com 232 indivíduos com idade superior a 60 anos. Para coleta de dados foi utilizado um formulário contendo informações sociodemográficas, informações sobre autopercepção de saúde, distúrbios do sono, hábitos de vida e condições de saúde mental. Para a triagem dos TMC utilizou-se o Self Reporting Questionnaire. Para análise estatística foi utilizado a técnica de regressão logística, com o cálculo das razões de prevalência, intervalo de confiança (95 %) e nível de significância $p \leq 0,05$. A prevalência global de TMC foi 33,2 %. A análise dos dados revelou que ser do sexo feminino (RP=2,49 IC95% 1,27 – 4,88), possuir autopercepção de saúde negativa (RP=2,73 IC95% 1,46 – 5,10), possuir distúrbios do sono (RP=3,12 IC95% 1,56 – 6,21) e ser inativo fisicamente (RP=2,30 IC95% 1,20 – 4,41), estavam associadas à maior prevalência de TMC. A prevalência de TMC foi de 33,2%, sendo mais prevalente em mulheres, com autopercepção de saúde negativa, com distúrbios do sono e inativos fisicamente. Faz-se necessário incorporar estratégias que visem a melhoria das condições de saúde e qualidade de vida dos idosos, através de articulação entre as políticas de atenção à saúde da população.

Palavras-chave: Idosos; Transtornos Mentais; Saúde do Idoso.

ABSTRACT

The objective of this study is to investigate the prevalence and factors associated to common mental disorders (CMD) in elderly residents in the urban area of a small municipality, with low socioeconomic levels, in northeastern Brazil. This is a cross-sectional study, population-based, consisting of 232 individuals residing in the urban area of Aiquara, small municipality, with low socioeconomic levels, located in the Center-South region of Bahia, Brazil. A specific form was used to obtain information about demographic information, information about self-perception of health, sleep disorders, life habits and mental health conditions. For triage of the CMD used Self Reporting Questionnaire. For statistical analysis we used the logistic regression technique, with the calculation of prevalence reasons, confidence interval (95%) and $p \leq 0.05$ significance level. The global prevalence of TMC was 33.2%. The analysis of the data revealed that being female (RP = 2.49 95% CI 1.27-4.88), self-perception of negative health (RP = 2.73 95% CI 1.46-5.10), have sleep disturbances (RP = 3.12 95% CI 1.56-6.21) and being physically inactive (RP = 95% CI 1.20 – 2.30 4.41), were associated with higher prevalence of TMC. The prevalence of TMC was 33.2%, being more prevalent in women, with self-perception of negative health, sleep disorders and physically inactive. It is necessary to incorporate strategies aimed at the improvement of health and quality of life of older people, through coordination between the policies of health care of the population.

Keywords: Aged; Mental Disorders; Health of the elderly.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional está consolidado como um fenômeno presente na maioria dos países desenvolvidos e em desenvolvimento, tornando-se temática presente no cotidiano de pesquisadores.

As inquietações sobre o universo dos idosos trazem à tona questionamentos que ordenam respostas e conquistam espaços cada vez mais significantes no mundo contemporâneo. Tem-se então a evidência do viver mais e melhor, mas as implicações da longevidade se estendem em múltiplos aspectos da condição humana, repercutindo em dimensões biológicas, psicológicas, sociais, econômicas, dentre outras¹.

Um dos grandes problemas de saúde pública enfrentados na atualidade são as morbidades psíquicas, levando o comprometimento da saúde da população, refletindo em um alto custo para a saúde pública². Ainda de acordo com estimativas apontadas pela Organização Mundial de saúde, uma em cada quatro pessoas poderá vir a ser comprometida por algum distúrbio mental durante a vida³.

Os transtornos psíquicos menores, atualmente denominados transtornos mentais comuns (TMC), categoria nosológica estabelecida por Goldberg & Huxley⁴, tem como características sintomatológicas a fadiga, irritabilidade, esquecimento, a dificuldade de concentração, insônia, bem como queixas somáticas.

Rocha et. al.⁵ destaca que em muitos casos, as características supracitadas são equivocadamente observadas como inerentes ao processo de envelhecimento, o que por sua vez pode vir a comprometer o diagnóstico e tratamento em tempo hábil.

Os transtornos mentais comuns, são mais comumente observados com o avançar da idade^{2,6}, bem como em indivíduos do sexo feminino^{2,7-8}, além de uma maior predisposição em pessoas com comportamentos de risco (uso do tabaco)^{2,6}, condições precárias de moradia⁹, doenças crônicas e baixo nível educacional^{7-8,10}, bem como pessoas idosas inativas fisicamente no lazer⁵.

Apesar do avanço no número de pesquisas com idosos, informações referentes à saúde mental desta população em municípios de pequeno porte, com características agrícolas e baixos níveis socioeconômicos são escassos. Considerando que no Brasil, 47,9% dos municípios são classificados como de pequeno porte (inferior a 5.000 hab.) e ainda as limitações enfrentadas por este na oferta de serviços especializados, o presente trabalho objetivou investigar a prevalência e fatores associados aos TMC em idosos residentes em um município de pequeno porte, com baixo nível socioeconômico do nordeste brasileiro.

METODOS

Trata-se de um estudo de corte transversal, censitário, de base domiciliar, com população de 60 ou mais anos de idade residentes na área urbana do município de Aiquara, Bahia. De acordo com a definição do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, área urbana corresponde à área interna ao perímetro urbano de uma cidade ou vila, definida por lei municipal.

O município de Aiquara, localizado na região centro-sul do estado da Bahia, possui uma população estimada para o ano de 2013 de 4.767 habitantes, sendo o 410º município em população do Estado, de um total de 417. Possui Índice de Desenvolvimento Humano – IDH de 0.583, classificado de acordo com o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento – PNUD como baixo, sendo o 4562º, numa lista de 5.565 municípios brasileiros.

Foi procedido o censo da população idosa, em janeiro de 2013, a partir da listagem dos idosos cadastrados na Estratégia de Saúde da Família (ESF), que cobre 100% da população do município, para a identificação de todas as pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, não institucionalizados e residentes na zona urbana.

Um estudo-piloto foi conduzido por equipe previamente treinada, no intuito de testar a metodologia proposta e a adequação dos instrumentos de pesquisa em população com características semelhante.

Os domicílios da zona urbana do município de Aiquara foram separados por área de abrangência dos agentes comunitários de saúde, sendo visitados por entrevistadores devidamente treinados para o procedimento da identificação dos sujeitos com mais de 60 anos. Neste censo identificou-se 263 idosos, os quais foram convidados a participar do estudo, e após assinarem o termo de consentimento livre e esclarecido procedeu-se a entrevista, por meio de um questionário semi-estruturado.

Dos 263 idosos, nove se recusaram a participar do estudo, vinte e dois não atenderam aos critérios de elegibilidade, 4 acamados, 15 por apresentarem doenças neurológicas prévias e três por problemas auditivos que comprometiam a compreensão dos questionamentos, o que fez com que a população do estudo fosse de 232 indivíduos, de ambos os sexos.

Os dados foram obtidos através de instrumento contendo informações sociodemográficas (sexo, idade, situação conjugal, escolaridade, arranjo familiar, raça/cor, renda), informações sobre autopercepção de saúde, distúrbios do sono, hábitos de vida (consumo de bebidas alcoólicas, hábito de fumar, nível de atividade física) e condição da saúde mental.

A variável escolaridade foi categorizada como sem escolaridade (Nunca foi à escola/sabe ler e escrever o nome) e com escolaridade (aqueles com algum grau de instrução).

Para a avaliação da saúde mental foi utilizado o *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20), desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde¹¹, e validado por Gonçalves, Stein e Kapczinski¹², utilizado para identificar a suspeição de transtornos mentais. O resultado é uma medida quantitativa, assumindo valores de zero e a vinte pontos. Neste estudo adotou-se o ponto de corte de sete ou mais respostas positivas, o mesmo utilizado por Rocha et. al.^{2,5}. Na sua validação¹², o SRQ-20 apresentou sensibilidade de 86,33% e especificidade de 89,31%, tendo como padrão-ouro o *Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR*.

O nível de atividade física foi mensurado por meio do Questionário Internacional de Atividades Físicas- IPAC- versão adaptada para idosos¹³. Nesse sentido os idosos foram questionados sobre tempo gasto fazendo atividade física na última semana. As perguntas incluíam as atividades praticadas no trabalho, para ir de um lugar a outro, por lazer, por esporte, por exercício ou como parte das suas atividades em casa ou no jardim. Foram considerados ativos no lazer aqueles entrevistados que realizavam atividades físicas no lazer com intensidade moderada ou vigorosa por mais de 150 minutos/semana e inativos os que não atendiam à classificação. O procedimento adotado foi semelhante ao de outro estudo encontrado na literatura¹⁴.

No presente estudo, a medida da autopercepção de saúde foi dicotomizada em positiva ou negativa. As categorias, excelente, muito boa e boa, indicaram autopercepção de saúde positiva, e a regular e ruim, negativa. Os distúrbios do sono foram informados por meio de medida autorreferida, sendo sim a presença e não para a sua ausência.

Para a avaliação do uso de bebidas alcoólicas e tabaco foram obtidas respostas sim ou não para a sua utilização nos últimos 30 dias.

Foi procedida inicialmente a análise descritiva das variáveis sociodemográficas, autopercepção de saúde, distúrbios do sono, hábitos de vida e transtornos mentais comuns, no intuito de caracterizar a população estudada.

As prevalências do desfecho TMC foram avaliadas e estratificadas segundo as variáveis sociodemográficas (sexo, idade, situação conjugal, escolaridade, raça/cor, arranjo familiar, renda), autopercepção de saúde, distúrbios do sono, hábitos de vida (consumo de bebidas alcoólicas, hábito de fumar, nível de atividade física). Foram calculadas as razões de prevalência bem como seus respectivos intervalos de confiança a 95 %. Para avaliação da medida de significância estatística utilizou-se o teste de qui-quadrado de Pearson, adotando $\alpha=5\%$.

No intuito de obter a avaliação simultânea dos fatores incluídos no estudo foi procedida a análise de regressão logística múltipla, com finalidade exploratória. A análise foi conduzida segundo procedimentos recomendados por Hosmer & Lemeshow¹⁵.

A regressão logística adotou procedimento backward stepwise para a seleção do melhor modelo. O modelo completo incluiu as variáveis sociodemográficas incluídas no estudo, autopercepção de saúde, distúrbios do sono e hábitos de vida.

As variáveis de ajuste que apresentaram significância de pelo menos 10% ($p \leq 0,10$) na análise univariada foram incluídas na análise múltipla.

Para confecção do banco de dados foi utilizado o software Epidata, versão 3.1b, procedendo dupla digitação, para comparação dos dados tabulados, no intuito de minimizar possíveis erros de tabulação. A análise estatística foi procedida através da utilização do SPSS 21,0 (SPSS Inc., Chicago, IL.).

O presente estudo seguiu os princípios éticos contidos na Declaração de Helsinque, bem como na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, atualmente substituída pela resolução 466/12. Os protocolos de pesquisa foram avaliados e aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (CAAE 10786212.3.0000.0055).

RESULTADOS

Dos 232 idosos, 136 são mulheres (58,6%) e a média de idade foi de 71,6 anos \pm 7,5, sendo o valor máximo de 93 anos.

As características da população encontram-se descritas na tabela 1.

Conforme observado na tabela 1, prevaleceram indivíduos na faixa etária de 60 e 79 anos, que vivem com companheiro, não negros, com renda mensal de até um Salário Mínimo, com autopercepção positiva de saúde, sem distúrbios do sono e inativos fisicamente.

Tabela 1 – Idosos residentes na área urbana segundo características sociodemográficas, hábitos de vida e condições de saúde, Aiquara – BA, 2013.

Variáveis (N)	n	%
Sexo (232)		
Masculino	96	41,4
Feminino	136	58,6
Idade (232)		
60 a 79 anos	191	82,3
80 ou mais	41	17,7
Situação conjugal (232)		
Com companheiro	127	54,7
Sem companheiro	105	45,3
Escolaridade (226)		
Com escolaridade	88	38,9
Sem escolaridade	138	61,1
Raça/Cor (225)		
Negro	64	28,4
Não negro	161	71,6

Arranjo Familiar (231)		
Sozinho	34	14,7
Acompanhado	197	85,3
Renda (217)*		
Até 1 SM ¹	188	86,6
Acima de 1 SM	29	13,4
Autopercepção de saúde (228)		
Positiva	118	51,8
Negativa	110	48,2
Distúrbios do sono (232)		
Sim	57	24,6
Não	175	75,4
Uso do álcool (232)		
Sim	49	21,1
Não	183	78,9
Uso tabaco (232)		
Sim	23	9,9
Não	209	90,1
Atividade Física (232)		
Suficientemente ativo	107	46,1
Insuficientemente ativo	125	53,9
Transtorno Mental Comum (232)		
Com suspeição	77	33,2
Sem suspeição	155	66,8

*Dicotomizada pela mediana 1- Salário mínimo igual a 678,00

A prevalência global de transtornos mentais comuns (TMC) entre os idosos entrevistados foi de 33,2%. Observou-se uma maior prevalência entre as mulheres (41,2%), com idade mais avançada, sem companheiros, sem escolaridade, negros, que residem sozinhos, com renda de até 1 salário mínimo, com autopercepção de saúde negativa, que não faziam uso de álcool e tabaco e inativos fisicamente (tabela 2).

Tabela 2 – Prevalência de transtornos mentais comuns entre idosos segundo características sociodemográficas, hábitos de vida e condições de saúde, Aiquara – BA, 2013.

Variáveis (N)	Preval (%)	IC (95%)	Valor de p
Sexo (232)			
Masculino	21,9		0,002
Feminino	41,2	(1,38- 4,52)	
Idade (232)			
60 a 79 anos	30,4		0,049
80 ou mais	46,3	(0,99- 3,93)	
Situação conjugal (232)			
Com companheiro	27,6		0,045
Sem companheiro	40,0	(1,01- 3,04)	

Escolaridade (226)			0,037
Com escolaridade	25,0		
Sem escolaridade	38,4	(1,03- 3,38)	
Raça/Cor (106)			0,226
Não Negro	29,2		
Negro	37,5	(0,79- 2,67)	
Atualmente reside (231)			0,293
Acompanhado	32,0		
Sozinho	41,2	(0,70- 3,13)	
Renda (217)*			0,138
Acima de 1 SM ¹	20,7		
Até 1 SM	34,6	(0,78- 5,22)	
Autopercepção de saúde (228)			<0,001
Positivo	20,3		
Negativo	46,4	(1,88- 6,07)	
Distúrbios do sono (232)			<0,001
Não	24,6		
Sim	59,6	(2,41- 8,53)	
Uso do álcool (232)			0,072
Sim	22,4		
Não	36,1	(0,24- 1,07)	
Uso do tabaco (232)			0,524
Sim	39,1		
Não	32,5	(0,30- 1,81)	
Atividade Física (232)			0,015
Suficientemente ativo	25,2		
Insuficientemente ativo	40,3	(1,13- 3,52)	

*Dicotomizada pela mediana 1- Salário mínimo igual a 678,00

Ainda segundo a tabela 2, as variáveis raça/cor, arranjo familiar, renda e uso do álcool e tabaco não estão associadas ao TMC.

No modelo final, obtido na análise de regressão logística múltipla, as variáveis que permaneceram no modelo preditivo por confirmarem a associação positiva com os TMC foram: sexo, autopercepção de saúde, distúrbios do sono e atividade física (Tabela 3).

Tabela 3 – Coeficiente de regressão, razão de prevalência ajustado (RP ajustado), intervalo de confiança 95% e o valor de p das variáveis incluídas no modelo de predição quanto a TMC. Aiquara – BA, 2013.

Variáveis	Coeficiente de regressão (β)	RP ajustado	IC (95%)	Valor de p
Sexo	0,913	2,49	(1,27 - 4,88)	0,008
Autopercepção de saúde	1,003	2,73	(1,46 - 5,10)	0,002
Distúrbios do sono	1,137	3,12	(1,56 - 6,21)	<0,001
Atividade Física	0,832	2,30	(1,20 - 4,41)	0,012
Constante	- 2,59	-	-	-

Obtido o modelo final, analisou-se a sua adequação aos dados. A bondade do ajuste do modelo foi analisada através da Curva ROC, a qual revelou uma área igual a 0,756, IC-95% (0,695 - 0,810), com significância $p=0,0001$, sensibilidade de 53,2 e especificidade de 88,4, além de critério $>0,37$. Desta forma, o modelo obtido revelou estar bem ajustado aos dados.

DISCUSSÃO

A prevalência de TMC em idosos no presente estudo foi de 33,2%, mais elevada quando comparada a outros estudos^{5,16,17}, sendo portanto no município um problema de saúde pública, principalmente pela população acometida ser de pessoas idosas. Além disso, supera as expectativas da Organização Mundial da Saúde¹⁸ a qual indica uma prevalência média em populações adultas em 25%.

A presente investigação revelou ainda elevada prevalência de TMC entre as mulheres, como apresentado em outros estudos¹⁸⁻²¹, inclusive com população idosa^{2,17}, o que, em conformidade com Rocha et al.², deixa claro a real necessidade de políticas que visem a contribuição da proteção da saúde mental na população.

Clement, Loyola Filho e Firmo²² destacam a idade como um preditor significativo para o desencadeamento de problemas psicológicos. As pessoas mais idosas estão expostas a fatores como viuvez, isolamento social, doenças hipocinéticas, problemas de ordem

econômica, doenças crônicas, as quais podem inclusive favorecer o surgimento de morbidades de ordem psíquica^{5,22}.

O presente estudo evidenciou que indivíduos idosos sem companheiro apresentam 1,75 mais chances de apresentar TMC quando comparados aos que possuem companheiro, o que talvez possa ser explicado pelos fatores mencionados anteriormente. Coutinho, Almeida e Mari²³ destacam que o ambiente familiar e social, a situação conjugal, e o desemprego podem ser fatores que aumentam a probabilidade de ocorrência de TMC.

