



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA**

RAYSSA VIEIRA BRANDÃO FERREIRA

**FATORES RELACIONADOS A SINTOMAS DEPRESSIVOS EM IDOSAS
PRATICANTES E NÃO PRATICANTES DE ATIVIDADE FÍSICA**

CAMPINA GRANDE

2018

RAYSSA VIEIRA BRANDÃO FERREIRA

**FATORES RELACIONADOS A SINTOMAS DEPRESSIVOS EM IDOSAS
PRATICANTES E NÃO PRATICANTES DE ATIVIDADE FÍSICA**

Dissertação apresentada à Universidade Estadual da Paraíba
– UEPB, em cumprimento dos requisitos necessários para
obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, área de
Concentração Saúde Pública.

Orientador (a): Prof. Dra. Tarciana Nobre de Menezes

CAMPINA GRANDE

2018

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

F383f Ferreira, Rayssa Vieira Brandão.
Fatores relacionados a sintomas depressivos em idosas praticantes e não praticantes de atividade física [manuscrito] / Rayssa Vieira Brandão Ferreira. - 2018.
104 p.
Digitado.
Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade Estadual da Paraíba, Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa, 2019.
"Orientação : Profa. Dra. Tarciana Nobre de Menezes, Coordenação do Curso de Fisioterapia - CCBS."
1. Idosos. 2. Depressão. 3. Exercício físico. 4. Atividade física. I. Título
21. ed. CDD 613.704 46

RAYSSA VIEIRA BRANDÃO FERREIRA

**FATORES RELACIONADOS A SINTOMAS DEPRESSIVOS EM IDOSAS
PRATICANTES E NÃO PRATICANTES DE ATIVIDADE FÍSICA**

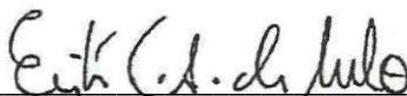
Dissertação apresentada à Universidade Estadual da Paraíba
– UEPB, em cumprimento dos requisitos necessários para
obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, área de
Concentração Saúde Pública.

Aprovado em 25/09/2018

BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Tarciana Nobre de Menezes
Universidade Estadual da Paraíba



Prof. Dr. Erik Cristóvão Araújo de Melo
Universidade Federal de Campina Grande



Prof. Dr. Alexandre Silva Coura
Universidade Estadual da Paraíba

DEDICATÓRIA

Às professoras Graziela e Gerlane que me incentivaram a ingressar no mestrado. a todos aqueles que me apoiaram para tornar possível a realização deste sonho, especialmente meus pais e meu esposo, que compreendendo as dificuldades do caminho me proporcionam forças para que eu não desistisse desse que é um dos objetivos da minha vida. Muitos obstáculos foram impostos para mim durante esses dois anos, mas graças a vocês eu não fraquejei. Gratidão!

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me amar de forma incomensurável, me amparando diante do anseio a cada novo desafio.

Aos meus pais, por sempre terem investido e aconselhado para que eu pudesse estudar, e galgar novos horizontes firmados no conhecimento, por terem doado suas vidas para construção da minha.

Ao meu esposo, pelo apoio incessante e incansável, por acreditar no meu potencial até quando eu mesma pensei ser incapaz, tudo isso me faz sentir a firmeza do seu amor.

Aos meus irmãos, que me conferem a necessidade de ser exemplo, mostrando que podemos aprender tudo o que quisermos, que todos somos capazes de enfrentar e tornar obsoletos nossos limites.

À Prof^a. Dra. Tarciana Nobre de Menezes, por me orientar no presente trabalho, proporcionando a possibilidade de eu me tornar uma pessoa e profissional melhor por seu exemplo de dedicação no exercício profissional.

As amigas do mestrado, especialmente Milena, obrigada pela convivência, por me apoiar e permitir que eu também as apoiasse em momentos de dificuldades, todas essas experiências me trouxeram um aprendizado inigualável.

Agradeço aos membros da minha banca, por todas as considerações dadas para progresso deste trabalho, pelo tempo dedicados a avaliação do mesmo, e pela oportunidade de desfrutar de sua sabedoria.

“A utopia está lá no horizonte. Me aproximo dois passos, ela se afasta dois passos. Caminho dez passos e o horizonte corre dez passos. Por mais que eu caminhe, jamais alcançarei. Para que serve a utopia? Serve para isso: para que eu não deixe de caminhar.”

Eduardo Galeano.

RESUMO

INTRODUÇÃO: O envelhecimento populacional tem ocorrido de forma particularmente acelerada no Brasil, e as alterações nos padrões epidemiológicos têm se tornado cada vez mais impactantes na saúde pública. Nesse cenário, a depressão se destaca entre as doenças crônicas não transmissíveis, pois demanda maior tempo de utilização dos serviços de saúde e maiores custos sociais e econômicos em relação às demais doenças crônicas. **OBJETIVO:** Investigar os fatores relacionados a sintomas depressivos em idosas praticantes e não praticantes de atividade física. **MATERIAL E MÉTODOS:** Trata-se de um estudo transversal, realizado em Campina Grande entre março e novembro de 2015. Participaram 71 idosas, sendo 35 praticantes de atividade física (PAF) e 36 não praticantes de atividade física (NPAF). Foram incluídas idosas com 60 anos ou mais, participantes do Programa Universidade Aberta no Tempo Livre e de grupos de convivência para idosos. Foram excluídas as idosas PAF que não compareceram a 75% das atividades do Programa nos 6 meses que antecederam a coleta de dados. A variável dependente foi depressão, verificada por meio da Escala de Depressão Geriátrica – reduzida (EDG - 15). As variáveis independentes avaliadas foram as sociodemográficas (idade, número de residentes no domicílio e nível socioeconômico.), a situação de saúde (número de morbidades referidas, número de consultas nos últimos 12 meses, número de hospitalizações nos últimos 12 meses, queixa subjetiva de memória, função cognitiva e qualidade do sono) e situação físico-funcional (ganho e perda de peso, em quilos, nos 12 meses que antecederam a entrevista; índice de massa corporal; circunferência da cintura; circunferência da panturrilha; força de preensão manual; número de quedas nos 12 meses que antecederam a entrevista; atividades instrumentais de vida diária). Para testar a correlação entre os escores da EDG e as variáveis independentes, foi utilizado um modelo de regressão Gamma pertencente à classe dos Modelos Lineares Generalizados (MLG), testando-se um nível de significância de 5%. **RESULTADOS:** Foram avaliadas 35 idosas PAF e 36 NPAF. A média de idade das idosas PAF foi 70,5 anos ($\pm 5,1$) e das idosas NPAF foi 72,3 anos ($\pm 7,8$). Na identificação dos fatores associados à depressão, entre as PAF foi observado que Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) ($p= 0,023$) apresentaram correlação significativa positiva, enquanto o número de quedas e a qualidade do sono (PSQI) ($p=0,002$) apresentaram correlação significativa negativa com a pontuação da EDG-15. Entre as NPAF observou-se que a queixa subjetiva de memória ($p= 0,047$) apresentou correlação negativa significativa com a pontuação da EDG-15. **CONCLUSÕES:** Entre as idosas PAF na presença de depressão houve menos acometimento por distúrbios do sono; assim como menor ocorrência de quedas e maior realização das AIVD. Quanto às idosas NPAF na presença de depressão houve menor comprometimento da memória. As intervenções para prevenção e o diagnóstico precoce se tornam possíveis mediante obtenção de dados de estudos como este, que favorecem a capacitação profissional no tocante à busca ativa pelo público de risco para depressão. Com esse tipo de conduta é possível reduzir o impacto da depressão na saúde pública, tanto nos custos sociais como de investimento financeiro, considerando a redução de comorbidades provenientes da depressão.

