



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE MEDICINA

Esmeraldino Monteiro de Figueiredo Neto

**Nível de atividade física, capacidade funcional e
qualidade de vida de idosos cadastrados nos Centros de
Atenção a Melhor Idade - CAIMI da cidade de Manaus**

Tese apresentada à Faculdade de
Medicina, Universidade Estadual Paulista
“Júlio de Mesquita Filho”, Campus de
Botucatu, para obtenção do título de
Doutor em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. José Eduardo Corrente

Botucatu
2018

Esmeraldino Monteiro de Figueiredo Neto

Nível de atividade física, capacidade funcional e
qualidade de vida de idosos cadastrados nos Centros de
Atenção Integral a Melhor Idade – (CAIMI) da cidade de
Manaus

Tese apresentada à Faculdade de
Medicina, Universidade Estadual
"Júlio de Mesquita Filho", campus de
Botucatu, para obtenção do título de
Doutor em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. José Eduardo Corrente

Botucatu

2018

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE-CRB 8/5651

Figueiredo Neto, Esmeraldino.

Nível de atividade física, capacidade funcional e qualidade de vida de idosos cadastrados nos Centros de Atenção Integral a Melhor Idade : CAIMI da cidade de Manaus / Esmeraldino Figueiredo Neto. - Botucatu, 2018

Tese (doutorado) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu

Orientador: José Eduardo Corrente

Capes: 40602001

1. Idosos. 2. Exercícios físicos. 3. Qualidade de vida. 5. Capacidade funcional. 6. Cognição.

Palavras-chave: Atividade física; Capacidade funcional; Idosos; Qualidade de vida; Sintomas depressivos.

Esta pesquisa recebeu fomento da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amazonas - FAPEAM pelo edital de fomento à pesquisa nº 001/2014, III chamada, na decisão 117/2014.

DEDICO

*À minha esposa, Jhais, aos meus
filhos, à minha vó Almerinda, à
minha mãe, à minha irmã, aos
professores que tive, aos alunos, e a
todos que fazem parte da minha vida e
me incentivam a seguir e caminhar
para frente.*

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me dar forças para seguir trilhando neste caminho.

À minha família, pelo apoio e compreensão nas horas que precisei.

Ao meu orientador, pela confiança e disponibilidade.

À Profa. Dra. Beatriz Freire, que me incentivou e ajudou nesta caminhada de pós-graduação.

Aos alunos do curso de fisioterapia da Faculdade de Educação Física e Fisioterapia, que me ajudaram na coleta dos dados, contribuindo diretamente neste pesquisa.

Aos idosos participantes desta pesquisa.

Se você encontrar um
caminho sem obstáculos,
ele provavelmente não leva
a lugar nenhum.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAIMI	Centro de Atenção Integral a Melhor Idade
CF	Capacidade Funcional
CID-10	Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
EDG	Escala de Depressão Geriátrica
EQVF	Escala de Qualidade de Vida de Flanagan
GDS	Geriatric Depression Scale
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia E Estatística
IPAQ	Internacional Physical Activity Questionnaire
MEEM	Mini Exame do Estado Mental
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios
SUS	Sistema Único de Saúde
SUSAM	Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFAM	Universidade Federal do Amazonas

Resumo

FIGUEIREDO NETO, E.M. **Nível de atividade física, capacidade funcional e qualidade de vida de idosos cadastrados nos Centros de Atenção Integral a Melhor Idade – (CAIMI) da cidade de Manaus.** 2018. 100f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2018.

O objetivo geral deste estudo foi avaliar o nível de atividade física, capacidade funcional e qualidade de vida de idosos cadastrados nos Centros de Atenção Integral a Melhor Idade (CAIMI) da cidade de Manaus. Além disso, foi traçado um perfil socioeconômico e demográfico, avaliados os sintomas depressivos e presença de déficit cognitivo. Trata-se de um estudo transversal com 741 idosos cadastrados nos três CAIMI da cidade, no período de novembro de 2015 a março de 2017. As coletas eram realizadas por estudantes do curso de fisioterapia da Universidade Federal do Amazonas, previamente treinados. Para avaliação dos idosos, foram utilizados os questionários: Internacional Physical Activity Questionnaire (IPAQ), Escala de Qualidade de Vida de Flanagan (EQVF), Escala de Lawton e Brody, Índice de Katz, Escala de Depressão Geriátrica (EDG) e Mini Exame do Estado Mental (MEEM). Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas, pelo parecer número 786. 685. Os idosos apresentaram média de idade de 69 anos, sendo que a maioria (521) era do sexo feminino, 44,94% casados e 60,05% não completaram o primeiro grau. Em relação à renda, 40,60% ganhavam até um salário mínimo e 53,51% diziam ser o principal provedor da casa. A maior frequência (72,74%) era de aposentados e 79,76% relataram ainda trabalhar. Referente ao nível de atividade física, 70,18% dos idosos foram classificados como ativos pelo IPAQ, 98,38% eram independentes, segundo índice de Katz e, na EQVF, apresentaram média de 80,07, o que indica uma satisfação positiva com sua qualidade de vida. A maioria (62,08%) não tinha déficit cognitivo quando avaliado pelo MEEM. Os sintomas depressivos atingem 22,98% dos idosos. A presença de sintomas

depressivos foi maior em viúvos (28,97%), nos que apresentavam deficit cognitivo (28,67%), nos que tinham renda de até um salário mínimo (34,23%) e nos que não estavam satisfeitos com sua qualidade de vida (31,73%). A média de pontos da EDG foi de $4,17 \pm 2,23$. Os que ganhavam até um salário mínimo tinham três vezes mais chances de desenvolver sintomas depressivos que os outros. A ausência de deficit cognitivo foi um fator protetor para o desenvolvimento dos sintomas. Conclui-se que a maioria dos idosos atendidos nos CAIMI são do sexo feminino, com baixa renda, casados, com baixa escolaridade e aposentados, mas que ainda trabalham. Além disso, são independentes, ativos fisicamente e apresentam-se satisfeitos com sua qualidade de vida. A maioria não apresenta deficit cognitivo nem depressão.

Descritores: Idosos, capacidade funcional, atividade física, qualidade de vida, deficit cognitivo, sintomas depressivos

Abstract

FIGUEIREDO NETO, E.M. Physical activity, functional capacity and quality of life in elderly of Manaus. 100 pages. (PhD Thesis) – Botucatu Medical School, State University of São Paulo - UNESP, Botucatu, 2018.

The main objective of this study was to evaluate the level of physical activity, functional capacity and quality of life in elderly enrolled in specialized centers for elderly care in Manaus. In addition, a socioeconomic and demographic profile was drawn, in which depressive symptoms and cognitive deficit presence was accessed. A cross-sectional study was conducted with 741 elderly people enrolled in the three of those centers in the city, from November 2015 to March 2017. Interviews were carried out by previously trained physiotherapy students of Federal University of Amazonas. Questionnaires used were: International Physical Activity Questionnaire (IPAQ), Flanagan Life Quality Scale (QOLS), Lawton and Brody Scale, Katz Index, Geriatric Depression Scale (GDS), Mini-Mental State (MMSE). This research was approved by Research Ethics Committee at Federal University of Amazonas for under number 786,685. The elderly mean age was 69 years, and the majority (521) were female, 44.94% married and 60.05% did not complete the first degree. In relation to income, 40.60% earned up to a minimum wage and 53.51% said to be the main provider of the family. The highest frequency (72.74%) was retired subjects and 79.76% reported that they were still working. Regarding the level of physical activity, 70.18% of the elderly were classified as active by IPAQ, 98.38% were independent by Katz Index and, in the EQVF, they presented a mean of 80.07, indicating a positive satisfaction with their quality of life. Most of them (62.08%) had no cognitive deficit by MMSE. Signs of depression were found in 22.98% of the group. The presence of depressive symptoms was greater in widows (28.97%), the ones

with cognitive deficits (28.67%), incomes up to one minimum wage (34.23%) and those who were not satisfied with their own quality of life (31.73%). The mean GDS score was 4.17 ± 2.23 . Those who earned even a minimum wage were three times more likely to develop depressive symptoms than others. The absence of cognitive deficit was a protective factor for developing depressive symptoms. The conclusion was that the majority of the elderly attending those centers are female, with low income, married, with low education level and retired, but still working. In addition, regarding to functional capacity, they are independent, physically active and satisfied with their quality of life. Most of them do not have cognitive deficit nor depression.

Key words: Elderly, Aging, Health profile, physical fitness, Activities of daily living, Functional status, quality of life, life style.

SUMÁRIO

Lista de abreviaturas e siglas

Resumo

Abstract

Justificativa geral

1. Introdução geral.....	15
2. Objetivos	20
3. Métodos	21
4. Resultados	28
4.1 Artigo 1.....	29
4.2 Artigo 2.....	46
4.3 Artigo 3.....	64
5. Conclusões Gerais.....	81
6. Referências Complementares.....	83
Anexo I – Parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.....	86
Anexo II – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	90
Anexo III - Escala de qualidade de vida de Flanagan.....	91
Anexo IV - International Physical Activity Questionnaire.....	92
Anexo V - Escala de Lawton e Brody.....	96
Anexo VI - Índice de Katz.....	97
Anexo VII - Escala de depressão geriátrica.....	98
Anexo VIII - Mini exame do estado mental.....	99
Anexo IX - Questionário socioeconômico e demográfico.....	100

JUSTIFICATIVA GERAL

O aumento na expectativa de vida requer ações urgentes voltadas à promoção do envelhecimento ativo, e a produção de conhecimento na área do envelhecimento humano vem a contribuir com subsídios no planejamento de políticas públicas. O envelhecimento populacional é considerado um dos maiores desafios da saúde pública, principalmente nos países em desenvolvimento. A Organização Mundial da Saúde (OMS) conceitua envelhecimento ativo como “processo de otimizar as oportunidades para saúde, participação e segurança/proteção de modo a aumentar a qualidade de vida a medida em que as pessoas envelhecem”.

Muitos estudos epidemiológicos têm sido feitos com intuito de identificar as necessidades desta população, principalmente nas regiões sul e sudeste, e pouco ainda tem sido divulgado sobre o perfil dos idosos da região norte do país, especialmente na cidade de Manaus, AM. O envelhecimento não é um processo homogêneo, uma vez que apresenta variações que são constituídas culturalmente nos diferentes grupos sociais de acordo com a visão de mundo compartilhada em práticas, crenças, valores e representações sociais acerca do próprio envelhecimento.

Daí fundamenta-se a necessidade da realização deste estudo, buscando avaliar se os fatores intrínsecos e culturais da população idosa de Manaus, atendidas em centros públicos de saúde, podem alterar a capacidade funcional, qualidade de vida e nível de atividade física dos idosos. O levantamento de informações com idosos atendidos pelo Sistema Único de Saúde é de extrema importância, pois possibilita o entendimento do envelhecimento em indivíduos participantes da comunidade, aptos a assumirem papéis sociais.

A partir deste contexto, elaborou-se o presente estudo, que será apresentado em forma de artigos científicos. A tese está estruturada inicialmente por uma introdução sobre o tema da pesquisa, seguida pelos objetivos e métodos, contendo aspectos comuns e mais relevantes dos três artigos. Em sequência, os resultados serão apresentados em três artigos originais e por fim, as conclusões gerais e as referências complementares, citadas nos artigos científicos.

1. INTRODUÇÃO GERAL

Drásticas mudanças no processo de transição demográfica mundial ocorreram no século XX, caracterizadas principalmente pela redução dos níveis de fecundidade e da mortalidade. Com isso, muitos países modificaram o perfil de suas pirâmides etárias, diminuindo o número de crianças e jovens e aumentando o número de adultos e idosos. Estados Unidos e, principalmente, a Europa tiveram um aumento expressivo da população de idosos. A Europa começou muito cedo esta transição, por volta do século XVIII¹. Em 2015, no mundo todo, existiam aproximadamente 617 milhões de pessoas com 65 anos ou mais, que representa por volta de 8,5% da população mundial. Demograficamente, os países europeus têm a população mais velha. Em termos individuais, o Japão tem uma alta porcentagem de idosos, com 26,6%. Atualmente, Itália e Alemanha, apresentam-se na segunda e terceira posição com as taxas mais altas de idosos (aproximadamente 20%), mas que podem ser ultrapassados pela Coreia do Sul e Hong Kong em 2050².

No Brasil a transição demográfica ocorreu mais tardiamente, por volta de 1940, quando a mortalidade começou a declinar em decorrência dos avanços tecnológicos nos cuidados da saúde, da melhoria do saneamento básico, na difusão de informações sobre hábitos de higiene e novas estratégias de saúde, bem como na consolidação de um sistema universal público de saúde. Os ganhos de sobrevivência ocorreram em todas as idades, embora as crianças tenham sido as mais beneficiadas nas primeiras décadas. Em consequência deste processo, houve o aumento também da expectativa de vida ao nascer, que aumentou significativamente de 42,7 para 75,7 anos, no mesmo período. Concomitantemente à redução da mortalidade, desde 1960, o Brasil também vivencia o declínio de sua taxa de fecundidade total, que passou de 6,28 filhos para 1,69 filho por mulher. Essa redução da fecundidade no Brasil segue a tendência dos países desenvolvidos, embora em um ritmo mais acelerado³.

Nesse contexto, o envelhecimento da população brasileira também tem sido relativamente rápido. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), para 2039, o país deverá apresentar taxa de crescimento negativa. Em 2050, a taxa de crescimento da população brasileira deve cair para -0,291. De acordo com o instituto, para cada 100 crianças de 0 a 14 anos, haverá 172,7 idosos em 2050⁴. Dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD) 2015⁵, os idosos representam 14,3% da população. Essa proporção varia nas diferentes regiões do Brasil. As regiões norte e nordeste apresentam valores inferiores as demais regiões. Nos municípios do Rio de Janeiro (região Sudeste) e Porto Alegre (região Sul) estão as maiores proporções, respectivamente 14,88% e 15,03%, enquanto que, Boa Vista e Palmas (região Norte) apresentam as menores, com apenas 5,18% e 4,37%, respectivamente. O Amazonas tem 4.063.614 pessoas, sendo que, segundo a PNAD 2016⁶, 8,8% são idosos, que equivale a mais de 355 mil indivíduos.

De acordo com a OMS, o limite de idade para ser considerado idoso difere entre os países, uma vez que nos desenvolvidos são considerados idosos as pessoas com 65 anos ou mais, enquanto que nos que estão em desenvolvimento, são idosos aqueles com 60 anos ou mais. A lei brasileira nº 8842 de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, em seu capítulo I, assume a mesma posição, ao considerar o limite de 60 anos ou mais.

A população de idosos no Amazonas cresceu 3,5% em dez anos, superando o crescimento de adultos e crianças. Em Manaus, nos últimos 40 anos, a população de idosos cresceu dez vezes. No ano de 1970, o número de idosos da cidade era de 10.584. Em 2010, este valor havia ultrapassado 108 mil. O índice que era de 3,4% em 1970, passou para 6,04% em 2010. Manaus hoje possui uma população de 2.130.264 pessoas, entretanto, ainda apresenta valores menores que os das regiões sul e sudeste. Tal fato pode ser resultado de uma maior taxa de mortalidade infantil, comparado às outras regiões, e também de uma maior

mortalidade por doenças infectocontagiosas, embora as mesmas venham decaindo nos últimos anos. Devido a estes fatores, a região norte, em especial a cidade de Manaus, pode desenvolver estratégias e programas de apoio à população idosa, que não puderam ser implantadas nos estados brasileiros onde o envelhecimento populacional foi mais acelerado⁷.

O envelhecimento contínuo de uma população traz uma série de implicações que afetam, direta ou indiretamente, diferentes esferas de sua organização social, econômica e política. Na esfera econômica pode impactar o crescimento econômico, mercado de trabalho e os sistemas de aposentadorias e pensões, já que conforme as pessoas vivem por mais tempo, os benefícios sociais tendem a se estender por períodos mais longos. Na esfera social afeta, entre outros aspectos, a composição familiar, os arranjos domiciliares e as relações intergeracionais. Na arena política, uma população progressivamente envelhecida pode influenciar os padrões de votação e de representação política. Em algumas áreas, como é o caso da saúde, as consequências deste fenômeno se fazem sentir de forma mais clara e imediata. O impacto de uma crescente massa de população idosa não somente sugere a necessidade de desenvolvimento de técnicas e metodologias de atendimento diferenciado, mas passa também pela questão fundamental da utilização mais intensiva dos serviços e equipamentos de saúde por parte da população em idades mais avançadas⁸.

Conforme parcelas crescentes da população alcançam a terceira idade, aumenta o número de casos de doenças do tipo crônico-degenerativo, já que a sua incidência, em geral, é maior entre as pessoas idosas. Estas doenças são potenciais ameaças à independência e à autonomia do indivíduo, o que faz com que se aumente a demanda por serviços de saúde, principalmente os vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS), uma vez que implicam tratamentos mais duradouros, caros, com recuperação lenta e complicada. Além disso, exigem, muitas vezes, intervenções custosas que envolvem tecnologias avançadas^{8,9,10}.

Alterações fisiológicas resultantes do processo de envelhecimento, juntamente com o aparecimento de doenças crônico-degenerativas, podem levar o indivíduo a ter uma diminuição de suas atividades físicas, entendida aqui, como qualquer movimento corporal, produzido pela musculatura esquelética, que resulta em gasto energético acima do basal¹¹. Além disso, essas alterações podem levar à diminuição da capacidade funcional (CF), ou seja, o potencial que o idoso possui para decidir e atuar em seu cotidiano de forma independente. A CF envolve habilidades físicas e mentais necessárias para a manutenção da autonomia e independência. As condições socioeconômicas, cognitivas e de saúde são igualmente consideradas na avaliação da CF. Dessa forma simples e útil, é possível traçar o perfil dos idosos e auxiliar na definição de estratégias de promoção de saúde, visando retardar ou prevenir incapacidades^{12,13,14} que poderão interferir na qualidade de vida dos mesmos.

O conceito de qualidade de vida está relacionado à autoestima e ao bem-estar pessoal e abrange uma série de aspectos como a capacidade funcional, o nível socioeconômico, o estado emocional, a interação social, a atividade intelectual, o autocuidado, o suporte familiar, o próprio estado de saúde, os valores culturais, éticos e religiosidade, o estilo de vida, a satisfação com o emprego e/ou com atividades diárias e o ambiente em que se vive¹⁵.

A forma como o idoso vive, a qualidade dos últimos anos de sua vida e suas maiores limitações podem ser observadas por meio de estudos populacionais direcionados a esta faixa etária. No Brasil, alguns anos atrás, esses estudos eram raros. Hoje, com o processo acelerado de envelhecimento da população, muitos tem sido realizado, principalmente com a população de grandes centros, que têm costumes e características diferentes da população encontrada no norte do país, e especificamente na cidade de Manaus. A diversidade sociocultural, econômica, étnica e macroambiental impõem a necessidade de estudos

epidemiológicos sobre o idoso que vive nas áreas tropicais amazônicas. Esta ideia está subsidiada pela natureza multifatorial e complexa do fenômeno do envelhecimento biológico, o que faz com que seja muito difícil que todas as variáveis que incidem sobre tal fenômeno e sobre a etiologia das doenças associadas à idade sejam investigadas ao mesmo tempo e sejam similares em todo o mundo^{7,16}.