O município de Aiquara apresenta baixos indicadores educacionais e socioeconômicos. Cerca de 61,1% dos idosos são caracterizados como sem escolaridade. Os altos índices de analfabetismo entre os idosos representam um grave problema de ordem social, pois é considerado um dos indicadores mais precisos para identificar o nível socioeconômico de uma população.

Uma possível explicação para essa repercussão negativa pode estar relacionada aos idosos estarem atrelados a um município com característica predominantemente rural, o que não favorece a necessidade pessoal em um maior grau de instrução educacional.

Rocha et. al.² deixam evidente que o nível de escolaridade relaciona-se diretamente com a condição socioeconômica, pois os indivíduos com baixa/sem escolaridade exercem funções na vida adulta com menor remuneração, o que por sua vez pode repercutir no bem-estar psicológico.

Grande parte da população de idosos referiram ter renda de até um salário mínimo, e dentre eles aproximadamente 34% apresentavam suspeição aos TMC. Estudos apontam a possível influência das condições socioeconômicas^{9,24} no declínio do bem-estar psíquico, pois condições desfavoráveis podem promover instabilidade, estresse, bem como insegurança, fatores que contribuem para a ocorrência dos TMC.

Neste estudo, não houve associação estatística entre o consumo de álcool e a prevalência de TMC. Na literatura consultada, também não houve constatação de associação direta entre consumo de bebidas alcoólicas e maior prevalência de TMC^{2,25}. Entretanto, mesmo não sendo fator associado aos TMC, vale ressaltar que o consumo abusivo de bebidas alcoólicas pode repercutir negativamente na saúde dos idosos, principalmente pela susceptibilidade ao risco de doenças, alterações cognitivas, dentre outras²⁶.

Na população estudada, a prevalência de TMC esta associada à autopercepção de saúde negativa. Nestes indivíduos a prevalência deste agravo foi maior quando comparados aos que autorreferem à saúde como positiva. Estudos evidenciam o aumento da prevalência

de transtornos mentais à medida que piora a autoavaliação de saúde^{17,27}. Destaca-se que a autopercepção de saúde contempla aspectos da saúde física, cognitiva e emocional²⁸.

Outro ponto a ser destacado, é a elevada prevalência de TMC entre os idosos que referem distúrbios do sono, sendo 3,12 vezes maior em comparação aos que não apresentam tal distúrbio. Ao obter dados semelhantes, Sateia²⁹ deixa evidente que esta associação é bidirecional, onde tanto os transtornos mentais contribuem para episódios de distúrbios do sono, quanto os distúrbios do sono relacionam-se na ocorrência de transtornos mentais.

Identificou-se ainda associação entre inatividade física e transtorno mental comum, sendo que outros estudos^{5,30-32} corroboram com estes achados. Destaca-se que a melhoria dos sintomas depressivos, ansiedade, estresse, bem-estar, bem como o aumento da autoestima e a interação social podem ser beneficiados através da prática de atividades físicas^{31,33-35}.

A probabilidade maior ou menor de um fator para prever um resultado (TMC) pode ser calculada por meio de regressão logística.

Assim, por meio da avaliação do sexo, da autopercepção de saúde, de distúrbios do sono e atividade física, a probabilidade de o idoso ter fadiga pode ser maior. Se os quatro fatores preditores estão presentes (sexo feminino, autopercepção de saúde negativa, distúrbio do sono e inatividade física), a chance de um idoso ter TMC é de cerca de aproximadamente 80%.

O fato de apenas quatro variáveis serem capazes de prever os transtornos mentais comuns com tanta precisão (80%) chamou a atenção e indicou que o modelo proposto neste artigo é muito útil na identificação desse desfecho. No entanto, ainda há a necessidade de se investigar os fatores que predizem os TMC dos outros idosos (20%).

A especificidade do modelo foi boa (88,4%), mas a sensibilidade do modelo foi moderada (53,2%), o que aumenta a possibilidade de não se diagnosticar um idoso com TMC. Novos estudos que busquem a identificação de outros fatores de risco, aumentando a sensibilidade do modelo, são necessários.

Com base nos resultados de sexo, autopercepção de saúde, distúrbios do sono e atividade física, o profissional pode, na verdade, estimar a probabilidade de o idoso ter ou não TMC, com elevada especificidade.

Nessa perspectiva, o presente estudo confirma a magnitude dos TMC como um elemento de saúde pública, devido ao impacto na vida dos idosos e possivelmente na vida de seus familiares, bem como para o sistema de saúde, além de representar um problema de

ordem social, principalmente quando se destaca qualidade e autonomia de vida ao fenômeno da longevidade.

Normalmente se supõe de forma empírica que a vida em pequenas cidades possa vir a favorecer o menor surgimento de doenças, maior tranquilidade de vida, por apresentarem menores índices de violência, por não apresentarem níveis de poluição acima do tolerável e pela facilidade no deslocamento diário. No entanto, através de constatações científicas, como no presente estudo, observa-se que as pequenas cidades se assemelham em alguns aspectos às cidades de médio e grande porte, principalmente nos aspectos relacionados à saúde mental.

Os desfechos apresentados relacionam os transtornos mentais com algumas características desse município, onde grande parte dos idosos se enquadra como inativos fisicamente, principalmente do sexo masculino, ora podendo ser explicado pela falta de oportunidade de trabalho nessa faixa etária, ora pelo ócio estabelecido pela falta de políticas de lazer, observadas durante o período de realização da pesquisa.

O estatuto do idoso³⁶ traz como garantia o acesso à cultura, a práticas de atividades esportivas e de lazer, atividades essas que podem ser importantes ferramentas para a melhoria da condição de saúde física e mental.

Compete acrescentar, que o presente estudo apresenta limitações, visto a complexidade do processo de determinação da ocorrência de TMC e a limitação dos estudos transversais, os quais impossibilitam a identificação da precedência temporal dos fatores estudados, comprometendo as evidências de relação causal. Além disso, tentou-se controlar os possíveis vieses de confundimento através da análise multivariada, no entanto, pode ser que exista em algum grau, visto a complexidade de relações entre as variáveis estudadas.

No entanto, o presente estudo traz subsídios que podem servir como orientação na proposição de estudos longitudinais, servindo como método para a validação dos resultados desta pesquisa, bem como no planejamento e auxílio da atenção à saúde da população idosa, servindo inclusive como insumo para possíveis medidas interventivas em saúde direcionadas a população de municípios de pequeno porte, com baixos níveis socioeconômicos.

Destaca-se ainda a necessidade dos profissionais de saúde em identificar o transtorno mental comum nesse grupo etário, para melhor desenvolver estratégias e práticas para o cuidado, contribuindo para a garantia de melhor qualidade de vida dessa população, bem como na (re) orientação de políticas de públicas para o lazer.

COLABORADORES

VALENÇA NETO realizou a proposta do artigo, revisão da literatura, análise e interpretação dos dados, redação do texto. RIBEIRO, DE PAULA e CASOTTI colaboraram na análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica do conteúdo intelectual.

AGRADECIMENTOS

A CAPES pela concessão da bolsa de mestrado de P. F. VALENÇA NETO, bem como à Secretaria Municipal de Saúde de Aiquara-BA pela disponibilidade em conceder a liberação para a realização do projeto de pesquisa, bem como ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia no apoio material e intelectual para a realização da pesquisa.

REFERÊNCIAS

- 1 - Amaro ES, Johann JR, Meira PRS. O estilo de vida do idoso urbano: o caso de Porto Alegre - RS. RBCHE 2007, 4(1): 115-126.
- 2- Rocha SV, Almeida MMG, Araújo TM, Virtuoso Júnior JS. Prevalência de transtornos mentais comuns entre residentes em áreas urbanas de Feira de Santana, Bahia. Rev Bras Epidemiol 2010, 13(4), 630-640.

- 3- Who. Organização Mundial da Saúde. Relatório Mundial da Saúde. Saúde Mental: Nova concepção, nova esperança. Lisboa; 2001. Disponível em: http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_djmessage_po.pdf
- 4- Goldberg D, Huxley P. Common mental disorders: a bio-social model. London: Tavistock; 1992.
- 5- Rocha SV, Almeida MMG, Araújo TM, Medeiros-Rodrigues WK, Barreto-Santos L, Virtuoso-Júnior JS. Prevalência de transtornos mentais comuns entre idosos residentes em município do Nordeste do Brasil. Rev. Salud Pública 2012, 14(4), 620-629.
- 6- Costa AG, Ludermir AB. Transtornos mentais comuns e apoio social: estudo em comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. Cad Saude Publica. 2005;21:73-9.
- 7- Anselmi L, Barros FC, Minten GC, Gigante DP, Horta BL, Victora CG. Prevalência e determinantes precoces dos transtornos mentais comuns na coorte de nascimentos de 1982, Pelotas, RS. Rev Saude Publica 2008; 42: 26-33.
- 8- Araújo TM, Pinho OS, Almeida MG. Prevalência de transtornos mentais comuns em mulheres e sua relação com as características sociodemográficas e o trabalho doméstico. Rev Bras Saude Mater Infant 2005; 5: 337-48.
- 9- Ludermir AB, Melo Filho DA. Saúde mental, condições de vida e estrutura ocupacional. Rev. Saúde Pública. 2002; 36(2): 213-21.
- 10- Fortes S, Villano LAB, Lopes CS. Perfil nosológico e prevalência de transtornos mentais comuns em pacientes atendidos em unidades do Programa de Saúde da Família (PSF) em Petrópolis, Rio de Janeiro. Rev. Bras. Psiquiatr. 2008; 30(1): 32-7.
- 11- Who. User's Guide to the Self-Reporting Questionnaire (SRQ). Geneva: World Health Organization; 1994.
- 12- Gonçalves DM, Stein AT, Kapczinski F. Avaliação de desempenho do Self-Reporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. Cad Saude Publica. 2008;24(2):380-90.
- 13- Benedetti TRB, Antunes PC, Rodriguez-Añez CR, Mazo GZ, Petroski EL. Reprodutibilidade e validade do Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ) em homens idosos. Rev Bras Med Esporte. 2007; 13(1): 11-16.
- 14- Hallal PC, Victora CG, Wells JC, Lima RC. Physical inactivity: prevalence and associated variables in Brazilian adults. Med Sci Sports Exerc. 2003 Nov; 35(11):1894-900.
- 15- Hosmer DW, Lemeshow S. Applied logistic regression. New York: John Wiley e Sons, 2000.

- 16- Costa JDS, Menezes ANB, Olinto MTA, Gigante DP, Macedo S, Brito MAP, et al. Prevalência de distúrbios psiquiátricos menores na cidade de Pelotas, RS. *Rev Bras Epidemiol* 2002; 5:164-73.
- 17- Borim FSA, Barros MBA, Botega NJ. Transtorno mental comum na população idosa: pesquisa de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2013; 29(7), 1415-1426.
- 18 - Ludemir AB. Inserção Produtiva, Gênero e Saúde mental. *Cad Saúde Pública* 2000; 3: 647-59.
- 19 -Lopes CS, Faerstein E, Chor D. Eventos de vida produtores de estresse e transtornos mentais comuns: resultados do estudo pró-saúde. *Cad Saúde Pública* 2003; 19(6): 1713-1720.
20. Maragno L, Goldbaum M, Ginini RJ, Novaes HMD, César CHG. Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo programa Saúde da Família (QUALIS) no município de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2006; 22: 1639-48.
- 21- Pinho PS, Araújo TM. Associação entre sobrecarga doméstica e transtornos mentais comuns em mulheres. *Rev Bras de Epidemiol* 2012, 15(3), 560-572.
- 22 - Clement AS, Loyola Filho AI, Firmo JOA. Concepções sobre transtornos mentais e seu tratamento entre idosos atendidos em um serviço público de saúde mental. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro. Mar, 2011; 27(3): 555-564.
- 23- Coutinho E, Almeida F, Mari J. Fatores de risco para morbidade psiquiátrica menor: resultados de um estudo transversal em três áreas urbanas no Brasil. *Rev Psiq Clí* 1999; 26(5):246-256.
- 24- Gonçalves DM, Kapczinski F. Transtorno mental, indicadores demográficos e satisfação com a vida. *Rev. Saúde Pública*. 2008;42(6):1060-6.
- 25- Dias da Costa JS, Menezes AMB, Olinto MTA, Gigante DP, Macedo S, Britto MAP et al. Prevalência de distúrbios psiquiátricos menores na cidade de Pelotas, RS. *Rev Bras Epidemiol* 2002; 5: 164-73.
- 26- Rigo JC, Rigo JFO, Faria BC, Stein A, Santos VM. Trauma associado com uso de álcool em idosos. *Brasília Med* 2005; 42:35-40.
- 27- Pereira AR, Morita M, Barros MBA. Transtorno mental comum. In: Barros MBA, César CLG, Carandina L, Goldbaum M, organizadores. *As dimensões da saúde: inquérito populacional em Campinas*. São Paulo: Editora Hucitec; 2008. p. 143-52.
- 28- Ofstedal MB, Zimmer Z, Cruz G, Chan A, Lin YH. Self-assessed health expectancy among older Asians: a comparison of Sullivan and multistate life table methods. *Ann Arbor: University of Michigan, Population Studies Center*; 2002. (Research Reports/Population Studies Center 03–60).
- 29 - Sateia MJ. Update on sleep and psychiatric disorders. *Chest* 2009; 135(5):1370-1379.

30- Ademoli AN, Azevedo. Padrões de atividade física de pessoas com transtornos mentais e de comportamento. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009;14(1):243-51.

31 - Rocha SV, Almeida MMG, Araújo TM, Virtuoso Júnior JS. Atividade física no lazer e transtornos mentais comuns entre idosos residentes em um município do nordeste do Brasil. *J Bras Psiquiatr* 2011; 60(2), 80-85.

32- Wiles NJ, Haase AM, Gallacher J, Lawlor DA, Lewis G. Physical activity and common mental disorder: results from the Caerphilly Study. *Am J Epidemiol*. 2007;165:946-54.

33- Harvey SB, Hotopf M, Overland S, Mykletun A. Physical activity and common mental disorders. *Br J Psychiatry*. 2010;197:357-64.

34- Peluso MAM, Andrade LHSG. Physical activity and mental health: the association between exercise and mood. *Clinics*. 2005;60:61-70.

35- Reijneveld S, Westhoff W, Hopman-Rock M. Promotion of health and physical activity improves the mental health of elderly immigrants: results of a group randomized controlled trial among Turkish immigrants in the Netherlands aged 45 and over. *J Epidemiol Community Health*. 2003;57:405-11.

36- Brasil. Lei No 10.741, de 01 de outubro de 2003. Estatuto do Idoso [acesso em 10 de Dezembro de 2013]. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.741.htm

5.2 MANUSCRITO 2: FATORES ASSOCIADOS INATIVIDADE FÍSICA ENTRE IDOSOS RESIDENTES EM COMUNIDADE

Fatores associados a inatividade física entre idosos residentes em comunidade

Factors associated with physical activity level the community-dwelling elderly.

Paulo da Fonseca **VALENÇA NETO**¹
Cezar Augusto **CASOTTI**²

RESUMO

O objetivo do estudo é investigar os fatores associados à inatividade física entre idosos residentes em um município do nordeste brasileiro. Trata-se de um estudo transversal, censitário, de base domiciliar, constituído de 232 indivíduos residentes na zona urbana de Aiquara, município de pequeno porte, com baixos níveis socioeconômicos, localizado na região centro-sul da Bahia. Para coleta de dados foi utilizado um formulário contendo informações sociodemográficas, informações sobre autopercepção de saúde, distúrbios do sono, hábitos de vida e condições de saúde mental. A avaliação da atividade física global foi realizado por meio do Questionário Internacional de Atividades Físicas- IPAC- versão adaptada para idosos. A análise estatística utilizou ferramentas da estatística descritiva e, para os testes de associação foi utilizado o teste de qui-quadrado de Pearson, além de cálculo das razões de prevalência, sendo adotado intervalo de confiança (95 %) e nível de significância $p \leq 0,05$. A prevalência global de inatividade física foi de 53,9%. A análise dos dados revelou que ser do sexo masculino ($p < 0,001$), possuir distúrbios do sono ($p = 0,033$) e ter suspeição de transtornos mentais comuns ($p = 0,015$), são características que se apresentaram associadas à maior prevalência de inatividade física entre os idosos. O estudo permitiu concluir que a prevalência de inatividade física na população de idosos residentes em um município de pequeno porte com baixo nível socioeconômico esta associada ao sexo masculino, aos que possuem distúrbios do sono e com suspeição positiva para os transtornos mentais comuns.

Palavras-chave: Idosos, atividade física; saúde do idoso.

ABSTRACT

The objective of this study is to investigate the factors associated with physical inactivity among elderly residents in a municipality in the northeast of Brazil. This is a cross-sectional study, population-based, consisting of 232 individuals residing in the urban area of Aiquara, small municipality, with low socioeconomic levels, located in the Center-South region of Bahia, Brazil. A specific form was used to obtain information about demographic information, information about self-perception of health, sleep disorders, life habits and mental health conditions. Global physical activity assessment was carried out through the International Physical activity Questionnaire-IPAC- adapted version for seniors. Descriptive statistics was used to characterize population and used for the tests of Association was used the Chi-square test of Pearson, in addition to calculation of prevalence reasons, being adopted the confidence interval (95%) and $p \leq 0.05$ significance level. The global prevalence of physical inactivity was 53.9%. The analysis of the data revealed to be male ($p < 0.001$), have sleep disturbances ($p = 0.033$) and have suspicion of common mental disorders ($p = 0.015$), are characteristics that were associated with higher prevalence of physical inactivity among seniors. The study has concluded that the prevalence of physical inactivity in the population of seniors living in a small town with low socioeconomic status is associated with the male, to those who have sleep disorders and with suspicion for common mental disorders.

Keywords: Aged; Motor Activity; Health of the elderly.