DESCRITORES: Idosos; Depressão; Exercício físico.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Population aging has occurred particularly fast in Brazil, and changes in epidemiological patterns have become increasingly important in public health. In this scenario, depression stands out among chronic noncommunicable diseases (CNCD's), because it demands longer time of use of health services and higher social and economic costs in relation to other chronic diseases. **OBJECTIVE:** Investigate the factors related to depressive symptoms in practicing and non-physically active elderly women. **MATERIAL AND METHODS:** This is a cross-sectional study conducted in Campina Grande between March and November 2015. There were 71 elderly participants which 35 were physical activity practitioners (PAP) and 36 were non-physical activity practitioners (NPAP). Older women aged 60 years and over were included in the Open University Program in Free Time and living groups for the elderly. Older PAPs that did not attend 75% of the Program activities in the 6 months prior to data collection were excluded. The dependent variable was depression, verified through the Geriatric Depression Scale - reduced (GDS - 15). The independent variables were socio-demographic (age, number of residents and socioeconomic level), health status (number of referred morbidities, number of visits in the last 12 months, number of hospitalizations in the last 12 months, memory, cognitive function and sleep quality) and physical-functional status (gain and weight loss, in kilos, in the 12 months preceding the interview, body mass index, waist circumference, calf circumference, manual grip strength; number of falls in the past 12 months preceding the interview; instrumental activities of daily living). To test the correlation between the GDS scores and the independent variables, a Gamma regression model belonging to the Generalized Linear Models (GLM) class was used and a significance level of 5% was tested. **RESULTS:** 35 PAP and 36 NPAP women were evaluated. The mean age of the elderly PAP was 70.5 years (± 5.1) and the elderly NPAP was 72.3 years (± 7.8). In the identification of the factors associated with depression, it was observed that the Instrumental Activities of Daily Living (IADLs) ($p = 0.023$) presented a significant positive correlation, while the number of falls and sleep quality (PSQI) ($p = 0.002$) showed a significant negative correlation with the GDS-15 score. Among the NPAP, it was observed that the subjective memory complaint ($p = 0.047$) showed a significant negative correlation with the GDS-15 score. **CONCLUSIONS:** Among the elderly PAP in the presence of depression there was less involvement due to sleep disorders; as well as less occurrence of falls and greater achievement of IADLs. As for the elderly NPAP in the presence of depression there was less memory impairment. Interventions for prevention and early diagnosis are made possible by obtaining data from studies such as this, which favor professional training in the active search of the public at risk for depression. With this type of behavior it is possible to reduce the impact of depression on public health, both in social costs and financial investment, considering the reduction of comorbidities from depression.

Keywords: Elderly. Depression. Physical exercise.

LISTA DE TABELAS

Artigo I

Tabela 1. Média e desvio-padrão do escore da Escala de Depressão Geriátrica (EDG-15) e das variáveis independentes das idosas praticantes e não praticantes de atividade física. Campina Grande/PB, Brasil. 2015.33

Tabela 2. Ajuste do Modelo de Regressão linear simples do tipo Gamma entre o escore da Escala de Depressão Geriátrica (EDG-15) e as variáveis independentes das idosas praticantes de atividade física. Campina Grande, Paraíba, Brasil, 2015.....34

Tabela 3. Ajuste do Modelo de Regressão linear simples do tipo Gamma entre o escore da Escala de Depressão Geriátrica (EDG-15) e as variáveis independentes das idosas não praticantes de atividade física. Campina Grande, Paraíba, Brasil, 2015.....35

Tabela 4. Análise de regressão linear múltipla do tipo Gamma, para estimar a predição das variáveis independentes entre o escore da Escala de Depressão Geriátrica (EDG-15) das idosas praticantes de atividade física. Campina Grande, Paraíba, Brasil, 2015.....36

Tabela 5. Análise de regressão linear múltipla do tipo Gamma, para estimar a predição das variáveis independentes entre o escore da Escala de Depressão Geriátrica (EDG-15) das idosas não praticantes de atividade física. Campina Grande, Paraíba, Brasil, 2015.....37

Artigo II

Tabela 1. Média e desvio-padrão do escore da Escala de Depressão Geriátrica (EDG-15) e das variáveis independentes das idosas praticantes e não praticantes de atividade física. Campina Grande/PB, Brasil. 2015.52

Tabela 2. Ajuste do Modelo de Regressão linear simples do tipo Gamma entre o escore da Escala de Depressão Geriátrica (EDG-15) e as variáveis independentes das idosas praticantes de atividade física. Campina Grande, Paraíba, Brasil, 2015. 53

Tabela 3. Ajuste do Modelo de Regressão linear simples do tipo Gamma entre o escore da Escala de Depressão Geriátrica (EDG-15) e as variáveis independentes das idosas não praticantes de atividade física. Campina Grande, Paraíba, Brasil, 2015.....54

Tabela 4. Análise de regressão linear múltipla do tipo Gamma, para estimar a predição das variáveis independentes entre o escore da Escala de Depressão Geriátrica (EDG-15) das idosas praticantes de atividade física. Campina Grande, Paraíba, Brasil, 2015.....55

Tabela 5. Análise de regressão linear múltipla do tipo Gamma, para estimar a predição das variáveis independentes entre o escore da Escala de Depressão Geriátrica (EDG-15) das idosas não praticantes de atividade física. Campina Grande, Paraíba, Brasil, 2015.....56

LISTA DE ABREVIACÕES

ABIPEME -	Associação Brasileira dos Institutos de Mercado
AF -	Atividade física
AIVD -	Atividades Instrumentais de Vida Diária
ANEP -	Associação Nacional das Empresas de Pesquisas
CEP -	Comit de tica em Pesquisa
DCNT -	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
IBGE -	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LAFIB -	Laboratório de Antropometria, Fisiologia e Biomecânica
MAC-Q -	Memory Assessment Complain Questionnaire
MEEM -	Mini Exame do Estado Mental
MLG -	Modelos lineares generalizados
MS -	Ministério da Saúde
NPAF -	Não praticante de atividade física
NSE -	Nível socioeconômico
OMS -	Organização Mundial da Saúde
PAF -	Praticante de atividade física
PNAD -	Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílio
PSQI -	ndice De Qualidade de Sono de Pittsburg
QBMI -	Questionário de Baecke Modificado para Idosos
SUS -	Sistema nico de Saúde
UEPB -	Universidade Estadual da Paraíba

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
2OBJETIVOS.....	16
2.1 Objetivo geral.....	16
2.2 Objetivos específicos.....	16
3 MATERIAL E MÉTODOS.....	17
3.1 Delineamento.....	17
3.2 População e amostra.....	17
3.3 Critérios de inclusão.....	18
3.4 Critérios de exclusão.....	18
3.5 Procedimento de coleta de dados.....	18
3.6 Variáveis do estudo.....	19
3.7 Processamento e análise dos dados.....	22
3.8 Aspectos éticos.....	23
4.RESULTADOS.....	24
Artigo I.....	25
Artigo II.....	44
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	60
6. REFERÊNCIAS.....	61
APÊNDICES.....	66
APÊNDICE A – Formulário de coleta de dados	
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.	
ANEXOS.....	92
ANEXO A – Escala de Depressão Geriátrica – versão reduzida (EDG – 15)	
ANEXO B - Medida de Queixas Subjetivas de Memória (MAC – Q)	
ANEXO C - Mini Exame do Estado Mental (MEEM)	
ANEXO D - Índice de qualidade do sono de Pittsburgh	
ANEXO E - Escala de Lawton e Brody	
ANEXO F - Parecer do Comitê de Ética	

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial, que tem ocorrido de forma particularmente acelerada no Brasil¹. O idoso é considerado como tal mediante seu tempo cronológico, portanto, nos países em desenvolvimento, como o Brasil, é considerado idoso o indivíduo com 60 anos ou mais, enquanto nos países desenvolvidos, aqueles com 65 anos ou mais².

O início do século XX foi marcante para que o Brasil esteja vivenciando o crescimento da população idosa. Foi nesse período que se destacaram as mudanças na estrutura etária populacional³ devido mudanças no desenvolvimento social, relacionadas à saúde, educação e urbanização, que contribuíram para a modificação nos coeficientes de natalidade e mortalidade. Essas mudanças ocasionaram uma tendência de crescimento baixo, ou quase negativo, da população jovem, redução do crescimento da população em idade ativa e aumento no crescimento do contingente de idosos⁴.

Entre as décadas de 1940 e 1960 o Brasil teve um expressivo declínio nos coeficientes de mortalidade, o que contribuiu para um rápido crescimento populacional, enquanto as modificações de desenvolvimento social favoreceram o aumento da expectativa de vida. Assim, a população idosa aumentou significativamente nos últimos anos, ocasionando o envelhecimento populacional^{3,4}. Esse aumento do número de idosos ocorreu principalmente entre os anos de 1980 e 2005, quando a população total cresceu 55,3%, enquanto houve acréscimo de 126,3% na população idosa^{3,5}.

De acordo com o censo populacional do ano de 1991 a proporção de idosos no Brasil correspondia a 7,3% da população total. No ano 2000 essa proporção aumentou para 8,6%, e em 2010 para 9,7% de sua população. A perspectiva é que haja ganhos ainda mais consideráveis no índice de envelhecimento. De acordo com informações do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística⁶, em 2018 os idosos representam 13,4% da população brasileira, em 2020 haverá 47,7 idosos para cada grupo de 100 crianças, em 2030 este número será 76,4, em 2040 será 113,2 e em 2050 será 160,90. Estima-se que esse percentual alcançará 24% em 2050⁷.