As atividades físicas e a CF são aspectos indispensáveis quando se trata de assuntos como qualidade de vida, bem-estar e saúde do idoso. Além disso, através do estudo dos mesmos, pode-se entender melhor o processo de longevidade da população. Para o idoso, a perda da autonomia está, muitas vezes, relacionada com o estilo de vida, tendo sérias repercussões sobre a qualidade desta.

A partir deste contexto, observa-se a necessidade de estudos para, além de atribuir valor, sustentem e favoreçam as atuações profissionais, permitindo, assim, entender o processo do envelhecimento de forma ampla. Os níveis de atividade física, capacidade funcional e qualidade de vida em idosos são, muitas vezes, trabalhados ou estudados de forma seccionada, correndo o risco de se perder em qualidade, pois a percepção do todo fica prejudicada.

Dessa forma, esta tese realizou um estudo epidemiológico seccional, com o intuito de traçar o perfil de idosos atendidos nos Centros de Atenção Integral a Melhor Idade (CAIMI) do município de Manaus/AM, assim como avaliar alguns fatores que podem interferir na qualidade de vida dos mesmos, com a finalidade de oferecer subsídios para melhora das políticas públicas locais.

2. OBJETIVOS

Como a tese será apresentada na forma de artigos, os objetivos foram divididos em três blocos, correspondentes a cada um dos três artigos propostos:

Artigo 1

- Avaliar a qualidade de vida de idosos atendidos nos CAIMI do município de Manaus e comparar com resultados de outros estudos já publicados.

Artigo 2

- Estimar a ocorrência de sintomas depressivos em indivíduos com 60 anos ou mais, e identificar fatores associados em idosos atendidos em centros de saúde pública, especializados no atendimento de idosos, na cidade de Manaus.

Artigo 3

- Estabelecer o perfil socioeconômico, demográfico e funcional da população atendida nos CAIMI da cidade de Manaus.

3. MÉTODOS

3.1 Tipo de estudo, cenário, população e amostra

Foi realizado um estudo observacional, de corte transversal, epidemiológico de base populacional, com idosos cadastrados nos CAIMI. Os dados foram coletados em uma sala reservada, com idosos que aceitaram participar do estudo e que estavam aguardando atendimento no dia da coleta. Eles eram abordados aleatoriamente no momento em que estavam na sala de espera aguardando por uma consulta. No momento da abordagem, era explicada toda pesquisa e o que seria feito. Os que concordavam em colaborar, assinavam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A amostra foi calculada considerando que a prevalência do desfecho fosse de 50%, com uma confiabilidade de 95% e margem de erro de 5%. O tamanho mínimo foi de 385 indivíduos, escolhidos aleatoriamente, estratificando por sexo e faixa etária.

3.2 Coleta de dados

As coletas ocorreram de novembro de 2015 a março de 2017 por cinco estudantes de fisioterapia, da Universidade Federal do Amazonas, previamente treinados.

3.3 Local do Estudo

O levantamento de dados foi realizado nos CAIMI da cidade de Manaus, que dispõem de uma estrutura física climatizada e adequada para acolher os idosos dos bairros adstritos. São três unidades exclusivas para atendimento ao idoso, localizados nas zonas sul (CAIMI Paulo Lima), norte (CAIMI Dr. André Araújo) e oeste (CAIMI Ada Rodrigues Viana) de Manaus, que fazem parte do sistema de saúde do governo estadual, geridos pela Secretaria de Saúde do Amazonas (SUSAM), e hierarquizados em função do grau de

complexidade dos seus serviços. Tem por objetivo garantir o atendimento do idoso, com ênfase no manuseio das doenças prevalentes da terceira idade e nas ações preventivas relativas às políticas de saúde desenvolvidas na área de abrangência, agindo com uma equipe multidisciplinar capacitada, que possibilita maior grau de resolutividade possível aos problemas de saúde/doença do idoso amazônico.

Os centros destinam-se ao atendimento ambulatorial do usuário, de acordo com as políticas de saúde adotadas pelo estado do Amazonas, disponibilizando serviços médicos em clínica geral, geriatria, neurologia, oftalmologia, ortopedia, ginecologia, cardiologia, gastroenterologia e endocrinologia; conta ainda com atendimentos em terapia ocupacional, fonoaudiologia, fisioterapia, odontologia, psicologia, nutrição, enfermagem, assistência social, hidroterapia e educação física.

Além disso, realizam exames clínicos laboratoriais, raios-X, ultrassonografia, eletrocardiograma, curativo, nebulização, imunização, medicação e distribuição de medicação com receita médica; também providenciam a remoção/transferência assistida dos idosos para outras instituições, quando necessário.

3.4 Instrumentos

3.4.1 Questionário sociodemográfico (anexo IX)

Composto por questões a respeito de sexo, idade, renda, nome, situação conjugal, escolaridade, etc., com intuito de caracterizar a população escolhida.

3.4.2 Qualidade de Vida (anexo III)

A qualidade de vida foi avaliada pela escala de qualidade de vida de Flanagan - EQVF^{17,18}, traduzida e validada¹⁹, que é constituída por 15 questões que avaliam: 1) conforto

material: casa, alimentação, situação financeira; 2) saúde: fisicamente bem e vigoroso; 3) relacionamento com pais, irmãos e outros parentes: comunicação, visitas e ajuda; 4) constituir família: ter e criar filhos; 5) relacionamento íntimo com esposo(a), namorado(a) ou outra pessoa relevante; 6) amigos próximos: compartilhar interesses, atividades e opiniões; 7) voluntariamente, ajudar e apoiar a outras pessoas; 8) participação em associações e atividades de interesse público; 9) aprendizagem: frequentar outros cursos para conhecimentos gerais; 10) autoconhecimento: reconhecer seus potenciais e limitações; 11) trabalho (emprego ou em casa): atividade interessante, gratificante que vale a pena; 12) comunicação criativa; 13) participação em recreação ativa; 14) ouvir música, assistir televisão ou cinema, leitura ou outros; 15) socialização: “fazer amigos”. Para cada questão foi atribuído um valor de 1 a 7, o que corresponde respectivamente a: muito insatisfeito; insatisfeito; pouco insatisfeito; indiferente; pouco satisfeito; satisfeito; muito satisfeito.

Foi adotada esta escala devido já ter sido utilizada em outros trabalhos realizados no setor, para serem feitas as devidas comparações dos resultados. Trata-se de uma escala curta, que avalia a qualidade de vida de forma genérica e é autoaplicável. Entretanto, para uma melhor compreensão e assim dar uma maior veracidade aos resultados, pessoas treinadas para a coleta leram as perguntas, pelo fato de nossa população não ter um bom nível de entendimento das questões, tanto desta escala quanto dos outros questionários. Devido a isso, é de suma importância o papel do entrevistador, a fim de evitar possíveis vieses nos resultados.

3.4.3 Atividade física (anexo IV)

A atividade física foi avaliada pela aplicação do International Physical Activity Questionnaire^{20,21,22} (IPAQ), versão longa. Este instrumento permite estimar o tempo semanal gasto em atividades físicas de intensidade moderada e vigorosa, em diferentes contextos do

cotidiano, como: trabalho, transporte, tarefas domésticas e lazer, e ainda o tempo despendido em atividades passivas, realizadas na posição sentada. O questionário foi publicado na versão curta e na versão longa. A versão curta do IPAQ é composta por sete questões abertas e suas informações permitem estimar o tempo despendido, por semana, em diferentes dimensões de atividade física (caminhadas e esforços físicos de intensidades moderada e vigorosa) e de inatividade física (posição sentada). A versão longa do IPAQ apresenta 27 questões relacionadas com as atividades físicas, realizadas em uma semana normal, com intensidade vigorosa, moderada e leve, com a duração mínima de 10 minutos contínuos, distribuídas em quatro dimensões de atividade física (trabalho, transporte, atividades domésticas e lazer) e do tempo despendido por semana na posição sentada. Quando comparadas as versões curta e longa do IPAQ, os resultados são diferentes. Na versão curta, o tempo semanal despendido em atividades físicas moderadas e vigorosas tem sido menor quando comparado com a versão longa. Esse fato pode ser devido à diferença no número de domínios em cada versão e o número de questões, pois na longa cada domínio é mais explorado.

3.4.4 Capacidade Funcional (anexos V e VI)

Foi avaliada por duas escalas: Índice de Katz²³ e pela avaliação das Atividades Instrumentais de Vida Diária proposta por Lawton e Brody²⁴.

O Índice de Katz (Anexo 4) avalia o nível de autonomia dos idosos no desempenho de seis atividades cotidianas: banhar-se, vestir-se, ir ao banheiro, transferir-se, ser continente e alimentar-se. O escore varia entre 0 e 6 pontos, sendo 1 ponto atribuído a cada resposta ‘Sim’. Com base na pontuação, os idosos são classificados como independentes (6 a 5 pontos), dependentes parciais (4 a 3 pontos) ou dependentes totais (menos de 3 pontos). É uma escala amplamente utilizada na avaliação de idosos, organizado para mensurar a independência dessas funções.

A avaliação das Atividades Instrumentais de Vida Diária tem o objetivo de mensurar a capacidade do idoso viver sozinho em comunidade através das seguintes atividades: preparar as refeições, fazer compras, manter o controle financeiro e legal, usar transporte coletivo, tomar remédios, usar o telefone, arrumar a casa e caminhar uma certa distância. Esse instrumento pode fornecer importantes dados relativos a perda de independência e autonomia que interferem diretamente na qualidade de vida do idoso.

A avaliação funcional busca verificar em que nível as doenças ou agravos impedem o desempenho das atividades cotidianas dos idosos de forma autônoma e independente, medindo, de forma objetiva, os níveis nos quais uma pessoa é capaz de desempenhar determinadas atividades ou funções em diferentes áreas, de tarefas da vida cotidiana a realização de interações sociais, requeridos em seu dia-a-dia. Utilizou-se a versão com pontuação máxima de 27 pontos e as possibilidades em cada item são: realiza as atividades de forma independente (3 pontos), necessita ajuda parcial (2 pontos) e não consegue realizar a atividade (1 ponto).

3.4.5 Depressão (anexo VII)

A depressão foi avaliada pela Escala de Depressão Geriátrica (EDG)²⁵. É uma escala de fácil aplicação e compreensão, podendo ser utilizada em indivíduos com distúrbios clínicos e cognitivos, uma vez que apresenta pouca ênfase nos sintomas somáticos. A EDG compõe-se de perguntas simples, com respostas tipo sim/não. Devido às suas características, pode ser de autoaplicação, dependendo das características da população-alvo, ou pode ser aplicada por pessoas sem formação médica ou psiquiátrica. A EDG, na prática, mostrou-se muito adequada para a utilização em indivíduos idosos em diversos estudos e passou a ser largamente utilizada em pesquisa, para detecção de depressão em idosos^{26,27}. Também passou

a ser utilizada em serviços de atendimento a idosos, sendo incluída em avaliações globais em serviços geriátricos.

O ponto de corte utilizado foi cinco/seis (não caso/caso). A pontuação nesta escala varia de 0 a 15 pontos. Esse ponto de corte para a EDG-15 produziu índices de sensibilidade de 85,4% e especificidade de 73,9% para o diagnóstico de episódio depressivo maior, de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10)³⁵.

3.4.6 Cognição (anexo VIII)

Para a avaliação do estado cognitivo, utilizou-se Mini Exame do Estado Mental (MEEM)²⁸, desenvolvido em 1975. O MEEM é um instrumento de rastreamento de comprometimento cognitivo e tem sido utilizado internacionalmente com o objetivo de fornecer informações sobre diferentes dimensões cognitivas, tais como orientação, memória, cálculo e linguagem. Atualmente, o MEEM é o teste de rastreio cognitivo para pessoas adultas e idosas mais utilizado no mundo.

O MEEM original é composto por duas seções que medem funções cognitivas. A primeira seção contém itens que avaliam orientação, memória e atenção, totalizando 21 pontos; a segunda mede a capacidade de nomeação, de obediência a um comando verbal e a um escrito, de redação livre de uma sentença e de cópia de um desenho complexo (polígonos), perfazendo nove pontos. O escore total é de 30 pontos baseados em itens dicotômicos. Os pontos de corte 23/24 são usados por recomendação de Folstein et al.³⁷, como sugestivos de deficit cognitivo.

3.5 Questões éticas

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas conforme o parecer nº 786.685 em setembro de 2014, e foi conduzida de acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde para Pesquisa com Seres Humanos.

3.6 Processamento e análise dos dados

A análise estatística dos dados observados foi feita utilizando-se a estatística descritiva.

Todas as informações coletadas no estudo foram tabuladas em um banco de dados distribuído em planilhas eletrônicas do *EXCEL*. Os dados foram analisados utilizando programa SAS for Windows v.9.4 . Foi adotado para os testes um nível de significância de 5%.

4. RESULTADOS

Nesta seção, serão apresentados os três manuscritos em forma de artigos científicos originais, que formam o núcleo desta tese.

4.1 ARTIGO 1

Avaliação da qualidade de vida de idosos de Manaus segundo a escala de Flanagan

Quality of life assessment of elderly in Manaus measured by the Flanagan's Scale

Autores: Esmeraldino Monteiro de Figueiredo Neto¹, José Eduardo Corrente²

1. Universidade Federal do Amazonas, Faculdade de Educação Física e Fisioterapia, Curso de Fisioterapia. Manaus, AM, Brasil.

2. Universidade Estadual Paulista, Instituto de Biociências, Departamento de Bioestatística. Botucatu, SP, Brasil.

Endereço para correspondência:

Esmeraldino M de Figueiredo Neto

E-mail: esmeraldino.neto@gmail.com

Conflito de interesse: não há

Financiamento: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amazonas (FAPEAM)

Resumo

O objetivo deste estudo foi avaliar a qualidade de vida de idosos atendidos nos Centros de Atenção Integral a Melhor Idade (CAIMI) do município de Manaus e comparar com resultados de outros estudos já publicados. Para isso, foi conduzido um estudo observacional, transversal, com 741 idosos, utilizando a escala de qualidade de vida de Flanagan. Os resultados apontaram que a maioria dos idosos era do sexo feminino, com média de idade de 69 anos, casados, aposentados, porém, ainda trabalhavam, com baixa renda e baixa escolaridade, mas que, quando avaliada a qualidade de vida, os mesmos mostravam-se satisfeitos. Quando comparados com populações de outros países e regiões do Brasil, mesmo com um baixo perfil socioeconômico, mostraram-se melhores em relação às populações de países desenvolvidos. Alguns domínios da escala de qualidade de vida foram invertidos frente à escala original. Os resultados permitem concluir que, mesmo os idosos apresentando baixo nível socioeconômico, encontram-se satisfeitos com sua qualidade de vida.

Palavras-chave: Qualidade de vida. Idoso. Envelhecimento. Manaus.

Abstract

This study aimed to evaluate the quality of life of elderly people enrolled in specialized centers for elderly care in Manaus and compare with results of other studies already published. Therefore, a cross-sectional observational study with 741 elderly was conducted, using the Flanagan's Scale. The results showed that the majority of the elderly were female, mean age was 69 years, married, retired, but still working, with low income and low education level, but when they assessed the quality of life, they showed satisfied. When compared to populations in other countries and regions of Brazil, even a low socioeconomic

profile, they were better than populations of developed countries. Some domains of the scale had inversion in relation to the original scale. The results allow us to conclude that even the elderly with low socioeconomic status are satisfied with their quality of life.

Key words: Quality of life. Elderly. Aging. Manaus.

INTRODUÇÃO

Globalmente, o envelhecimento populacional em países em desenvolvimento ocorre duas vezes mais rápido que nos países desenvolvidos¹, o que gera sérios problemas para saúde pública devido a falta de tempo para que haja uma reorganização social e da saúde adequada para se atender esta nova demanda^{2,3}, que procura muito mais por serviços de saúde que os adultos jovens⁴.

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população brasileira está em rápido processo de envelhecimento, de modo que, para 2025, o país deverá ser o sexto do mundo com maior número de pessoas idosas. Em 2050, a taxa de crescimento da população brasileira deve cair para -0,291, fazendo com que haja 172,7 idosos para cada 100 crianças de 0 a 14 anos⁵.

O envelhecimento provoca alterações e desgastes em vários sistemas funcionais e ocorrem de forma progressiva e irreversível⁶. O momento em que estas transformações ocorrem, quando passam a ser percebidas e como evoluem, diferencia-se de um indivíduo para o outro⁷. O resultante dessas alterações é a diminuição da condição de saúde do idoso e de sua qualidade de vida, que acaba procurando, com mais frequência, os serviços de saúde, principalmente aqueles vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS)^{6,7,8,9}.

A OMS conceitua qualidade de vida como a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.^{10,11}.

A Região Amazônica apresenta uma diversidade sociocultural, econômica, étnica e macroambiental que impõem a necessidade de estudos epidemiológicos sobre o idoso que vive nestas áreas. Esta ideia está subsidiada pela natureza multifatorial e complexa do

fenômeno do envelhecimento biológico, o que faz com que seja muito difícil que todas as variáveis que incidem sobre tal fenômeno e sobre a etiologia das doenças associadas à idade sejam investigadas ao mesmo tempo e sejam similares em todo o mundo^{12,13}. Ademais, o levantamento de informações com idosos atendidos pelo SUS é de extrema importância, pois possibilita o entendimento do envelhecimento em indivíduos participantes da comunidade aptos a assumirem papéis sociais. Estudos como este contribuem com referências e dados úteis para informações e comparativos tanto a nível local como regional.

Diante do exposto, este estudo teve como objetivo avaliar a qualidade de vida de idosos atendidos nos Centros de Atenção Integral a Melhor Idade (CAIMI) do município de Manaus e comparar com resultados de outros estudos já publicados.

MÉTODOS

Trata-se de estudo observacional, transversal, de base populacional, realizado no município de Manaus, realizado entre novembro de 2015 e março de 2017.

A amostra foi calculada considerando uma prevalência desconhecida de 50% para a qualidade de vida, com nível de confiança de 95% e intervalo de confiança de 5%, resultando em uma quantidade mínima de 385 indivíduos, valendo-se de um fator de correção para população finita.

O levantamento de dados foi realizado nos CAIMI da cidade de Manaus. Estes centros destinam-se ao atendimento ambulatorial do idoso, e foram criados pelo governo do estado com objetivo de promover o envelhecimento saudável. Existem três unidades que fazem parte do sistema de saúde do governo estadual e hierarquizados em função do grau de complexidade dos seus serviços. Existem mais de 75 mil idosos cadastrados nesses centros.