INTRODUÇÃO

Evidências destacam que a atividade física é uma importante ferramenta para a manutenção da saúde e capacidade funcional, e sua prática regular pode ser indicada como terapia não medicamentosa na prevenção e tratamento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs), da obesidade e de alguns tipos de câncer. Atua ainda como componente importante no controle do estresse, da ansiedade e depressão, e na prevenção e tratamento das perdas cognitivas associadas ao envelhecimento¹⁻⁵.

Em contrapartida, a inatividade física ou sedentarismo potencializa o risco de DCNTs. Constatações científicas demonstram que, casos de depressão, doenças cardíacas, diabetes tipo 2, osteoporose, câncer de mama e cólon, são atribuídos diretamente ao sedentarismo⁶⁻⁸. Estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS) dão conta que a inatividade física é responsável por cerca de 3,2 milhões de mortes a cada ano no mundo⁹.

No processo de envelhecimento um conjunto de alterações cronológicas, biológicas, psicológicas e sociais¹⁰, se associam provocando uma maior ocorrência de DCNTs¹¹. Estas alterações podem estar associadas à própria idade, no entanto podem também ser oriundas de estilos de vida inadequadas durante a vida¹¹.

Entre os idosos, o desafio é conservar a autonomia, ou seja, a capacidade de gerir a sua própria vida. Nesse sentido, a capacidade funcional surge como um novo paradigma em saúde, sendo o envelhecimento saudável resultado da interação entre saúde física, saúde mental, independência na vida diária, integração social, suporte familiar e independência econômica¹².

Não obstante, o incentivo a prática regular de atividades físicas vem se tornando recurso essencialmente relevante nas políticas públicas de promoção da saúde¹³⁻¹⁴, pois além de apresentar o importante agente de prevenção e controle de DCNTs¹³⁻¹⁵, o aumento de sua prática pode representar por sua vez uma redução considerável dos custos dos serviços de saúde pública¹⁵.

Contudo, observa-se a necessidade de constatações científicas sobre população idosa nas várias regiões do país, principalmente em municípios de pequeno porte, com baixos níveis socioeconômicos, para identificar as condições e hábitos de vida dessa população fomentando a (re)formulação de propostas de intervenção capazes de suscitar melhores proposições nos programas de política de atenção ao idoso.

Diante do exposto, o presente estudo teve como objetivo analisar os fatores associados à inatividade física entre idosos residentes em um município do nordeste brasileiro.

METODOS

Trata-se de um estudo de corte transversal, censitário, de base domiciliar, com população de 60 ou mais anos de idade residentes na área urbana do município de Aiquara, Bahia.

O município de Aiquara fica localizado na região centro-sul do estado baiano, distante cerca de 402 km da capital do Estado da Bahia, possui uma população estimada para o ano de 2013 de 4.767 habitantes, sendo o 410º município em população do Estado, de um total de 417. Possui Índice de Desenvolvimento Humano – IDH de 0.583, classificado de acordo com o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento – PNUD como baixo, sendo o 4562º, numa lista de 5.565 municípios brasileiros.

Foi procedido o censo da população idosa, em janeiro de 2013, a partir da listagem dos idosos cadastrados na Estratégia de Saúde da Família (ESF), que cobre 100% da

população do município, para a identificação de todas as pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, não institucionalizados e residentes na zona urbana.

Os domicílios da zona município foram separados por área de abrangência dos agentes comunitários de saúde, sendo visitados por entrevistadores devidamente treinados para o procedimento da identificação dos sujeitos com mais de 60 anos. Posterior à identificação, foi proposto o convite à participação, após o consentimento do indivíduo foi procedida a entrevista através de questionário semi-estruturado.

Um estudo-piloto foi realizado, por equipe previamente treinada, no intuito de testar a adequar o instrumento de pesquisa.

Foram identificados 263 idosos no censo realizado, destes nove se recusaram a participar do presente estudo. Após a aplicação dos critérios de exclusão, a população do presente estudo foi de 232 indivíduos, de ambos os sexos, com idade \geq 60 anos, limite etário recomendado pela OMS para países em desenvolvimento para a definição de idoso.

Os critérios de exclusão foram: idosos com doenças neurológicas prévias; afásicos; com problemas auditivos que comprometam a compreensão dos questionamentos; e que não concordaram em assinar o termo de consentimento.

Os dados foram coletados através de instrumento contendo informações sociodemográficas (sexo, idade, situação conjugal, escolaridade, raça/cor, renda), informações sobre autopercepção de saúde, distúrbios do sono, hábitos de vida (consumo de bebidas alcoólicas, hábito de fumar, nível de atividade física) e condição da saúde mental.

A avaliação do nível de atividade física foi realizado por meio do Questionário Internacional de Atividades Físicas- IPAC- versão adaptada para idosos¹⁶. Os idosos foram questionados sobre tempo gasto fazendo atividade física na última semana. As perguntas incluíam as atividades praticadas no trabalho, para ir de um lugar a outro, por lazer, por esporte, por exercício ou como parte das suas atividades em casa ou no jardim. Foram considerados ativos no lazer aqueles entrevistados que realizavam atividades físicas no lazer com intensidade moderada ou vigorosa por mais de 150 minutos/semana e inativos os que não atendiam à classificação. O procedimento adotado foi semelhante ao de outro estudo encontrado na literatura¹⁷.

Para a avaliação da saúde mental foi utilizado o *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20), um instrumento utilizado para triagem de Transtornos Mentais Comuns, utilizando como resultado uma medida quantitativa, obtendo o mínimo de zero e a máxima de vinte pontos. O SRQ-20, instrumento desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde¹⁸, teve sua validação confirmada por Gonçalves, Stein e Kapczinski¹⁹, e se destina

identificar a suspeição de transtornos mentais, por sua vez não oferece o diagnóstico específico da existência do transtorno. Para a classificação do TMC foi adotado o ponto de corte de sete ou mais respostas positivas, o mesmo utilizado por Rocha et. al.²⁰⁻²¹. No estudo de validação¹⁹, o SRQ-20 apresentou sensibilidade de 86,33% e especificidade de 89,31%, tendo como padrão-ouro o *Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR*.

No presente estudo, a medida da autopercepção de saúde foi dicotomizada em positiva ou negativa. A combinação das categorias excelente, muito boa e boa indicou uma autopercepção de saúde positiva, e a combinação das categorias regular e ruim indicou uma autopercepção de saúde negativa.

Os distúrbios do sono foram informados através de medida autorreferida, sendo sim a presença e não para a sua ausência.

Para a avaliação do uso de bebidas alcoólicas e tabaco foram obtidas respostas sim ou não para a sua utilização.

Foi procedida inicialmente a análise descritiva das variáveis sociodemográficas, autopercepção de saúde, distúrbios do sono, hábitos de vida e transtornos mentais comuns, no intuito de caracterizar a população estudada.

As prevalências do desfecho Nível de Atividade Física foram avaliadas e estratificadas segundo as variáveis sociodemográficas (sexo, idade, situação conjugal, escolaridade, raça/cor, renda), autopercepção de saúde, distúrbios do sono, hábitos de vida (consumo de bebidas alcoólicas, hábito de fumar,) condição de saúde mental. Foram calculadas as razões de prevalência, bem como seus respectivos intervalos de confiança a 95 %. Para avaliação da medida de significância estatística utilizou-se o teste de qui-quadrado de Pearson, adotando $\alpha=5$ %.

Para confecção do banco de dados foi utilizado o software Epidata, versão 3.1b, procedendo dupla digitação, para comparação dos dados tabulados, no intuito de minimizar possíveis erros de tabulação. A análise estatística foi procedida através da utilização do SPSS 21,0 (SPSS Inc., Chicago, IL.).

O presente estudo seguiu os princípios éticos contidos na Declaração de Helsinque, bem como na Resolução nº.196/96 do Conselho Nacional de Saúde, atualmente substituída pela resolução 466/12. Os protocolos de pesquisa foram avaliados e aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, CAAE 10786212.3.0000.0055.

RESULTADOS

A população do estudo consistiu de 136 mulheres (58,8%) e 98 homens (41,2%). A média de idade foi de $71,6 \pm 7,5$, sendo a idade máxima de 93 anos.

As características da população encontram-se descritas na tabela 1.

Observa-se percentual mais elevado de mulheres (58,8%). A maior proporção dos entrevistados estava na faixa etária entre 60 a 79 anos 82,3% e vivia com companheiro (54,7%). Em relação à condição de renda e educação, 86,6% ganhavam até um salário-mínimo e 61,1% não apresentavam nível de escolaridade. No que diz respeito às condições de saúde, 51,8% relataram autopercepção de saúde positiva, 75,4% não apresentavam distúrbios do sono, e 53,9% foram classificados como inativos fisicamente.

Tabela 1 – Distribuição dos idosos residentes na área urbana segundo características sociodemográficas, hábitos de vida e condições de saúde, Aiquara – BA, 2013.

Variáveis (N)	n	%
Sexo (232)		
Masculino	96	41,2
Feminino	136	58,8
Idade (232)		
60 a 79 anos	191	82,3
80 ou mais	41	17,7
Situação conjugal (232)		
Com companheiro	127	54,7
Sem companheiro	105	45,3
Escolaridade (226)		
Com escolaridade	88	38,9
Sem escolaridade	138	61,1
Raça/Cor (225)		
Negro	64	28,4
Não negro	161	71,6
Atualmente reside (231)		
Sozinho	34	14,7
Acompanhado	197	85,3
Renda (217)*		
Até 1 SM ¹	188	86,6
Acima de 1 SM	29	13,4
Autopercepção de saúde (228)		
Positiva	118	51,8
Negativa	110	48,2
Distúrbios do sono (232)		
Sim	57	24,6
Não	175	75,4
Uso do álcool (232)		
Sim	49	21,1
Não	183	78,9
Uso tabaco (232)		
Sim	23	9,9
Não	209	90,1

Transtorno Mental Comum (232)		
Com suspeição	77	33,2
Sem suspeição	155	66,8
Atividade Física (232)		
Suficientemente ativo	107	46,1
Insuficientemente ativo	125	53,9

*Dicotomizada pela mediana 1- Salário mínimo igual a 678,00

A prevalência global de inatividade física entre os idosos entrevistados foi de 53,9%. Observou-se uma maior prevalência entre os homens 66,3% (RP= 1,00), entre os indivíduos com idade mais avançada 67,5% (RP=2,01), sem escolaridade 56,2% (RP= 1,22), com renda de acima 1 salário mínimo 69,0% (1,00). Ainda foi possível observar uma maior prevalência de inatividade física entre os que referiam distúrbios do sono 66,1% (RP=1,97) e entre os classificados com suspeição para transtornos mentais comuns 64,9% (RP=2,00) (Tabela 2).

Contudo, a associação entre as características sociodemográficas, condições de saúde, hábitos de vida e saúde mental somente obteve significância estatística para as variáveis sexo, distúrbios do sono e transtornos mentais comuns (Tabela 2).

Tabela 2 – Prevalência de inatividade física entre idosos segundo características sociodemográficas, condições de saúde, hábitos de vida e saúde mental, Aiquara – BA, 2013.

Variáveis (N)	Inatividade Física			Valor de p
	Preval (%)	RP	IC (95%)	
Sexo (231)				0,001
Masculino	66,3%	1		
Feminino	44,9%	0,41	(0,24 - 0,71)	
Idade (231)				0,054
60 a 79 anos	50,8%	1		
80 ou mais	67,5%	2,01	(0,98 - 4,13)	
Situação conjugal (231)				0,963
Com companheiro	53,5%	1		
Sem companheiro	53,8%	1,01	(0,60 - 1,70)	
Escolaridade (225)				0,457
Com escolaridade	51,1%	1		
Sem escolaridade	56,2%	1,22	(0,71 - 2,09)	
Raça/Cor (224)				0,832
Não Negro	53,1%	1		
Negro	54,7%	1,06	(0,59 - 1,90)	
Arranjo familiar (230)				0,620
Acompanhado	54,6%	1	(0,40 - 1,72)	
Sozinho	50,0%	0,83		
Renda (216)*				0,096
Acima de 1 SM ¹	69,0%	1		
Até 1 SM	52,4%	0,49	(0,21 - 1,14)	
Autopercepção de saúde (227)				0,443
Positiva	51,3%	1		
Negativa	56,4%	1,22	(0,72- 2,07)	
Distúrbios do sono (231)				0,033
Não	49,7%	1		
Sim	66,1%	1,97	(1,05- 3,68)	
Uso do álcool (231)				0,061
Sim	56,8%	1		
Não	41,7%	0,54	(0,28- 1,03)	
Uso do tabaco (231)				0,879
Sim	52,2%	1		
Não	53,8%	1,06	(0,45- 2,53)	
Transtornos Mentais Comuns (231)				0,015
Sem suspeição	48,1%	1		
Com suspeição	64,9%	2,00	(1,13- 3,52)	

*Dicotomizada pela mediana 1- Salário mínimo igual a 678,00

DISCUSSÃO

Este estudo apresenta-se com uma importante ferramenta para o reconhecimento das condições de saúde percebida e hábitos de vida entre idosos que residem em municípios de pequeno porte com baixos níveis socioeconômicos. Destaca-se que no Brasil, cerca de 47,9% do total de municípios apresentam população urbana igual ou inferior a 5.000 habitantes²². Por isso, investigações de base populacional em municípios com tais características se tornam relevantes no cenário nacional, principalmente quando a população investigada demonstra maior propensão a vulnerabilidade, como o caso da população idosa.

A diminuição do nível de atividade física, bem como a manutenção da inatividade física, pode ser um fator agravante que antecipa e/ou pode acelerar o processo de declínio funcional, convertendo-se em fator causador de uma senilidade mais complexa, vindo a proporcionar um prejuízo na qualidade de vida, tendo como consequência a redução da sua capacidade para a realização das atividades da vida diária²³.

Os dados do presente estudo revelam um elevado percentual de idosos inativos fisicamente (53,9%), representando assim um sério problema para a população em questão. Um estudo realizado com idosos residentes nas áreas de abrangência das unidades básicas de saúde na região nordeste, constatou uma prevalência de inatividade física em 67,5%²⁴, acima do encontrado no presente estudo.

Um outro estudo realizado na cidade de Joaçaba-SC²⁵ constatou prevalência inferior, (40%). Esse dado pode ser justificado pelas características distintas apresentadas pelos idosos do referido município catarinense, por apresentarem um maior grau de instrução escolar, onde aproximadamente 80% sabiam ao menos ler e escrever²⁵.

A prática regular de atividades físicas promove o aumento das relações sociais, melhoria do humor, diminuição da ansiedade, dentre outros¹⁻². Observou-se neste estudo maior prevalência de inatividade física em idosos do sexo masculino, que apresentaram distúrbios do sono e suspeição de transtornos mentais comuns.

A literatura científica destaca que a prática de atividade física pode estar associada ao gênero, visto que os homens são mais ativos fisicamente quando comparados as mulheres²⁶⁻²⁹. No entanto, o presente estudo apresenta uma divergência nessa relação, apresentando os homens com maior prevalência de inatividade física, dados estes também evidenciados em alguns estudos³⁰⁻³¹.

Indivíduos com distúrbios do sono têm maior prevalência de inatividade física, como constatado no presente estudo. O sono de má qualidade e os distúrbios do sono podem ocasionar prejuízos para a saúde, pois colaboram para déficits de atenção, problemas de memória e no desempenho de atividades³². Estes dados corroboram com um estudo de revisão onde os autores concluem que a prática de exercícios físicos traz resultados positivos em relação ao sono e os seus possíveis distúrbios³³.

Observou-se ainda neste estudo associação entre atividade física e transtorno mental comum (RP= 2,00) em idosos inativos fisicamente. Evidências nacionais corroboram com os achados do presente estudo, indicando possível associação entre níveis insuficientes de atividade física e transtornos mentais.³⁴⁻³⁵. Em estudo realizado com idosos residentes em áreas urbanas de Feira de Santana – BA³⁶ foi evidenciado prevalência global de TMC em 32,1%, além disso, identificado que indivíduos ativos fisicamente tinham prevalência de TMC (55%) menor quando comparado aos inativos.

Estudos transversais apontam maior prevalência de depressão entre sujeitos com níveis mais baixos de atividade física, e menor frequência de sintomas depressivos entre os mais ativos^{20-21,36-39}. Uma importante constatação observacional deve ser destacada, durante o período de realização da pesquisa, verificou-se que em Aiquara-BA é quase inexistente a presença de equipamentos de lazer, o que pode influenciar diretamente a alta prevalência de idosos inativos fisicamente.

Uma das principais medidas de atividade física para a terceira idade é o lazer. Segundo Mori e Silva⁴⁰ o lazer torna-se de fundamental importância na velhice, pois favorece a descontração, a maior socialização, maior participação social. De acordo com, o Estatuto do Idoso⁴¹, além de garantias como o direito à vida; à liberdade, ao respeito e à dignidade; à saúde; à educação, à profissionalização e ao trabalho; à previdência social; à assistência social; entre outras, são garantias efetivas o acesso a cultura, a praticas esportivas e a atividade de lazer⁴¹. Garantias essas que podem minimizar os potenciais depreciadores, proporcionando possivelmente melhor qualidade de vida.

Os dados obtidos possibilitaram conhecer a influência do desfecho atividade física sobre o envelhecimento, em um município de pequeno porte do nordeste brasileiro. Esse conhecimento contribui para adoção de medidas preventivas e de reabilitação e pode oferecer subsídios para políticas de saúde e de educação em saúde na velhice⁴².

Apesar das limitações, que vão desde o tipo de estudo, e as impossibilidades do estabelecimento das relações causalidade, além da observação do desfecho em municípios com características semelhantes, o presente estudo avaliou um contingente expressivo de

idosos (N=232) através de um censo, o que pode representar a aquisição de uma importante ferramenta de orientação no planejamento e auxílio para atenção à saúde da população idosa, possibilitando por sua vez fomentar a garantia de uma melhor qualidade de vida para os anos adicionais vividos.