Assim como no Brasil, na região Nordeste, o envelhecimento populacional tem ocorrido de forma considerável. No ano 2000, 8,5% da população total era constituída de pessoas idosas. Em 2010, a região passou a ter um percentual de 10,2% de idosos. No que se refere à Paraíba, os percentuais referentes à população idosa eram de 10,1% e 11,9%, em

2000 e 2010 respectivamente. Em 2010 o estado apresentou a maior proporção de idosos da região Nordeste. Campina Grande segue um padrão semelhante ao do estado quanto ao crescimento da população idosa, considerando que no ano 2000 os idosos representavam 9,2% da sua população, e no último Censo, realizado em 2010, esse percentual aumentou para 11,2%¹.

Essa modificação na estrutura etária de uma população, mediante o aumento da expectativa de vida, tem influenciado nas características epidemiológicas da população, tendo em vista a alteração no perfil das doenças predominantes, dentre as quais se destacam as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT)⁸.

As DCNT se caracterizam por apresentarem múltiplos fatores causais, demandam maior tempo de utilização dos serviços de saúde, por serem associadas a incapacidades funcionais e por não apresentarem origem infecciosa⁹. Portanto, interferem na manutenção da independência e funcionalidade do indivíduo³. Dentre as DCNT que mais afetam os idosos em todo o mundo estão as cardiovasculares, o diabetes mellitus, principalmente tipo II, o câncer, a doença pulmonar obstrutiva crônica, as doenças músculo – esqueléticas, as doenças mentais, se configurando como principais a demência, resultante do declínio cognitivo, e a depressão¹⁰.

A depressão tem se destacado no cenário da Saúde Pública, considerando sua crescente prevalência em todo o mundo, principalmente a partir do início do século XXI¹¹. A depressão acomete 350 milhões de pessoas no mundo, gerando altos custos sociais e econômicos aos governos, tendo em vista os gastos com o tratamento¹² e que sua evolução pode levar ao surgimento de outras morbidades, ou mesmo ao suicídio¹³.

A depressão é definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), como “transtorno mental comum, caracterizado por tristeza, perda de interesse, ausência de prazer, oscilações entre os sentimentos de culpa e baixa autoestima, além de distúrbios do sono ou do apetite”¹⁴. A depressão pode ser breve, quando se trata de um estado leve e transitório, com duração de até um mês, ou prolongada, aquela quando sua duração alcança 2 anos. Além da relação com o período de tempo, a depressão ainda pode ser caracterizada em leve, moderado ou grave a depender da quantidade e gravidade dos sintomas apresentados¹⁵.

A depressão apresenta como sintomas: humor triste, apático ou mal humor, redução da vitalidade e diminuição na realização de atividades que antes eram comuns no dia a dia, alteração da capacidade de experimentar o prazer, perda de interesse, diminuição da capacidade de concentração, além de apresentar considerável fadiga, mesmo após um esforço mínimo. Além de problemas do sono, diminuição do apetite, diminuição da autoestima e da

autoconfiança e frequentemente ideias de culpabilidade e ou de indignidade. O estado depressivo pode variar de acordo com o dia, e pode ser acompanhado de manifestações “somáticas”, como despertar matinal precoce, várias horas antes da hora habitual de despertar, agravamento matinal da depressão, lentidão psicomotora importante, agitação, perda de apetite, perda de peso e perda da libido¹⁵.

O Banco Mundial e a Organização Mundial da Saúde (OMS) enfatizam a necessidade de priorizar os investimentos na prevenção e diagnóstico precoce da depressão, promovendo treinamentos intensivos para que os profissionais reconheçam a depressão nos indivíduos. Além disso, as entidades propõem a implementação de protocolos clínicos, a realização da monitorização dos desfechos dos casos e a padronização da qualidade da assistência a ser prestada aos pacientes¹².

Portanto, a fim de identificar a depressão em idosos, têm sido desenvolvidos instrumentos que avaliam a depressão como estado e como traço de personalidade. Dentre os instrumentos validados e traduzidos no Brasil, estão: a Escala de Depressão Geriátrica (EDG)¹⁶, o Inventário de Depressão de Beck¹⁷, e a Escala Baptista de Depressão¹⁸.

Dentre esses instrumentos, a Escala de Depressão Geriátrica (EDG), desenvolvida por Yesavege et al¹⁶, tem sido largamente utilizada em diversos países para o rastreamento da depressão em idosos. No Brasil, o Ministério da Saúde indica o uso da EDG-15, validada por Almeida e Almeida¹⁹, que consiste em uma versão reduzida da EDG, que pode ser utilizada para identificação e quantificação de sintomas depressivos em idosos. Devido à facilidade de manejo, o Ministério da Saúde esclarece que a EDG-15 pode ser aplicada por qualquer profissional que trabalhe na área da saúde, entrevistadores leigos ou mesmo ser autoaplicável²⁰.

Logo, a EDG-15 é comumente utilizada em pesquisas que objetivam realizar o rastreio de depressão em idosos, tendo em vista a possibilidade de rápida aplicação, uma vez que apresenta perguntas fáceis de serem entendidas, com pequena variação nas possibilidades de respostas (sim/não)²¹. A aplicação da EDG– 15 nos serviços de saúde pode favorecer o diagnóstico precoce e ajudar na prevenção da depressão.

A prevalência de depressão na população idosa é diferenciada pelo meio no qual o idoso vive. Estudos têm mostrado que entre os idosos que vivem na comunidade e moram com poucas pessoas a prevalência de depressão varia de 0,9% a 9,4%, entre os idosos que moram em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) a prevalência varia de 14% a 42%, entre os idosos que moram com muitos familiares a prevalência varia de 1% a 16%.

Porém, é preciso considerar que a prevalência pode variar de acordo com a metodologia utilizada no estudo, ou ainda sofrer influência social e cultural da amostra selecionada²².

No Brasil, de acordo com dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013, a prevalência de depressão era maior entre as mulheres (10,9%) que entre os homens (3,9%). Entre os idosos na faixa de 60 a 64 anos, foi identificado que quanto maior o nível de instrução, maior a prevalência de depressão. Entre as regiões do país, a região Sul apresentou a maior prevalência (12,6%), enquanto a região Norte apresentou a menor prevalência (3,1%)²³.

Como visto, a depressão é uma doença de elevada ocorrência entre os idosos, além de configurar a doença psiquiátrica mais comum neste grupo etário, afetando enfaticamente sua qualidade de vida²⁴. Portanto, torna-se importante identificar os fatores que podem estar relacionados com o desenvolvimento da depressão em idosos²⁵.

Com o intuito de estudar os fatores que influenciariam a depressão, estudos têm observado que a depressão em idosos está associada a antecedentes depressivos prévios^{20,26}, doença incapacitante e DCNT^{20,26-29}, viver só^{26,28}, pertencer ao sexo feminino^{26,30,31}, institucionalização²⁰, incapacidade funcional^{31,32}, abandono e/ou maus tratos²⁰, insônia^{20,31,32}, ocorrência de luto^{20,26,27}, maior utilização de medicamentos^{20,29}, ter baixo nível socioeconômico²⁶, consumir bebida alcoólica em excesso^{20,26}, comprometimento cognitivo^{26,27}, idade avançada^{27,28,31}, baixa escolaridade³⁰, percepção negativa da saúde^{30,31}.

Fatores fisiológicos também têm sido descritos como fatores associados à depressão, como a hereditariedade, o desequilíbrio de mensageiros químicos, o desajuste da função endócrina, distorções cognitivas, além de fatores culturais³³.

Portanto, é preciso considerar que as doenças psiquiátricas, inclusive a depressão, podem se tornar somáticas, atraindo o olhar profissional para o que é aparente do ponto de vista sintomatológico, pormenorizando os sinais e sintomas psicológicos, fazendo com que o profissional não realize o diagnóstico de depressão no indivíduo³⁴. Esse tipo de situação é ainda mais frequente na população idosa, considerando que essa população é alvo de um maior contingente de morbidades, principalmente as DCNT^{20,35}. Essa característica favorece a presença de demasiadas queixas pelos seus sintomas ou pelos efeitos colaterais das medicações de tratamento, dificultando o diagnóstico da depressão³⁵.

Estima-se que 75% das pessoas que se suicidam tiveram consulta com seu médico no mês anterior, por outro motivo que não a depressão. A maioria das pessoas tem seu primeiro episódio depressivo não diagnosticado e, portanto, não tratado²⁰. Essa situação é ainda mais comum nos idosos, pois a depressão pode ser mascarada pelas DCNT, além disso o

prognóstico é mais complexo em idosos pelo fato de as recaídas serem mais frequentes e prolongadas nesse público³³.

Mediante a importância significativa da depressão na saúde dos idosos, tem-se estudado fatores protetores para depressão, e de acordo com a literatura, os fatores de proteção advêm da interação social dos idosos. Logo, é demonstrada a existência de relação entre a prática regular de atividade física e ausência de depressão³⁶. Portanto, idosos ativos teriam menor possibilidade de desenvolver ansiedade e / ou depressão, implicando que a atividade física pode ser um complemento na prevenção e tratamento de depressão em idosos³⁷.