A coleta de dados foi realizada por cinco estudantes de fisioterapia, treinados previamente. Esses alunos se dirigiam até os centros no período da manhã, e abordavam os idosos na sala de espera enquanto estes aguardavam pelas consultas. A coleta era feita no formato de entrevista estruturada, aplicando-se um questionário sociodemográfico, a fim de obter informações a respeito de idade, gênero, escolaridade, renda, estado civil, aposentadoria, trabalho, número de cômodos da casa, número de residentes; e a escala de qualidade de vida de Flanagan^{14,15, 16} (EQVF).

Todas as informações coletadas foram tabuladas em um banco de dados distribuído em planilhas eletrônicas do *EXCEL*[®]. Os dados foram analisados utilizando o *programa SAS for Windows, v.9.3* e a estatística descritiva, envolvendo tabelas, médias e desvio padrão, frequências e percentuais.

A análise da EQFV foi feita utilizando a análise fatorial com rotação *varimax* para obtenção dos domínios definidos pela escala. Comparações entre as dimensões obtidas e as propostas pela escala foram avaliados bem como comparações com outros estudos realizados em outros locais.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas sob o parecer de número 786.685/2014, e foi conduzida de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde para Pesquisa com Seres Humanos, do Ministério da Saúde, garantindo aos participantes, entre outros direitos, o seu consentimento livre e esclarecido, sigilo das informações e privacidade.

RESULTADOS

Foram avaliados 741 idosos, com idade média de 69 anos (60 a 102 anos). O sexo feminino foi mais frequente (70,31%) e 44,94% eram casados ou tinham um companheiro.

Quanto à escolaridade, 60,05% não chegaram a completar o ensino fundamental, e somente 31 idosos completaram o terceiro grau. Houve predominância de aposentados (72,74%). Entretanto, 79,76% ainda trabalham. Em relação à renda familiar, 40,60% recebem até um salário mínimo e 3,52% recebem mais que quatro salários. Os dados do perfil socioeconômico estão apresentados na tabela 1.

A média dos escores obtidos na EQVF foi de 80,07, a pontuação mínima foi de 30 e a máxima de 105. O valor de α de Cronbach foi de 0,8098, o que confirma a boa consistência e coerência do instrumento, respondendo a questão da qualidade de vida dos idosos.

Todos os itens da escala apresentaram carga fatorial dentro do limite estabelecido para esse estudo ($>0,5000$), conforme demonstra a Tabela 2.

A Tabela 3 traz uma comparação com outros estudos, utilizando-se das médias e desvio padrão de cada item da escala.

Tabela 1. Características socioeconômicas de idosos cadastrados nos CAIMI de Manaus, AM.

Variável	(n=741)	%
Sexo		
Feminino	521	70,31
Masculino	220	29,69
Estado civil		
Casado/Convivente	333	44,94
Divorciado/Solteiro	191	25,78
Viúvo	217	29,28
Escolaridade		
1 grau completo	88	11,88
1 grau incompleto	445	60,05
2 grau completo	144	19,43
2 grau incompleto	21	2,83
3 grau completo	31	3,37
Analfabeto/Sem estudo	18	2,42
Trabalha		
Sim	591	79,76
Não	150	20,24
Aposentado/Pensionista		
Sim	539	72,74
Não	202	27,26
Renda		
Até 1 salário mínimo	300	40,60
2 salários mínimos	230	31,12
3 salários mínimos	134	18,13
≥4 salários mínimos	75	10,15
Principal renda		
Sim	396	53,51
Não	344	46,49

Tabela 2. Demonstrativo da aplicação da análise fatorial e identificação dos componentes que influenciaram no nível de satisfação com a qualidade de vida dos idosos de Manaus.

Enunciados da Escala de Flanagan	Carga fatorial
Fator 1: Relação com outras pessoas (variância explicada: 29%)	
Item 4: Relacionamento com pais, irmãos e outros parentes	0,77995
Item 3: Construir família ter e criar filhos	0,75332
Item 5: Relacionamento íntimo com esposa(o), namorada(o) ou outra pessoa importante	0,55015
Item 6: Amigos próximos: compartilhar interesses, atividades e opiniões	0,51911
Fator 2: Recreação (variância explicada: 11%)	
Item 12: Comunicação criativa	0,76407
Item 10: Autoconhecimento: reconhecer seus potenciais e limitações	0,73199
Item 13: Participação em recreação criativa	0,65341
Item 8: Participação em associações e atividades de interesse público	0,51505
Fator 3: Atividades comunitárias e cívicas (variância explicada: 7%)	
Item 7: Voluntariamente, ajudar e apoiar outras pessoas	0,79922
Item 11: Trabalho (emprego ou em casa)	0,71616
Fator 4: Bem-estar físico e material (variância explicada: 7%)	
Item 2: Saúde: fisicamente bem e vigoroso(a)	0,80317
Item 1: Conforto material: casa, alimentação e situação financeira	0,60219
Fator 5: Desenvolvimento pessoal (variância explicada: 6%)	
Item 9: Aprendizado: frequentar outros cursos para conhecimentos gerais	0,64972

Tabela 3. Comparação de média e desvio padrão da versão original da EQVF, três versões validadas, versão de Botucatu-SP e deste estudo.

Item	Inglaterra N=584	Suécia N=100	Noruega N=282	Israel N=100	Botucatu/SP N=361	Manaus/AM N=741
1	5,6(1,0)	5,7(1,4)	5,5(1,3)	4,3(1,8)	5,9(1,1)	5.6 (1,5)
2	3,9(1,4)	3,9(1,6)	4,4(1,5)	2,3(1,5)	5,4(1,4)	4.4(2,0)
3	5,3(1,1)	6,0(1,0)	5,5(1,5)	5,9(1,2)	6,0(1,0)	5.9(1,1)
4	5,6(1,2)	5,6(1,6)	6,7(1,2)	5,9(1,2)	5,9(1,2)	5.9(1,0)
5	5,5(1,4)	5,6(1,6)	5,5(1,6)	5,8(1,2)	5,3(1,7)	5,0(1,4)
6	5,4(1,1)	6,2(0,9)	5,9(1,1)	5,4(1,6)	5,7(1,2)	5.8(1,0)
7	5,4(0,9)	5,3(1,2)	5,2(1,2)	3,0(2,0)	5,5(1,3)	5.2(1,3)
8	4,6(1,2)	4,9(1,6)	4,3(1,6)	2,3(1,9)	5,1(1,3)	4.8(1,4)
9	4,7(1,2)	5,2(1,4)	4,6(1,5)	2,1(1,6)	5,0(1,5)	4.3(1,1)
10	5,1(1,1)	5,5(1,2)	5,3(1,1)	3,0(1,8)	5,8(1,2)	5.6(1,2)
11	4,1(1,4)	5,0(1,5)	5,3(1,4)	3,2(1,8)	5,8(1,4)	5.1(1,3)
12	4,8(1,2)	5,0(1,4)	4,7(1,6)	2,5(1,7)	5,8(1,2)	5.7(1,1)
13	4,7(1,2)	5,3(1,3)	5,1(1,4)	3,6(1,9)	5,5(1,5)	5,0(1,3)
14.	5,5(0,9)	6,0(1,0)	5,7(1,1)	3,6(2,0)	6,1(1,3)	6,0(0,9)
15	4,0(1,5)	4,0(1,7)	4,5(1,6)	2,2(1,5)	5,9(1,4)	5.9(1,1)

Nossos resultados demonstraram algumas divergências no tocante às dimensões do conceito de qualidade de vida propostas por Flanagan²⁶ e aquelas consideradas pelos idosos como de maior importância na determinação de sua qualidade de vida, como demonstrado na Tabela 4.

Tabela 4. Demonstrativo de comparação das dimensões da EQVF e as identificadas na amostra.

Dimensões da EQVF	Dimensões identificadas no presente estudo
Bem-estar físico e material	Relação com outras pessoas
Relação com outras pessoas	Recreação
Atividades sociais, comunitárias e cívicas	Atividades sociais, comunitárias e cívicas
Desenvolvimento pessoal e realização	Bem-estar físico e material
Recreação	Desenvolvimento pessoal e realização

DISCUSSÃO

Na caracterização dos sujeitos da pesquisa, constatou-se que a média de idade foi de 69 anos e 70,31% era do sexo feminino, o que confirma a tendência de estudo entre idosos^{17,18,19,20}. Entretanto, como nossa amostra foi por conveniência, existe o viés seletivo, o que pode explicar essa alta porcentagem de mulheres. Porém, já foi comprovado em várias pesquisas que as mulheres tendem a se preocupar e se cuidar mais que os homens, buscando serviços de saúde, seja privado ou público, fazendo com que muitas doenças possam ser tratadas no início, o que é um dos fatores responsáveis pela alta taxa de pessoas do sexo feminino que chegam a terceira idade. No Brasil, a mulher vive, em média, oito anos a mais que os homens, além de preocupar-se mais com seu bem-estar de um modo geral, quando comparada ao homem idoso²¹.

Em relação a escolaridade, estado civil, e renda, nossos resultados corroboram os estudos^{17,18,22,23,24,25}. A maioria dos idosos não chegou a completar o ensino fundamental, sendo que quanto mais avançada a idade, maior a proporção de pessoas com baixa escolaridade. Esse dado é controverso com o apresentado nos atuais estudos, uma vez que quanto maior a escolaridade, maior a expectativa de vida. No entanto, este dado pode dever-se ao fato de que os idosos de hoje, principalmente os mais velhos, não tinham a cultura de

estudar muitos anos quando eram crianças, principalmente, quando adolescentes, já que casavam e formavam família muito cedo, tendo que começar a trabalhar ainda muito jovem. A média de anos de estudo dos idosos que trabalham, segundo a PNAD 2016²⁶, é de 5,7 anos. No tocante a aposentadoria, a maioria está aposentado, resultado encontrado nos trabalhos citados anteriormente. Entretanto, a maioria dos idosos do nosso estudo ainda trabalha, discordando de outros estudos^{17,20,27}. Isso pode ser devido a cidade de Manaus ter um custo de vida mais alto que as cidades dos estudos anteriores, que faz com que o idoso tente buscar outras formas de complementar sua renda, já que a maior parte ganha até um salário mínimo. Além disso, pode-se explicar este dado pelo fato da maioria ser arrimo de família, e, devido a atual situação econômica do país, os idosos estão voltando ao mercado de trabalho para complementar sua aposentadoria, já que muitos dos adultos e jovens da família estão sem emprego. Este dado é confirmado pela PNAD 2016, na qual verificou o aumento na proporção de idosos ocupados.

A qualidade de vida, especialmente na velhice, envolve um panorama multidimensional, complexo e apresenta aspectos objetivos e subjetivos. Quanto aos fatores objetivos, estes se constituem na ausência de doenças ou diminuição da capacidade funcional. Os subjetivos são aqueles voltados ao entendimento que a pessoa possui de sua posição de vida, no cenário da cultura e contexto de valores, qualidade nos relacionamentos, realização pessoal e oportunidade de lazer²⁷.

Observamos uma alta média no escore da escala de Flanagan, evidenciando que nossa população tem uma boa qualidade de vida. Todos os itens da escala obtiveram carga fatorial satisfatória, não sendo excluído nenhum item. Quando feita a comparação das médias obtidas em cada item da escala, nossa população chegou a ter vários itens com valores superiores aos das populações de países desenvolvidos, que tem uma renda maior que a da

nossa população. Entretanto, para os idosos do nosso estudo, esse fator parece não ser responsável para ter uma qualidade de vida boa. Em relação ao último item da escala, que se refere a socialização - "fazer amigos", tanto nossa população, quanto a população de Botucatu/SP, obtiveram escores maiores que as dos outros países, o que pode sugerir que o idoso brasileiro é mais sociável.

Na EQVF, os 15 itens da escala são agrupados em cinco dimensões, nesta ordem: bem-estar físico e material, relações com outras pessoas, atividades sociais, comunitárias e cívicas, desenvolvimento pessoal e realização, e recreação. Entretanto, quando comparamos os resultados da nossa população, houve inversões de quatro domínios. Na proposta inicial de Flanagan¹⁴, o domínio bem-estar físico e material foi apontado como a primeira dimensão. Em nosso estudo, o domínio "relação com outras pessoas" foi mais importante para a qualidade de vida que o observado por Flanagan¹⁶. Isso pode ser devido a diferença da população estudada, que tem hábitos e culturas bem diferentes da vista na nossa. Para nossos idosos, a relação com outras pessoas, a recreação e as atividades sociais, comunitárias e cívicas parecem ser mais importantes que o bem-estar físico e material, e o desenvolvimento pessoal e realização. Quando comparado com o estudo feito na população da cidade de Avaré/SP²⁴, nossos resultados também diferiram aos encontrados naquela amostra. Lá, o bem-estar físico e material também foi o primeiro domínio e a recreação ficou em último, corroborando o resultado obtido por Flanagan¹⁴. Estas inversões podem ser devido à idade dos nossos idosos e também de suas crenças religiosas, que não foi avaliada, mas que estas colocam os bens materiais como secundários e a realização pessoal como algo passível de punição.

Santos e cols.²⁸ avaliaram a qualidade de vida de idosos, utilizando a mesma escala que nosso trabalho, e também obtiveram divergências no tocante às dimensões do

conceito de qualidade de vida proposta por Flanagan¹⁴. Ao avaliar 128 idosos da cidade de João Pessoa/PB, chegaram a conclusão que, para aquela população, o desenvolvimento pessoal e a realização tem maior importância na determinação da qualidade de vida. Na pesquisa deles, os itens 7 e 14 (7= voluntariamente, ajudar e apoiar a outras pessoas; 14= ouvir música, assistir televisão ou cinema, leitura ou outros) exerceram pouca influência, sendo descartados, pois não obtiveram carga fatorial dentro do limite estabelecido.

Em nosso estudo, as maiores médias ficaram nos itens 14 e 15, que se referem ao domínio recreação, corroborando o resultado final de nosso estudo. As menores médias ficaram nos itens 9 e 2. O item 9 avalia a aprendizagem, como frequentar cursos para conhecimento geral. Nossa população parece não se importar em fazer este tipo de atividade, o que pode estar ligado a baixa escolaridade, fazendo com que se perca a vontade de aprender algo quando se chega a terceira idade.

Uma das limitações deste trabalho foi em relação a nossa amostra, que, por ser de conveniência, a maioria eram mulheres e, com base no nível de educação e renda, eram de classe baixa. São necessárias amostras adicionais, incluindo proporções maiores de homens e pessoas de diferentes classes socioeconômicas, para fornecer evidências adicionais nessas populações. Além disso, destacamos a dificuldade de encontrar estudos de qualidade de vida na população idosa utilizando o mesmo questionário.

CONCLUSÃO

A partir dos dados observados, conclui-se que a maioria dos idosos cadastrados nos CAIMI da cidade de Manaus, são mulheres, casados, com baixa escolaridade e baixa renda, mas com uma boa qualidade de vida quando avaliado pela EQVF. Quando comparados

com outras populações, utilizando a mesma escala, os idosos deste estudo apresentam uma satisfação da qualidade de vida tão boa quanto de populações de países desenvolvidos.

É importante que mais estudos como este sejam realizados com intuito de avaliar a qualidade de vida em amostras de diferentes localidades. Com isso, melhores ações de prevenção e promoção de saúde poderão promover um envelhecimento mais saudável nesta fase da vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ran L, Jiang X, Li B, Kong H, Du M, Wang X et al. Association among activities of daily living, instrumental activities of daily living and health-related quality of life in elderly Yi ethnic minority. BMC Geriatrics 2017; 17:74.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
3. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil 2000. Rio de Janeiro: Ministério do Planejamento; 2002.
4. Palloni A, Pelláez M. Histórico e natureza do estudo. In: Lebrão ML, Duarte YAO. SABE: Saúde, Bem-estar e Envelhecimento: o projeto SABE no município de São Paulo: uma abordagem inicial. Brasília (DF): Organização Pan-Americana da Saúde; 2003. p. 15-32.
5. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estatísticas da saúde: assistência médico-sanitária [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE. Disponível em: <http://www.ibge.com.br>.
6. Caromano FA, Jung TC. Estudo comparativo do desempenho em testes de força muscular entre indivíduos jovens e idosos através da miometria. Rev Fisioterapia 1999; 6:101-12.
7. Naranjo JLR, Estrada LC, Ferra RR, Jiménez IP, Rivero JLP. Autonomía e validismo en la tercera edad. Rev Cubana Med Gen Integr 2001; 17:22-6.
8. Caspersen CJ, Powell KE, Christenson GM. Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. Public Health Rep 1985; 100(2): 126-31.

9. Ramos LR. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. *Cad Saúde Pública* 2003; 19:793-7.
10. Organização Mundial de Saúde. Principios de las naciones unidas a favor de las personas de edad: resolución 46/91. Ginebra: OMS; 1991.
11. The WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med* 1995; 41(10):1403-9.
12. Lima-Costa MF, Firmo JOA, Uchôa E. Estrutura da auto-avaliação da saúde em idosos: Projeto Bambuí. *Rev Saúde Pública* 2004; 38:827-34.
13. Ribeiro E, Veras R, Viegas K, Caldas C, Ribeiro E, Rocha M, Cruz I. Projeto Idoso da floresta: indicadores de saúde dos idosos inseridos na Estratégia de saúde da família (ESF-SUS) de Manaus-AM. Brasil. *Rev Bras de Geriatria Gerontol* 2008;11(3):307-326.
14. Flanagan JC. Changes in school levels of achievement: Project TALENT ten and fifteen year retests. *Educational Reserch*, v.5, p.9-12, 1976.
15. Flanagan JC. Measurement of quality of life: current state of the art. *Arch Phys Med Rehabil* 1982; 63(2):56-9.
16. Nassar SM, Gonçalves LHT. A avaliação de uma medida de qualidade de vida. *Texto Contexto Enferm* 1999; 8(3):99-110.
17. Kagawa CA, Corrente JE. Análise da capacidade funcional em idosos do município de Avaré-SP: fatores associados. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2015; 18(3): 577-586.
18. Chaves AS, Santos AM, Alves MTSB, Filho NS. Associação entre o declínio cognitivo e qualidade de vida de idosos hipertensos. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2015; 18(3): 545-556.
19. Junior EL, Trindade JLA. Avaliação da qualidade de vida de idosos em um município do Sul do Brasil. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2013; 16(3): 473-479.
20. Marques LP, Schneider IJC, d'Orsi E. Quality os life and its association with work, the Internet, participation in groups and physical activity among the elderly from the EpiFloripa survey, Florianópolis, Santa Catarina State, Brazil. *Cad Saúde Pública* 2016; 32(12):e00143615.
21. Araujo LF, Coutinho MPL, Carvalho VAML. Representações sociais da velhice entre idosos que participam de grupos de convivência. *Psicol cienc prof* 2005, 25(1): 118-131.