COLABORADORES

VALENÇA NETO realizou a proposta do artigo, revisão da literatura, análise e interpretação dos dados, redação do texto. CASOTTI colaborou com a redação e revisão crítica do conteúdo intelectual.

AGRADECIMENTOS

A CAPES pela concessão da bolsa de mestrado de P. F. VALENÇA NETO, bem como ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia no apoio material e intelectual para a realização da pesquisa.

REFERÊNCIAS

- 1- Fukukawa, Y. et al. Age differences in the effect of physical activity on depressive symptoms. *Psychology and Aging*, 2004; 19(2): 346-51.
- 2- Gobbi S. Atividade física para pessoas idosas e recomendações da Organização Mundial de Saúde de 1996. *Rev Bras Ativ Física Saúde* 1997; 2(2): 41-49.
- 3- Akke KVDB, Miranda GH, Laurant MW. Effectiveness of physical activity interventions for older adults. *Am J Prev Med*. 2002; 22(2):120-33.
- 4- Ministério da Saúde. Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL). Série G. Estatística e Informação em Saúde, 2008. [Acesso em 28/2/2009]. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/vigitel2007_final_web.pdf.
- 5- Filozof C, Gonzalez C, Sereday M, Mazza C, Braguinsky J. Obesity prevalence and trends in Latin-American countries. *Obes Rev* 2001; 2(2):99-106.
- 6- Warburton DE, Katzmarzyk PT, Rhodes RE, Shephard RJ. Evidence-informed physical activity guidelines for Canadian adults. *Can J Public Health* 2007; 98 (Suppl 2):S16-68.

- 7- Allender S, Foster C, Scarborough P, Rayner M. The burden of physical activity-related ill health in the UK. *J Epidemiol Community Health* 2007; 61:344-8.
- 8- Garrett NA, Brasure M, Schmitz KH, Schultz MM, Huber MR. Physical inactivity direct cost to a health plan. *Am J Prev Med.* 2004; 27(4):304-9.
- 9- World Health Organization. Physical inactivity: a global public health problem. http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_inactivity/en/ (acessado em 08 de Dezembro de 2014).
- 10- Schneider RH, Irigaray TQ. O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. *Estud. psicol.* 2008; 25(4):585-593 .
- 11- Gottlieb MG, Schwanke CH, Gomes I, Cruz IB. Envelhecimento e Longevidade no Rio Grande do Sul: um perfil histórico, étnico e de morbi-mortalidade dos idosos. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* 2011; 14(2): 365-380.
- 12- Ramos LR. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. *Cad. Saúde Pública* 2003;19(3): 793-797.
- 13- Ferreira MS, Najar AL. Programas e campanhas de promoção da atividade física. *Ciências da saúde coletiva* 2005; S10: 207-19.
- 14- Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes e recomendações cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis. 2008. Promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
- 15- Siqueira FV, Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thume E, Silveira DS et al. Atividade física em adultos e idosos residentes em áreas de abrangência de unidade básicas de saúde de municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cad Saúde Pública* 2008 (24): 39-54.
- 16- Benedetti TRB, Antunes PC, Rodriguez-Añez CR, Mazo GZ, Petroski EL. Reprodutibilidade e validade do Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ) em homens idosos. *Rev Bras Med Esporte.* 2007; 13(1): 11-16.
- 17- Hallal PC, Victora CG, Wells JC, Lima RC. Physical inactivity: prevalence and associated variables in Brazilian adults. *Med Sci Sports Exerc.* 2003; 35(11):1894-900.
- 18- WHO. User's Guide to the Self-Reporting Questionnaire (SRQ). Geneva: World Health Organization; 1994.
- 19- Gonçalves DM, Stein AT, Kapczinski F. Avaliação de desempenho do Self-Reporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. *Cad. Saude Publica* 2008; 24(2):380-90.

- 20- Rocha SV, Almeida MMG, Araújo TM, Virtuoso Júnior JS. Prevalência de transtornos mentais comuns entre residentes em áreas urbanas de Feira de Santana, Bahia. *Rev Bras Epidemiol* 2010, 13(4), 630-640.
- 21- Rocha SV, Almeida MMG, Araújo TM, Medeiros-Rodrigues WK, Barreto-Santos L, Virtuoso-Júnior JS. Prevalência de transtornos mentais comuns entre idosos residentes em município do Nordeste do Brasil. *Rev. Salud Pública* 2012, 14(4), 620-629.
- 22- Miranda, E. E. De; Gomes, E. G. Guimarães, M. Mapeamento e estimativa da área urbanizada do Brasil com base em imagens orbitais e modelos estatísticos. Campinas: Embrapa Monitoramento por Satélite, 2005. Disponível em: <<http://www.urbanizacao.cnpm.embrapa.br>>. Acesso em: 24 jan. 2014.
- 23- Matsudo SM, Matsudo VKR, Barros Neto TL. Atividade Física e Envelhecimento: aspectos epidemiológicos. *Rev Bras Med Esporte* 2001; 7(1): p. 2-12.
- 24- Alves JGB, Siqueira FV, Figueiroa JN, Facchini LA, Silveira DS, Piccini RX et al. Prevalência de adultos e idosos insuficientemente ativos moradores em áreas de unidades básicas de saúde com e sem Programa Saúde da Família em Pernambuco, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2010; 26(3): 543-556.
- 25- Baretta E, Baretta M, Peres KG. Nível de atividade física e fatores associados em adultos no Município de Joaçaba, Santa Catarina, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2007;23:1595-602.
- 26- Dias-da-Costa JS et al. Epidemiology of leisure-time physical activity: a population-based study in Southern Brazil. *Cad. Saúde Pública* 2005; 21(1):275-282.
- 27- Cunha IC et. al. Fatores associados à prática de atividade física na população adulta de Goiânia: monitoramento por meio de entrevistas telefônicas. *Rev. bras. epidemiol.* 2008;11(3):495-504.
- 28- Kruger J, Ham SA, Sanker S. Physical Inactivity During Leisure Time Among Older Adults – Behavioral Risk Factor Surveillance System, 2005. *Journal of Aging and Physical Activity* 2008; 16(3):280-291.
- 29- Vitorio VM et. al. Fatores associados ao nível de atividade física entre idosos asilares. *Estud. interdiscipl. envelhec.*, 2012; 17(1): 75-89.
- 30- Guimarães VMV, Cesar CLG. Atividade física. In: César CLG et al. Saúde e condição de vida em São Paulo. Inquérito Multicêntrico de Saúde no Estado de São Paulo. São Paulo: USP/FSP; 2005.
- 31- Hallal PC, Matsudo SM, Matsudo VKR, Araujo TL, Andrade DR, Bertoldi AD. Physical activity in adults from two Brazilian areas: similarities and differences. *Cad Saúde Pública* 2005; 21(2):573-80.
- 32- Araújo DSMS, Araújo CGS. Aptidão física, saúde e qualidade de vida relacionada à saúde em adultos. *Rev Bras Med Esporte* 2000; 6(5): 194-203.

- 33- Mello MT, Boscolo RA, Esteves AM, Tufik S. O exercício físico e os aspectos psicobiológicos. *Rev Bras Med Esporte*. 2005 June; 11(3): 203-207.
- 34- Ademoli AN, Azevedo. Padrões de atividade física de pessoas com transtornos mentais e de comportamento. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009;14(1):243-51.
- 35- Wiles NJ, Haase AM, Gallacher J, Lawlor DA, Lewis G. Physical activity and common mental disorder: results from the Caerphilly Study. *Am J Epidemiol*. 2007;165:946-54.
- 36- Rocha SV, Almeida MMG, Araújo TM, Virtuoso Júnior JS. Atividade física no lazer e transtornos mentais comuns entre idosos residentes em um município do nordeste do Brasil. *J Bras Psiquiatr* 2011; 60(2), 80-85.
- 37- Gazalle FK, Lima MS, Tavares BF, Hallal PC. Sintomas depressivos e fatores associados em população idosa no sul do Brasil. *Rev. Saúde Pública* 2004;38(3):365-71.
- 38- Van Gool CH, Kempen GIJM, Pennix BWJH, et al. Relationship between changes in depressive symptoms and unhealthy lifestyles in late middle aged and older persons: results from the Longitudinal Aging Study Amsterdam. *Age Ageing* 2003;32(1):81-7.
- 39- De Moor MH, Beem AL, Stubbe JH, Boomsma DI, De Geus EJ. Regular exercise, anxiety, depression and personality: a population-based study. *Preventive Medicine* 2006;42(4):273-9.
- 40- Mori G, Silva LF. Lazer na terceira idade: desenvolvimento humano e qualidade de vida. *Motriz rev. educ. fís.*:2010; 16(4):950-957.
- 41- Brasil. Lei No 10.741, de 01 de outubro de 2003. Estatuto do Idoso [acesso em 10 de Dezembro de 2013]. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.741.htm
- 42- Domingues PC, Neri AL. Atividade física habitual, sintomas depressivos e doenças auto-relatadas em idosos da comunidade. *Rev Bras Ativ Física Saúde* 2009; 14 (3): p.164-173.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os Idosos do município de Aiquara/BA são em sua maioria do sexo feminino, na faixa etária de 60 a 79 anos de idade, com companheiro, sem escolaridade, residem acompanhados, e recebem até 1 (um) salário mínimo.

O estudo aponta a elevada prevalência dos TMC entre os idosos, superior à média estipulada pela OMS para populações urbanas, e a estudos realizados em cidades de médio e grande porte. Associam-se maiores prevalências de TMC a idosos do sexo feminino, com autopercepção de saúde negativa, que apresentam distúrbios do sono e inativos fisicamente. A alta prevalência de suspeição de TMC entre os idosos vai de encontro ao referenciado pela literatura, e suscita uma maior preocupação advinda dos gestores públicos e profissionais de saúde sobre as repercussões negativas desse desfecho na população de idosos. Este grupo torna-se mais vulnerável por conta de perdas evolutivas, inerentes ao envelhecimento.

No que se refere ao nível de atividade física, o presente estudo identificou uma elevada prevalência de inativos fisicamente, visto que mais da metade da população apresenta esta condição. Dentre os inativos fisicamente, observa-se uma maior prevalência de homens, entre os idosos mais velhos (80 anos ou mais), com distúrbios do sono e suspeição de transtornos mentais comuns.

Tais constatações demonstram a importância da proposição do presente estudo, como importante ferramenta para a orientação no planejamento e auxílio da atenção à saúde da população idosa, servindo inclusive como insumo para possíveis medidas interventivas em saúde direcionadas a população de municípios de pequeno porte, com baixos níveis socioeconômicos, que representam quase a metade dos municípios brasileiros.

Após as observações elencadas, destaca-se a necessidade de uma maior vigilância à saúde dos idosos por parte dos profissionais da atenção básica e gestores tendo em conta as possíveis repercussões que estes agravos trazem à saúde destes indivíduos.

Contudo, medidas de intervenção devem ser adotadas para que se possa melhor desenvolver estratégias e práticas para o cuidado, na proposição de melhor qualidade de vida aos anos adicionais vividos pela população idosa.

REFERÊNCIAS

ALVES, L. C.; RODRIGUES, R. N. Determinantes da autopercepção de saúde em idosos do Município de São Paulo. **Pan Am J Public Health**, v.17, n.5/6, 2005.

AMARO, L. E. S.; JOHANN, J. R.; MEIRA, P. R. S. O estilo de vida do idoso urbano : o caso de Porto Alegre - RS. **RBCHE**, v. 4, n. 1, p. 115-126, 2007.

ARAUJO, T. M.; PINHO, P. S.; ALMEIDA, M. M. G. Prevalência de transtornos mentais comuns em mulheres e sua relação com as características sociodemográficas e o trabalho doméstico. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, v.5, n. 3, p. 337-348, 2005 .

ARGIMON, I. I. L. Aspectos cognitivos em idosos. **Avaliação Psicológica**, n.5, v.2, p. 243-245, 2006.

BARRETO, S. M. et al . Análise da estratégia global para alimentação, atividade física e saúde, da Organização Mundial da Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 14, n. 1, mar. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília; 2012 Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>

BRASIL. Lei Nº 10.741, de 01 de outubro de 2003. **Estatuto do Idoso**. Brasília, 2003. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm

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. 11-16, 2007.

BOWLING, A. What things are important in people's lives? A survey on the public's judgments to inform scales on health related quality of life. **Soc Sci Med**, v.41, p.1447-62,1995.

BOWLING, A. et al. Quality of life among older people with poor functioning. The influence of perceived control over life. **Age and Ageing**, n. 36, p.310–315, 2007.

BURNS, D. M. Epidemiology of smoking-induced cardiovascular disease. **Prog Cardiovasc Dis**, v. 46, n.1, p.11-29, 2003.

CARVALHO, J. A. M.; GARCIA, R. A. O Envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. **Cad de Saúde Pública**, v.19, n.3, p. 725-733, 2003.

CARVALHO, J. A. M.; WONG, L. L. R. A transição da estrutura etária da população brasileira na primeira metade do século XXI. **Cad Saude Publica**, v.24, p. 597-605, 2008.

CHACHAMOVICH, E. et al. Impact of major depression and subsyndromal symptoms on Quality of Life and attitudes toward aging in an international sample of older adults. **Gerontologist**, v.48, p. 593-602, 2008.

COSTA, J. S. D. et al . Prevalência de distúrbios psiquiátricos menores na cidade de Pelotas, RS. **Rev. bras. Epidemiol.**, v.5, n.2,p. 164-173, 2002.

DALMOLIN, B. B. et al. Significados do conceito de saúde na perspectiva de docentes da área da saúde. **Esc. Anna Nery**, v. 15, n. 2, p. 389-394, 2011.

DE MOOR, M. H. et al. Regular exercise, anxiety, depression and personality: a population-based study. **Preventive Medicine**, v.42, n.4, p.273-279, 2006.

DEY, D. K. et al. Height and body weight in the elderly. I. A 25 year longitudinal study of a population aged 70 to 95 years. **European Journal of Clinical Nutrition**, London, v. 53, n. 12, p. 905–914, 1999.

DOMINGUES, P. C.; NERI, A. L. Atividade física habitual, sintomas depressivos e doenças auto-relatadas em idosos da comunidade. **Rev Bras Ativ Física Saúde** , v.14, n.3, p.164-173, 2009.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - Cidades@. **Aiquara**. Informações Estatísticas 2012. Disponível em: <[http:// www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br)>. Acesso em: 06 de fevereiro de 2013.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico. **Características da população e dos domicílios: resultados do universo**. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Síntese de indicadores sociais 2008**. Rio de Janeiro: IBGE; 2008.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Projeção da população do Brasil por sexo e idade - 1980-2050 - revisão 2008**. Rio de Janeiro: IBGE; 2008a.

FLECK, M. P. A. et al. Associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidados primários à saúde. **Rev. Saúde Pública**, v. 36, n. 4, p. 431-438, 2002.

FONSECA, M. L. G.; GUIMARÃES, M. B. L.; VASCONCELOS, E. M. Sofrimento difuso e transtornos mentais comuns: Uma Revisão Bibliográfica. **Rev. APS**; v.11, n.3,p. 285-294, 2008.

FUKUKAWA, Y. et al. Age differences in the effect of physical activity on depressive symptoms. **Psychology and Aging**, v.19, n.2, p. 346-51, 2004.

FURTADO, S. R. S. **Qualidade de vida dos idosos: proposta para o aperfeiçoamento dos indicadores**. Dissertação (Mestrado em Ciência da Informação) – UFRJ, Rio de Janeiro, 2013. 134f.

GAZALLE, F. K. et al. Sintomas depressivos e fatores associados em população idosa no sul do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v.38, n.3, p.365-71, 2004.

GONÇALVES, D. M.; KAPCZINSKI, F. Transtorno mental, indicadores demográficos e satisfação com a vida. **Rev. Saúde Pública**, v. 42, n. 6, p. 1060-6, 2008.

GLASS, J.M. et al. Smoking is associated with neurocognitive deficits in alcoholism. **Drug Alcohol Depend**, v.82, n.2, p.119-26, 2006.

GOBBI, S. Atividade física para pessoas idosas e recomendações da Organização Mundial de Saúde de 1996. **Rev Bras Ativ Física Saúde**, v.2, n. 2, p. 41-49, 1997.

GOLDBERG, D; HUXLEY, P. **Common mental disorders: a bio-social model**. London: Tavistock; 1992.

GONCALVES, D. M.; STEIN, A. T.; KAPCZINSKI, F. Avaliação de desempenho do Self-Reporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um

estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. **Cad. Saúde Pública**, v.24, n.2, 380-390, 2008 .

HALLAL, P.C.; VICTORA, C.G.; WELLS, J.C.; LIMA, R. C. Physical inactivity: prevalence and associated variables in Brazilian adults. **Med Sci Sports Exerc.** v.35, n.11, p.1894-900, 2003.

HARVEY, S. B; HOTOPF, M.; OVERLAND, S.; MYKLETUN, A. Physical activity and common mental disorders. **Br J Psychiatry.** v.197, p.357-64, 2010.

HASSMÉN, P.; KOIVULA, N.; UUTELA, A. Physical exercise and psychological well-being: a population study in Finland. **Preventive Medicine**, v.30, n.1, p.17-25, 2002.

INOUYE, K. et al.. Percepções de suporte familiar e qualidade de vida entre idosos segundo a vulnerabilidade social. **Psicol Refl Crít**, v.23, p.582-92, 2010.

IRIGARAY, T. Q.; TRENTINI, C. M. Qualidade de vida em idosas: a importância da dimensão subjetiva. **Estud Psicol**, v.26, p.297-304, 2009.

JANSSEN, I.; ROSS, R. Linking age related changes in skeletal muscle mass and composition with metabolism and disease. **Journal Nutrition Health Aging**, Paris, v. 9, p. 408-19, 2005.

JOIA, L.; RUIZ, T; DONALISIO, M. R. Condições associadas ao grau de satisfação com a vida entre a população de idosos. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.41, n.1, Fev. 2007.

JUNQUEIRA, E. D. S. **Velho. E, por que não?**. Bauru: EDUSC, 1998.