No entanto, a prática de atividade física muitas vezes está relacionada a convivência em grupos, que se mostrou como efeito protetor para depressão. Porém não é determinado se a convivência em grupos previne os sintomas depressivos ou se o fato de não apresentar esses sintomas contribuiu para a participação nos grupos. Portanto, é importante avaliar ambos os grupos para identificar os fatores associados ao aparecimento de sintomas depressivos em cada um deles e traçar estratégias diferentes para lidar com a depressão de acordo com o grupo ao qual o idoso pertence³⁸.

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI), que preconiza recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, vem se estabelecendo e, portanto, ainda não fornece cuidados especializados para o público idoso²⁰. Assim, observa-se a necessidade de estudar em grupos específicos a presença de depressão, assim como identificar os aspectos sociodemográficos, de saúde e físico-funcionais a ela associados, a fim de nortear a assistência a esse público alvo no âmbito da saúde pública.

Diante do contexto da depressão no público idoso, questiona-se: Quais os fatores associados a presença de depressão nos idosos? A depressão em idosos praticantes de atividade física e não praticantes, tem influência dos mesmos fatores?

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL:

- Investigar os fatores relacionados a sintomas depressivos em idosas praticantes e não praticantes de atividade física

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Verificar as condições sociodemográficas das idosas.
- Avaliar o grau de depressão das idosas.
- Avaliar a situação de saúde das idosas.
- Avaliar a situação físico-funcionais das idosas.
- Verificar fatores sociodemográficos e situação de saúde relacionados a sintomas depressivos em idosas praticantes e não praticantes de atividade física.
- Verificar fatores físico-funcionais relacionados a sintomas depressivos em idosas praticantes e não praticantes de atividade física.

3 MATERIAL E MÉTODOS

Este estudo é parte de uma pesquisa maior intitulada “Abordagem multidimensional para a compreensão da hipertensão arterial sistêmica em idosas ativas e não ativas fisicamente”.

3.1 Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo transversal com abordagem quantitativa. Foram avaliadas as idosas integrantes do programa Universidade Aberta no Tempo Livre da Universidade Estadual da Paraíba e de grupos de convivência situados em Campina Grande/PB, Brasil.

3.2 População e amostra

A população desse estudo é formada por mulheres idosas, praticantes e não praticantes de atividade física. A amostra foi selecionada de forma não probabilística e é composta por 71 idosas residentes na zona urbana de Campina Grande/PB, sendo 35 praticantes de atividade física e 36 não praticantes de atividade física.

As idosas praticantes de atividade física (PAF) foram selecionadas entre as idosas participantes do Programa Universidade Aberta no Tempo Livre, da Universidade Estadual da Paraíba, que oferece, três vezes por semana, aulas práticas de atividade física para idosos, de ambos os sexos, nas modalidades ginástica geral e musculação.

As idosas não praticantes de atividade física (NPAF) foram selecionadas em grupos de convivência situados na cidade de Campina Grande/PB. Segundo informações da Secretaria Municipal de Assistência Social, em 2015 existiam 13 grupos de convivência assistidos pela secretaria, dos quais dois foram excluídos dessa pesquisa por estarem localizados na zona rural, três por não estarem em funcionamento durante o período da coleta de dados e um por realizar prática de atividade física regularmente. As idosas foram submetidas ao Questionário de Baecke, Modificado para Idosos (QBMI), validado para o Brasil por Mazo e colaboradores em 2012³⁹, para identificação de quais não seriam praticantes de atividade física, assim, 36 idosas foram consideradas elegíveis para o estudo.

O QBMI é um instrumento composto de 16 questões, aplicado sob a forma de entrevista e tem como referência os últimos 12 meses. O formulário divide-se em três seções. A primeira seção abrange questões referentes às atividades físicas domésticas. A segunda e a terceira seções correspondem à realização de atividades esportivas e às atividades de tempo livre, respectivamente. Mediante o somatório das pontuações específicas atribuídas as questões agrupadas em cada uma das seções do questionário, são estabelecidos escores equivalentes às atividades físicas domésticas (AFD), às atividades físicas esportivas (AFE) e às atividades físicas de tempo livre (AFTL). Após o somatório dos escores das seções, seguindo os pontos de corte sugeridos por Ueno em 2013⁴⁰, foi possível classificar as idosas em relação à prática de atividade física. Para este estudo foram consideradas como idosas não praticantes de atividade física, aquelas que apresentaram baixo nível de atividade física, ou seja, com escore final $\leq 9,11$ pontos.

3.3 Critérios de inclusão

- Mulheres com 60 anos ou mais.
- Idosas participantes do Programa Universidade Aberta no Tempo Livre e de grupos de convivência de Campina Grande.

3.4 Critérios de exclusão

Dentre as idosas praticantes de atividade física foram excluídas aquelas que não compareceram a, pelo menos, 75% das atividades do Programa Universidade Aberta no Tempo Livre, da Universidade Estadual da Paraíba, nos seis meses que antecederam a coleta dos dados.

3.5 Procedimento de coleta de dados

A coleta dos dados ocorreu no Laboratório de Antropometria, Fisiologia e Biomecânica – LAFIB da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) e na sede de grupos de convivência para idosos na cidade de Campina Grande/PB. O período de realização da coleta de dados foi março a novembro de 2015.

A coleta de dados do estudo maior foi realizada em dois momentos. No primeiro momento foram coletadas informações sociodemográficas, sobre situação de saúde, a situação cognitiva, a ocorrência de quedas, o uso de medicamentos, os hábitos de vida, o desempenho funcional e a capacidade funcional, as atividades físicas, esporte, lazer, informações antropométricas e de composição corporal e a qualidade do sono. No segundo momento da pesquisa foram coletadas informações da atividade neuromuscular. As informações coletadas foram anotadas em formulário específico (Apêndice A).

3.6 Variáveis do estudo

Variável dependente:

- Depressão

A depressão foi avaliada por meio da Escala de Depressão Geriátrica (EDG) (Anexo A), validada por Almeida e Almeida¹⁹, na qual os episódios depressivos são detectados por meio de 15 perguntas com duas alternativas de resposta: não ou sim (equivalentes a 0 e 1 ponto, respectivamente). O escore varia entre 0 a 15 pontos e é dado pelo somatório dos pontos obtidos. Escores iguais ou maiores a 6 pontos podem ser utilizados clinicamente para o diagnóstico de depressão.

Variáveis independentes:

- Sociodemográficas:

Os dados sociodemográficos incluíram informações sobre idade, número de residentes no domicílio e nível socioeconômico. O nível socioeconômico de cada idosa foi verificado por meio da utilização de um questionário que consistiu em um “Critério de Classificação Econômica” da Associação Brasileira de Anunciantes/Associação Brasileira dos Institutos de Mercado/Associação Nacional das Empresas de Pesquisas (ABA/ABIPEME/ANEP), o qual é constituído por informações como grau de instrução da idosa e itens de posse da família (televisão, rádio, banheiro, automóvel, empregada/mensalista, aspirador de pó, máquina de lavar, videocassete e/ou DVD, geladeira, freezer - aparelho independente ou parte da geladeira duplex). Cada informação se refere a um número de pontos, podendo totalizar no máximo 34 pontos. Quanto maior a pontuação, melhor o nível socioeconômico da idosa⁴¹.

- Situação de saúde

A situação de saúde foi verificada por meio das variáveis: número de morbidades referidas, número de consultas nos últimos 12 meses, número de hospitalizações nos últimos 12 meses, queixa subjetiva de memória, função cognitiva e qualidade do sono.

O número de morbidades referidas foi obtido por meio do relato verbal de diagnóstico das seguintes doenças: hipertensão, doença cardíaca, osteoporose, embolia/derrame, artrite/artrose/reumatismo, diabetes mellitus, doença crônica pulmonar e câncer. Para isso as idosas foram indagadas se algum médico ou outro profissional da saúde lhe informou que apresentava alguma doença das citadas.

A queixa subjetiva de memória foi verificada por meio do *Subjective Perception of Memory Complaints Questionnaire* (MAC-Q) (Anexo B). O MAC-Q é um questionário usado para identificar o declínio da memória nos idosos, comparando a memória atual com a memória do passado. Neste estudo a memória atual foi comparada com a memória da idosa quando tinha quarenta anos de idade. O questionário apresenta 6 questões com alternativas segundo a escala Likert, com variação de respostas de “muito melhor agora” a “muito pior agora”. O escore varia de 7 a 35 pontos. Uma pontuação maior ou igual a 25 sugere comprometimento de memória⁴².