22. Leite MT, Winck MT, Hildebrandt LM, Kichner RM, Silva LAA. Qualidade de vida e nível cognitivo de pessoas participantes de grupos de convivência. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2012; 15(3): 481-492.
23. Amaral TLM, Amaral CA, Prado PR, Lima NS, Herculano PV, Monteiro GTR. Qualidade de vida e morbidades associadas em idosos cadastrados na Estratégia de Saúde da Família do município Senador Guimard, Acre. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2015; 18(4): 797-808.
24. Corrente JE, Machado ABC. Avaliação da qualidade de vida da população idosa numa estância turística do interior do estado de São Paulo: aplicação da escala de Flanagan. *Rev APS* 2010; 13(2): 156-163.
25. Toscano JJO, Oliveira ACC. Qualidade de vida em idosos com distintos níveis de atividade física. *Rev Bras Med Esporte* 2009; 15(3): 169-173.
26. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE [Internet]. Disponível em: ftp://ftp.ibge.gov.br/Trabalho_e_Rendimento/Pesquisa_Nacional_por_Amostra_de_Domicilios_continua/Trimestral/Fasciculos_Indicadores_IBGE/pnadc_201604_trimestre_caderno.pdf.
27. Marques LF. Qualidade de vida, uma aproximação conceitual. *Psico* 1996; 27(2): 49-62.
28. Santos SR, Santos IBC, Fernandes MGM, Henriques MER. Qualidade de vida do idoso na comunidade: aplicação da Escala de Flanagan. *Rev Latino-Am Enferm*. 2002; 10(6):757-64.

4.2 ARTIGO 2

Relação entre sintomas depressivos, qualidade de vida e atividade física em idosos atendidos em centros de saúde especializados na cidade de Manaus

Relationship between depressive symptoms, quality of life and physical activity in elderly at specialized health centers in Manaus

Autores: Esmeraldino Monteiro de Figueiredo Neto¹, José Eduardo Corrente²

1. Universidade Federal do Amazonas, Faculdade de Educação Física e Fisioterapia, Curso de Fisioterapia. Manaus, AM, Brasil.

2. Universidade Estadual Paulista, Instituto de Biociências, Departamento de Bioestatística. Botucatu, SP, Brasil.

Endereço para correspondência:

Esmeraldino M de Figueiredo Neto

E-mail: esmeraldino.neto@gmail.com

Conflito de interesse: não há

Financiamento: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amazonas (FAPEAM)

Resumo

O objetivo do estudo foi estimar a ocorrência de sintomas depressivos em indivíduos com 60 anos ou mais, e identificar fatores associados em idosos atendidos em centros de saúde pública, especializados no atendimento de idosos, na cidade de Manaus. Trata-se de um estudo transversal, observacional e de base populacional. Os sintomas depressivos foram avaliados pela escala de depressão geriátrica. O nível de atividade física foi avaliada pelo International Physical Activity Questionnaire. Para avaliação da qualidade de vida, foi utilizada a escala de qualidade de vida de Flanagan, e o estado cognitivo foi avaliado pelo Mini Exame do Estado Mental. A prevalência de sintomatologia depressiva ocorreu em 22,98% dos idosos avaliados. Apresentaram associação positiva com sintomas depressivos: ser viúvo, receber até um salário mínimo, apresentar deficit cognitivo e não estar satisfeito com sua qualidade de vida. Concluiu-se que existe alta prevalência de sintomas depressivos entre idosos atendidos nos serviços públicos, sendo mais frequente em idosos viúvos, que ganham até um salário mínimo, apresentam deficit cognitivo e não estão satisfeitos com sua qualidade de vida.

Palavras-chave: Idoso. Depressão. Serviço público de saúde.

Abstract

The aim of the study was to estimate the occurrence of depressive symptoms in individuals aged 60 years and older, and to identify associated factors in elderly attended at specialized public health centers for elderly care in Manaus. This is a cross-sectional, observational, population-based study. Depressive symptoms were assessed by the geriatric depression scale. The level of physical activity was assessed by the International Physical Activity Questionnaire. To evaluate the quality of life, the Flanagan's scale was used, and the

cognitive status was evaluated by the Mini Mental State Examination. The prevalence of depressive symptomatology was 22.98%. They had a positive association with depressive symptoms: being widowed, receiving up to a minimum wage, presenting with cognitive deficits and not being satisfied with their quality of life. We conclude that there is a high prevalence of depressive symptoms among elderly people attending public services, being more frequent in elderly widows, who earn up to a minimum wage, have cognitive deficits and are not satisfied with their quality of life.

Key words: Elderly. Depression. Public health service.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento, antes considerado um fenômeno, hoje, faz parte da realidade da maioria das sociedades no mundo. Estima-se para o ano de 2050 que existam cerca de dois bilhões de pessoas com sessenta anos e mais no mundo, a maioria delas vivendo em países em desenvolvimento¹. A resultante epidemiológica mais evidente é o aumento de doenças crônicas em idosos, bem como de incapacidades físicas e mentais associadas, geradoras de dependência no exercício das atividades diárias. Com o envelhecimento da população, aumenta a prevalência de afecções psicológicas e mentais^{2,3}, sendo a depressão uma delas.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) previu que, até 2020, a depressão se tornará a terceira principal causa de deficiência em todo o mundo. Dados apontam que ela afeta mais de 300 milhões de pessoas em todo mundo⁴. Este é um dado alarmante, quando se considera a gravidade da doença na causa de incapacidades. Além disso, a depressão está associada com altas taxas de morbidade e mortalidade, aumentando o risco de suicídio e implicações importantes no funcionamento cerebral e somático⁵⁻⁷. Isto é importante, especialmente, nas idades mais avançadas, já que frequentemente ocorre concomitante com o surgimento de doenças crônicas e deficiências cognitivas ou incapacidades funcionais, levando à dificuldades na obtenção do tratamento adequado e aumento da mortalidade^{5,8}.

Entre os idosos, a depressão geralmente apresenta sintomas atípicos, e geralmente é subdiagnosticada e subtratada devido a confusão e coexistência com problemas físicos^{9,10}. Além disso, embora muitas pessoas idosas deprimidas sejam geralmente tratadas na atenção primária, os profissionais de saúde raramente diagnosticam a depressão e, quando o fazem, o tratamento fornecido geralmente é inadequado⁵, uma vez que os sintomas depressivos são considerados como manifestações naturais do envelhecimento¹⁰, já que esse processo provoca numerosas perdas que poderiam influenciar a produção de uma síndrome depressiva.

Dentre os fatores associados a depressão em idosos, destaca-se o sexo feminino^{11,12}, idade avançada^{12,13,14}, a baixa escolaridade^{11,13} e viver sozinho¹⁴. Além das características sociodemográficas, outros fatores também podem estar associados ao aparecimento de quadros depressivos, como tabagismo¹³, comorbidades (doenças cardiovasculares, endócrinas, oncológicas, osteomusculares)¹⁵, maior utilização de medicamentos¹⁶ e percepção negativa da saúde^{12,14}, baixo nível de atividade física^{17,18}, insônia, pensamentos suicidas e relacionamento familiar conturbado.

No Brasil, a prevalência de depressão entre os idosos varia de 4,7 a 36,8%, dependendo do instrumento utilizado e dos pontos de corte para detectar os sintomas¹⁹. Portanto, faz-se necessário pesquisá-la sistematicamente entre os idosos e um dos instrumentos que pode ser utilizado para esse fim é a Escala de Depressão Geriátrica (EDG-15), validada e usada no Brasil²⁰ e no mundo para rastrear sintomas depressivos, sendo bem aceita na clínica e na pesquisa.

Neste contexto, este estudo teve como objetivo estimar a ocorrência de sintomas depressivos em indivíduos com 60 anos ou mais, e identificar os fatores associados em idosos atendidos em centros de saúde pública, especializados no atendimento de idosos, na cidade de Manaus.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal desenvolvido na cidade de Manaus, AM, no período de novembro de 2015 a março de 2017. A população estudada foi formada por pessoas com 60 anos ou mais, que estavam cadastradas em centros de saúde especializados no atendimento do idoso.

O projeto desta pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal do Amazonas, tendo sido avaliado e aprovado mediante o parecer do processo de número 786.685/2014, e conduzido dentro dos preceitos éticos vigentes. Para a realização da pesquisa, foi utilizado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Todos os sujeitos abordados foram inicialmente informados quanto a identificação dos entrevistadores, aos objetivos da pesquisa, a não obrigatoriedade de participação e a possibilidade de abandono do projeto a qualquer momento. O tamanho mínimo amostral, após o cálculo, foi de 385 indivíduos. A escolha foi aleatória, estratificando por sexo e faixa etária.

Os dados foram coletados por estudantes do curso de fisioterapia da Universidade Federal do Amazonas, no formato de uma entrevista estruturada, feita na sala de espera, enquanto eles aguardavam consulta, ou, quando havia, em uma sala reservada.

Para obtenção dos dados, foram aplicados os seguintes instrumentos: questionário socioeconômico, EDG-15^{20,21,22}, conhecida pela sigla GDS, do inglês Geriatric Depression Scale, largamente utilizada em pesquisa para detecção de depressão em idosos^{20,21,22}. O ponto de corte utilizado foi cinco/seis (não caso/caso). O International Physical Activity Questionnaire²³ (IPAQ), forma longa, validado para estudo com idosos^{24,25}, Escala de Qualidade de Vida de Flanagan^{26,27} (EQVF), traduzida e validada²⁸ e Mini Exame do Estado Mental²⁹ (MEEM). Os pontos de corte foram 23/24 (com deficit/sem deficit) por recomendação de Folstein et al.²⁹.

As informações foram tabuladas em planilhas eletrônicas do *EXCEL* e os dados analisados utilizando programa SAS for Windows v.9.4 e a estatística descritiva, envolvendo tabelas, médias e desvio padrão. Utilizou-se o teste do qui-quadrado para verificar a significância entre as variáveis. Os fatores determinantes para presença de depressão foram

obtidos utilizando uma regressão logística considerando fatores socioeconômicos e os resultados das escalas utilizadas como variáveis explanatórias. Em todos os testes foi utilizado o nível de significância de 5%.

RESULTADOS

Foram entrevistados 741 idosos, com idade média de $69 \pm 6,6$ anos. O maior percentual foi composto por mulheres (70,31%), casados (44,94%), aposentados (72,74%), que recebiam até um salário mínimo (40,60%) e que estudaram até o primeiro grau (73,87%) (Tabela 1). Dez idosos foram excluídos da análise dos sintomas depressivos por não terem respondido o questionário específico.

A avaliação do estado cognitivo apresentou média de $24,14 \pm 4,67$ pontos. Na EQVF, obtivemos média de $80,07 \pm 10,03$ pontos.

A maior parte (74,56%) foi classificado como ativo. A prevalência de sintomas depressivos foi de 22,98%. A média de pontos na EDG-15 foi de $4,17 \pm 2,23$, e o valor máximo atingido foi de 14 pontos. A presença de sintomas depressivos foi maior em viúvos, nos que apresentam deficit cognitivo, nos que tem renda de até 1 salário mínimo e nos que não estão satisfeitos com sua qualidade de vida (Tabela 2).

Utilizando-se da regressão logística, observou-se que a baixa renda mostrou-se um fator de risco para depressão, quando comparamos os que ganham mais com os que ganham menos. Os que ganham até um salário mínimo apresentam três vezes mais chances de desenvolver depressão que os outros. Quanto ao nível cognitivo, a ausência de deficit mostrou ser um fator de proteção para o desenvolvimento de sintomas depressivos. Na avaliação da qualidade de vida, quando comparamos os satisfeitos com os não satisfeitos, os últimos mostraram ter duas vezes mais chances de desenvolver a doença (Tabela 3).

Tabela 1. Características socioeconômicas dos idosos cadastrados nos CAIMI de Manaus, AM.

Variável	N	%
Faixas etárias		
60-64	210	28,34
65-69	235	31,71
70-74	162	21,86
75-79	75	10,12
80 ou mais	59	7,96
Sexo		
Feminino	521	70,31
Masculino	220	29,69
Estado civil		
Casado/Convivente	333	44,94
Divorciado/Solteiro	191	25,78
Viúvo	217	29,28
Escolaridade		
1 grau	540	73,87
2 grau	191	26,13
Trabalha		
Sim	591	79,76
Não	150	20,24
Aposentado/Pensionista		
Sim	539	72,74
Não	202	27,26
Renda (em salário mínimo)		
Até 1	300	40,60
2	230	31,12
3	134	18,13
≥4	75	10,15
Principal renda		
Sim	396	53,51
Não	344	46,49

Tabela 2. Análise dos sintomas depressivos dos idosos cadastrados nos CAIMI de Manaus, segundo as variáveis socioeconômicas e de saúde.

Variável	Sintomas depressivos				P
	n = 731	Total %	Suspeita de depressão n=168	%	
Sexo					0,9449
Feminino	515	70,45	118	70,24	
Masculino	216	29,55	50	29,76	
Grupo etário (anos)					0,8267
60-69	442	60,47	102	23,08	
70-79	231	31,6	51	22,08	
80 ou mais	58	7,93	15	25,86	
Estado civil					0,0002*
Casado	328	44,87	52	15,85	
Solteiro	189	25,85	54	28,57	
Viúvo	214	29,27	62	28,97	
Escolaridade					0,1676
1 grau	540	73,87	131	24,26	
2 grau	191	26,13	37	19,37	
Número de residentes					0,1427
0	1	0,14	1	100	
1	114	15,62	34	29,82	
2	152	20,82	31	20,39	
3	158	21,64	39	24,68	
4	110	15,07	24	21,82	
≥5	195	26,71	39	20	
Renda					<0,0001*
1	298	40,88	102	34,23	
2	226	31	38	16,81	
3	132	18,11	18	13,64	
≥4	73	10,01	9	12,33	
Atividade física					0,1432
Ativo	545	74,56	118	21,65	
Sedentário	186	25,44	50	26,88	
Deficit cognitivo					0,0041*
Não	452	61,83	88	19,47	
Sim	279	38,17	80	28,67	
Qualidade de vida					<0,0001*
Não satisfeito	353	48,29	112	31,73	
Satisfeito	378	51,71	56	14,81	

Tabela 3. Análise univariada dos sintomas depressivos dos idosos cadastrados nos CAIMI de Manaus, segundo as variáveis sociodemográficas e de saúde.

Variável	RP	IC95%	P
Grupo etário (anos)			0,6435
60-69	0,977	0,487-1,96	
70-79	0,807	0,396-1,645	
80 ou mais	1,0	-	
Estado civil			0,1226
Casado	0,644	0,41-1,011	
Solteiro	0,936	0,586-1,494	
Viúvo	1,0	-	
Escolaridade			0,8048
1 grau	1,059	0,671-1,672	
2 grau	1,0	-	
Renda			<0,0001*
1	3,017	1,398-6,511	
2	1,316	0,586-2,958	
3	1,147	0,477-2,758	
≥4	1,0	-	
Atividade física			0,3512
Ativo	0,817	0,535-1,249	
Sedentário	1,0	-	
Deficit cognitivo			0,0186*
Não	0,626	0,424-0,924	
Sim	1,0	-	
Qualidade de vida			0,0005*
Não satisfeito	1,986	1,35-2,922	
Satisfeito	1,0	-	

DISCUSSÃO

Este estudo identificou que 22,98% dos idosos atendidos nos CAIMI apresentaram sintomas depressivos. A ocorrência de sintomas depressivos foi maior em viúvos, nos que apresentavam deficit cognitivo, nos que tinham renda de até um salário mínimo e nos que se mostravam insatisfeitos com sua qualidade de vida. A idade, a escolaridade e o nível de atividade física não foram associados com a ocorrência de sintomas depressivos em nossa população.

Hellwig et al.³⁰ encontraram uma prevalência de 15,2% em uma população de 1394 idosos estudados por eles na cidade de Pelotas (RS). A maior parte (63,2%) também era do sexo feminino, e mais da metade (53%) estava na faixa etária de 60-69 anos, resultados que corroboram o nosso. As características da população também são parecidas com as observadas em nosso estudo, quando se refere a renda, nível de atividade física, estado civil e escolaridade.

Uma revisão sistemática e metanálise³¹ indicou uma prevalência de sintomas depressivos de 13 a 39% em idosos que vivem na comunidade. Outros estudos populacionais feitos no Brasil³²⁻³⁸, utilizando a EDG-15, encontraram prevalências de 20 a 30% de sintomas depressivos na população de idosos. As divergências encontradas nos valores de prevalência podem ser devido às diferenças entre as metodologias dos estudos e das características da população avaliada³⁰. Além disso, pontos de corte, instrumentos utilizados e versões da escala EDG também podem influenciar nos resultados.

Em nosso estudo, observamos associações da sintomatologia depressiva com algumas variáveis socioeconômicas e de saúde. Essas associações já foram destacadas na

literatura³⁹, na qual indica as desigualdades sociais como influenciadora das condições de vida e de saúde.

Dos 731 idosos avaliados, pela EDG-15, 168 apresentaram sintomas depressivos. Destes 168, 70,24% eram do sexo feminino, resultado que está de acordo com vários estudos³⁰⁻³⁹. Esse maior risco pode ser decorrente da sobrecarga das funções da mulher, principalmente aquelas ligadas as de origem familiar (de esposa, mãe, educadora, cuidadora, entre outras), da maior taxa de viuvez, maior sobrevivência, do isolamento social e da privação de estrogênio^{40,41,42}.

A renda tem se mostrado associada à ocorrência de depressão em diferentes países⁴³. Em nosso estudo, observamos que houve maior prevalência de sintomas depressivos nos que ganham até um salário mínimo, quando comparados aos que ganham mais. Os que ganham um salário mínimo tem três vezes mais chances de desenvolver depressão. O baixo nível socioeconômico está geralmente associado com alta morbidade psiquiátrica, incapacidade e falta de acesso a cuidados de saúde. O impedimento financeiro pode gerar ansiedade e preocupação que, quando acrescida a dificuldade de acesso a serviços de saúde, podem levar tanto ao aparecimento quanto ao manutenção dos quadros depressivos⁴⁴.

Em relação a escolaridade, não observamos associações com desfecho, o que diverge de alguns estudos^{11,13,14,16,19,38}. No entanto, Hellwig et al.³⁰ também não encontraram associação entre a depressão e escolaridade, corroborando nossos resultados. No entanto, sabe-se que a alta escolaridade é um fator protetor para o não surgimento dos sintomas depressivos, já que torna possível que sujeito amplie os recursos para enfrentar as situações estressantes da vida¹¹.

A idade também não apresentou associação com o desfecho em nosso estudo. Entretanto, no estudo de Borges et al.³⁸, a idade se apresentou como fator de proteção.