KIRCHENGAST S, HASLINGER B. Gender differences in health-related quality of life among healthy aged and old-aged Austrians: cross-sectional analysis. **Gend Med**, v.5, p. 270-8, 2008.

KRINSKI, K.; ELSANGEDY, H. M.; SOARES, I. A.; BUZZACHERA, C. F.; CAMPOS, W.; SILVA, S. G. Efeitos cardiovasculares agudos do exercício resistido em idosas hipertensas. **Acta Sci Health Sci**, v.30, n.2, p.107-112, 2008.

LAURITSEN, J.H.; BRUSS, M.; MYATT, M.A. Epidata - Programa para criar banco de dados. EpiData Association, Odense Denmark 2002. (v3.0). Versão para o português (Brasil) por João Paulo Amaral Haddad.

LIMA-COSTA, M. F.; VERAS, R. Saúde Pública e Envelhecimento. **Cad. Saúde Pública**, v.19, n. 3, 2003.

LOJUDICE, D. C.; LAPREGA, M. R.; GARDEZANI, P. M.; VIDAL, P. Equilíbrio e marcha de idosos residentes em instituições asilares no município de Catanduva, SP. **Rev Bras Geriatr Gerontol**, v.11, n. 2, p. 181-189, 2008.

LOPES, C. S.; FAERSTEIN, E.; CHOR, D. Eventos de vida produtores de estresse e transtornos mentais comuns: resultados do Estudo Pró-Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v.19, n.6,p. 1713-1720, 2003.

MARAGNO, L. et al . Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n. 8, p. 1639-1648, 2006.

MARIN-LEON, Letícia et al . Social inequality and common mental disorders. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v. 29, n. 3, 250-253, 2007 .

MATSUDO, S. M.; MATSUDO, V. K. R.; BARROS NETO, T. L. Atividade Física e Envelhecimento: aspectos epidemiológicos. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v. 7, n.1, p. 2-12, 2001.

MEDRONHO, R. A. et al. **Epidemiologia**. 2. ed. Sao Paulo: Atheneu, 2009.

MENDES, M. R. S. S. B. et al. A situação social do idoso no Brasil: uma breve consideração. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 18, n. 4, 2005.

MORAGAS, R. M. **Gerontologia social: envelhecimento e qualidade de vida**. São Paulo: Paulinas; 1997.

MOREIRA, P. F. P.; MARTINIANO FILHO F. Aspectos nutricionais e o abuso do álcool em idosos. **Envelhecimento e Saúde**, v.14, n.1, p.23-26, 2008.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 23-46, 2000.

NAHAS, M. V. **Atividade física, saúde e qualidade de vida: Conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo.** 4 Ed. Londrina: Midiograf; 2006.

NERI, A. L. **Palavras chaves em Gerontologia.** 2ed, Campinas: Alínea; 2005.

NOGUEIRA, S. L. **Capacidade funcional, nível de atividade física e condições de saúde de idosos longevos: um estudo epidemiológico.** Dissertação (Mestrado em Nutrição) – Programa de Pós Graduação em Ciência da Nutrição, Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, 2008.

PARAHYBA, M. I. ; VERAS, R. Diferenciais sociodemográficos no declínio funcional em mobilidade física entre os idosos no Brasil. **Cien. Saúde Coletiva**, v.13, n.4 p.1257-1264, 2008.

PARAHYBA, M. I. ; VERAS, R. P.; MELZER, D. Incapacidade funcional entre as mulheres idosas no Brasil. **Rev Saude Publica**, v.39, n.3, p. 383-391, 2005.

PASCHOAL, S. M. P. Desafios da Longevidade: Qualidade de Vida. **O Mundo da Saúde**, v. 29, p. 608-612, 2005.

PASCHOAL, S. M. P. **Qualidade de Vida.** In: JACOB FILHO, W. ; AMARAL. J. R.G (Org.). Avaliação Global do Idoso. São Paulo: Atheneu, 2005a, p. 59-77.

PASCHOAL, S. M. P.; JACOB FILHO, W.; LITVOC, J. Development of Elderly Quality of Life Index – EqoLI: Item reduction and distribution into dimensions. **Clinics**, v.63, p.179-88, 2008.

PATE, R. et al. Physical activity and public health: a recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. **JAMA**, v. 273, n.5, p. 402-407, 1995.

PELUSO, M. A. M.; ANDRADE, L. H. S. G. Physical activity and mental health: the association between exercise and mood. **Clinics**, v.60, n.1,p.61-70, 2005.

PEREIRA, M. G.. **Epidemiologia: Teoria e Pratica.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

PEREIRA, J. C.; BARRETO, S. M.; PASSOS, V. M. A. O perfil de saúde cardiovascular dos idosos brasileiros precisa melhorar: estudo de base populacional. **Arq. Bras. Cardiol.**, v.91, n.1, 2008.

RACETTE, S. B. et al. Abdominal adiposity is a stronger predictor of insulin resistance than fitness among 50-95 year olds. **Diabetes Care**, Washington, v. 29, p. 673-8, 2006.

RAMOS, L. R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. **Cad. Saúde Pública**, v.19, n.3, p. 793-797, 2003.

RAMOS, L. R.; COELHO FILHO, J. M. Epidemiologia do envelhecimento no nordeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. **Rev. Saúde Pública**, v.33, n.5, p. 445-453, 1999.

RAPLEY, M. **Quality of Life Research: a critical introduction**. London: SAGE Publications, 2003.

REIJNEVELD, S.; WESTHOFF, W.; HOPMAN-ROCK, M. Promotion of health and physical activity improves the mental health of elderly immigrants: results of a group randomized controlled trial among Turkish immigrants in the Netherlands aged 45 and over. **J Epidemiol Community Health**, v.57, p.405-11, 2003.

ROCHA, S. V.; ALMEIDA, M.M.G.; ARAÚJO, T. M; VIRTUOSO JÚNIOR, J. S. Prevalência de transtornos mentais comuns entre residentes em áreas urbanas de Feira de Santana, Bahia. **Rev Bras Epidemiol** , v.13 n.4,p. 630-640, 2010.

ROCHA, S. V. et al . Atividade física no lazer e transtornos mentais comuns entre idosos residentes em um município do nordeste do Brasil. **J. bras. psiquiatr.**, v. 60, n. 2, p. 80-85, 2011.

ROCHA, S. V. et al.. Prevalência de transtornos mentais comuns entre idosos residentes em município do Nordeste do Brasil. **Rev. Salud Pública**, v.14, n.4, p.620-629, 2012.

SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cad. Saúde Pública**, v.20, n.5, p. 580-588, 2004.

TEIXEIRA, M. H. **Aspectos Psicológicos da Velhice**. In: SALDANHA, A. L.; CALDAS, C. P. Saúde do Idoso: a arte de cuidar. Rio de Janeiro: Interciência, p. 311-315, 2004.

TRIBESS, S.; VIRTUOSO JÚNIOR, J. S.; OLIVEIRA, J. O. Atividade física como preditor da ausência de fragilidade em idosos. **Rev. Assoc Med Bras.**, v.58, n.3, p. 341-347, 2012.

VALE, R. G. et al. Effects of muscle strength and aerobic training on basal serum levels of IGF-1 and cortisol in elderly women. **Arch Gerontol Geriatr**, v.49, n.3, p. 343-347, 2009.

VAN GOOL, C. H. et al. Relationship between changes in depressive symptoms and unhealthy lifestyles in late middle aged and older persons: results from the Longitudinal Aging Study Amsterdam. **Age Ageing**, v.32, n.1, p.81-7, 2003.

VECCHIA, R. D. et al. Qualidade de vida na terceira idade: Um conceito subjetivo. **Rev Bras Epidemiol**, v.8, p. 246-52, 2008.

VERAS, R. P. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev. Saúde Pública**, v. 43, p. 548-554, 2009.

VERAS, R. P. Estratégias para o enfrentamento das doenças crônicas: um modelo em que todos ganham. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 14, p. 779-786, 2011.

VERAS, R. P. et al. Promovendo a saúde e prevenindo a dependência: identificando indicadores de fragilidade em idosos independentes. **Rev Bras Geriat Geront**, v.10, n.3, p. 355-370, 2007.

VIRTUOSO JÚNIOR, J. S. et al. Physical activity as an indicator of predictive functional disability in elderly. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 20, n. 2, p. 259-265, abr 2012.

XI, B. et al. Secular trends in the prevalence of general and abdominal obesity among Chinese adults, 1993-2009. **Obesity reviews : an official journal of the International Association for the Study of Obesity**, v. 13, n. 3, p. 287-96, 2012.

WHO. Organização Mundial de Saúde. **Health Promotions Glossary**. Geneva: World Health Organization; 1998.

WHO. Organização Mundial da Saúde. **Relatório Mundial da Saúde**. Saúde Mental: Nova concepção, nova esperança. Lisboa; 2002. Disponível em: http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_djmessage_po.pdf

WHOQOL. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. **Soc Sci Med**, v.41, n.10, 1403-1409, 1995.

WILES, N. J. et. al. Physical activity and common mental disorder: results from the Caerphilly study. **American Journal of Epidemiology**, v.165, n.8, p.946-954, 2007.

ZANINOTTO, P.; FALASCETTI, E.; SACKER, A. Age trajectories of quality of life among older adults: results from the English Longitudinal Study of Ageing. **Qual Life Res.**, v.18, p. 1301–9, 2009.

ZIMERMAN, G. I. **Velhice: aspectos biopsicossociais**. Porto Alegre: ArtMed, 2000.

APENDICES

**APÊNDICE A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE****UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE – CAMPUS JEQUIÉ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Este é um convite para que o Senhor (a) participe da Pesquisa sobre CONDIÇÕES DE SAÚDE E ESTILO DE VIDA DE IDOSOS RESIDENTES NO MUNICÍPIO DE AIQUARA-BA, a ser realizada por professores e alunos do Mestrado Acadêmico em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, bem como pesquisadores colaboradores de outras instituições.

A participação do Senhor (a) na pesquisa é voluntária, o que significa que poderá desistir a qualquer momento de participar, retirando o seu consentimento, sem que isso lhe traga nenhum prejuízo ou penalidade.

Nessa pesquisa, serão respondidas questões referentes a condições de saúde e qual o estilo de vida adotado pelo Senhor (a) atualmente, além de medidas antropométricas e teste sanguíneo. O procedimento de coleta de sangue pode ocasionar algum desconforto ou risco no decorrer do procedimento, no entanto serão tomadas medidas necessárias a fim de minimizar os possíveis desconfortos e riscos. Também, durante a pesquisa será feita a análise da variabilidade da frequência cardíaca. Durante os questionamentos, caso sinta algum desconforto, poderá deixar de participar sem que lhe haja nenhum prejuízo. Essas informações não serão divulgadas em nenhuma hipótese, mas os resultados do estudo serão divulgados e contribuirão para a identificação das condições de saúde e fatores associados ao estilo de vida, e possibilitará que os gestores do município tenham conhecimento sobre o tema, e assim auxiliar no planejamento de ações de promoção, prevenção e educação em saúde, que visem melhorar a qualidade de vida dessa população. Além disso, essa pesquisa não acarretará em nenhum custo para o participante.

Você ficará com uma via deste Termo e devolverá a outra assinada. Toda dúvida que você tiver a respeito dessa pesquisa poderá perguntar diretamente aos pesquisadores responsáveis, Paulo da Fonsêca Valença Neto e Cezar Augusto Casotti no endereço Av. José Moreira Sobrinho S/n, Bairro: Jequiezinho, Jequié-BA, ou pelo telefone (73)3528-9738, sala do Mestrado em Enfermagem e Saude.

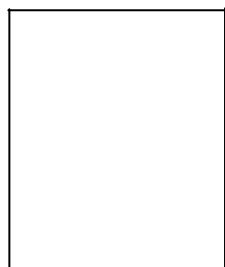
Dúvidas a respeito da ética dessa pesquisa poderão ser obtidas ainda junto ao Comitê de Ética em Pesquisa da UESB no mesmo endereço fornecido acima, ou pelo telefone (73) 3528-9721.

PAULO DA FONSECA VALENÇA NETO
(Pesquisador Responsável/UESB)

CEZAR AUGUSTO CASOTTI
(Pesquisador Responsável/UESB)

Sendo assim, eu _____
aceito livremente participar do Projeto Condições de Saúde e Estilo de Vida de
idosos residentes no município de Aiquara, Bahia.

Assinatura do participante: _____



APÊNDICE B: Manual do entrevistador

MANUAL DO ENTREVISTADOR



Condições de Saúde e Estilo de Vida de Idosos
residentes em município de pequeno porte.
AIQUARA - BA

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE
LINHA DE PESQUISA – VIGILÂNCIA À SAÚDE

Projeto

Condições de Saúde e Estilo de Vida de Idosos residentes
em município de pequeno porte.
AIQUARA-BA

Manual do Entrevistador

COMISSÃO RESPONSÁVEL PELA ELABORAÇÃO E COORDENAÇÃO DO PROJETO

Paulo da Fonseca Valença Neto

Licenciado em Educação Física (UESB)

Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde (UESB) paulonetofonseca@hotmail.com

Cezar Augusto Casotti

Professor Doutor da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB) Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde (UESB) cacasotti@uesb.edu.br

PESQUISADORES COLABORADORES DO PROJETO

Bruna Paula de Jesus Siqueira

Bacharel em Enfermagem (UFS)

Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde (UESB)

Ícaro José Santos Ribeiro

Bacharel em Enfermagem (UESB)

Centro de Pesquisas Gonçalo Muniz – CPqGM - Fiocruz

Ivna Vidal Freire

Bacharel em Biologia (UESB)

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB)

Franck Nei Monteiro Barbosa

Licenciado em Educação Física (UESB)

Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde (UESB)

Luciene Dias Bispo

Bacharel em Enfermagem (UESB)

Mestre em Enfermagem e Saúde (UESB)

Rafael Pereira de Paula

Bacharel em Fisioterapia (UNIG)

Professor Doutor da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB)

APRESENTAÇÃO

Este manual é parte da pesquisa do Mestrado em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), campus de Jequié, em parceria com Centro de Pesquisas Gonçalo Moniz – Fiocruz e Prefeitura Municipal de Aiquara-BA, intitulada **“Condições de Saúde e Estilo de Vida de Idosos residente em município de pequeno porte: Aiquara, Bahia”**.

Trata-se de um estudo epidemiológico transversal, onde idosos (60 anos ou mais) serão entrevistados por meio de um questionário contendo perguntas fechadas, pré-codificadas. O ingresso no estudo será feito após a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

Essa etapa é a mais importante da pesquisa. A coleta de dados é fundamental para o sucesso do nosso estudo. Um trabalho de campo sem o cuidado necessário pode comprometer os esforços conduzidos nas demais etapas da investigação. Sendo assim, o trabalho realizado pelo grupo de entrevistadores é de fundamental importância para que a pesquisa tenha sucesso.

Para assegurar que os dados coletados sejam comparáveis, é necessário que a pesquisa seja conduzida segundo procedimentos uniformes. Essas instruções e procedimentos devem ser seguidos sistematicamente durante todo o processo de coleta de dados para garantir a qualidade das informações de interesse. Não há lugar para improviso. Em caso de dúvidas ou problemas que não possam ser resolvidos com a consulta ao manual de instruções do questionário, consulte seu colega entrevistador(a) ou aos responsáveis pelo projeto.

INTRODUÇÃO

Neste estudo pretende-se produzir informações representativas para o município de Aiquara - BA, sobre indivíduos residentes na zona urbana do município e que tenham 60 anos ou mais de idade. Para alcançar esse objetivo é fundamental a aplicação dos critérios definidos para a entrevista e para a aferição dos eventos de interesse epidemiológico. Para a aplicação desses critérios foram propostos os seguintes materiais:

Relatório de Coleta; Instrumento de Coleta; Ficha de Marcação dos Exames Físicos.

Todos os documentos informados são de responsabilidade da equipe de campo.

FUNÇÕES E RESPONSABILIDADES DO ENTREVISTADOR

O trabalho de um entrevistador é um dos mais importantes dentro da realização de pesquisas, pois é o responsável em recolher a informação de forma verdadeira, fidedigna e oportuna. Ademais, de sua responsabilidade, bom desempenho e cooperação dependem em boa parte o êxito da pesquisa.

Funções e responsabilidades

- Identificar o local selecionado e a pessoa que cumpre com as características requeridas para ser incluída dentro da amostra.
- Realizar as entrevistas mediante visitas domiciliares.
- Solicitar a informação à pessoa entrevistada de forma cortês.
- Ler a cada entrevistado o “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido”
- Aplicar o questionário de forma completa.
- Revisar cada questionário para certificar-se que todas as perguntas foram realizadas e que todos os dados solicitados no questionário foram preenchidos.
- Manter uma conduta adequada durante todo o trabalho de campo e especialmente durante a entrevista.
- Recordar que representa a uma instituição específica; é a imagem visível da instituição.
- Andar sempre com a identificação que o credita como integrante da pesquisa.
- Velar pela integridade do material recebido para realizar o trabalho.
- Manter relações respeitadas com a equipe de trabalho.
- Estudar cuidadosa e detalhadamente o presente manual com o fim de obter um completo manejo e compreensão do mesmo.

MATERIAIS DO ENTREVISTADOR

O material necessário para desenvolver seu trabalho lhe será entregue ao início do trabalho de campo:

- Credencial de identificação
- Manual do entrevistador.
- Utensílios necessários para realizar as entrevistas (lápiz, caneta, borracha e almofada tinteiro para coleta de impressão digital).
- Termos de Consentimento Livre e Esclarecido
- Ficha de Marcação dos Exames Físicos
- Instrumento de coleta
- Relatório de Coleta
- Fichas para marcação de exames

FUNÇÕES DO RELATÓRIO DE COLETA E FICHA DE MARCAÇÃO

O relatório de coleta foi criado para minimizar possíveis equívocos na identificação dos domicílios e dos idosos residentes, além de informar se houve resposta, ou motivo de recusa (caso haja).