A função cognitiva das idosas foi avaliada por meio do Mini Exame do Estado Mental (MEEM) (Anexo C)²⁰. O instrumento é composto por questões que são agrupadas em sete categorias: orientação para tempo, orientação para local, registro de 3 palavras, atenção e cálculo, lembrança das 3 palavras, linguagem, e capacidade construtiva visual. O escore pode variar de 0 a 30 pontos. Quanto menor o escore, maior é o comprometimento cognitivo.

A qualidade do sono foi avaliada por meio do Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (Pittsburgh Sleep Quality Index – PSQI) (Anexo D)⁴³. Esse instrumento é composto por 19 questões que são divididas em sete componentes, cuja pontuação varia de 0 (nenhuma dificuldade) a 3 (dificuldade grave), esses componentes são: qualidade subjetiva do sono, latência do sono, duração do sono, eficiência habitual do sono, alterações do sono, uso de medicamentos para dormir e disfunção diurna do sono. O escore total, resultado da soma de tais componentes varia de 0 a 21. Quanto maior o escore obtido, pior é a qualidade do sono.

- Situação físico-funcional

A situação físico-funcional foi avaliada por meio das seguintes informações: ganho de peso, em quilos, nos 12 meses que antecederam a entrevista; perda de peso, em quilos, nos 12 meses que antecederam a entrevista; índice de massa corporal; circunferência da cintura; circunferência da panturrilha; força de preensão manual; número de quedas nos 12 meses que antecederam a entrevista; atividades instrumentais de vida diária.

Para o cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC), que consiste na razão entre o peso (kg) e o quadrado da estatura (m)², foram aferidos o peso (kg) e a estatura (m) com base nas técnicas propostas por Gordon e colaboradores⁴⁴. A mensuração da estatura foi realizada com o uso de estadiômetro portátil (ALTUREXAT®) e do peso com o uso de balança eletrônica digital portátil (TANITA UM080®), tipo plataforma, com capacidade para 150 kg e sensibilidade de 100g. Valores de IMC ≤ 23 kg/m² indicam baixo peso, > 23 e < 28 kg/m² indicam eutrofia, ≥ 28 e < 30 kg/m² indicam sobrepeso e ≥ 30 kg/m² indicam obesidade⁴⁵.

A circunferência da cintura (CC) (cm) foi aferida utilizando fita métrica inelástica, com precisão de 1mm. A CC foi aferida com a idosa em pé com o mínimo de roupa. A idosa foi posicionada de forma ereta, olhando para frente e com os braços soltos lateralmente, com as palmas das mãos voltadas para o corpo. A fita métrica foi posicionada no plano horizontal da menor cintura, ou no ponto médio entre a última costela e a borda superior da crista ilíaca. Essa aferição foi realizada duas vezes, no caso dos valores não coincidirem, foi realizada uma terceira aferição e calculada a média das duas ou três medidas. Valores de CC ≥ 80 cm sugerem risco aumentado de complicações metabólicas⁴⁶.

A circunferência da panturrilha (CP) (cm) foi aferida utilizando fita métrica inelástica, com precisão de 1mm. Para a aferição da CP a idosa foi posicionada sentada, com a coxa formando um ângulo de 90° com a perna. A mensuração foi realizada no lado direito da idosa. A medida foi obtida a partir da maior porção da região da panturrilha, sem comprimi-la e com a fita em posição perpendicular em relação à panturrilha. Foram realizadas duas medidas e, caso os valores não coincidissem, foi realizada uma terceira mensuração. O valor final foi a média dos valores obtidos⁴⁷. Valores inferiores a 31 cm sugerem redução de massa muscular⁴⁸.

Para a aferição da força de preensão manual foi utilizado um dinamômetro hidráulico manual (Dinamômetro Takei KikiKogyo® TK 1201, Japão), ajustado para cada idosa de acordo com o tamanho das mãos, cujo teste foi realizado no membro referido como o de maior força. Durante a realização do teste a idosa permaneceu sentada, com o cotovelo apoiado em uma mesa, antebraço estendido à frente, palma da mão para cima e, então, foi solicitado que exercesse a maior preensão possível. O teste foi realizado duas vezes, com

intervalo de um minuto entre as execuções⁴⁹. Valores inferiores a 20 kgf sugerem risco para dependência funcional e baixos níveis de saúde, independente da idosa ter uma vida ativa ou sedentária⁵⁰.

As atividades instrumentais de vida diária foram avaliadas por meio da Escala de Lawton e Brody (Anexo E), que consiste em avaliar sete atividades instrumentais de vida diária: uso do telefone, fazer compras, preparação de refeições, trabalho doméstico, lavar roupa, locomoção fora de casa, responsabilidade com a medicação, e manejo do dinheiro (economia). Cada atividade é classificada em relação à assistência, à qualidade da execução e à iniciativa da idosa. Cada atividade gera uma pontuação, cuja soma varia de 0 a 21 pontos. Quanto menor a pontuação, maior a dependência⁵¹.

3.7 Processamento e análise dos dados

O banco de dados foi elaborado utilizando-se o aplicativo *Microsoft Office Excel*. Os dados foram submetidos à dupla entrada, cuja validação dos bancos foi verificada por meio da ferramenta “validate”, por meio do programa estatístico Epi Info 6.04 (Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Estados Unidos). Todas as análises foram estratificadas segundo a prática de atividade física, constituindo dois grupos: praticantes e não praticantes de atividade física. As análises estatísticas foram obtidas por meio dos softwares estatísticos SPSS 22.0 (IBM Corp. Armonk, Estados Unidos) e R Core Team⁵². Os resultados foram estudados com o intuito de identificar fatores associados aos graus de depressão em idosas praticantes e não praticantes de atividade física.

Para testar a correlação entre os escores da EDG e as variáveis independentes, foi ajustado um modelo de regressão Gamma pertencente à classe dos Modelos Lineares Generalizados (MLG). Adotou-se um nível de significância de 5% ($p < 0,05$). Foi considerado o coeficiente de correlação (R^2), para o qual valores entre 0 e 0,4 representam correlação fraca, valores entre 0,5 e 0,7 representam correlação, e valores acima de 0,7 representam uma forte correlação. A vantagem do uso dos MLG's na análise de dados positivos assimétricos deve-se ao fato de evitar transformações na variável dependente com a finalidade de encontrar normalidade e homocedasticidade dos erros, visto que as transformações podem não ser adequadas em determinadas situações e, portanto, os dados podem não se adequar aos pressupostos do modelo linear normal. Desse modo, os modelos de regressão Gamma são úteis e bastante utilizados na modelagem de dados com tal comportamento assimétrico⁵³.

Para avaliar os pressupostos do modelo estatístico proposto para descrever as observações, foram verificadas a normalidade e independência dos erros por meio do teste dos resíduos de Shapiro Wilk. Com este procedimento, estar-se-á buscando condições teóricas para a realização das análises estatísticas via técnicas univariadas.

Foi realizado teste t de Student para diferença entre duas médias numa amostra não pareada, ao nível de significância de 5% ($p < 0,05$). As análises foram realizadas com o auxílio do software estatístico R⁵².

3.8 Aspectos éticos

O estudo maior, ao qual esta pesquisa faz parte, foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba (CAAE: 33840514.8.0000.5187) (Anexo F), e encontra-se em concordância com os aspectos éticos que envolvem a pesquisa com seres humanos, conforme preconiza a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde. Após receberem explicações verbais e escritas a respeito do estudo, as idosas que aceitaram participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B).

4. RESULTADOS

Conforme a estrutura proposta pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da UEPB, os resultados referentes a este estudo são apresentados em dois artigos científicos.

ARTIGO I: Sintomas depressivos em idosas praticantes e não praticantes de atividade física

ARTIGO II: Sintomas depressivos e situação físico-funcional em idosas praticantes e não praticantes de atividade física

ARTIGO I

SINTOMAS DEPRESSIVOS EM IDOSAS PRATICANTES E NÃO PRATICANTES DE ATIVIDADE FÍSICA

RESUMO

Objetivou-se verificar fatores sociodemográficos e situação de saúde relacionados a sintomas depressivos em idosas praticantes e não praticantes de atividade física. Este estudo é transversal, realizado com 71 idosas, 35 praticantes de atividade física (PAF) e 36 não praticantes de atividade física (NPAF). A relação conjunta das variáveis independentes e os escores da Escala de Depressão Geriátrica (EDG-15) foi ajustada em um modelo de regressão Gamma pertencente à classe dos Modelos Lineares Generalizados. Entre as idosas PAF observou-se correlação negativa significativa entre a qualidade do sono e a pontuação da EDG-15, sugerindo que na presença de depressão há menos distúrbios do sono. Entre as idosas NPAF a queixa subjetiva de memória apresentou correlação negativa significativa com a pontuação da EDG-15, assim, na presença de depressão há menor comprometimento da memória. Logo a associação entre depressão e distúrbios do sono, foi inversamente proporcional para idosas PAF, tal como a associação entre depressão e queixas subjetivas de memória para idosas NPAF. Identificar os fatores associados aos sintomas depressivos favorece a prevenção e o tratamento precoce da depressão. Estes resultados sugerem que os fatores associados à depressão em idosas PAF e NPAF não são semelhantes, portanto, é importante avaliar separadamente os fatores associados à depressão nesses grupos.