O estado civil mostrou-se associado ao aparecimento de depressão. Nossos resultados são ratificados por outros estudos^{45,46,47}, que mostraram que os viúvos apresentam maior risco de desenvolver sintomas depressivos. A prevalência de depressão também foi maior em idosos com função cognitiva prejudicada (escore < 24) do que entre os idosos sem deficit cognitivo, assinalando uma associação de dois diagnósticos muito comuns entre idosos - depressão e deficit cognitivo. Ambos estão inter-relacionados, já que a depressão pode, muitas vezes, levar a quadros clínicos diagnosticados como demência e casos de demência geralmente cursam com sintomas de depressão¹⁶.

A atividade física não apresentou associação com desfecho em nosso estudo, divergindo de outros estudos^{10,17,18,48}. No trabalho de Gullich et al.⁴⁸, a prática de atividade física nos sete dias anteriores à entrevista, mostrou-se como fator de proteção para a ocorrência de depressão, que pode ser decorrente do bem-estar psicológico causado pela interação ou formação de redes de relações afetivas que são proporcionadas pela prática.

Os idosos que não estavam satisfeitos com sua qualidade de vida apresentaram duas vezes mais chances de desenvolver depressão quando comparados com os que estavam satisfeitos, resultados estes que corroboram outros estudos^{22,31,32}. A qualidade de vida de uma população está ligada às suas condições de existência e a seu acesso a determinados bens e serviços econômicos e sociais, como acesso ao emprego e renda, à educação básica, à alimentação adequada, bons serviços de saúde, ao saneamento básico, à habitação e ao transporte⁴⁹. Nem todos os idosos do estudo apresentam estas condições, de modo que, quanto menos se tem, pior é sua qualidade de vida e maior a probabilidade do desenvolvimento da depressão.

Existem algumas limitações no presente estudo. Nossa amostra foi por conveniência, o que pode apresentar resultados que não refletem os dados gerais da população atendidas nestes centros. Além disso, podemos destacar o viés de causalidade reversa, intrínseco aos estudos transversais, já que restringem algumas associações encontradas por não ser possível estabelecer relação de causalidade entre as exposições e o desfecho. O local de aplicação pode ter interferido nas respostas, já que, algumas vezes, a entrevista era feita na própria sala de espera, o que pode fazer com que o respondente fique envergonhado ao responder algumas questões perto de outras pessoas.

CONCLUSÃO

Os idosos atendidos nos CAIMI que são viúvos, que apresentam deficit cognitivo, que ganham até um salário mínimo e que não estão satisfeitos com sua qualidade de vida estão mais propensos a desenvolver sintomas depressivos. Estes dados mostram-se importantes, pois podem subsidiar as políticas de saúde do idoso de Manaus e também auxiliar para discussão e entendimento da depressão nos idosos. Sugere-se que se façam mais estudos, principalmente longitudinais, a fim de compreender melhor alguns fatores associados ao desenvolvimento da depressão nesta população.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estatísticas da saúde: assistência médico-sanitária [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE. Disponível em: <http://www.ibge.com.br>.
2. Ramos LR, Perracini M, Rosa TEC, Kalache A. Significance and management of disability among urban elderly residents in Brazil. J Cross Cultural Gerontol. 1993; 8:313-23.
3. Butler RN, Lewis MI. Late-life depression: when and how to intervene. Geriatrics. 1995; 50(8):44-6,49-52,55; quiz 56.

4. World Health Organization. Mental disorders. Fact sheet N°396. Geneva: WHO; 2014. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/en/>. (Acessado em 31 de julho de 2017).
5. Blazer DG. Depression in late life: review and commentary. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2003;58A:249–65.
6. Cassano P, Fava M. Depression and public health: an overview. *J Psychosom Res* 2002;53:849–57.
7. Chapman DP, Perry GS. Depression as a major component of public health for older adults. *Prev Chron Dis* 2008;5:A22.
8. Alexopoulos GS. Depression in the elderly. *Lancet* 2005; 365(9475): 1961-70.
9. Takeda M, Tanaka T. Depression in the elderly. *Geriatr Gerontol Int* 2010; 10(4): 277-9.
10. Guimarães JMN, Caldas CP. A influência da atividade física nos quadros depressivos de pessoas idosas: uma revisão sistemática. *Rev Bras Epidemiol* 2006; 9(4): 481-92.
11. Batistoni SST, Neri AL, Cupertino APFB. Medidas prospectivas de sintomas depressivos entre idosos residentes na comunidade. *Rev Saude Publica*. 2010; 44(6):1137-43.
12. Castro-Costa E, Lima-Costa MF, Carvalhais S, Firmo JOA, Uchoa E. Factors associated with depressive symptoms measured by the 12-item General Health Questionnaire in Community- Dwelling Older Adults (The Bambuí Health Aging Study). *Rev Bras Psiquiatr*. 2008;30(2):104-9.
13. Gazalle FK, Lima MS, Tavares BF, Hallal PC. Sintomas depressivos e fatores associados em população idosa no Sul do Brasil. *Rev Saude Publica*. 2004;38(3):365-71.
14. Kaneko Y, Motohashi Y, Sasaki H, Yamaji M. Prevalence of depressive symptoms and related risk factors for depressive symptoms among elderly persons living in a rural Japanese community: a cross-sectional study. *Community Ment Health J*. 2007;43(6):583-90.
15. Teng CT, Humes EC, Demetrio FN. Depressão e comorbidades clínicas. *Rev Psiquiatr Clin*. 2005;32(3):149-59.
16. Lima MTR, Silva RS, Ramos LR. Fatores associados à sintomatologia depressiva numa coorte urbana de idosos. *J Bras Psiquiatr*. 2009;58(1):1-7.
17. Benedetti TRB, Borges LJ, Petroski EL, Gonçalves LHT. Atividade física e estado de saúde mental de idosos. *Rev Saude Publica*. 2008;42(2):302-7.

18. Reichert CL, Diogo CL, Vieira JL, Dalacorte RR. Physical activity and depressive symptoms in community-dwelling elders from southern Brazil. *Rev Bras Psiquiatr.* 2011;33(2):165-70.
19. Djernes JK. Prevalence and predictors of depression in populations of elderly: a review. *Acta Psychiatr Scand.* 2006;113(5):372–87.
20. Almeida OP, Almeida SA. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão Geriátrica (EDG) versão reduzida. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria.* 1999; 57(2)-B:421-26.
21. Almeida OP, Almeida SA. Short versions of the geriatric depression scale: a study of their validity for the diagnosis of a major depressive episode according to ICD-10 and DSM-IV. *Int J Geriatr Psychiatry* 1999; 14(10): 858-65.
22. Stiles PG, McGarrah JF. The Geriatric Depression Scale: a comprehensive review. *J Clin Geropsychol* 1998;4:89-110.
23. Matsudo S, Araújo T, Matsudo V, et al. IPAQ: Estudo de validação e reprodutibilidade no Brasil. *Rev Bras de Ativ Fis Saúde* 2001; 6(2): 5-18.
24. Dallanezi G, Corrente JE, Freire BF, Mazeto GMFS. Concordância do Internacional Physical Activity Questionnaire com o pedômetro, em mulheres pós-menopausadas portadoras de osteoporose. *Rev Bras Clin Med* 2011; 9(2): 93-6.
25. 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): 11-6.
26. Flanagan JC. Changes in school levels of achievement: Project TALENT ten and fifteen year retests. *Educational Reserch.* 1976; v.5, p.9-12.
27. Flanagan JC. Measurement of quality of life: current state of the art. *Arch Phys Med Rehabil.* 1982; 63(2):56-9.
28. Nassar SM, Gonçalves LHT. A avaliação de uma medida de qualidade de vida. *Texto Contexto Enferm.* 1999; 8(3):99-110.
29. Folstein, MF, Folstein SE, McHugh PR. Mini-Mental State: a practical method for grading the cognitive state of patient for clinician. *J Psychiatr Res* 1975;12:189-98.
30. Hellwig N, Munhoz TN, Tomasi E. Sintomas depressivos em idosos: estudo transversal de base populacional. *Ciencias e Saude Coletiva* 2016; 21(11): 3575-84.

31. Barcelos-Ferreira R, Izbicki R, Steffens DC, Bottino CMC. Depressive morbidity and gender in community-dwelling Brazilian elderly: systematic review and meta-analysis. *Int Psychogeriatr* 2010; 22(5):712-726.
32. Alexandrino-Silva C, Alves TF, Tófoli LF, Wang YP, Andrade LH. Psychiatry - life events and social support in late life depression. *Clinics* 2010; 66(2):233-238.
33. Costa E, Barreto SM, Uchoa E, Firmo JO, Lima-Costa MF, Prince M. Prevalence of International Classification of Diseases, 10th Revision common mental disorders in the elderly in a Brazilian community: The Bambui Health Ageing Study. *Am J Geriatr Psychiatry* 2007; 15(1):17-27.
34. Nicolosi GT, Falcao DV, Batistoni SS, Lopes A, Cachioni M, Neri AL, Yassuda MS. Depressive symptoms in old age: relations among sociodemographic and self-reported health variables. *Int Psychogeriatr* 2011; 23(6):941-949.
35. Hoffmann EJ, Ribeiro F, Farnese JM, Lima EWB. Depressive symptoms and associated factors among elders dwelling in a community in the North of Minas Gerais state, Brazil. *J Bras Psiquiatr* 2010; 59(3):190-197.
36. Reichert CL, Diogo CL, Vieira JL, Dalacorte RR. Physical activity and depressive symptoms in community-dwelling elders from southern Brazil. *Rev Bras Psiquiatr* 2011; 33(2):165-70.
37. Maciel ACC, Guerra RO. Prevalence and associated factors of depressive symptomatology in elderly residents in the Northeast of Brazil. *J Bras Psiquiatr* 2006; 55(1):26-33.
38. Borges LJ, Benedetti TRB, Xavier AJ, d'Orsi E. Fatores associados aos sintomas depressivos em idosos: estudo EpiFloripa. *Rev Saúde Publica* 2013; 47(4): 701-10.
39. Batistoni SST, Neri AL, Cupertino APFB. Medidas prospectivas de sintomas depressivos entre idosos residentes na comunidade. *Rev Saude Publica*. 2010;44(6):1137-43.
40. Tiesca-Molina R, Herrera NF, Sosa AM, Martínez FO, Arjona YP, Cueto JP, et al. Los grupos de socialización como factor protector contra la depresión en personas ancianas. Baranquilla, Colombia. *Rev Esp Salud Publica* 2003; 77(5): 595-604.
41. Piccinelli M, Wilkinson G. Gender differences in depression. Critical review. *Br J Psych* 2000; 177:486-492.

42. Halbreich U. Role of estrogen in postmenopausal depression. *Neurology* 1997; 48(7):16-20.
43. Carvalhais SM, Lima-Costa MF, Peixoto SV, Firmo JO, Castro-Costa E, Uchoa E. The influence of socio-economic conditions on the prevalence of depressive symptoms and its covariates in an elderly population with slight income differences: the Bambui Health and Aging Study (BHAS). *Int J Soc Psychiatry* 2008; 54(5):447-456.
44. Lorant V, Delière D, Eaton W, Robert A, Philpott P, Ansseau M. Socio-economic inequalities in depression: a meta-analysis. *Am J Epidemiol* 2003; 157(2):98-112.
45. Cheik N, Reis I, Heredia RAG, Ventura ML, Tufik S, Antunes HKM et al. Efeitos do exercício físico e da atividade física na depressão e ansiedade em indivíduos idosos. *Rev Bras Cienc e Mov* 2003; 11(3):45-52.
46. Minguelli B, Tome B, Nunes C, Neves A, Simões C. Comparação dos níveis de ansiedade e depressão entre idosos ativos e sedentários. *Rev Psiquiatr* 2013; 40(2): 71-6.
47. Cunha RV, Bastos GAN, Duca GF. Prevalência de depressão e fatores associados em comunidade de baixa renda de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. *Rev Bras Epidemiol* 2012; 15(2): 346-54.
48. Gullich I, Duro SMS, Cesar JA. Depressão entre idosos: um estudo de base populacional no sul do Brasil. *Rev Bras Epidemiol* 2016; 19(4): 691-701.
49. Gordia AP, Quadros TMB, Campos W, Vilela-Junior GB. Qualidade de vida de adolescentes da rede particular de ensino: comparação entre gêneros. *Rev Bras Qual Vida* 2009; 1(2): 16-24.

4.3 ARTIGO 3

Perfil socioeconômico e a capacidade funcional de idosos atendidos em centros de saúde público na cidade de Manaus, AM

Socioeconomic profile and functionality of elderly served by public health centers in Manaus, AM.

Autores: Esmeraldino Monteiro de Figueiredo Neto¹, José Eduardo Corrente²

1. Universidade Federal do Amazonas, Faculdade de Educação Física e Fisioterapia, Curso de Fisioterapia. Manaus, AM, Brasil.

2. Universidade Estadual Paulista, Instituto de Biociências, Departamento de Bioestatística. Botucatu, SP, Brasil.

Endereço para correspondência:

Esmeraldino M de Figueiredo Neto

E-mail: esmeraldino.neto@gmail.com

Conflito de interesse: não há

Financiamento: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amazonas (FAPEAM)

Resumo

O objetivo do estudo foi estabelecer um perfil socioeconômico, demográfico e funcional da população atendida nos CAIMI da cidade de Manaus. Trata-se de um estudo transversal, descritivo, com aplicação de questionário socioeconômico e demográfico, escala de Lawton, Índice de Katz, Mini Exame do Estado Mental, escala de Flanagan e o International Physical Activity Questionnaire. A análise estatística foi feita de forma descritiva, utilizando médias e desvio padrão. A avaliação do perfil socioeconômico e demográfico mostrou que 70,31% dos idosos são do sexo feminino, 44,94% são casados ou tem companheiro, 60,05% não chegaram a completar o primeiro grau, 72,74% são aposentados e 40,60% ganham até um salário mínimo. Quanto a capacidade funcional, 98,38% são independentes em suas atividades de vida diária, 70,18% são fisicamente ativos e a maioria estava satisfeito com sua qualidade de vida. Concluimos que a maioria dos idosos atendidos nos CAIMI da cidade de Manaus/AM são ativos fisicamente, independentes, apresentam baixa escolaridade e baixa renda, são aposentados, não apresentam déficit cognitivo e estão satisfeitos com sua qualidade de vida.

Palavras-chave: Idoso. Envelhecimento. Aptidão física. Qualidade de vida.

Abstract

The objective was to establish a socioeconomic, demographic and functional profile of the population served in CAIMI in Manaus. It is a cross-sectional, descriptive study with application of socioeconomic and demographic questionnaire, Lawton scale and Katz Index, Mini Mental State Examination, Flanagan's Scale and the International Physical Activity Questionnaire. The statistical analysis was done in a descriptive way, using means and standard deviation. The evaluation of the socioeconomic and demographic profile showed that 70.31% of the elderly are female, 44.94% are married or have a partner, 60.05% did not

complete the first degree, 72.74% are retired and 40 , 60% earn up to a minimum wage. Regarding functional capacity, 98.38% are independent in their activities of daily living, are active and have good satisfaction with their quality of life. We conclude that most of the elderly attending CAIMI in Manaus/AM are physically active, independent, have low education level and low income, are retired, do not have cognitive deficit and are satisfied with their quality of life

Key words: Elderly. Aging. Physical fitness. Quality of life.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população é um fenômeno de amplitude mundial, principalmente nos países em desenvolvimento. A Organização Mundial da Saúde (OMS) prevê que, em 2025, o número de idosos será de aproximadamente 1,2 bilhões de pessoas, sendo que, o grupo dos que tem 80 anos ou mais, é o de maior crescimento^{1,2}.

Nesta conjectura, torna-se imprescindível o conhecimento do processo de envelhecimento. Estudos têm mostrado que este processo pode tornar as pessoas menos ativas fisicamente. Em idades mais avançadas, as limitações visuais, auditivas, motoras e intelectuais, bem como o surgimento de doenças crônico-degenerativas intensificam-se, ocasionando a dependência nas atividades cotidianas, o que pode levar a diminuição de suas atividades físicas. Essas alterações podem levar a uma modificação do perfil epidemiológico de morbi-mortalidade das comunidades, acarretando uso desproporcional dos serviços de saúde pelos idosos, trazendo implicações sociais e econômicas à saúde pública^{3,4,5}.

Avaliar as características dos idosos nos múltiplos aspectos (físicos, mentais, sociológicos e ambientais) é de suma importância no envelhecimento de uma sociedade, já que as alterações resultantes do envelhecimento podem levar o idoso a diminuir sua capacidade funcional, o que pode alterar sua qualidade de vida. Em Manaus, com intuito de promover saúde para a terceira idade, o governo do Amazonas criou os Centros de Atenção Integral a Melhor Idade - CAIMI, que faz parte da rede pública estadual de saúde, no qual o idoso conta com um atendimento especializado.

Poucos estudos tem sido feitos para avaliar as características dos idosos atendidos nos CAIMI. O levantamento de informações com idosos atendidos pela rede pública é de extrema importância, pois possibilita o entendimento do envelhecimento em indivíduos

participantes da comunidade. Conhecer as características destes idosos poderá direcionar melhor o atendimento. Desta forma, o objetivo do presente estudo foi estabelecer o perfil socioeconômico, demográfico e funcional da população atendida nos CAIMI da cidade de Manaus.

MÉTODOS

Trata-se um estudo epidemiológico e transversal, descritivo, desenvolvido com idosos cadastrados nos CAIMI da cidade de Manaus, AM. Estes centros destinam-se ao atendimento ambulatorial do idoso, e existem três unidades espalhadas nas principais zonas da cidade. A amostra foi por conveniência, feita após o cálculo amostral. Foram incluídos indivíduos de ambos os sexos, com 60 anos ou mais, que estivessem cadastrados nos centros de saúde. As coletas ocorreram entre novembro de 2015 e março de 2017 por cinco estudantes de fisioterapia da Universidade Federal do Amazonas. A coleta era feita no formato de entrevista estruturada, aplicando-se um questionário socioeconômico, a fim de obter informações a respeito de idade, gênero, escolaridade, renda, estado civil, aposentadoria e trabalho.

A atividade física foi avaliada pelo International Physical Activity Questionnaire^{6,7,8} (IPAQ), forma longa. Os idosos foram classificados em quatro categorias: sedentário, insuficientemente ativo, ativo e muito ativo.

Para avaliação da qualidade de vida, utilizou-se a Escala de Qualidade de Vida de Flanagan^{9,10} (EQVF), traduzida e validada¹¹. Na avaliação da capacidade funcional, foi utilizada a escala de Lawton e Brody¹², que é um instrumento eficiente para analisar as Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) e para a avaliação das Atividades Básicas de

Vida Diária (ABVD), foi aplicado o Índice de Katz¹³, amplamente utilizada na avaliação de idosos, organizado para mensurar a independência.