É necessário esse controle, pois se houver necessidade de nova visita, os domicílios e os residentes estarão devidamente identificados, facilitando assim o acesso de outro entrevistador (se for o caso).

Lembre-se, ao adentrar o domicílio, **o relatório de coleta deve ser o primeiro instrumento a ser preenchido** (logo após informar sobre o objetivo da pesquisa).

Ao término da entrevista, será concedido um cartão contendo o dia e horário para a segunda etapa (exames físicos) que deverá ser entregue ao entrevistado.

ORIENTAÇÕES GERAIS PARA INICIAR A ENTREVISTA

Localização da pessoa entrevistada: em primeiro lugar, é necessário localizar os possíveis informantes e certificar-se de que cumprem com os critérios e elegibilidade necessários para serem incluídos na pesquisa.

Apresentar-se adequadamente: é importante fazer uma adequada apresentação para gerar confiança na pessoa entrevistada, e que assim forneça a informação requerida com a maior naturalidade e veracidade possível.

Vestimenta apropriada: apresentar-se diante da pessoa selecionada para a entrevista com uma vestimenta apropriada e devidamente arrumada. Este é um fator importante dentro da apresentação o qual pode influenciar, em boa parte, na recepção e colaboração por parte do entrevistado.

Confiança e segurança: o entrevistador deve procurar mostrar-se seguro, isso ajudará a gerar confiança na pessoa entrevistada; evite expressar insegurança ou medo.

Privacidade: a presença de outras pessoas pode **intimidar** o entrevistado e influenciar suas respostas; assim como também pode perturbar o adequado desenvolvimento da entrevista. Por esta razão, não é recomendado fazer a entrevista enquanto outra pessoa estiver presente; o melhor é realizar a entrevista em ambiente privado, de forma que o entrevistado não se sinta vulnerável em relação a sua segurança, e para que o mesmo tenha uma maior liberdade de expressar suas opiniões e demais informações solicitadas no questionário.

Neutralidade: é de suma importância manter uma postura profissional; perguntar, escutar e registrar todas as respostas com naturalidade e, sobretudo, com muito respeito.

Nunca se deve **opinar ou influenciar** as respostas dos indivíduos. Deve-se evitar fazer expressões faciais, troca no tom da voz ou emissão de sons que podem sugerir ou comunicar ao informante a postura ou opinião do entrevistador; manifestar ou mostrar aprovação; recusa ou surpresa diante as respostas da pessoa

entrevistada não é recomendado. **Muitas pessoas tendem a opinar ou dar respostas que consideram ser do agrado do entrevistador.**

Redação, ordem e leitura das perguntas: todas as perguntas dos questionários são redigidas com muito cuidado e detalhe, de tal maneira que não induzem a uma resposta específica ou sugerem que uma resposta é melhor, pior ou preferível que outra. Por isso, é importante que o entrevistador as leia de forma exata e completa sem fazer interpretações das mesmas, caso contrário podem perder a neutralidade que possuem ou mudar o sentido destas. Além disso, o questionário foi elaborado de acordo com uma sequência específica e lógica dos temas abordados. Por isso, devem realizar-se as perguntas respeitando a sequência na qual se encontram no questionário, pois do contrário pode-se mudar o sentido das mesmas e induzir respostas determinadas. Estar ciente de que se deve ler a cada uma das perguntas devagar e pausadamente, em voz alta e com a maior clareza possível, respeitando as pontuações que estas possuem.

Controle da situação: uma qualidade especial de um entrevistador é se manter sereno diante de situações inesperadas e/ou incômodas, tais como: excessivas perguntas por parte da pessoa entrevistada sobre os propósitos e o desenvolvimento da pesquisa, reclamações, rejeições bruscas ou violentas, interrupções provocadas por outras pessoas, ameaças, etc. Também, quando o entrevistado dá respostas longas com explicações desnecessárias, seja cortês e não o interrompa de forma abrupta, mas procure orientá-lo para que finalize a resposta e possam continuar com a sequencias do questionário. O entrevistador **sempre** deve manter o controle da situação durante toda a entrevista e ser paciente.

Repetir a pergunta: muitas vezes as pessoas podem responder as perguntas de forma vaga ou simplesmente não respondê-las. Diante desta situação, é necessário verificar se a pessoa entendeu a pergunta, desconfia ou teme por tratar-se de um tema delicado, esteja tímida ou simplesmente não lembre o dado que lhe for perguntado. A forma adequada de descobrir o que está acontecendo é realizar a pergunta novamente de forma integral.

Evitar suposições: evitar fazer suposições sobre as possíveis respostas dos

informantes em função de suas características pessoais ou socioeconômicas. Nunca se deve criar expectativas ou presumir respostas, sempre se deve esperar que a pessoa ofereça sua própria informação.

Despedida e agradecimento: é indispensável, ao terminar a entrevista, agradecer amigavelmente a colaboração do entrevistado e o tempo dado.

Revisão do questionário: ao acabar a entrevista é importante revisar o questionário com o propósito de verificar se todas as perguntas foram realizadas e que cada uma delas possui uma resposta. Também é necessário verificar se os dados de identificação do questionário estão completos; isto deve ocorrer antes de se retirar do local da entrevista, pois pode ser necessário completar alguma informação. Deve-se consultar novamente o entrevistado se alguma pergunta deixou de ser respondida.



ETAPAS DA PESQUISA

O entrevistador após a conclusão da entrevista informará mais uma vez que o entrevistado necessitará se deslocar até o HOSPITAL DO MUNICÍPIO, para exames físicos. Caso o entrevistado se recuse ou informe impedimento, relate a ocorrência no RELATÓRIO DE COLETA, para que os responsáveis possam verificar uma possibilidade na obtenção dos dados.

Informe que ao se deslocar para o hospital, os indivíduos deverão portar vestimenta leve (explique), pois serão realizados testes físicos e antropometria, o que poderá interferir na obtenção das informações.

Qualquer outra dúvida entre em contato com os responsáveis pelo projeto.

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

O instrumento de coleta é composto por diversos blocos de questões, de fácil entendimento, o que apenas exige conhecimento prévio do entrevistador.

Começamos pelas informações pessoais e sociodemográficas. O entrevistado pode recusar-se a informar algum questionamento.

O segundo bloco compreende a saúde mental, todas as questões são auto-explicativas, devendo apenas ao entrevistador, realizar a leitura da mesma, proporcionando o entendimento mais adequado, sem induzir possíveis respostas. Lembre-se que o público o qual estamos trabalhando requer um cuidado maior, por se tratar de idosos. Equilíbrio na fala é fundamental!

Todos os outros blocos seguem a mesma lógica de entendimento, relacionado à leitura prévia. Apenas o último bloco referente aos exames fisiológicos e pressão arterial, antropométrica e da aptidão física serão preenchidos na etapa posterior.

O IPAQ (Questionário Internacional de Atividade Física), talvez seja o único bloco de questões que possa vir a apresentar problemas no entendimento tanto do entrevistador, quanto do entrevistado. Por isso elaboramos uma explicação mais aprofundada sobre o instrumento que será

aplicado. Para tanto segue um texto explicativo que deve ser lido com bastante cuidado a fim de uniformizar os questionamentos propostos.



QUESTIONÁRIO INTERNACIONAL DE ATIVIDADE FÍSICA (IPAQ)

O objetivo deste módulo é conhecer o nível de atividade física da população de estudo, classificando os informantes de acordo com o tipo de atividade, frequência e o tempo gasto com essas atividades em uma semana habitual.

É comum confundirem atividade física com exercício físico ou ginástica. Mas na realidade atividade física é qualquer movimento corporal que resulte em gasto energético. Em outras palavras, é qualquer movimento com o corpo que altere a respiração, batimentos do coração ou suor. Assim, além de exercício e ginástica, atividade física inclui também as atividades realizadas no trabalho, dentro de casa ou no quintal, aquelas feitas por lazer, por esporte ou para ir de um lugar a outro.

Para trazer benefícios para a saúde, a atividade física pode ser moderada ou vigorosa, mas deve ser realizada por pelo menos 10 minutos seguidos. Uma forma de medir o nível de atividade física é pelo aumento na respiração e batimentos cardíacos.

Para responder as perguntas deste módulo, é muito importante que o informante perceba a diferença entre atividade física e exercício, que leve em consideração todas as atividades realizadas em uma semana habitual (comum, típica) e compreenda que só estamos interessados naquelas atividades que ele realiza por pelo menos 10 minutos contínuos de cada vez. Para isso, o entrevistador deverá ler pausadamente a introdução em negrito, que antecede as perguntas, se certificando que o informante entendeu.

SEMANA HABITUAL:

Consideramos SEMANA HABITUAL uma semana de 7 dias (de Domingo a Sábado), que seja considerada de rotina. Não deve ser considerada uma semana atípica, como por exemplo, semana de carnaval, ou feriados, em que o tipo de atividade física do informante pode ser diferente do usual.

Exemplo:

TRABALHO

Em quantos dias e qual o tempo (Horas/Minutos) durante uma semana NORMAL o Sr/vc realiza atividades VIGOROSAS 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 10min contínuos?**

Nesta pergunta queremos saber o número de dias, e o tempo em uma semana comum, em que o informante realiza atividades vigorosas para o trabalho.

Enfim, deve-se incluir atividades realizadas por qualquer motivo no trabalho desde que tenha sido feita por pelo menos 10 minutos seguidos.

Ex: Se todos os dias a pessoa realiza atividades vigorosas, mas isso leva apenas 5 minutos, não deve ser considerado, mesmo que ela utilize 5 minutos para cortar a grama e depois corte lenha por mais 5 minutos, porque não faz 10 minutos seguidos. Por outro lado, uma pessoa que gaste 15min para cortar lenha, durante a execução pare para pegar alguma ferramenta, deve ser considerado, pois esse período em que esteve parado, não é suficiente para o coração voltar a bater no ritmo normal.

TRANSPORTE

Registre com um dígito, o número de dias na semana em que a pessoa caminha por pelo menos 10 minutos contínuos como forma de transporte, para ir de um lugar para outro, por lazer ou como forma de exercício.

Caso a pessoa não caminhe ou caminhe com frequência menor que 1 vez por semana, coloque 0.

Caso a pessoa não queira ou não saiba responder, coloque NS ou NR, passando para o próximo quesito seguindo a orientação do questionário.

Atenção:

A finalidade do quesito não é a de registrar o somatório de tempos de todos os dias que a pessoa caminha e sim o tempo médio que caminha nos dias em que caminha.

Veja os exemplos abaixo:

Informante gasta, em média 45

minutos: | 0 |:| 4 | 5 | Horas e

minutos por dia Informante gasta,

em média 1 hora:

| 1 |:| 0 | 0 | Horas e minutos por dia

Informante gasta, em média, 1 hora e 30

minutos: | 1 |:| 3 | 0 | Horas e minutos por

dia

A maioria das pessoas enfrenta problemas para lembrar quando respondem esta pergunta. Este problema é inerente a maioria dos questionários de atividade física que utilizam perguntas com recordatório. Recordar é um dos aspectos cognitivos que podem influenciar o desempenho dos entrevistados em questionários.

Informações podem ser recuperadas da memória como eventos pontuais ou em esquemas (ex. as generalizações). Eventos pontuais são armazenados como informações mais detalhadas, enquanto os esquemas são mais genéricos e armazenados com menor ou mesmo inexistentes detalhes.

Isto pode explicar porque é mais difícil para as pessoas fornecerem informações precisas sobre as caminhadas como meio de transporte do que as caminhadas de lazer.

Antes de passar para as próximas perguntas, é importante ler para o entrevistado a definição de atividade física moderada e vigorosa. Ao ler essa definição, é importante enfatizar a diferença entre os dois tipos de atividade.

ATIVIDADES MODERADAS são aquelas que precisam de ALGUM esforço físico, fazem o SR/VC respirar UM POUCO mais forte do que o normal e o coração bater UM POUCO mais rápido.

ATIVIDADES VIGOROSAS são aquelas que precisam de um GRANDE esforço físico, fazem o SR/VC respirar MUITO mais forte do que o normal e o coração bater MUITO mais rápido.

Deve-se levar em consideração cada domínio específico (Vide Questionário) da Atividade Física. Vale ressaltar que o entrevistador deve conhecer o teor do questionário antes de aplicá-lo.

PREZADO ENTREVISTADOR:

Caso seja necessário cite os exemplos. Alguns exemplos de atividade vigorosa são: correr, fazer ginástica aeróbica, jogar futebol, pedalar rápido na bicicleta, jogar basquete, fazer serviços domésticos pesados na casa, no quintal, carregar grandes pesos ou trabalhos como usar enxada, britadeira, marreta etc.



CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

Este pequeno manual é parte integrante da ação de vigilância à saúde do idoso, proposta pelo Projeto de Pesquisa Condições de Saúde e Estilo de Vida de Idosos residentes em município de pequeno porte, organizado pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem em Saúde em parceria com o Centro de Pesquisas Gonçalo Moniz – Fiocruz e Prefeitura Municipal de Aiquara-BA, e visa minimizar possíveis dúvidas e/ou condutas dos entrevistadores na primeira fase do projeto.

Contudo, fica a recomendação da utilização fiel desse material de apoio, desde a obtenção do entendimento, quanto à aplicação das orientações, no intuito de uniformizar as ações da coleta de dados.

Vamos ao trabalho!

Atenciosamente,

Paulo da Fonseca Valença Neto
Pesquisador Responsável

MOMENTO DE REFLEXÃO

“Eu creio em mim mesmo. Creio nos que trabalham comigo, creio nos meus amigos e creio na minha família. Creio que Deus me emprestará tudo que necessito para triunfar, contanto que eu me esforce para alcançar com meios lícitos e honestos. Creio nas orações e nunca fecharei meus olhos para dormir, sem pedir antes a devida orientação a fim de ser paciente com os outros e tolerante com os que não acreditam no que eu acredito. Creio que o triunfo é resultado de esforço inteligente, que não depende da sorte, da magia, de amigos, companheiros duvidosos ou de meu superior. Creio que tirarei da vida exatamente o que nela colocar. Serei cauteloso quando tratar os outros, como quero que eles sejam comigo. Não caluniarei aqueles que não gosto. Não diminuirei meu trabalho por ver que os outros o fazem. Prestarei o melhor serviço de que sou capaz, porque jurei a mim mesmo triunfar na vida, e sei que o triunfo é sempre resultado do esforço consciente e eficaz. Finalmente, perdoarei os que me ofendem, porque compreendo que às vezes ofendo os outros e necessito de perdão.”

(Mahatma Gandhi)

REALIZAÇÃO



APOIO



Prefeitura Municipal de Aiquara-BA
Governo Aiquara no caminho certo

**Secretaria Municipal de Saúde Secretaria
Municipal de Assistência Social**

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E
SAÚDE**

Endereço: UESB – Campus de Jequié – Rua José Moreira
Sobrinho, S/N Jequiezinho – CEP 45.206-198, Telefone:
(73) 3528-9738

PROJETO

CONDIÇÕES DE SAÚDE E ESTILO DE VIDA DE
IDOSOS RESIDENTES EM MUNICÍPIO DE
PEQUENO PORTE.



AIQUARA - BA

FORMULÁRIO

--	--	--

Setor

--	--	--

2013

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA – UESB DEPARTAMENTO DE SAÚDE –
Campus de Jequié**

**CONDIÇÕES DE SAÚDE E ESTILO DE VIDA DE IDOSOS DO MUNICÍPIO DE AIQUARA-BA
INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS**

Número do Formulário |__|__|__|

Data: ___/___/___

Entrevistador: _____

Hora de início: ___:___

Hora de término: ___:___

I - INFORMAÇÕES PESSOAIS E SOCIODEMOGRÁFICAS

Nome:	
Endereço:	
2. Sexo: 0 () Feminino 1 () Masculino	3. Idade: ___ anos 3.1. Data de Nasc. ___/___/___
4. Situação conjugal atual: 1 () Casado(a) 2 () União estável 3 () Solteiro/a 4 () Divorciado(a) /separado(a)/desquitado(a) 5 () Viúvo/a	
5. No total, quantas vezes, o (a) Sr.(a) esteve casado(a) ou em união? Nº de vezes __ __	
6. Na escola, qual a última série /grau que concluiu com aprovação? 1 () Nunca foi à escola 4 Fundamental II () 5 ^a () 6 ^a () 7 ^a () 8 ^a 2 () Lê e escreve o nome 5 Ensino Médio () 1 ^a () 2 ^a () 3 ^a 3. Fundamental I () 1 ^a () 2 ^a () 3 ^a () 4 ^a 6 Superior () completo () incompleto	
7. Como você classificaria a cor da sua pele? 1 () Branca 2 () Amarela (oriental) 3 () Parda 4 () Origem indígena 5 () Preta 9 () Não sabe	
8. Cor da pele (entrevistador): 1 () branca 2 () amarela (oriental) 3 () parda 4 () origem indígena 5 () preta	
9. Atualmente o senhor (a) mora sozinho ou acompanhado? 1 () Acompanhado 2 () Sozinho 3 () NR 4 () NS	
10. Em geral, o(a) Sr.(a) gosta de morar sozinho (ou com as pessoas com quem mora hoje)? (1) Sim (2) Não (3) mais ou menos (8) NS (9) NR	
11. Se o(a) Sr(a) pudesse escolher, preferiria morar com? Leia as opções e anote todas as afirmativas mencionadas. (1) Só (2) Com esposo(a) ou companheiro(a) (3) Com filho(a)? (4) Com neto(a)? (5) Com outro familiar? (6) Com outro não familiar? (8) NS (9) NR	
12. Qual é a sua religião? 1 () Católica 2 () Protestante 3 () Judaica 4 () Espírita/kardecista 5 () Umbanda 6 () Outras _____	
13. Qual a importância da religião em sua vida? (1) Importante (2) Regular (3) Nada importante (8) NS (9) NR	
14. Com que frequência o senhor vai a igreja ou ao serviço religioso? () Nunca () Várias vezes por ano () Uma duas vezes por mês () Quase toda semana () Mais de uma vez por semana () NS () NR	
15. Quanto você ganha, em média, por mês? R\$ _____ 8 () Não se aplica	

I - SAÚDE MENTAL

AVALIAÇÃO COGNITIVA

Neste estudo estamos investigando como o(a) Sr(a) se sente a respeito de alguns problemas de saúde. Gostaríamos de começar com algumas perguntas sobre sua memória.