Palavras-chave: Idosas; Cognição; Sono; Atividade física.

DEPRESSIVE SYMPTOMS IN ELDERLY PRACTITIONERS AND NOT PRACTITIONERS OF PHYSICAL ACTIVITY

ABSTRACT

The objective was to verify sociodemographic factors and health situation related to depressive symptoms in elderly women, practitioners and not practitioners of physical activity. This is a cross-sectional study carried out with 71 elderly women 35 physical activity practitioners (PAP) and 36 non-physical activity practitioners (NPAP). The joint relationship of the independent variables and the GDS-15 scores was adjusted in a Gamma regression model belonging to the Generalized Linear Models (GLM). Among the elderly PAP, a significant negative correlation was observed between sleep quality and GDS-15 score, suggesting that in the presence of depression there are fewer sleep disorders. Among the elderly NPAP the subjective complaint of memory showed a significant negative correlation with the GDS-15 score, thus, in the presence of depression there is less memory impairment. Therefore the association between depression and sleep disorders was inversely proportional to elderly PAP, such as the association between depression and subjective memory complaints for elderly NPAP. Identifying the factors associated with depressive symptoms favors the prevention and early treatment of depression. These results suggest that the factors associated with depression in elderly PAP and NPAP are not similar, so it is important to assess separately the factors associated with depression in these groups.

Keywords: Elderly, Cognition, Behavior, Sleep, Memory, Physical activity.

INTRODUÇÃO

A depressão tem se destacado no cenário da Saúde Pública, considerando sua crescente prevalência em todo o mundo, principalmente a partir do início do século XXI¹. A depressão tem acometido 350 milhões de pessoas no mundo, gerando altos custos sociais e econômicos, tendo em vista os gastos com o tratamento² e que sua evolução pode levar ao surgimento de outras morbidades, ou mesmo ao suicídio³.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a depressão é um transtorno mental comum, caracterizado por: tristeza, perda de interesse, ausência de prazer, oscilações entre sentimento de culpa e baixa autoestima, além de distúrbios do sono ou do apetite, constante sensação de cansaço e falta de concentração. A depressão pode ser de longa duração ou recorrente, podendo ser identificada por pessoas sem formação científica. Vários fatores podem levar à depressão, dentre os quais as questões sociais, psicológicas e biológicas⁴.

Indivíduos de qualquer idade podem desenvolver a depressão, porém a população idosa está mais propensa a desenvolvê-la⁵. Constitui a doença psiquiátrica mais comum entre os idosos, e afeta enfaticamente sua qualidade de vida⁶. A prevalência de depressão na população idosa tem sido identificada na literatura com uma variação de 0,9% a 9,4% entre idosos que vivem na comunidade, de 14% a 42% entre idosos que vivem em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) e de 1% a 16% entre os idosos que vivem em agregados familiares. Porém, essa variabilidade pode se dar pela diferença entre as metodologias abordadas em cada um dos estudos, além da influência social e cultural de onde foram desenvolvidos⁷.

Na literatura são citados vários fatores de risco que podem estar associados a depressão em idosos. Dentre eles: doença incapacitante e doenças crônicas não transmissíveis (DCNT)^{8-12,15}, viver só^{9,11}, incapacidade funcional^{13,14}, abandono e/ou maus tratos⁸, insônia^{8,13,14}, ter baixo nível socioeconômico⁹, o comprometimento cognitivo^{9,10}, idade avançada^{10,11,13,15}, percepção negativa da saúde^{13,16}.

Portanto, torna-se importante identificar os fatores que podem estar relacionados com desenvolvimento da depressão em idosos, definindo os fatores particulares que estão mais intimamente interligados com a predisposição do desenvolvimento da depressão nos indivíduos em indivíduos com diferentes estilos de vida¹⁶.

O estilo de vida, ou seja, os fatores comportamentais e cognitivos, mantém uma relação íntima com a depressão. Idosos com menos convívio social apresentam maior probabilidade de ter depressão¹⁷. Além disso estudos tem destacado que a atividade física, para pessoas idosas, contribui para um envelhecimento com menos agravos à saúde mental, em especial a depressão¹⁸.

Diante da pluralidade de fatores associados a depressão, e as diferenças individuais do seu desenvolvimento em cada indivíduo idoso, este estudo teve como objetivo verificar fatores sociodemográficos e situação de saúde relacionados a sintomas depressivos em idosas praticantes e não praticantes de atividade física.

MATERIAL E MÉTODOS

A população desse estudo é formada por mulheres idosas, praticantes e não praticantes de atividade física. A amostra foi selecionada de forma não probabilística e é composta por 71 idosas residentes na zona urbana de Campina Grande/PB, sendo 35 praticantes de atividade física e 36 não praticantes de atividade física.

As idosas praticantes de atividade física (PAF) foram selecionadas entre as idosas participantes do Programa Universidade Aberta no Tempo Livre, da Universidade Estadual da Paraíba. As idosas não praticantes de atividade física (NPAF) foram selecionadas em grupos de convivência situados na cidade de Campina Grande/PB.

Estudo do tipo transversal, realizado no Laboratório de Antropometria, Fisiologia e Biomecânica, da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), e em sedes de grupos de convivência de pessoas idosas localizadas em Campina Grande-PB/Brasil, onde foram coletados dados referentes a aspectos sociodemográficos, ao número de doenças crônicas não transmissíveis, número de consultas e internações nos últimos 12 meses, e situação cognitiva. O trabalho de campo foi realizado entre março e novembro de 2015.

Para definição das idosas não praticantes de atividade física foi adotado o Questionário de Beck Modificado para Idosos (QBMI)¹⁷, o qual avalia a atividade física habitual das últimas duas semanas. Logo, foram incluídas na pesquisa as idosas com escore total do QBMI $\leq 9,11$.

A variável dependente deste estudo foi a depressão avaliada por meio da Escala de Depressão Geriátrica (EDG), validada por Almeida e Almeida¹⁹, na qual os episódios depressivos são detectados por meio de 15 perguntas com alternativas sim e não (equivalentes

de 0 a 1 ponto). O escore é dado pelo somatório dos pontos obtidos. Escores iguais ou maiores que 5 podem ser utilizados clinicamente para o diagnóstico de depressão.

As variáveis independentes avaliadas foram as sociodemográficas e de saúde. Os dados sociodemográficos incluíram informações sobre idade, número de residentes no domicílio e nível socioeconômico. O nível socioeconômico de cada idosa foi verificado por meio da utilização de um questionário que consistiu em um “Critério de Classificação Econômica” da Associação Brasileira de Anunciantes/Associação Brasileira dos Institutos de Mercado/Associação Nacional das Empresas de Pesquisas (ABA/ABIPEME/ANEP), o qual é constituído por informações como grau de instrução da idosa e itens de posse da família (televisão, rádio, banheiro, automóvel, empregada/mensalista, aspirador de pó, máquina de lavar, videocassete e/ou DVD, geladeira, freezer - aparelho independente ou parte da geladeira duplex). Cada informação se refere a um número de pontos, podendo totalizar no máximo 34 pontos. Quanto maior a pontuação, melhor o nível socioeconômico da idosa²⁰.

A situação de saúde foi verificada por meio das variáveis: número de morbidades referidas, número de consultas nos últimos 12 meses, número de hospitalizações nos últimos 12 meses, queixa subjetiva de memória, função cognitiva e qualidade do sono.

O número de morbidades referidas foi obtido por meio do relato verbal de diagnóstico das seguintes doenças: hipertensão, doença cardíaca, osteoporose, embolia/derrame, artrite/artrose/reumatismo, diabetes mellitus, doença crônica pulmonar e câncer. Para isso as idosas foram indagadas se algum médico ou outro profissional da saúde lhe informou que apresentava alguma doença das citadas.

A queixa subjetiva de memória foi verificada por meio do *Subjective Perception of Memory Complaints Questionnaire* (MAC-Q). O MAC-Q é um questionário usado para identificar o declínio da memória nos idosos, comparando a memória atual com a memória do passado. Neste estudo a memória atual foi comparada com a memória da idosa quando tinha quarenta anos de idade. O questionário apresenta 6 questões com alternativas segundo a escala Likert, com variação de respostas de “muito melhor agora” a “muito pior agora”. O escore varia de 7 a 35 pontos. Uma pontuação maior ou igual a 25 sugere comprometimento de memória²¹.