Foi utilizado o Mini Exame do Estado Mental¹⁴ (MEEM) para avaliar o estado cognitivo. Atualmente, é o teste de rastreio cognitivo para pessoas adultas e idosas mais utilizado no mundo. Os pontos de corte foram 23/24 (deficit/sem deficit).

Foi utilizada a estatística descritiva, envolvendo tabelas, médias e desvio padrão para apresentar os resultados.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas sob o parecer de número 786.685/2014, e conduzido de acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde para Pesquisa com Seres Humanos, do Ministério da Saúde, garantindo aos participantes, entre outros direitos, o seu consentimento livre e esclarecido, sigilo das informações e privacidade.

RESULTADOS

Foram entrevistados 741 idosos, com idade média de 69,01±6,6 anos. A maioria estava na faixa etária de 65-69 anos. O sexo feminino mostrou-se predominante (70,31%) e 44,94% eram casados ou conviviam com um companheiro. Destes casados ou conviventes, 191 eram do sexo feminino. Entre os viúvos e divorciados, a maioria também era do sexo feminino, com porcentagens de 87,56% e 72,73%, respectivamente. Quanto a escolaridade, 60,05% não chegaram a completar o ensino fundamental, e 3,37% completaram o terceiro grau. Somente 2,42% se consideraram analfabetos ou não tiveram nenhum estudo. Houve predominância de idosos aposentados (72,74%) e de idosos que ainda trabalham (79,76%). Dos que trabalham, 52% eram do sexo feminino. Quanto aos que não trabalham, 74,96%

eram mulheres. Em relação a renda familiar, 40,60% recebe até um salário mínimo e 3,52% recebem mais que quatro salários mínimos (Tabela 1).

Na avaliação da atividade física, 70,18% foram classificados como ativos. Na capacidade funcional, quando avaliada pelo índice de Katz, 98,38% eram independentes (Tabela 2).

A avaliação do estado cognitivo apresentou média de 24,14 pontos. Dos 741 idosos, 62,08% não apresentaram deficit cognitivo. Obtivemos média de 21,02 pontos na escala de Lawton e Brody. Na avaliação da qualidade de vida, obtivemos média de 80,07 pontos (Tabela 3).

Tabela 1. Características socioeconômicas e demográficas de idosos cadastrados nos CAIMI de Manaus, AM.

Variável	(n=741)	%
Faixas etárias		
60-64	210	28,34
65-69	235	31,71
70-74	162	21,86
75-79	75	10,12
80 ou mais	59	7,96
Sexo		
Feminino	521	70,31
Masculino	220	29,69
Estado civil		
Casado/Convivente	333	44,94
Divorciado/Solteiro	191	25,78
Viúvo	217	29,28
Escolaridade		
1 grau completo	88	11,88
1 grau incompleto	445	60,05
2 grau completo	138	18,62
2 grau incompleto	21	2,83
3 grau completo	25	3,37
3 grau incompleto	6	0,81
Analfabeto/Sem estudo	18	2,42
Trabalha		
Sim	591	79,76
Não	150	20,24
Aposentado/Pensionista		
Sim	539	72,74
Não	202	27,26
Renda (em salário mínimo)		
Até 1	300	40,60
2	230	31,12
3	134	18,13
4	49	6,63
>4	26	3,52
Principal renda		
Sim	396	53,51
Não	344	46,49

Tabela 2. Nível de atividade física e capacidade funcional em idosos cadastrados nos CAIMI de Manaus, AM.

Variável	(n=741)	%
Nível de atividade física		
Ativo	520	70,18
Insuficientemente ativo	134	18,08
Muito Ativo	31	4,18
Sedentário	56	7,56
Capacidade funcional (ABVD)		
Dependente	2	0,27
Dependente parcial	10	1,35
Independente	729	98,38

ABVD = Atividade básica de vida diária

Tabela 3. Medidas descritivas das variáveis quantitativas. Médias, desvio-padrão, mediana, mínimo e máximo dos escores obtidos em idade, MEEM, capacidade funcional e na EQVF em idosos cadastrados nos CAIMI de Manaus, AM.

Variável	Média	Desvio padrão	Mediana	Mínimo	Máximo
Idade	69,01	6,6	68	60	102
MEEM	24,14	4,67	25	0	30
Capacidade funcional (AIVD)	21,02	3,81	22,20	9	27
EQVF	80,07	10,03	80	30	105

EQVF = Escala de Qualidade de Vida de Flanagan; MEEM = Mini Exame do Estado Mental;
AIVD = Atividade Instrumental de Vida Diária

DISCUSSÃO

Dentre os resultados obtidos, destaca-se o maior percentual do sexo feminino (70,31%), que pode ser explicado pela maior longevidade em relação ao sexo masculino, e

ratifica a feminilização do envelhecimento, atribuído à menor exposição a alguns fatores de risco em relação aos homens, ambiente de trabalho, menor prevalência de tabagismo e etilismo, maior cobertura da assistência gineco-obstétrica, procuram mais ao médico que os homens, fatores hormonais, entre outros^{15,16}. Entretanto, esta alta porcentagem pode ser, também, devido ao viés de seleção, já que nossa amostra foi por conveniência.

Em relação ao estado civil, a maior frequência (44,94%) foi composta por casados ou que conviviam com companheiro, seguida pela de viúvos (29,28%), o que corrobora outros estudos com idosos^{17,18,19}. Houve predominância de mulheres viúvas (87,56%), o que pode ser explicado pelo fato de que as mulheres idosas constituíram o maior número de sujeitos deste estudo, e, também, em virtude da maior expectativa de vida e da tendência de homens viúvos encontrarem outra companheira, especialmente em idade avançada²⁰.

Quanto a escolaridade, foi observado que 60,05% não chegou a completar o ensino fundamental, o que constata resultados encontrados em outros estudos¹⁵⁻¹⁹ com idosos e também com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) feita em 2016²¹, em que muitos dos idosos de hoje não chegaram a completar o primeiro grau. Em nosso estudo, somente 2,42% se consideravam analfabetos ou não tiveram nenhum estudo. Este é um percentual muito baixo, principalmente por ser um estudo com idosos assistidos na rede pública, e na região norte. Este resultado vai de encontro aos valores obtidos em vários estudos¹⁵⁻¹⁹ e também na PNAD 2016. Segundo os atuais resultados da PNAD 2016, a taxa de analfabetismo entre as pessoas com 60 anos ou mais de idade chegou a 20,4%, sendo 11,7% para os idosos brancos e 30,7% para os pretos ou pardos. Além disso, a região norte é, com frequência, a segunda região do país a apresentar altas taxas de analfabetismo, perdendo somente para a região nordeste. Este resultado pode ter um viés, já que algumas entrevistas eram feitas em lugares onde outras pessoas poderiam ouvir as respostas, e, com isso, pode ser

que o idoso tenha ficado envergonhado em dizer que era analfabeto. Poucos idosos (3,37%) completaram o terceiro grau, o que ratifica o resultado de outros trabalhos^{15-19, 21}. A educação ao longo de toda a vida e na velhice é considerada um instrumento fundamental à determinação de uma velhice bem-sucedida. Uma das funções da educação é ensinar algo que possa ser usado posteriormente. A escola ensina saberes, valores, competências, habilidades com base nessa presunção. A baixa escolaridade limita o usufruto de bens e produtos culturais e a defesa dos próprios direitos, e constitui-se num dos principais fatores de exclusão social²².

Houve predominância de idosos aposentados (72,74%), o que é comum quando se trata de idosos. Entretanto, nossos resultados mostraram que 79,76% ainda trabalham, resultado este que difere de outros estudos^{15-19, 21}. Este resultado pode ser explicado pelo fato de que 25,43% dos idosos moram com mais de 4 pessoas e 53,51% deles dizem ser a principal renda do domicílio. Como 40,60% tem uma renda de até um salário mínimo, e, com a crise pela qual o Brasil vem passando, muitos idosos tendem a procurar trabalho para ajudar no sustento de outros familiares que estão sem emprego. Além disso, possuir uma renda a mais reflete em efeito positivo e relevante sobre o envelhecimento ativo, pois contribui com o orçamento familiar e o idoso possui autonomia financeira frente às necessidades de saúde, sociais e alimentares²³. Ademais, a redução das taxas de mortalidade em idades avançadas adicionada à melhoria nas condições de saúde e de autonomia da população idosa com mais experiência podem afetar positivamente a decisão de participação do idoso no mercado de trabalho²⁴.

A avaliação da capacidade funcional é uma forma simples e útil de fornecer informações sobre o perfil do idoso, identificar limitações e perda da autonomia. Com seus resultados, é possível traçar estratégias de promoção de saúde, com intuito de retardar ou prevenir as incapacidades²⁵ e, com isso, reduzir os impactos que os tratamentos geram no

orçamento das políticas públicas para a assistência à saúde²⁶. Em nosso estudo, a capacidade funcional, avaliada pelo índice de Katz e pela escala de Lawton e Brody, mostrou que a os idosos atendidos no CAIMI são, em sua maioria (729), considerados independentes quando avaliamos suas ABVD's e também quando avaliamos sua AIVD's. Estes resultados corroboram outros estudos que avaliaram idosos na comunidade^{18,19,27}. O comprometimento na independência para realizar as ABVD's antes dos 70 anos sugere um envelhecimento malsucedido, provavelmente devido as condições socioeconômicas, as quais influenciam negativamente no estado de saúde do indivíduo²⁸. Nossa população teve média de 69 anos e, mesmo com baixo nível socioeconômico, consegue manter uma capacidade funcional adequada.

Na avaliação do nível de atividade física, nossos resultados mostraram que 70,18% dos idosos atendidos nos CAIMI são considerados ativos quando avaliados pelo IPAQ. Somente 7,56% foram classificados como sedentários. Figueiredo Neto et al.²⁹, utilizando o mesmo questionário, encontraram resultados parecidos ao avaliarem pacientes com osteoartrite. Naquele estudo, 62% dos pacientes foram considerados ativos e somente 4% foram classificados como sedentários. Dallanezi et al.⁷, ao avaliarem pacientes com osteoporose, obtiveram a maior percentual em pacientes muito ativos. Neste estudo, não classificamos os pacientes de acordo com suas doenças preexistentes. Entretanto, sabe-se que a partir dos 60 anos, muitas doenças crônicas degenerativas, principalmente as ligadas ao sistema musculoesquelético, tornam-se frequentes. As atividades físicas apresentam efeitos benéficos em relação à saúde, pois podem retardar o envelhecimento e prevenir o desenvolvimento de algumas doenças crônicas degenerativas. São importantes para que os idosos permaneçam com uma melhor aptidão física, pois requerem um nível mínimo de força muscular, flexibilidade, coordenação e equilíbrio, que faz com que os idosos mantenham sua capacidade funcional.

A avaliação do estado cognitivo utilizando o MEEM mostrou que 62,08% dos idosos não apresentavam deficit cognitivo, de acordo com a pontuação recomendada por Folstein et al.¹⁴. Cabe ressaltar que nesta pontuação, não se leva em conta a idade, escolaridade e nem diagnóstico prévio. Nossa média (24,14) foi parecida com a de outros estudos com idosos na mesma faixa etária e com escolaridade similar^{30,31}. Essa elevada proporção (37,92%) de idosos com declínio cognitivo pode ser devido a escolha do ponto de corte tradicional do MEEM (23 pontos) utilizado, que se mostrou alto para idosos com baixa escolaridade. O declínio cognitivo dificulta a realização das atividades da vida diária e as relações sociais e familiares, prejudicando gradativamente a autonomia do idoso. Na velhice, a manutenção da qualidade de vida está intimamente ligada à capacidade do idoso de desempenhar as funções necessárias à manutenção da sua vida diária e prática, de modo a torná-lo independente dentro do seu contexto socioeconômico e cultural³². O prévio reconhecimento do deficit cognitivo proporciona uma conduta terapêutica, melhora os níveis de estresse para os familiares, diminui o risco de acidentes, prolonga a autonomia e, em alguns casos, retarda o início do processo demencial³³. De acordo com Brucki et al.³⁴, sujeitos com escores inferiores ao ponto de corte, devem ser encaminhados para avaliação neuropsicológica mais detalhada. Neste ínterim, ressalta-se a importância de se implementar, nas políticas de saúde pública, o uso de alguns questionários na avaliação inicial do idoso, com intuito de detectar e tratar distúrbios e doenças precocemente identificados.

A avaliação da qualidade de vida pela EQVF mostrou, de acordo com o valor da média, que os idosos estão satisfeitos com a mesma. Joia e cols.³⁵, ao avaliarem idosos do município de Botucatu/SP, mostrou que os mesmos também consideram-se satisfeitos com sua vida, resultado similar ao aqui encontrado. Estudos utilizando a mesma escala^{36,37}, encontraram resultados semelhantes aos nossos. Ressalta-se que a percepção da qualidade de

vida é determinada por diversos fatores, tanto internos quanto externos, e que os mesmos devem ser enfatizados e acompanhados.

Deve-se ressaltar que, dentre as limitações enfrentadas, podemos citar a falta de um ambiente adequado para a aplicação dos questionários, o que pode ter interferido em alguns resultados, já que os pacientes, ao ter que responder às perguntas perto de outros, podem sentir-se constrangidos em dar algumas respostas.

CONCLUSÃO

Observa-se, após análise dos dados, que a maioria dos idosos atendidos nos CAIMI da cidade de Manaus/AM são ativos fisicamente, independentes, com baixa escolaridade e baixa renda, aposentados, mas que ainda trabalham, não apresentam déficit cognitivo e estão satisfeitos com sua qualidade de vida.

No entanto, no presente estudo, não avaliamos todas as variáveis que podem ter relação com a qualidade de vida e o nível de atividade física, como as comorbidades, tabagismo, alcoolismo, religiosidade e o nível de estresse. Neste sentido, sugere-se que novos estudos transversais sejam realizados com uma avaliação mais completa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sousa L, Galante H, Figueiredo D. Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. Rev Saúde Pública 2003 junho; 37(3):364-71.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Demográfico 2000. Rio de Janeiro (RJ): Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2000.
3. Caromano FA, Jung TC. Estudo comparativo do desempenho em testes de força muscular entre indivíduos jovens e idosos através da miometria. Rev Fisioter 1999; 6:101-12.
4. Naranjo JLR, Estrada LC, Ferra RR, Jiménez IP, Rivero JLP. Autonomía e validismo en la tercera edad. Rev Cubana Med Gen Integr 2001; 17:22-6.

5. Ramos LR, Rosa TEC, Oliveira ZM, Medina MCG, Santos FRG. Perfil do idoso em área metropolitana na região sudeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. *Rev Saude Publica*. 1993; 27(2):87-94.
6. Matsudo S, Araújo T, Matzudo V, et al. IPAQ: Estudo de validação e reprodutibilidade no Brasil. *Rev Bras de Ativ Fis Saúde* 2001; 6(2): 5-18.
7. Dallanezi G, Corrente JE, Freire BF, Mazeto GMFS. Concordância do Internacional Physical Activity Questionnaire com o pedômetro, em mulheres pós-menopausadas portadoras de osteoporose. *Rev Bras Clin Med* 2011; 9(2): 93-6.
8. 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): 11-6.
9. Flanagan JC. Changes in school levels of achievement: Project TALENT ten and fifteen year retests. *Educational Reserch*, v.5, p.9-12, 1976.
10. Flanagan JC. Measurement of quality of life: current state of the art. *Arch Phys Med Rehabil* 1982; 63(2):56-9.
11. Nassar SM, Gonçalves LHT. A avaliação de uma medida de qualidade de vida. *Texto Cont Enferm* 1999; 8(3):99-110.
12. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist* 1969; 9(3), 179-186.
13. Duarte YAO, Andrade CL, Lebrão ML. O índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2007; 41(2):317-325.
14. Folstein, MF, Folstein SE, McHugh PR. Mini-Mental State: a practical method for grading the cognitive state of patient for clinician. *J Psychiatr Res* 1975;12:189-98.
15. Torres GV, Reis LA, Reis LA, Fernandes MH. Características sócio-demográficas e de saúde de idosos dependentes residentes em domicílio. *Rev Espaço Saúde* 2009;10(2):12-7.
16. Pilger C, Menon MH, Mathias TAF. Características sociodemográficas e de saúde de idosos: contribuições para os serviços de saúde. *Rev Latino-Am Enferm [Internet]* 2011; 19(5): 09 telas.

17. Ribeiro E, Veras R, Viegas K, Caldas C, Ribeiro E, Rocha M, Cruz I. Projeto Idoso da floresta: indicadores de saúde dos idosos inseridos na Estratégia de Saúde da Família (ESF-SUS) de Manaus-AM. Brasil. Rev Bras de Geriatr Gerontol. 2008;11(3):307-326.
18. Drummond A, Alves ED. Perfil socioeconômico e demográfico e a capacidade funcional de idosos atendidos pela Estratégia Saúde da Família de Paranoá, Distrito Federal. Rev Bras Geriatr Gerontol 2013; 16(4); 727-38.
19. Nunes MCR, Ribeiro RCL, Rosado LEFPL, Franceschini SC. Influência das características sociodemográficas e epidemiológicas na capacidade funcional de idosos residentes em Ubá, Minas Gerais. Rev Bras Fisioter 2009; 13(5): 376-82.
20. Baldin CB, Fortes VLF. Viuvez feminina: a fala de um grupo de idosas. RBCEH. 2008; 5(1):43-54.
21. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE [Internet]. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/18992-pnad-continua-2016-51-da-populacao-com-25-anos-ou-mais-do-brasil-possuiam- apenas-o-ensino-fundamental-completo.html>. Acesso em 28 de dezembro de 2017.
22. Villar PF. Educación y personas mayores: algunas claves para la definición de una psicologia de la educación em la vejez. Rev Bras Cien do Envelhecimento Humano 2004; 1(2): 61-76.
23. World Health Organization - WHO. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília (DF): Organização Pan – Americana de Saúde; 2005. 60 p. WHO/NMH/NPH/02.8.
24. Barbosa ALNH. Um Trabalho Brasileiro. Novo Regime Demográfico. Uma Nova Relação Entre População e Desenvolvimento? - IPEA (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada). Rio de Janeiro, 2014.
25. Ruiz T, Monteiro A, Corrente JE, Netto MC. Avaliação do grau de satisfação dos idosos com a qualidade de vida em um pequeno município do Estado de São Paulo. Rev Aten Primária Saúde 2007;10(1):4-13.
26. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Para entender o SUS. Brasília: CONASS, 2011. 291 p. (Coleção pra entender a Gestão do SUS 2011; vol. 1).