1. Como o(a) Sr(a) avalia sua memória atualmente? (leia as opções)

(1) Excelente (2) Muito boa (3) Boa (4) Regular (5) Má(8) NS (9) NR

2. Comparando com um ano atrás, o(a) Sr.(a) diria que agora sua memória é melhor, igual ou pior?

(1) Melhor (2) Igual (3) Pior (8) NS (9) NR

3. Por favor, me diga a data de hoje (Pergunte mês, dia, ano, e dia da semana. Anote um ponto em cada resposta correta).

Códigos:

Segunda	01	Dia do mês	<input type="checkbox"/> 1- Correto	0- Incorreto
Terça	02	Mês	<input type="checkbox"/> 1- Correto	0- Incorreto
Quarta	03	Ano	<input type="checkbox"/> 1- Correto	0- Incorreto
Quinta	04	Dia da semana	<input type="checkbox"/> 1- Correto	0- Incorreto
Sexta	05		TOTAL ()	
Sábado	06			
Domingo	07			

4. Agora vou lhe dar o nome de três objetos. Quando eu terminar lhe pedirei que repita em voz alta todas as palavras que puder lembrar, em qualquer ordem. Guarde quais são porque vou voltar a perguntar mais adiante. O Sr(a) tem alguma pergunta?

(Leia os nomes dos objetos devagar e de forma clara somente uma vez e anote). Se o entrevistado não acertar as três palavras:

- 1) repita todos os objetos até que o entrevistado os aprenda, máximo de repetições: 5 vezes;
- 2) anote o número de repetições que teve que fazer;
- 3) nunca corrija a primeira parte;
- 4) anota-se um ponto por cada objeto lembrado e zero para os não lembrados

ARVORE () 1 – Lembrou
 MESA () 0 – Não Lembrou
 CACHORRO () NÚMERO DE REPETIÇÕES: ____
 TOTAL ()

5. "Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar". (1 ponto por cada resposta correta. Se der uma errada, mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como corretas. Parar ao fim de 5 respostas)

27_ 24_ 21_ 18_ 15_ Total: ()

6. Vou lhe dar um papel e quando eu o entregar, apanhe o papel com sua mão direita, dobre-o na metade com as duas mãos e coloque-o sobre suas pernas (Passe o papel e anote 1 ponto para cada ação correta).

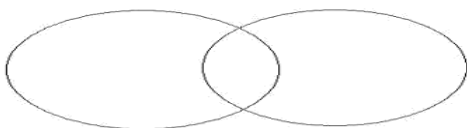
Pega o papel com a mão direita () 1 – Ação correta
 Dobra na metade com as duas mãos () 0 – Ação incorreta
 Coloca o papel sobre as pernas ()
 TOTAL ()

7. Há alguns minutos li uma série de 3 palavras e o Sr.(a) repetiu as palavras que lembrou. "Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar".

(1 ponto por cada resposta correta).

ARVORE () 1 – Lembrou TOTAL ()
MESA () 0 – Não Lembrou
CACHORRO ()

8. Por favor, copie este desenho. Entregue ao entrevistado o desenho com os círculos que se cruzam. A ação está correta se os círculos não se cruzam mais do que a metade. Anote um ponto se o desenho estiver correto.



Correto: () Total: ()

9. NÃO LER! FILTRO- Some as respostas corretas anotadas nas perguntas 3 a 8 e anote o total (a pontuação máxima é 19)

- (1) a soma é 13 ou mais.
 (2) a soma é 12 ou menos.

10. Alguma outra pessoa que mora nesta casa poderia ajudar-nos a responder algumas perguntas?

- (1) SIM (anote o nome do informante e aplique a escala abaixo)
 (2) NÃO (avalie com o supervisor se a entrevista pode continuar só com a pessoa entrevistada)

Mostre ao informante a seguinte cartela com as opções e leia as perguntas.

Anote a pontuação como segue:

- (0) Sim, é capaz
 (0) Nunca o fez, mas poderia fazer agora
 (1) Com alguma dificuldade, mas faz
 (1) Nunca fez e teria dificuldade agora
 (2) Necessita de ajuda
 (3) Não é capaz

11. (NOME) é capaz de cuidar do seu próprio dinheiro? ()

12. (NOME) é capaz de fazer compras sozinho (por exemplo de comida e roupa)? ()

13. (NOME) é capaz de esquentar água para café ou chá e apagar o fogo? ()

14. (NOME) é capaz de preparar comida? ()

15. (NOME) é capaz de manter-se a par dos acontecimentos e do que se passa na vizinhança? ()

16. (NOME) é capaz de prestar atenção, entender e discutir um programa de rádio, televisão ou um artigo do jornal? ()

17. (NOME) é capaz de lembrar de compromissos e acontecimentos familiares? ()

18. (NOME) é capaz de cuidar de seus próprios medicamentos? ()

19. Some os pontos das perguntas de 10 a 18 e anote no "TOTAL". Total: ()

- (1) A soma é 6 ou mais (continue a entrevista com ajuda do informante substituto e revise a Seção .
 (2) A soma é 5 ou menos (continue a entrevista com o entrevistado. Caso a pessoa necessite de ajuda para responder algumas perguntas, continue com um informante auxiliar)

SELF-REPORT QUESTIONNAIRE - SRQ-20

As próximas questões estão relacionadas a situações que você pode ter vivido nos últimos 30 DIAS. Se você acha que a questão se aplica a você e você sentiu a situação descrita nos últimos 30 DIAS responda SIM. Por outro lado, se a questão não se aplica à você e você não sentiu a situação, responda NÃO. Se você está incerto sobre como responder uma questão, por favor, dê a melhor resposta que você puder.

1. Tem dores de cabeça freqüentemente?	0 () Não	1 () Sim
2. Tem falta de apetite?	0 () Não	1 () Sim
3. Dorme mal?	0 () Não	1 () Sim
4. Assusta-se com facilidade?	0 () Não	1 () Sim
5. Tem tremores nas mãos?	0 () Não	1 () Sim
6. Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)?	0 () Não	1 () Sim
7. Tem má digestão?	0 () Não	1 () Sim
8. Tem dificuldade de pensar com clareza?	0 () Não	1 () Sim
9. Tem se sentido triste ultimamente?	0 () Não	1 () Sim
10. Tem chorado mais do que de costume?	0 () Não	1 () Sim
11. Encontra dificuldade de realizar, com satisfação, suas tarefas diárias?	0 () Não	1 () Sim
12. Tem dificuldade para tomar decisões?	0 () Não	1 () Sim
13. Seu trabalho diário lhe causa sofrimento?	0 () Não	1 () Sim
14. É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	0 () Não	1 () Sim
15. Tem perdido o interesse pelas coisas?	0 () Não	1 () Sim
16. Você se sente pessoa inútil em sua vida?	0 () Não	1 () Sim
17. Tem tido idéia de acabar com a vida?.....	0 () Não	1 () Sim
18. Sente-se cansado(a) o tempo todo?	0 () Não	1 () Sim
19. Tem sensações desagradáveis no estômago?	0 () Não	1 () Sim
20. Você se cansa com facilidade?	0 () Não	1 () Sim

III - ESTADO DE SAÚDE

1. Agora gostaria de lhe fazer algumas perguntas sobre a sua saúde. O(a) Sr(a) diria que sua saúde é excelente, muito boa, boa, regular ou má?

(1) Excelente (2) Muito boa (3) Boa (4) Regular (5) Má(8) NS(9) NR

2. Comparando sua saúde de hoje com a de doze meses atrás, o(a) Sr(a) diria que agora sua saúde é melhor, igual ou pior do que estava então?

(1) Melhor (2) Igual (3) Pior (8) NS (9) NR

3. Em comparação com outras pessoas de sua idade, o(a) Sr(a) diria que sua saúde é melhor, igual ou pior?

(1) Melhor (2) Igual (3) Pior (8) NS (9) NR

4. Você tem algum dos problemas de saúde listados abaixo?

Diabetes	0 () sim	1 () não	Distúrbio do sono	0 () sim	1 () não
Colesterol alto	0 () sim	1 () não	Hanseníase	0 () sim	1 () não
Parkinson	0 () sim	1 () não	Tuberculose	0 () sim	1 () não
Pressão alta	0 () sim	1 () não	DAD	0 () sim	1 () não
Câncer	0 () sim	1 () não	Embolia pulmonar	0 () sim	1 () não
Cardiopatia	0 () sim	1 () não	Dores de coluna	0 () sim	1 () não
Doença da tireóide	0 () sim	1 () não	Doença de Alzheimer	0 () sim	1 () não
Histórico de queda	0 () sim	1 () não	Outras		

DAD = Doença Articular Degenerativa

5. (Caso assinale na questão anterior que tem pressão alta) Para baixar sua pressão sanguínea, durante os últimos doze meses, fez exercícios/atividade física?
 (1) Sim (2) Não (8)NS (9)NR

6. (Se NÃO na questão anterior) Por que não faz?
 (1) Nunca fui orientado (2) Foi orientado mas não gosta (3) Foi orientado mas não consegue (4) Foi orientado mas não acha necessário (5) Foi orientado mas não faz porque não tem companhia (8)NS (9)NR

7. Teve algum episódio de queda nos últimos 12 meses?
 (1) Sim (2) Não (8)NS (9)NR

8. (Se Sim) Quantas vezes caiu nos últimos 12 meses?
 (1) Uma vez (2) Duas vezes (3) Três vezes ou mais (8)NS (9)NR

9. Por causa dessa(s) queda(s) o senhor(a) precisou de atendimento médico?
 (1) Sim (2) Não (8)NS (9)NR

IV- ESTILO DE VIDA

USO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS

1. Você consome bebidas alcoólicas? Se você NÃO BEBE, siga para o bloco XI
 0() Sim 1() não

2. Alguma vez sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida ou parar de beber?
 0() Sim 1() não

3. Com que frequência consome bebidas que contêm álcool?
 0() Nunca 1() Uma vez por mês ou menos 2() duas ou quatro vezes por mês 3() duas a três vezes por semana 4() quatro ou mais vezes por semana

4. Já alguma vez um familiar, amigo, médico ou profissional de saúde manifestou preocupação pelo seu consumo de álcool ou sugeriu que deixasse de beber? 0() Não 1() Sim, mas não nos últimos 12 meses 2() Sim, aconteceu nos últimos 12 meses

5. Costuma ingerir bebidas alcoólicas pela manhã para diminuir o nervosismo ou a ressaca?
 0() Sim 1() Não

HÁBITO DE FUMAR

1. O senhor(a) tem ou teve o hábito de fumar? 1() Fuma atualmente 2() Já fumou, mas não fuma mais 3() Nunca fumou

2. Caso não fume atualmente, há quanto tempo deixou de fumar?
 _____ anos _____ meses _____ dias

3. Quantos cigarros, charutos ou cachimbos fuma habitualmente por dia? _____ cigarro(s)
 _____ charuto(s) _____ cachimbo(s) Obs: 1 maço = 20 cigarros

4. Que idade tinha quando começou a fumar? _____ anos

4. Há quanto tempo você fuma? _____ anos _____ meses _____ dias

HÁBITOS ALIMENTARES

1. Quantas refeições o senhor faz por dia? (1) Uma (2) Duas (3) Três ou Mais (8)NS (9) NR
2. Consome leite, queijo, ou outros produtos lácteos pelo menos uma vez por dia? (1) Sim (2) Não (8)NS (9)NR
3. Come ovos, feijão lentilhas ou soja, pelo menos uma vez por semana? (1) Sim (2) Não (8)NS (9)NR
4. Come carne, peixe ou frango pelo menos três vezes por semana? (1) Sim (2) Não (8)NS (9)NR
5. Come frutas, verduras ou legumes pelo menos duas vezes por dia? (1) Sim (2) Não (8)NS (9)NR
6. Tem comido menos por problemas digestivos ou falta de apetite ou dificuldade de mastigação ou de engolir nos últimos 3 meses? (1) Sim, muito (2) Não (3) Sim, mais ou menos (8)NS (9)NR
7. Quantos copos ou xícaras de líquidos consome diariamente? (incluir água, café, chá, leite, suco, etc...) (1) Menos de 3 copos (2) De 3 a 5 copos (3) Mais de 5 copos (8)NS (9)NR
8. Com relação ao seu estado nutricional o(a) senhor(a) se considera bem nutrido? (1) Sim (2) Não (8)NS (9)NR

QUESTIONÁRIO INTERNACIONAL DE ATIVIDADE FÍSICA- IPAQ

As perguntas estão relacionadas ao tempo que você gasta fazendo atividade física em uma semana **normal/habitual**.

Para responder as questões lembre que:
<ul style="list-style-type: none"> ➤ <u>Atividades físicas vigorosas</u> são aquelas que precisam de um grande esforço físico e que fazem respirar muito mais forte que o normal. ➤ <u>Atividades físicas moderadas</u> são aquelas que precisam de algum esforço físico e que fazem respirar um pouco mais forte que o normal. ➤ <u>Atividades físicas leves</u> são aquelas que o esforço físico é normal, fazendo com que a respiração seja normal.

DOMÍNIO 1 – ATIVIDADE FÍSICA NO TRABALHO:

Este domínio inclui as atividades que você faz no seu trabalho remunerado ou voluntário, e as atividades na universidade, faculdade ou escola (trabalho intelectual). Não incluir tarefas domésticas, cuidar do jardim e da casa ou tomar conta da sua família. Estas serão incluídas no domínio 3.

1a. Atualmente você tem ocupação remunerada ou faz trabalho fora de sua casa? () Sim () Não – **Caso você responda não. Vá para o Domínio 2:**

Transporte

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

1b. Quantos dias e qual o tempo (horas e minutos) durante uma semana normal você realiza atividades **VIGOROSAS** 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 10MINUTOS CONTÍNUOS**?

_____ horas _____ min. _____ dias por semana () Nenhum. **Vá para a questão 1c.**

Dia da Sem./Turno		2ª. feira	3ª. feira	4ª. feira	5ª. feira	6ª. feira	Sábado	Domingo
Tempo Horas/min.	Manhã							
	Tarde							
	Noite							

1c. Quantos dias e qual o tempo (horas e minutos) durante uma semana normal você realiza atividades **MODERADAS** 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 pos **semana** () Nenhum. **Vá para a questão 1d.**

Dia da Sem./Turno		2ª. feira	3ª. feira	4ª. feira	5ª. feira	6ª. feira	Sábado	Domingo
Tempo Horas/min.	Manhã							
	Tarde							
	Noite							

1d. Quantos dias e qual o tempo (horas e minutos) durante uma semana normal você **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 você é voluntário.

_____ horas _____ min. _____ dias pos **semana** () Nenhum. **Vá para o Domínio 2 - Transporte.**

Dia da Sem./Turno		2ª. feira	3ª. feira	4ª. feira	5ª. feira	6ª. feira	Sábado	Domingo
Tempo Horas/min.	Manhã							
	Tarde							
	Noite							

DOMÍNIO 2 – ATIVIDADE FÍSICA COMO MEIO DE TRANSPORTE:

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

2a. Quantos dias e qual tempo (horas e minutos) durante **uma semana normal** você **ANDA DE ÔNIBUS E CARRO/MOTO**?

_____ horas _____ min. _____ dias pos **semana** () Nenhum. **Vá para a questão 2b.**

Dia da Sem./Turno		2ª. feira	3ª. feira	4ª. feira	5ª. feira	6ª. feira	Sábado	Domingo
Tempo Horas/min.	Manhã							
	Tarde							
	Noite							

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

2b. Quantos dias e qual o tempo (horas e minutos) durante uma semana normal você **ANDA DE BICICLETA** para ir de um lugar para outro por **pelo menos 10 minutos contínuos**? (**Não inclua pedalar por lazer ou exercício**).

_____ horas _____ min. _____ dias pos **semana** () Nenhum. **Vá para a questão 2c.**

Dia da Sem./Turno		2ª. feira	3ª. feira	4ª. feira	5ª. feira	6ª. feira	Sábado	Domingo
Tempo Horas/min.	Manhã							
	Tarde							
	Noite							

2c. Quantos dias e qual o tempo (horas e minutos) durante uma semana **normal** você **CAMINHA** para ir de um lugar para outro, como: ir ao grupo de convivência para idosos, igreja, supermercado, médico, banco, visita a amigo, vizinho e parentes por **pelo menos 10 minutos contínuos** (**NÃO INCLUA as Caminhadas por Lazer ou Exercício Físico**).

_____ horas _____ min. _____ dias por **semana** () Nenhum. **Vá para o Domínio 3.**

Dia da Sem./Turno		2ª. feira	3ª. feira	4ª. feira	5ª. feira	6ª. feira	Sábado	Domingo
Tempo Horas/min.	Manhã							
	Tarde							
	Noite							

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

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

3b. Quantos dias e qual o tempo (horas e minutos) durante uma semana normal você faz atividades físicas **VIGOROSAS AO REDOR DE 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** () Nenhum. **Vá para a questão 3c.**

Dias da sem./Turno		2ª-feira	3ª-feira	4ª-feira	5ª-feira	6ª-feira	Sábado	Domingo
Tempo Horas/min.	Manhã							
	Tarde							
	Noite							

3c. Quantos dias e qual o tempo (horas e minutos) durante uma semana normal você faz atividades **MODERADAS DENTRO da sua casa ou apartamento** como: carregar pesos leves, limpar vidros e/ou janelas, lavar roupas a mão, limpar banheiro e o chão por **pelo menos 10 minutos contínuos?**

_____ horas _____ min. _____ dias por **semana** () Nenhum. **Vá para o domínio 4.**

Dias da sem./Turno		2ª-feira	3ª-feira	4ª-feira	5ª-feira	6ª-feira	Sábado	Domingo
Tempo Horas/min.	Manhã							
	Tarde							
	Noite							

DOMÍNIO 4- ATIVIDADES FÍSICAS DE RECREAÇÃO, ESPORTE, EXERCÍCIO E DE LAZER.