A função cognitiva das idosas foi avaliada por meio do Mini Exame do Estado Mental (MEEM)⁸. O instrumento é composto por questões que são agrupadas em sete categorias: orientação para tempo, orientação para local, registro de 3 palavras, atenção e cálculo, lembrança das 3 palavras, linguagem, e capacidade construtiva visual. O escore pode variar de 0 a 30 pontos. Quanto menor o escore, maior é o comprometimento cognitivo.

A qualidade do sono foi avaliada por meio do Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (Pittsburgh Sleep Quality Index – PSQI)²². Esse instrumento é composto por 19 questões que são divididas em sete componentes, cuja pontuação varia de 0 (nenhuma dificuldade) a 3 (dificuldade grave), esses componentes são: qualidade subjetiva do sono, latência do sono, duração do sono, eficiência habitual do sono, alterações do sono, uso de medicamentos para dormir e disfunção diurna do sono. O escore total, resultado da soma de tais componentes varia de 0 a 21. Quanto maior o escore obtido, pior é a qualidade do sono.

Foi elaborado um banco de dados utilizando-se o aplicativo *Microsoft Office Excel*. Esses dados foram submetidos à dupla entrada, cuja validação dos bancos foi verificada por meio da ferramenta “validate”, por meio do programa estatístico Epi Info 6.04 (Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Estados Unidos). Todas as análises foram estratificadas segundo a prática de atividade física, constituindo dois grupos: praticantes e não praticantes de atividade física. Os resultados foram estudados com o intuito de investigar os fatores cognitivo-comportamentais associados à depressão em idosas praticantes e não praticantes de atividade física.

Para quantificar os efeitos que as variáveis independentes exerceram sobre a existência da depressão, foi ajustado um modelo de regressão Gamma pertencente à classe dos Modelos Lineares Generalizados (MLG), adotando-se um nível de significância de 5% ($p < 0,05$). Foi considerado o coeficiente de correlação (R^2), para o qual valores entre 0 e 0,4 representam correlação fraca, valores entre 0,5 e 0,7 representam correlação, e valores acima de 0,7 representam uma forte correlação. A vantagem do uso dos MLG's na análise de dados positivos assimétricos deve-se ao fato de evitarmos transformações na variável dependente com a finalidade de encontrar normalidade e homocedasticidade dos erros, visto que as transformações podem não ser adequadas em determinadas situações e, portanto, os dados podem não se adequar aos pressupostos do modelo linear normal. Desse modo, os modelos de regressão Gamma são úteis e bastante utilizados na modelagem de dados com tal comportamento assimétrico.

Para avaliar a adequação do modelo estatístico proposto para descrever as observações, foram verificadas a normalidade e independência dos erros. Com este procedimento, estar-se-á buscando condições teóricas para a realização das análises estatísticas via técnicas univariadas.

Esta pesquisa faz parte de um estudo maior aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba (CAAE: 33840514.8.0000.5187), e encontra-se em concordância com os aspectos éticos que envolvem a pesquisa com seres humanos, conforme

preconiza a Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde. As idosas receberam explicações verbais e escritas a respeito do estudo, e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

Este estudo conta com uma amostra de 71 idosas, 35 praticavam atividade física (PAF) e 36 não praticavam atividade física (NPAF). Na Tabela 1 são apresentados os valores médios e os desvios-padrão das variáveis estudadas.

Tabela 1. Média e desvio-padrão do escore da Escala de Depressão Geriátrica (EDG-15) e das variáveis independentes das idosas praticantes e não praticantes de atividade física. Campina Grande/PB, Brasil. 2015.

	PRATICANTES DE ATIVIDADE FÍSICA			
		SIM	NÃO	
	Média	DP	Média	DP
EDG-15	11,60	2,21	10,39	2,91
MAC-Q	23,80	6,35	24,14	6,26
Número de residentes no domicílio	2,94	1,30	2,86	1,61
NSE	8,80	3,44	6,31	1,91
Número de DCNT	1,51	1,25	1,61	1,29
Número de consultas nos últimos 12 meses	2,09	2,36	2,09	2,59
Idade	70,34	5,11	72,81	8,28
MEEM	23,20	3,94	19,89	4,66
PSQI	5,62	3,29	6,66	4,49
Número de hospitalizações nos últimos 12 meses	0,17	0,57	0,17	0,38

MAC-Q: Memory Assessment Complain Questionnaire; NSE: Nível socioeconômico; DCNT: doenças crônicas não transmissíveis; MEEM: Mini Exame do Estado Mental; PSQI: Pittsburgh Sleep Quality Index. DP: Desvio padrão.

Na Tabela 2 são apresentados os resultados da regressão linear bivariada entre a pontuação da EDG-15, no grupo PAF, e as variáveis independentes. Foi observada correlação negativa, estatisticamente significativa entre as variáveis qualidade do sono (PSQI) e número de hospitalizações nos últimos 12 meses, cuja correlação se deu de forma inversamente proporcional, sugerindo que entre as idosas PAF, quanto maior foi a presença de depressão, menor foi a presença de distúrbios do sono e o número de hospitalizações.

Tabela 2. Ajuste do Modelo de Regressão linear simples do tipo Gamma entre o escore da Escala de Depressão Geriátrica (EDG-15) e as variáveis independentes das idosas praticantes de atividade física. Campina Grande, Paraíba, Brasil, 2015.

Variáveis	β_0[IC95%]	β_1[IC95%]	R²	r[IC95%]	p-valor
MAC-Q	2,657 _[2,424; 2,897]	-0,009 _[-0,018; 0,001]	0,078	-0,305 _[-0,580; 0,031]	0,089
Número de residentes no domicílio	2,469 _[2,304;2,636]	-0,006 _[-0,0577;0,046]	0,001	-0,039 _[-0,367; 0,298]	0,811
NSE	2,430 _[2,257;2,601]	0,002 _[0,015;0,021]	0,002	0,047 _[-0,291; 0,374]	0,805
Número de DCNT	2,489 _[2,388;2,592]	-0,025 _[0,078;0,027]	0,023	-0,158 _[-0,467; 0,185]	0,339
Número de consultas nos últimos 12 meses	2,423 _[2,337;2,511]	0,013 _[0,014;0,042]	0,022	0,159 _[-0,184; 0,467]	0,354
Idade	2,755 _[1,882;3,634]	-0,004 _[0,017;0,008]	0,012	-0,120 _[-0,436; 0,222]	0,507
MEEM	2,409 _[2,023;2,805]	0,002 _[0,015;0,018]	0,001	0,036 _[-0,300; 0,365]	0,833
PSQI	2,647 _[2,535;2,760]	-0,036 _[-0,053;-0,018]	0,316	-0,574 _[-0,764; -0,293]	0,0003

Número de hospitalizações nos últimos 12 meses	2,470 _[2,406; 2,535]	-0,122 _[-0,231; -0,003]	0,098	-0,295 _[-0,572; 0,042]	0,0361
---	---------------------------------	------------------------------------	-------	-----------------------------------	--------

NSE: Nível socioeconômico; DCNT: doenças crônicas não transmissíveis; MEEM: Mini Exame do Estado Mental; PSQI: Pittsburgh Sleep Quality Index; MAC-Q: Memory Assessment Complain Questionnaire. β_0 : coeficiente linear; IC95%: Intervalo de 95% de confiança; β_1 : coeficiente angular; R^2 - Coeficiente de determinação; r = Coeficiente de correlação.

Na Tabela 3 são mostrados os resultados da regressão linear bivariada entre a pontuação da EDG-15, no grupo NPAF, e as variáveis independentes. Foi observada correlação estatisticamente significativa ($p < 0,05$) com a variável memória (MAC-Q), cuja correlação se deu de forma inversamente proporcional. Entre as idosas NPAF, quanto maior foi a presença de depressão, menor foi a presença de queixa subjetiva de memória.

Tabela 3. Ajuste do Modelo de Regressão linear simples do tipo Gamma entre o escore da Escala de Depressão Geriátrica (EDG-15) e as variáveis independentes das idosas não praticantes de atividade física. Campina Grande, Paraíba, Brasil, 2015.