27. Assis VG, Marta SN, Conti MHS, Gatti MAN, Simeão SFAP, De Vitta A. Prevalência e fatores associados à capacidade funcional de idosos na estratégia Saúde da Família em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2014; 17(1): 153-63.
28. Costa EC, Nakatani AYK, Bachion MM. Capacidade de idosos da comunidade para desenvolver atividades de vida diária e atividades instrumentais de vida diária. *Acta Paul Enferm* 2006; 19(1): 43-48.
29. Figueiredo Neto EM, Queluz TH, Freire BFA. Atividade Física e sua associação com qualidade de vida em pacientes com osteoartrite. *Rev Bras Reumatol* 2011; 51(6): 539-49.
30. Oliveira EM, Silva HS, Lopes A, Cachioni M, Falcão DVS, Batistoni SST et al. Atividades avançadas de vida diária (AAVD) e desempenho cognitivo entre idosos. *Psico-USF* 2015; 20(1): 109-120.
31. Leite MT, Hildebrandt LM, Kirchner RM, Winck MT, Silva LAA, Franco GP. Estado cognitivo e condições de saúde de idosos que participam de grupos de convivência. *Rev Gaúcha Enferm* 2012; 33(4): 64-71.
32. Abreu ID, Forlenza OV, Barros L.H. Demência de Alzheimer: correlação entre memória e autonomia. *Rev Psiquiatr Clín* 2005; 32(3): 131-6.
33. Charchat-Fichman H, Caramelli P, Sameshima K, Nitrini R. Declínio da capacidade cognitiva durante o envelhecimento. *Rev Bras Psiquiatr* 2005; 27(12): 79-82.
34. Brucki SMD, Nitrini R, Caramelli P, Bertolucci PHF, Okamoto IH. Sugestões para o uso do Mini- Exame do Estado Mental no Brasil. *Arq Neuro-Psiquiatr* 2003; 61(3B): 777-81.
35. Joia LC, Ruiz T, Donalisio MRC. Condições associadas ao grau de satisfação com a vida entre a população de idosos. *Rev Saúde Pública*. 2007; 41(1):131-8.
36. Corrente JE, Machado ABC. Avaliação da qualidade de vida da população idosa numa estância turística do interior do estado de São Paulo: aplicação da escala de Flanagan. *Rev APS* 2010; 13(2): 156-163.
37. Galisteu KJ, Facundim SD, Ribeiro RCHM, Soler ZASG. Qualidade de vida de idosos de um grupo de convivência com a mensuração da escala de Flanagan. *Arq Ciênc Saúde* 2006; 13(4): 209-214.

5. CONCLUSÕES GERAIS

Nesta tese foi analisado o perfil socioeconômico, a qualidade de vida, nível de atividade física, capacidade funcional, prevalência de sintomas depressivos e deficit cognitivo em idosos cadastrados nos CAIMI da cidade de Manaus.

Em relação ao perfil socioeconômico, podemos concluir que a maioria dos idosos atendidos nestes centros são do sexo feminino, com baixa renda, casados, com baixa escolaridade e aposentados, mas que ainda trabalham. Além disso, podemos dizer, quanto a capacidade funcional, que são independentes, ativos fisicamente e apresentam-se satisfeitos com sua qualidade de vida. A maioria não apresenta deficit cognitivo.

Em relação aos sintomas depressivos, os idosos viúvos, os que apresentam deficit cognitivo, os que ganham até um salário mínimo e os que não estão satisfeitos com sua qualidade de vida são os mais propensos a desenvolver depressão.

Diante desses dados, ressalta-se a importância do uso de questionários na avaliação de idosos, principalmente nos serviços públicos de saúde, a fim de identificar possíveis distúrbios, para que se possa agir na fase embrionária dos mesmos com intuito de diminuir ou impedir sua progressão. A OMS recomenda que todos esforços devem ser empreendidos para garantir a capacidade funcional do idoso, para que tenham um envelhecimento ativo, o qual depende da interação de seis determinantes: pessoais e biológicos, comportamentais, sociais, econômicos, ambiental físico e os serviços de saúde.

Portanto, é importante investigar outros grupos de idosos pertencentes a centros comunitários de idosos, centros esportivos para idosos e idosos ativos na comunidade, com intuito de identificar possíveis distúrbios, bem como o estado funcional, características

sociodemográficas e fatores psicológicos sobre a qualidade de vida dessas populações. Estudos posteriores podem fornecer mais contribuições para o planejamento de políticas públicas para que ajudem a melhorar a qualidade de vida dos idosos inseridos na comunidade.

6. REFERÊNCIAS COMPLEMENTARES

1. Administration on Aging. A profile of older americans: 2016. [Internet]. Disponível em: http://www.giaging.org/documents/A_profile_of_older_Americans__2016.pdf.
2. He W, Goodkind D, Kowal P. An aging world: 2015. [Internet]. Disponível em: <http://www.census.gov/content/dam/Census/library/publications/2016/demo/p95-16-1.pdf>.
3. Dias Myrrah LJ, Turra CM, Wajzman S. A contribuição dos nascimentos e óbitos para o envelhecimento populacional no Brasil, 1950 a 2100. *Rev Latinoamericana de Población* 2017; 11(20): 37-54.
4. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estatísticas da saúde: assistência médico-sanitária [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE. Disponível em: <http://www.ibge.com.br>.
5. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE [Internet]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2015/default_sintese.shtm.
6. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE [Internet]. Disponível em: ftp://ftp.ibge.gov.br/Trabalho_e_Rendimento/Pesquisa_Nacional_por_Amostra_de_Domicilios_continua/Trimestral/Fasciculos_Indicadores_IBGE/pnadc_201604_trimestre_caderno.pdf.
7. Ribeiro E, Veras R, Viegas K, Caldas C, Ribeiro E, Rocha M, Cruz I. Projeto Idoso da floresta: indicadores de saúde dos idosos inseridos na Estratégia de saúde da família (ESF-SUS) de Manaus-AM. Brasil. *Rev Bras de Geriatria Gerontologia*. 2008;11(3):307-326.
8. Saad PM. Envelhecimento populacional: demandas e possibilidades na área. In: Guimarães, JRS. *Demografia dos negócios: campo de estudo, perspectivas e aplicações*. Campinas: ABEP 2006: 153-66.
9. Ramos LR. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. *Cad Saúde Pública* 2003; 19:793-7.
10. Lima-Costa MF, Loyola Filho AI, Matos D. Tendências nas condições de saúde e uso de serviços de saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998, 2003). *Cad Saude Publica* 2007; 23(10):2467-2478.

11. Caspersen CJ, Powell KE, Christenson GM. Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Rep* 1985; 100(2): 126-31.
12. Sanglard RCF, Henriques GRP, Ribeiro ASB, Corrêa AL, Pereira JS. Alterações dos parâmetros da marcha em função das queixas de instabilidade postural e quedas em idosos. *Fitness & Performance Journal* 2004; 3:149-56.
13. Fiedler MM, Peres KG. Capacidade funcional e fatores associados em idosos do Sul do Brasil: um estudo de base populacional. *Cad. Saúde Pública* 2008; 24(2): 409-415.
14. Matsudo SM. Avaliação do idoso: física e funcional. Londrina: Midiograf; 2000.
15. Vecchia RD, Ruiz T, Bocchi SCM, Corrente JE. Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. *Rev Bras Epidemiol* 2005; 8(3): 246-52.
16. Gottlieb MG, Schneider RH, Carvalho D, Cruz IBM. Aspectos genéticos do envelhecimento e doenças associadas. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia* 2007 10: 273-83.
17. Flanagan JC. Changes in school levels of achievement: Project TALENT ten and fifteen year retests. *Educational Research*, v.5, p.9-12, 1976.
18. Flanagan JC. Measurement of quality of life: current state of the art. *Arch Phys Med Rehabil* 1982; 63(2):56-9.
19. Nassar SM, Gonçalves LHT. A avaliação de uma medida de qualidade de vida. *Texto Contexto Enferm* 1999; 8(3):99-110.
20. Matsudo S, Araújo T, Matsudo V, et al. IPAQ: Estudo de validação e reprodutibilidade no Brasil. *Rev Bras de Ativ Fis Saúde* 2001; 6(2): 5-18.
21. Dallanezi G, Corrente JE, Freire BF, Mazeto GMFS. Concordância do Internacional Physical Activity Questionnaire com o pedômetro, em mulheres pós-menopausadas portadoras de osteoporose. *Rev Bras Clin Med* 2011; 9(2): 93-6.
22. 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): 11-6.
23. Duarte YAO, Andrade CL, Lebrão ML. O índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2007; 41(2):317-325.

24. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist* 1969; 9(3), 179-186.
25. Almeida OP, Almeida SA. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão Geriátrica (EDG) versão reduzida. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 1999, 57(2)-B:421-26.
26. Almeida OP, Almeida SA. Short versions of the geriatric depression scale: a study of their validity for the diagnosis of a major depressive episode according to ICD-10 and DSM-IV. *Int J Geriatr Psychiatry* 1999; 14(10): 858-65.
27. Stiles PG, McGarrahan JF. The Geriatric Depression Scale: a comprehensive review. *J ClinGeropsychol* 1998;4:89-110.
28. Folstein, MF, Folstein SE, McHugh PR. Mini-Mental State: a practical method for gradingthe cognitive state of patient for clinician. *J Psychiatr Res* 1975;12:189-98.

ANEXO I

PARECER DE APROVAÇÃO NO COMITÊ DE ÉTICA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Nível de atividade física, capacidade funcional e qualidade de vida de idosos cadastrados no Centro de Atenção Integral a Melhor Idade ζ (CAIMI) da cidade de Manaus.

Pesquisador: Esmeraldino Monteiro de Figueiredo Neto

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 35581514.8.0000.5020

Instituição Proponente: Universidade Federal do Amazonas - UFAM

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 786.685

Data da Relatoria: 10/09/2014

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa de doutorado. O envelhecimento populacional é considerado um dos maiores desafios da Saúde Pública, principalmente nos países em desenvolvimento.

Acontece de forma rápida, sem tempo para que ocorra uma reorganização social e da área de saúde mais adequadas para atender às novas demandas, acentuando as desigualdades e aumentando a procura por serviços de saúde. Muitos estudos epidemiológicos têm sido feitos com intuito de identificar as necessidades desta população, principalmente nas regiões sul e sudeste, e pouco ainda tem sido divulgado sobre o perfil dos idosos da região norte do país, especialmente na cidade de Manaus/AM. Diante disto, observa-se a necessidade de estudos para além de atribuir valor, sustentem e favoreçam as atuações profissionais, permitindo assim entender o processo do envelhecimento de forma ampla. O levantamento de informações com idosos atendidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) é de extrema importância, pois possibilita o entendimento do envelhecimento em indivíduos participantes da comunidade, aptos a assumirem papéis sociais. O objetivo deste estudo será analisar a associação

entre o nível de atividade física, a capacidade funcional e a qualidade de vida de idosos atendidos no Centro de Atenção Integral a Melhor Idade (CAIMI) do município de Manaus/AM. Este será um estudo observacional de corte transversal, epidemiológico de base populacional. O levantamento

Endereço: Rua Teresina, 4950
Bairro: Adrianópolis CEP: 69.057-070
UF: AM Município: MANAUS
Telefone: (92)3305-5130 Fax: (92)3305-5130 E-mail: cep@ufam.edu.br

Continuação do Parecer: 786.685

de dados será realizado com idosos cadastrados nos CAIMI's da cidade de Manaus através de quatro instrumentos: questionário sócio-demográfico, Escala de qualidade de vida de Flanagan, International physical activity questionnaire (IPAQ) e Escala de Katz. Ao final do estudo espera-se com os resultados, caracterizar o perfil dos idosos da cidade de Manaus, identificar os níveis de atividade física, capacidade funcional e qualidade de vida para que se possa elaborar propostas para envelhecer com mais cidadania e dignidade

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar a associação entre o nível de atividade física, a capacidade funcional e a qualidade de vida de idosos atendidos nos Centro de Atenção Integral a Melhor Idade (CAIMI) do município de Manaus/AM.

Objetivo Secundário:

- Caracterizar o perfil das idosas, quanto ao estado civil, arranjo familiar, grau de instrução, ocupação, classificação econômica.
- Identificar o nível de atividade física, a capacidade funcional e qualidade de vida das idosas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Toda pesquisa envolvendo seres humanos envolve riscos. A exposição de informações pessoais, o ato de responder a um questionário ou de ser abordado em uma entrevista, possuem riscos aos sujeitos uma vez que poderá causar constrangimentos ou trazer à memória experiências ou situações vividas que causam sofrimento psíquico. Nesta estudo os riscos são mínimos por se tratar de uma entrevista estruturada utilizando-se de

questionários padronizados e validados utilizados em vários estudos nacionais e internacionais. Os riscos que podem ocorrer são referentes a danos

psíquicos, no qual o paciente pode sentir-se constrangido ao responder as perguntas ou achar que suas respostas serão divulgadas juntamente com seu nome. Para que isso não ocorra, será muito bem explicado que isso não irá ocorrer, que será utilizado somente os resultados com a preservação de seus dados pessoais.

Benefícios:

Melhorar futuramente as políticas públicas para o idoso residente na cidade de Manaus.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo observacional de corte transversal, epidemiológico de base populacional.O

Endereço: Rua Teresina, 4950		
Bairro: Adrianópolis	CEP: 69.057-070	
UF: AM	Município: MANAUS	
Telefone: (92)3305-5130	Fax: (92)3305-5130	E-mail: cep@ufam.edu.br

levantamento de dados será feito nos CAIMI da cidade de Manaus. Os CAIMI foram criados pelo governo do Amazonas com objetivo de promover o envelhecimento saudável e, consequentemente, melhorar a qualidade de vida da população idosa manauara. Foi fruto de um amplo diagnóstico da situação da saúde da cidade de Manaus, que permitiu planejar e reorganizar a rede de serviços para atender as necessidades da população. Os CAIMI dispõem de uma estrutura física climatizada e adequada para acolher os idosos dos bairros adstritos. Na esfera da saúde do idoso a cidade de Manaus passou a ter um programa de atendimento especializado a essa população com a geração dos CAIMI. São três unidades exclusivas para atendimento ao idoso, localizados nas zonas sul, norte e oeste de Manaus, que passam a fazer parte do sistema de saúde do governo estadual, geridos pela Secretaria de Saúde do Amazonas (SUSAM), e hierarquizados em função do grau de complexidade dos seus serviços. Tem por objetivo garantir o atendimento do idoso, com ênfase no manuseio das doenças prevalentes da terceira idade e nas ações preventivas relativas às políticas de saúde desenvolvidas na área de abrangência, agindo com uma equipe multidisciplinar capacitada, que possibilita maior grau de resolutividade possível aos problemas de saúde/doença do idoso amazônida.

Tamanho da população: Considerando que a prevalência de atividade física seja de 50%, com uma confiabilidade de 95% e margem de erro de 5%, o tamanho mínimo amostral será de 384 indivíduos que serão sorteados da população estratificando por sexo e faixa etária.

SUJEITOS E MÉTODOSA

população a ser estudada será de indivíduos que possuam 60 anos ou mais, estado cognitivo preservado no momento da coleta dos dados. Após

explicação sobre todo o protocolo, os que concordarem em participar, adentrarão ao estudo depois de lido, compreendido e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO 1). Instrumentos a serem aplicados: 1 - Questionário sócio-demográfico - ANEXO 2 - Escala de Qualidade de Vida de Flanagan 3 - International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) 4 - AVD e AIVD.

Critério de Inclusão: Ser idoso, está cadastrado em um CAIMI da cidade de Manaus, ter um estado cognitivo preservado, assinar o TCLE.

Critério de Exclusão: Estado cognitivo alterado, fazendo com que não consiga responder ao questionário, não assinar TCLE

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

1-Instrumentos de Coleta de dados: anexado. ADEQUADO

Endereço: Rua Teresina, 4950		CEP: 69.057-070
Bairro: Adrianópolis		
UF: AM	Município: MANAUS	
Telefone: (92)3305-5130	Fax: (92)3305-5130	E-mail: oep@ufam.edu.br

Continuação do Parecer: 786.685

- 2-TCLE: informa os riscos, benefícios, contatos do pesquisador. INCLUIR O CONTATO DO CEP UFAM
- 3-FOLHA DE ROSTO: ADEQUADA assinada pela diretora da FEFF, Dra Artemis Soares
- 4- TERMO DE ANUÊNCIA: ASSINADA PELA DIRETOR (A) DA SUSAM Hedy Lamar Sanches
- 5- CRONOGRAMA: ADEQUADO -Coleta de dados 01/10/2014 a 01/10/2015
- 6- ORÇAMENTO: DE 1600,00 DETALHADO NO PROJETO. ADEQUADO
- 7- METODOLOGIA: ADEQUADA
- 8- CURRÍCULO: ADEQUADO

Recomendações:

INCLUIR O ENDEREÇO DO CEP UFAM NO TCLE

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto de pesquisa apresentado atende a resolução 466/12 do CNS e não havendo portanto, restrições éticas.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

MANAUS, 10 de Setembro de 2014

Assinado por:
MARIA EMILIA DE OLIVEIRA PEREIRA ABBUD
(Coordenador)

Endereço: Rua Teresina, 4950
Bairro: Adrianópolis CEP: 69.057-070
UF: AM Município: MANAUS
Telefone: (92)3305-5130 Fax: (92)3305-5130 E-mail: cep@ufam.edu.br

ANEXO II

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS

FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA E FISIOTERAPIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos o (a) Sr (a) para participar da Pesquisa “Nível de atividade física, capacidade funcional e Qualidade de vida de idosos cadastrados no Centro de Atenção Integral a Melhor Idade – (CAIMI) da cidade de Manaus”, sob a responsabilidade do pesquisador Esmeraldino Monteiro de Figueiredo Neto, a qual pretende analisar a associação entre o nível de atividade física, a capacidade funcional e a qualidade de vida de idosos atendidos nos Centros de Atenção Integral a Melhor Idade (CAIMI) do município de Manaus/AM.

Sua participação é voluntária e se dará por meio de entrevista estruturada utilizando-se questionários validados nacional e internacionalmente contendo perguntas sobre atividade física, atividades de vida diária, vida social e cuidados com a saúde.

Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa são mínimos por se tratar de uma entrevista estruturada. Se você aceitar participar, estará contribuindo para conhecermos o nível de atividade física, capacidade funcional e qualidade de vida dos manauenses na terceira idade que futuramente poderão ser utilizados em políticas públicas para o idoso da cidade de Manaus.

Se depois de consentir em sua participação o Sr (a) desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa. O (a) Sr (a) não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada, sendo guardada em sigilo. Para qualquer outra informação, o (a) Sr (a) poderá entrar em contato com o pesquisador no endereço Av. General Rodrigo Otávio 6200, Coroado I - Faculdade de Educação Física e Fisioterapia, pelo telefone (92) 33054091, ou poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UFAM, na Rua Teresina, 495, Adrianópolis, Manaus-AM, telefone (92) 3305-5130.

Consentimento Pós-Informação

Eu, _____, fui informado sobre o que o pesquisador quer fazer e porque precisa da minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso, eu concordo em participar do projeto, sabendo que não vou ganhar nada e que posso sair quando quiser. Este documento é emitido em duas vias que serão ambas assinadas por mim e pelo pesquisador, ficando uma via com cada um de nós.