Este domínio se refere às atividades físicas que você faz em sua semana **normal/habitual** unicamente por recreação, esporte, exercício ou lazer. Novamente pense somente nas atividades físicas que você faz por **pelo menos 10 minutos contínuos**. Por favor, **não inclua atividades que você já tenha citado**.

4a. Sem contar qualquer caminhada que você tenha dito anteriormente, quantos dias e qual o tempo (horas/minutos) durante uma semana normal você **CAMINHA (exercício físico)** no seu tempo livre por **PELO**

MENOS 10 MINUTOS CONTÍNUOS?

___ horas ___ min. ___ dias por **semana** () Nenhum. **Vá para o domínio 4b.**

Dias da sem./Turno		2ª-feira	3ª-feira	4ª-feira	5ª-feira	6ª-feira	Sábado	Domingo
Tempo Horas/min.	Manhã							
	Tarde							
	Noite							

4b. Quantos dias e qual o tempo (horas e minutos) durante uma semana normal, você faz atividades **VIGOROSAS no seu tempo livre** como: correr, nadar rápido, musculação, canoagem, remo, enfim esportes em geral por **pelo menos 10 minutos contínuos?**

___ horas ___ min. ___ dias por **semana** () Nenhum. **Vá para o domínio 4c.**

Dias da sem./Turno		2ª-feira	3ª-feira	4ª-feira	5ª-feira	6ª-feira	Sábado	Domingo
Tempo Horas/min.	Manhã							
	Tarde							
	Noite							

4c. Quantos dias e qual o tempo (horas e minutos) durante uma semana normal, você faz atividades **MODERADAS no seu tempo livre** como: pedalar em ritmo moderado, jogar voleibol recreativo, fazer hidroginástica, ginástica para a terceira idade, dançar...por **pelo menos 10 minutos contínuos?**

___ horas ___ min. ___ dias por **semana** () Nenhum. **Vá para o domínio 5.**

Dias da sem./Turno		2ª-feira	3ª-feira	4ª-feira	5ª-feira	6ª-feira	Sábado	Domingo
Tempo Horas/min.	Manhã							
	Tarde							
	Noite							

DOMÍNIO 5 – TEMPO GASTO SENTADO

Estas últimas questões são sobre o tempo que você permanece sentado em diferentes locais como por exemplo: em casa, no grupo de convivência para idosos, no consultório médico e outros. Isso inclui o tempo sentado, enquanto descansa, assiste televisão, faz trabalhos manuais, visita amigos e parentes, faz leituras, telefonemas e realiza as fereições. Não inclua o tempo gast sentado durante o transporte em ônibus, carro, trem e metrô.

5a. Quanto tempo, no total, você gasta sentado durante **UM DIA de semana normal?**

UM DIA _____ horas e _____ minutos.

Dia da Semana	Tempo horas/min.		
	Manhã	Tarde	Noite
Um dia			

5b. Quanto tempo, no total, você gasta sentado durante **UM DIA de final de semana normal?**

UM DIA _____ horas e _____ minutos.

Final de Semana Um dia	Tempo horas/min.		
	Manhã	Tarde	Noite

V- QUALIDADE DE VIDA



WHOQOL - ABREVIADO (BREF)

INSTRUÇÕES

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. Por favor, responda a todas as questões. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as duas últimas semanas. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

EXEMPLO:

		Nada	Muito Pouco	Médio	Muito	Completamente
	Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Boa	Muito Boa
1 (G1)	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
2(G4)	Quão satisfeito (a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre O QUANTO você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas

		Nada	Muito Pouco	Médio	Muito	Completamente
3(F1.4)	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4(F11.3)	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5(F4.1)	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6(F24.2)	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7(F5.3)	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8(F16.1)	Quão seguro (a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9(F22.1)	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **QUÃO COMPLETAMENTE** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		Nada	Muito Pouco	Médio	Muito	Completamente
10(F2.1)	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11(F7.1)	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12(F18.1)	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13(F20.1)	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14(F21.1)	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **QUÃO BEM OU SATISFEITO** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem bom	Bom	Muito bom
15(F9.1)	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
16(F3.3)	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
17(F10.3)	Quão satisfeito (a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18(F12.4)	Quão satisfeito (a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19(F6.3)	Quão satisfeito (a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20(F13.3)	Quão satisfeito (a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21(F15.3)	Quão satisfeito (a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22(F14.4)	Quão satisfeito (a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23(F17.3)	Quão satisfeito (a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24(F19.3)	Quão satisfeito (a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25(F23.3)	Quão satisfeito (a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **COM QUE FREQUÊNCIA** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		Nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente	Sempre
26(F8.1)	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

WHOQOL-OLD

FLECK MPA, LEAL OF, LOUZADA S, XAVIER M, CHACHAMOVICH E, VIEIRA G, et al. **Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL -100).** Rev. Bras. Psiquiatria 1999; 21(1): 19-28.

Por exemplo, pensando nas duas últimas semanas, uma pergunta poderia ser:

O quanto você se preocupa com o que o futuro poderá trazer?

Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
-----------	------------------	--------------------	---------------	-------------------

Você deve circular o número que melhor reflete o quanto você se preocupou com o seu futuro durante as duas

últimas semanas. Então você circularia o número 4 se você se preocupou com o futuro “Bastante”, ou circularia o número 1 se não tivesse se preocupado “Nada” com o futuro. Por favor, leia cada questão, pense no que sente e circule o número na escala que seja a melhor resposta para você para cada questão.

As seguintes questões perguntam sobre o quanto você tem tido certos sentimentos nas últimas duas semanas.

old_01 Até que ponto as perdas nos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato), afetam a sua vida diária?

Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
-----------	------------------	--------------------	---------------	-------------------

old_02 Até que ponto a perda de, por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato, afeta a sua capacidade de participar em atividades?

Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
-----------	------------------	--------------------	---------------	-------------------

old_03 Quanta liberdade você tem de tomar as suas próprias decisões?

Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
-----------	------------------	--------------------	---------------	-------------------

old_04 Até que ponto você sente que controla o seu futuro?

Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
-----------	------------------	--------------------	---------------	-------------------

old_05 O quanto você sente que as pessoas ao seu redor respeitam a sua liberdade?

Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
-----------	------------------	--------------------	---------------	-------------------

old_06 Quão preocupado você está com a maneira pela qual irá morrer?

Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
-----------	------------------	--------------------	---------------	-------------------

old_07 O quanto você tem medo de não poder controlar a sua morte?

Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
-----------	------------------	--------------------	---------------	-------------------

old_08 O quanto você tem medo de morrer?

Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
-----------	------------------	--------------------	---------------	-------------------

old_09 O quanto você teme sofrer dor antes de morrer?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

As seguintes questões perguntam sobre quão completamente você fez ou se sentiu apto a fazer algumas coisas nas duas últimas semanas.

old_10 Até que ponto o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato) afeta a sua capacidade de interagir com outras pessoas?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

old_11 Até que ponto você consegue fazer as coisas que gostaria de fazer?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

old_12 Até que ponto você está satisfeito com as suas oportunidades para continuar alcançando outras realizações na sua vida?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

old_13 O quanto você sente que recebeu o reconhecimento que merece na sua vida?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

old_14 Até que ponto você sente que tem o suficiente para fazer em cada dia?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

As seguintes questões pedem a você que diga o quanto você se sentiu satisfeito, feliz ou bem sobre vários aspectos de sua vida nas duas últimas semanas.

old_15 Quão satisfeito você está com aquilo que alcançou na sua vida?

Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

old_16 Quão satisfeito você está com a maneira com a qual você usa o seu tempo?

Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

old_17 Quão satisfeito você está com o seu nível de atividade?

Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

old_18 Quão satisfeito você está com as oportunidades que você tem para participar de atividades da comunidade?

Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

old_19 Quão feliz você está com as coisas que você pode esperar daqui para frente?

Muito Infeliz	Infeliz	Nem feliz nem infeliz	Feliz	Muito Feliz
1	2	3	4	5

old_20 Como você avaliaria o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato)?

Muito ruim 1	ruim 2	Nem ruim nem boa 3	Boa 4	Muito boa 5
-----------------	-----------	-----------------------	----------	----------------

As seguintes questões se referem a qualquer relacionamento íntimo que você possa ter. Por favor, considere estas questões em relação a um companheiro ou uma pessoa próxima com a qual você pode compartilhar (dividir) sua intimidade mais do que com qualquer outra pessoa em sua vida.

old_21 Até que ponto você tem um sentimento de companheirismo em sua vida?

Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
-----------	------------------	--------------------	---------------	-------------------

old_22 Até que ponto você sente amor em sua vida?

Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
-----------	------------------	--------------------	---------------	-------------------

old_23 Até que ponto você tem oportunidades para amar?

Nada 1	Muito pouco 2	Médio 3	Muito 4	Completamente 5
-----------	------------------	------------	------------	--------------------

old_24 Até que ponto você tem oportunidades para ser amado?

Nada 1	Muito pouco 2	Médio 3	Muito 4	Completamente 5
-----------	------------------	------------	------------	--------------------

VI – USO DE MEDICAMENTOS

Gostaria de tomar nota dos remédios e outras coisas que o(a) Sr(a) esta tomando ou usando atualmente.

<p>1- O(a) Sr.(a) poderia me mostrar os remédios que atualmente está usando ou tomando? (1) Sim (2) Não (3) Não toma medicamentos- Vá para questão 6.</p>
<p>2- Caso a pessoa entrevistada não tenha mostrado os remédios, pergunte: O(a) Sr.(a) poderia me dizer o nome dos remédios de uso contínuo que está usando ou tomando? *Anotar apenas os 5 principais e fazer observação no caso de maior número. 1-</p> <p>_____</p> <p>2- _____</p> <p>3- _____</p> <p>4- _____</p> <p>5- _____</p>
<p>3- Quem o receitou? (1) médico (2) farmacêutico (3) enfermeira (4) o(a) Sr(a) mesmo (5) outro (8) NS (9) NR</p> <p>1- _____ ()</p> <p>2- _____ ()</p> <p>3- _____ ()</p> <p>4- _____ ()</p> <p>5- _____ ()</p>
<p>4- Há quanto tempo usa este medicamento de maneira contínua? (98) NS (99) NR 1- _____</p> <p>2- _____</p> <p>3- _____</p> <p>4- _____</p> <p>5- _____</p>

5- Como obteve ou quem pagou pelo remédio, na última vez que o comprou?

- (1) seguro social (2) outro seguro público
 (3) seguro particular (4) do seu próprio bolso
 (5) filhos pagam (6) outro. Qual? _____
 (8) NS (9) NR

1- _____ ()

2- _____ ()

3- _____ ()

4- _____ ()

5- _____ ()

6- Atualmente, o(a) Sr(a) toma (outros) remédios naturais, como ervas ou produtos homeopáticos para cuidar da sua saúde?

- (1) Sim Volte para 2 e anote (2) Não (8) NS (9) NR

VII – USO E ACESSO AOS SERVIÇOS**1- Que tipo de seguro de saúde o(a) Sr(a) tem? (Assinale todas as respostas mencionadas)**

- (1) Plano de Saúde Privado
 (2) Seguro Público (SUS)
 (3) Outro: _____
 (4) Nenhum (8) NS (9) NR

2. O Sr.(a) tem dificuldade para acessar/usar os serviços de saúde, quando necessário?

- (1) Sim (2) Não (8)NS (9)NR

3. Se SIM na questão anterior, Qual o(s) motivo(s)?

- (1) Falta de recursos financeiros (2) Falta de transporte (3) Não tem companhia (4) Não consegue se locomover (5) Os serviços são ruins (6) Barreiras arquitetônicas (7) Distância (8)

Outros: _____

- (98) NS (99) NR

VIII - EXAMES FISIOLÓGICOS E PRESSÃO ARTERIAL

Exame	Valor	Data
GLICEMIA		
COLESTEROL		

Pressão arterial	Valor	Data
1º Medida		
2º Medida		
Frequência Cardíaca	Valor	Data
Variabilidade da Frequência Cardíaca	Valor	Data

REALIZAÇÃO



PESQUISADORES RESPONSÁVEIS

**Paulo da Fonsêca Valença Neto
Cezar Augusto Casotti**

PESQUISADORES COLABORADORES

**Ícaro José Santos Ribeiro
Luciene Dias Bispo
Rafael Pereira de Paula
Saulo Vasconcelos Rocha
Ivna Freire Vidal**

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE

Endereço: UESB – Campus de Jequié – Rua José Moreira Sobrinho, S/N
Jequiezinho – CEP 45.206-198, Telefone: (73) 3528-9738

ANEXO A: Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
SUDOESTE DA BAHIA -
UESB/BA

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

Título da Pesquisa: Saúde e Estilo de Vida de Idosos.

Pesquisador: Paulo da Fonseca Valença Neto

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 10786212.3.0000.0055

Instituição Proponente: Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 171.464

Data da Relatoria: 17/12/2012

Apresentação do Projeto:

Resumo

O envelhecimento é um processo natural que ocorre na evolução humana, caracterizando-se por uma série de mudanças ajustadas geneticamente para cada indivíduo que se traduz na diminuição da capacidade funcional e qualidade de vida, além do aumento da vulnerabilidade. Devido ao crescimento deste grupo etário da população, muitos estudos têm surgido relacionados ao tema, porém poucos foram direcionados para o entendimento de populações idosas com baixo nível socioeconômico e que residem em cidades de pequeno porte. O objetivo deste estudo é avaliar as condições de saúde e estilo de vida de idosos residentes na zona urbana do município de Aiquara, Bahia. Trata-se de um estudo de corte transversal, de base populacional. A população do estudo será constituída por indivíduos com 60 anos ou mais, de ambos os sexos e residentes na área urbana e cadastrados na Estratégia de Saúde da Família do município de Aiquara-BA. Para a coleta de dados será utilizado instrumento padronizado incluindo questões sobre características sociodemográficas, estilo de vida e condições de saúde. Os dados serão tabulados com o auxílio do programa EPIDATA e analisados por meio dos programas SPSS 9.0 e MedCalc 12.3. Para escolha da análise estatística apropriada serão observadas as seguintes características: natureza dos dados, normalidade e distribuição dos dados, escalas de medidas e linearidade. Em todas as análises será utilizado o nível de significância $p = 5\%$. Os aspectos éticos deste estudo estão pautados na resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Este estudo possibilitará o

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
SUDOESTE DA BAHIA -
UESB/BA



reconhecimento das condições de saúde e estilo de vida da população em questão. A delimitação da população se dará através das seguintes normativas: Indivíduos com 60 anos ou mais; ambos os sexos; não institucionalizados; cadastrados na ESF do município; residentes na zona urbana. Como critério de exclusão, possuir baixo déficit cognitivo, o qual será avaliado através do Mini Exame do Estado Mental (MMSE). Serão utilizados 351 sujeitos como amostra da população sob investigação.

Objetivo da Pesquisa:

Primário:

Avaliar as condições de saúde e estilo de vida de idosos residentes na zona urbana do município de Aiquara, Bahia.

Secundários:

- Descrever as características sociodemográficas dos idosos do município de Aiquara-BA;
- Estimar as condições de saúde (níveis glicêmicos; colesterol; morbidades; função física) dos idosos residentes na referida cidade;
- Verificar o estilo de vida (uso do álcool; uso do tabaco; atividade física; estado nutricional, saúde mental) dos idosos da referida cidade;
- Analisar os fatores associados às condições de saúde e estilo de vida dos idosos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os autores informam os desconfortos possíveis, inerentes à pesquisa com seres humanos, inclusive da coleta de sangue, conforme orienta a Res. 196/96. Além disso, esclarece como serão divididas as etapas de coleta dos dados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O autor do projeto propõe um estudo do processo de envelhecimento humano, suas características, peculiaridades e seus reflexos na qualidade de vida dos idosos e no quadro socioeconômico de população de uma zona urbana do interior da Bahia. Conforme os autores: "Tem-se então que o aumento do contingente de idosos atrelado ao processo natural de envelhecimento pode repercutir num expressivo impacto na saúde pública, ocasionado pelo aumento da demanda de serviços de atenção à saúde dessa população, além disso, pode representar um grave problema para a sociedade, caso esse acréscimo da expectativa de vida não seja vivido em condições de saúde ideais". "A ampliação significativa da longevidade aponta para a necessidade de se compreender a senilidade e suas conseqüências (JUNQUEIRA, 1998). Não basta apenas adicionar anos a vida, faz-se necessário o envelhecimento de maneira saudável." "Ao viver

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
SUDOESTE DA BAHIA -
UESB/BA



longo, de dimensão cronológica, adicionam-se valores de dimensões moral, psicológica, filosófica, assentadas no espaço sócio-econômico - Qualidade de vida. Na metodologia o autor informa que o estudo é caracterizado como "epidemiológico, transversal, censitário, de base domiciliar e visa investigar as condições de saúde e estilo de vida de idosos residentes na zona urbana do município de Aiquara-BA."O autor demonstrou, na elaboração do projeto, cuidado com os aspectos metodológicos, observando criteriosamente os pressupostos estatísticos, a natureza dos dados, o instrumento de coleta de dados e os procedimentos para tratamento dos dados e a finalização inferencial. A execução e consecução do trabalho está prevista para aproximadamente um ano.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os documentos necessários à apreciação do projeto foram apresentados.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Somos de parecer favorável à aprovação do projeto.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto considerado aprovado pelo CEP/UESB.

JEQUIE, 13 de Dezembro de 2012

Ana Angélica Leal Barbosa
(Coordenador)

Endereço: Avenida José Moreira Sobrinho, s/n

Bairro: Jequiezinho

CEP: 45.206-510

UF: BA

Município: JEQUIE

Telefone: (73)3525-6683

Fax: (73)3528-9727

E-mail: cepuesb.jq@gmail.com