Assinatura do participante

Data: ____/____/____

Assinatura do pesquisador responsável



Impressão do dedo

ANEXO III

ESCALA DE QUALIDADE DE VIDA DE FLANAGAN

Escala de Qualidade de Vida de Flanagan – EQVF

A escala EQVF busca avaliar a qualidade de vida utilizando as seguintes expressões linguísticas :

Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Pouco Satisfeito	Indiferente	Pouco Satisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4	5	6	7

As expressões linguísticas são atribuídos escores numa faixa de 1 a 7 pontos, conforme indicado acima. Responda cada um dos itens abaixo assinalando o escore que indica seu grau de satisfação em relação aos seguintes aspectos de sua vida:

	1	2	3	4	5	6	7
Qual a sua satisfação em relação a:							
1. Conforto material: casa, alimentação, situação financeira.							
2. Saúde: fisicamente bem e vigoroso(a).							
3. Relacionamento com pais, irmãos e outros parentes: comunicação, visita e ajuda.							
4. Construir família: ter e criar filhos.							
5. Relacionamento íntimo com esposo(a), namorado(a) ou outra pessoa relevante.							
6. Amigos próximos: compartilhar interesses, atividades e opiniões.							
7. Voluntariamente, ajudar e apoiar outras pessoas.							
8. Participação em associações e atividades de interesse público.							
9. Aprendizagem: frequentar outros cursos para conhecimentos gerais.							
10. Auto-conhecimento: reconhecer seus potenciais e limitações.							
11. Trabalho (emprego ou em casa): atividade interessante, gratificante que vale a pena.							
12. Comunicação criativa.							
13. Participação em recreação ativa.							
14. Ouvir música, assistir TV ou cinema, leitura ou outros entretenimentos.							
15. Socialização: “fazer amigos”.							

Utilize o verso desta folha, se desejar, para falar sobre QUALIDADE DE VIDA PARA VOCÊ:.....

Dimensões da escala de Flanagan	
Dimensões da EQVF	Itens
1. Bem estar físico e material.	1 e 2
2. Relações com outras pessoas.	3, 4, 5 e 6
3. Atividades sociais, comunitárias e cívicas.	7 e 8
4. Desenvolvimento pessoal e realização.	9, 10, 11 e 12
5. Recreação.	13, 14 e 15

ANEXO IV

QUESTIONÁRIO INTERNACIONAL DE ATIVIDADE FÍSICA - IPAQ

Para responder as questões lembre que:

- Atividades físicas **VIGOROSAS** são aquelas que precisam de um grande esforço físico e que fazem respirar **MUITO** mais forte que o normal
- Atividades físicas **MODERADAS** são aquelas que precisam de algum esforço físico e que fazem respirar **UM POUCO** mais forte que o normal

SEÇÃO 1- ATIVIDADE FÍSICA NO TRABALHO

Esta seção inclui as atividades que você faz no seu serviço, que incluem trabalho remunerado ou voluntário, as atividades na escola ou faculdade e outro tipo de trabalho não remunerado fora da sua casa. **NÃO** incluir trabalho não remunerado que você faz na sua casa como tarefas domésticas, cuidar do jardim e da casa ou tomar conta da sua família. Estas serão incluídas na seção 3.

- 1a.** Atualmente você trabalha ou faz trabalho voluntário fora de sua casa?
() Sim () Não – Caso você responda não **Vá para seção 2: Transporte**

As próximas questões são em relação a toda a atividade física que você faz em uma semana **USUAL** ou **NORMAL** como parte do seu trabalho remunerado ou não remunerado. **NÃO** inclua o transporte para o trabalho. Pense unicamente nas atividades que você faz por **pelo menos 10 minutos contínuos** :

- 1b.** Em quantos dias de uma semana normal você gasta fazendo atividades **vigorosas**, por **pelo menos 10 minutos contínuos**, como trabalho de construção pesada, carregar grandes pesos, trabalhar com enxada, escavar ou subir escadas **como parte do seu trabalho**:

_____ dias por **SEMANA** () nenhum - **Vá para a questão 1d.**

- 1c.** Quanto tempo no total você usualmente gasta **POR DIA** fazendo atividades físicas vigorosas **como parte do seu trabalho**?

_____ horas _____ minutos

- 1d.** Em quantos dias de uma semana normal você faz atividades **moderadas**, por **pelo menos 10 minutos contínuos**, como carregar pesos leves **como parte do seu trabalho**?

_____ dias por **SEMANA** () nenhum - **Vá para a questão 1f**

- 1e.** Quanto tempo no total você usualmente gasta **POR DIA** fazendo atividades moderadas **como parte do seu trabalho**?

_____ horas _____ minutos

- 1f.** Em quantos dias de uma semana normal você **anda**, durante **pelo menos 10 minutos contínuos**, **como parte do seu trabalho**? Por favor, **NÃO** inclua o andar como forma de transporte para ir ou voltar do trabalho.

_____ dias por **SEMANA** () nenhum - **Vá para a seção 2 - Transporte.**

- 1g. Quanto tempo no total você usualmente gasta **POR DIA** caminhando como parte do seu trabalho ?

_____ horas _____ minutos

SEÇÃO 2 - ATIVIDADE FÍSICA COMO MEIO DE TRANSPORTE

Estas questões se referem a forma típica como você se desloca de um lugar para outro, incluindo seu trabalho, escola, cinema, lojas e outros.

- 2a. Em quantos dias de uma semana normal você anda de carro, ônibus, metrô ou trem?

- _____ dias por SEMANA () nenhum - Vá para questão 2c
2b. Quanto tempo no total você usualmente gasta **POR DIA** andando de carro, ônibus, metrô ou trem?

_____ horas _____ minutos

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

- 2c. Em quantos dias de uma semana normal você anda de bicicleta por pelo menos 10 minutos contínuos para ir de um lugar para outro? (**NÃO** inclua o pedalar por lazer ou exercício)

_____ dias por SEMANA () Nenhum - Vá para a questão 2e.

- 2d. Nos dias que você pedala quanto tempo no total você pedala **POR DIA** para ir de um lugar para outro?

_____ horas _____ minutos

- 2e. Em quantos dias de uma semana normal você caminha por pelo menos 10 minutos contínuos para ir de um lugar para outro? (**NÃO** inclua as caminhadas por lazer ou exercício)

_____ dias por SEMANA () Nenhum - Vá para a Seção 3.

- 2f. Quando você caminha para ir de um lugar para outro quanto tempo **POR DIA** você gasta? (**NÃO** inclua as caminhadas por lazer ou exercício)

_____ horas _____ minutos

SEÇÃO 3 – ATIVIDADE FÍSICA EM CASA: TRABALHO, TAREFAS DOMÉSTICAS E CUIDAR DA FAMÍLIA

Esta parte inclui as atividades físicas que você faz em uma semana **NORMAL** na sua casa e ao redor da sua casa, por exemplo, trabalho em casa, cuidar do jardim, cuidar do quintal, trabalho de manutenção da casa ou para cuidar da sua família. Novamente pense **somente** naquelas atividades físicas que você faz **por pelo menos 10 minutos contínuos**.

- 3a. Em quantos dias de uma semana normal você faz atividades físicas **vigorosas no jardim ou quintal** por pelo menos 10 minutos como carpir, lavar o quintal, esfregar o chão:

_____ dias por SEMANA () Nenhum - Vá para a questão 3c

3b. Nos dias que você faz este tipo de atividades vigorosas **no quintal ou jardim** quanto tempo no total você gasta **POR DIA**?

_____ horas _____ minutos

3c. Em quantos dias de uma semana normal você faz atividades **moderadas** por pelo menos 10 minutos como carregar pesos leves, limpar vidros, varrer, rastelar com **no jardim ou quintal**?

_____ dias por **SEMANA** () Nenhum - **Vá para questão 3e.**

3d. Nos dias que você faz este tipo de atividades quanto tempo no total você gasta **POR DIA** fazendo essas atividades moderadas **no jardim ou no quintal**?

_____ horas _____ minutos

3e. Em quantos dias de uma semana normal você faz atividades **moderadas** por pelo menos 10 minutos como carregar pesos leves, limpar vidros, varrer ou limpar o chão **dentro da sua casa**.

_____ dias por **SEMANA** () Nenhum - **Vá para seção 4**

3f. Nos dias que você faz este tipo de atividades moderadas **dentro da sua casa** quanto tempo no total você gasta **POR DIA**?

_____ horas _____ minutos

SEÇÃO 4- ATIVIDADES FÍSICAS DE RECREAÇÃO, ESPORTE, EXERCÍCIO E DE LAZER

Esta seção se refere às atividades físicas que você faz em uma semana **NORMAL** unicamente por recreação, esporte, exercício ou lazer. Novamente pense somente nas atividades físicas que faz **por pelo menos 10 minutos contínuos**. Por favor, **NÃO** inclua atividades que você já tenha citado.

4a. Sem contar qualquer caminhada que você tenha citado anteriormente, em quantos dias de uma semana normal, você caminha **por pelo menos 10 minutos contínuos no seu tempo livre**?

_____ dias por **SEMANA** () Nenhum - **Vá para questão 4c**

4b. Nos dias em que você caminha **no seu tempo livre**, quanto tempo no total você gasta **POR DIA**?

_____ horas _____ minutos

4c. Em quantos dias de uma semana normal, você faz atividades **vigorosas no seu tempo livre** por pelo menos 10 minutos, como correr, fazer aeróbicos, nadar rápido, pedalar rápido ou fazer jogging:

_____ dias por **SEMANA** () Nenhum - **Vá para questão 4e**

4d. Nos dias em que você faz estas atividades vigorosas **no seu tempo livre** quanto tempo no total você gasta **POR DIA**?

_____ horas _____ minutos

4e. Em quantos dias de uma semana normal, você faz atividades **moderadas no seu tempo livre** por pelo menos 10 minutos, como pedalar ou nadar a velocidade regular, jogar bola, vôlei, basquete, tênis:

_____ dias por **SEMANA** () Nenhum - **Vá para seção 5**

4f. Nos dias em que você faz estas atividades moderadas **no seu tempo livre** quanto tempo no total você gasta **POR DIA**?

_____ horas _____ minutos

SEÇÃO 5 - TEMPO GASTO SENTADO

Estas últimas questões são sobre o tempo que você permanece sentado todo dia, no trabalho, na escola ou faculdade, em casa e durante seu tempo livre. Isto inclui o tempo sentado estudando, sentado enquanto descansa, fazendo lição de casa visitando um amigo, lendo, sentado ou deitado assistindo TV. Não inclua o tempo gasto sentando durante o transporte em ônibus, trem, metrô ou carro.

5a. Quanto tempo no total você gasta sentado durante um **dia de semana**?

_____ horas _____ minutos

5b. Quanto tempo no total você gasta sentado durante em um **dia de final de semana**?

_____ horas _____ minutos

ANEXO V

ESCALA DAS ATIVIDADES INSTRUMENTAIS DA VIDA DIÁRIA – AIVD DE LAWTON E BRODY

Escalas de Avaliação Funcional Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) de Lawton

1. Consegue usar o telefone?	Sem ajuda	3
	Com ajuda parcial	2
	Não consegue	1
2. Consegue ir a locais distantes, usando algum transporte, sem necessidade de planejamentos especiais?	Sem ajuda	3
	Com ajuda parcial	2
	Não consegue	1
3. Consegue fazer compras?	Sem ajuda	3
	Com ajuda parcial	2
	Não consegue	1
4. Consegue preparar suas próprias refeições?	Sem ajuda	3
	Com ajuda parcial	2
	Não consegue	1
5. Consegue arrumar a casa?	Sem ajuda	3
	Com ajuda parcial	2
	Não consegue	1
6. Consegue fazer os trabalhos manuais domésticos, como pequenos reparos?	Sem ajuda	3
	Com ajuda parcial	2
	Não consegue	1
7. Consegue lavar e passar sua roupa?	Sem ajuda	3
	Com ajuda parcial	2
	Não consegue	1
8. Consegue tomar seus remédios na dose certa e horário correto?	Sem ajuda	3
	Com ajuda parcial	2
	Não consegue	1
9. Consegue cuidar de suas finanças?	Sem ajuda	3
	Com ajuda parcial	2
	Não consegue	1

ANEXO VI

ESCALA DAS ATIVIDADES BÁSICAS DA VIDA DIÁRIA – ABVD DE KATZ

FUNÇÃO	INDEPENDÊNCIA		DEPENDÊNCIA		
	Faz sozinho, totalmente, habitualmente e corretamente atividade considerada (0)		PARCIAL		COMPLETA
			Faz parcialmente ou não corretamente a atividade ou com pouca dificuldade		O idoso não faz a atividade considerada (3)
			Ajuda não humana (1)	Ajuda humana (2)	
BANHAR-SE Usa adequadamente chuveiro, sabão e/ou esponja	Independente para entrar e sair do banheiro.		Necessidade de ajuda através do uso de órtese ou algum apoio material para o banho.	Necessidade de ajuda humana para lavar algumas partes do corpo (costas ou pernas) ou supervisão	Recebe assistência no banho para mais de uma parte do corpo (ou não se banha)
VESTIR-SE Apanha a roupa do armário ou gaveta, veste-se e consegue despir-se. Exclui-se calçados.	Independente para pegar a roupa e se vestir		Necessidade de apoio de algum objeto para se vestir.	Necessidade de ajuda humana para pegar a roupa.	Dependência total para vestir-se.
USO DO BANHEIRO Locomove-se até o banheiro, despe-se e limpa-se e arruma a roupa.	Independente para ir ao banheiro e se limpar.		Necessidade de ajuda através do uso de órtese ou marreco, comadre e urinol para a higiene	Necessidade de ajuda humana para ir ao banheiro ou se limpar.	Não vai ao banheiro para o processo de eliminação
TRANSFERIR-SE Locomove-se da cama para a cadeira e vice-versa	Independente para entrar ou sair do leito, sentar e levantar da cadeira.		Necessidade de ajuda através do uso de órtese ou de algum apoio material para realizar a transferência	Necessidade de ajuda humana parcial para entrar e sair do leito, sentar e levantar da cadeira.	Não sai da cama. Restrito ao leito
CONTROLE ESFINCTERIANO (Considerar o escore mais alto)	Micção	<i>Independência para controlar a micção</i>	Necessidade de ajuda através do uso regular de urinol, comadre ou marreco para controle da micção e defecação.	Necessidade de ajuda humana para controle da micção) ou usa fralda noturna somente (supervisão)	Dependência total através do uso constante de cateteres ou fraldas
	Evacuação	<i>Independência para controlar os movimentos intestinais</i>	Necessidade de ajuda através do uso regular de urinol, comadre ou marreco para controle da defecação.	Necessidade de ajuda humana para controle da defecação (supervisão) ou usa fralda noturna somente.	Dependência total através do uso constante de fraldas
ALIMENTAR-SE Consegue apanhar a comida do prato ou equivalente e levar à boca	Independente para pegar o alimento e levá-lo até a boca.		Necessidade de ajuda através do uso de adaptadores para a alimentação	Alimenta-se sozinho exceto pela assistência para cortar a carne e passar manteiga no pão.	Dependência total para a alimentação.

ANEXO VII

ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA – EDG

1. Está satisfeito (a) com sua vida? (não =1) (sim = 0)
2. Diminuiu a maior parte de suas atividades e interesses? (sim = 1) (não = 0)
3. Sente que a vida está vazia? (sim=1) (não = 0)
4. Aborrece-se com frequência? (sim=1) (não = 0)
5. Sente-se de bem com a vida na maior parte do tempo? (não=1) (sim = 0)
6. Teme que algo ruim possa lhe acontecer? (sim=1) (não = 0)
7. Sente-se feliz a maior parte do tempo? (não=1) (sim = 0)
8. Sente-se frequentemente desamparado (a)? (sim=1) (não = 0)
9. Prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas? (sim=1) (não = 0)
10. Acha que tem mais problemas de memória que a maioria? (sim=1) (não = 0)
11. Acha que é maravilhoso estar vivo agora? (não=1) (sim = 0)
12. Vale a pena viver como vive agora? (não=1) (sim = 0)
13. Sente-se cheio(a) de energia? (não=1) (sim = 0)
14. Acha que sua situação tem solução? (não=1) (sim = 0)
15. Acha que tem muita gente em situação melhor? (sim=1) (não = 0)

ANEXO VIII

MINI EXAME DO ESTADO MENTAL - MEEM

Paciente: _____

Data da Avaliação: ____/____/____ Avaliador: _____

ORIENTAÇÃO:

- Dia da Semana (1 Ponto).....()
- Dia do mês (1 Ponto)()
- Mês (1 Ponto).....()
- Ano (1 Ponto)()
- Hora Aproximada (1 Ponto).....()
- Local Específico (apartamento ou setor) (1 Ponto).....()
- Instituição (residência, hospital, clínica) (1 Ponto).....()
- Bairro ou Rua próxima (1 Ponto).....()
- Cidade (1 Ponto).....()
- Estado (1 Ponto).....()

MEMÓRIA IMEDIATA

- Fale 3 palavras não correlacionadas. Posteriormente pergunte ao paciente sobre as 3 palavras. Dê um ponto para cada resposta correta.....()
- Depois repita as palavras e certifique-se de que o paciente aprendeu, pois mais adiante você irá perguntá-las novamente.

ATENÇÃO E CÁLCULO

- (100-7) Sucessivos, 5 vezes sucessivamente
(1 ponto para cada cálculo correto)()
(alternativamente soletrar mundo de trás pra frente)

EVOCAÇÃO

- Pergunte ao paciente pelas 3 palavras ditas anteriormente
(1 ponto por palavra).....()

LINGUAGEM

- Nomear um relógio e uma caneta (2 pontos).....()
- Repetir: “Nem aqui, nem ali, nem lá” (1 ponto)()
- Comando: Pegue este papel com a mão direita,
dobre ao meio e coloque no chão (3 pontos).....()
- Ler e obedecer: “feche os olhos” (1 ponto).....()
- Escrever uma frase (1 ponto)()
- Copiar um desenho (1 ponto)()



SCORE (____ / 30)

ANEXO IX

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E ECONÔMICO

IDENTIFICAÇÃO:

Nome _____

Sexo: ()M F() **Idade:** _____

Estado Civil: ()Casado ()Solteiro ()Viúvo ()Divorciado ()Convivente

Escolaridade: ()1G completo ()1G incompleto ()2G completo ()2G incompleto ()3G completo ()3G incompleto ()PG () Analfabeto/Sem estudo

Ainda trabalha? ()Não Sim() **Ocupação atual** _____

É aposentado? ()Não ()Sim

Renda: ()1 SM ()2 SM ()3 SM ()4 SM ()5 SM ()6 SM ()7 SM ()8 SM ()9 SM ()10 SM ()Outro

O senhor(a) é a principal fonte de renda da família? ()Sim ()Não