Variáveis	β_0 [IC95%]	β_1 [IC95%]	R^2	r[IC95%]	p-valor
MAC-Q	2,766 _[2,402; 3,149]	-0,018 _[-0,033; -0,003]	0,119	-0,411 _[-0,654; 0,090]	0,023
Número de residentes no domicílio	2,474 _[2,296; 2,656]	-0,047 _[-0,102; 0,008]	0,054	-0,281 _[-0,559; 0,051]	0,107
NSE	2,342 _[2,257; 2,601]	-0,0002 _[-0,015; 0,021]	0,00003	-0,001 _[-0,3301; 0,328]	0,994
Número de DCNT	2,317 _[2,173; 2,466]	0,014 _[-0,055; 0,085]	0,003	0,071 _[-0,263; 0,390]	0,698
Número de consultas nos últimos 12 meses	2,354 _[2,239; 2,472]	-0,013 _[-0,045; 0,022]	0,051	-0,130 _[-0,444; 0,211]	0,498
Idade	-0,001 _[1,591; 0,268]	-0,001 _[-0,013; 0,010]	0,001	-0,370 _[0,361; 0,295]	0,829
MEEM	2,319 _[1,908; 2,738]	0,001 _[-0,019; 0,021]	0,0002	0,020 _[-0,312; 0,344]	0,916
PSQI	2,445 _[2,273; 2,621]	-0,010 _[-0,039; 0,004]	0,078	-0,262 _[-0,548; -0,078]	0,117

Número de hospitalizações nos últimos 12 meses	2,345 [2,245; 2,448]	-0,026 ^[-0,269; 0,231]	0,0008	-0,034 [-0,359; 0,280]	0,84
---	----------------------	-----------------------------------	--------	------------------------	------

NSE: Nível socioeconômico; DCNT: doenças crônicas não transmissíveis; MEEM: Mini Exame do Estado Mental. PSQI: Pittsburgh Sleep Quality Index; MAC-Q: Memory Assessment Complain Questionnaire. β_0 : coeficiente linear; IC95%: Intervalo de 95% de confiança; β_1 : coeficiente angular; R^2 - Coeficiente de determinação; r = Coeficiente de correlação.

Na Tabela 4 são apresentados os resultados da regressão linear múltipla entre a pontuação da EDG-15 e as variáveis independentes do grupo de idosas PAF. Para a elaboração deste modelo final, foram testados modelos com todas as variáveis, independentemente dos valores de significância obtidos na análise bivariada, mediante a importância das variáveis para o estudo.

O modelo ajustado explica 43,9% da variação da pontuação da EDG-15 entre as PAF. A qualidade do sono (PSQI) apresentou correlação negativa significativa com a pontuação da EDG-15, ou seja, na presença de depressão há menos acometimento por distúrbios do sono.

Tabela 4. Análise de regressão linear múltipla do tipo Gamma, para estimar a predição das variáveis independentes entre o escore da Escala de Depressão Geriátrica (EDG-15) das idosas praticantes de atividade física. Campina Grande, Paraíba, Brasil, 2015.

Variáveis	R^2	[IC95%]	Estimativa β_1	Erro padrão	Estatística t	p-valor
	0,439					
MAC - Q		[0,016;0,006]	-0,004	0,006	-0,787	0,439
Número de residentes no domicílio		[-0,027;0,096]	0,035	0,031	1,127	0,271
NSE		[-0,027;0,015]	-0,006	0,011	-0,575	0,571
Número de DCNT		[-0,040;0,084]	0,022	0,031	0,709	0,485
Número de consultas nos últimos 12 meses		[-0,031; 0,031]	-0,0004	0,015	-0,028	0,978
Idade		[-0,024;0,002]	-0,011	0,007	-1,572	0,129
MEEM		[-0,025;0,011]	-0,007	0,009	-0,777	0,445

PSQI	[-0,064;-0,018]	-0,041	0,012	-3,442	0,002
Número de hospitalizações nos últimos 12 meses	[-0,184; 0,096]	-0,048	0,069	-0,692	0,496

NSE: Nível socioeconômico; DCNT: doenças crônicas não transmissíveis; MEEM: Mini Exame do Estado Mental. β_0 : coeficiente linear; IC95%: Intervalo de 95% de confiança; β_1 : coeficiente angular; R^2 - Coeficiente de determinação; r = Coeficiente de correlação.

Na Tabela 5 são apresentados os resultados da regressão linear múltipla entre a pontuação da EDG-15 e as variáveis independentes do grupo de idosas NPAF. Para a elaboração deste modelo final, foram testados modelos com todas as variáveis, independentemente dos valores de significância obtidos na análise bivariada, mediante a importância das variáveis para o estudo. O modelo ajustado explica 30,9% da variação da pontuação da EDG-15 entre as NPAF. A queixa subjetiva de memória apresentou correlação negativa significativa com a pontuação da EDG-15, ou seja, na presença de depressão há menor comprometimento da memória.

Tabela 5. Análise de regressão linear múltipla do tipo Gamma, para estimar a predição das variáveis independentes entre o escore da Escala de Depressão Geriátrica (EDG-15) das idosas não praticantes de atividade física. Campina Grande, Paraíba, Brasil, 2015.

Variáveis	R^2	[IC95%]	Estimativa β_1	Erro padrão	Estatística t	p-valor
	0,309					
MAC - Q		[-0,035; -0,001]	-0,018	0,009	-2,098	0,047
Número de residentes no domicílio		[-0,101; 0,043]	-0,029	0,036	-0,821	0,420
NSE		[-0,051; 0,075]	0,012	0,033	0,360	0,722
Número de DCNT		[-0,032; 0,138]	0,052	0,045	1,164	0,256
Número de consultas nos últimos 12 meses		[-0,052; 0,032]	-0,010	0,022	-0,467	0,645

Idade	[-0,022; 0,011]	-0,005	0,008	-0,694	0,494
MEEM	[-0,029; 0,033]	0,002	0,014	0,151	0,881
PSQI	[-0,046; 0,004]	-0,021	0,012	-1,780	0,088
Número de hospitalizações nos últimos 12 meses	[-0,423; 0,282]	-0,076	0,171	-0,446	0,660

NSE: Nível socioeconômico; DCNT: doenças crônicas não transmissíveis; MEEM: Mini Exame do Estado Mental. PSQI: Pittsburgh Sleep Quality Index; MAC-Q: Memory Assessment Complain Questionnaire. *= Nível de significância <0,05; β_0 : coeficiente linear; IC95%: Intervalo de 95% de confiança; β_1 : coeficiente angular; R² - Coeficiente de determinação; r = Coeficiente de correlação.

DISCUSSÃO

A depressão é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como um transtorno mental comum, que afeta o indivíduo emocional e fisiologicamente⁴. A depressão no idoso representa uma condição clínica ainda subdiagnosticada e tratada inadequadamente em cuidados de saúde, pois a maioria dos idosos recorre aos cuidados de saúde priorizando queixas somáticas e reprimem os sintomas emocionais. Fato preocupante, tendo em vista as repercussões da depressão na vida do idoso, como é o caso das doenças osteoarticulares, o diabetes mellitus, a hipertensão arterial, a doença cardíaca, a perda auditiva e da visão, bem como a incontinência urinária²³.

O quadro depressivo pode ser confundido com um quadro inicial de demência, devido sua repercussão nas atividades mnemônicas. Diante desse fator de confusão, é de suma importância que os profissionais de saúde reconheçam os fatores associados à depressão em idosos, e avaliem enfaticamente os sinais e sintomas que o idoso apresenta, a fim de propor o tratamento adequado²⁴.

Neste estudo, entre as idosas PAF, foi verificado que quanto maior o escore da EDG, menor o escore do PSQI que implica na possibilidade de menor presença de distúrbios do sono. Nos estudos realizados por Sariarslan e colaboradores²⁵, na Turquia, e por Hoffmann e colaboradores¹⁴, foi verificada correlação significativamente positiva entre a qualidade do

sono e a depressão, ou seja, a depressão esteve diretamente associada a uma pior qualidade do sono. Em outro estudo, Tellez e colaboradores²⁶ identificaram que idosos com sintomas de depressão apresentaram maior frequência de distúrbios do sono, como insônia, sonolência diurna excessiva, indicadores de apneia e paralisia do sono, além de outros indicadores como maior uso de medicamentos, menor qualidade subjetiva de sono e menor índice de qualidade global do sono.

Sutter e colaboradores²⁷ explicam que a ligação entre pior qualidade do sono e depressão se destaca quando a sintomatologia depressiva compromete intensamente a vida do indivíduo, a ponto de o mesmo ter um desempenho mais baixo em raciocínio e fluência semântica. Portanto, a relação entre qualidade do sono e depressão sugere que as idosas com maior pontuação na EDG podem não estar comprometidas pelo distúrbio, de modo que continuam a dar andamento a atividades físicas que demandam um bom desempenho do raciocínio. Além da prática de atividade física influenciar de forma positiva na melhora da percepção subjetiva e objetiva da qualidade do sono^{28,29}.

No estudo de Felix e colaboradores³⁰, a má qualidade do sono foi observada em 49% dos idosos com depressão, mas 82,3% dos idosos da pesquisa, afirmavam que tinham um sono muito bom ou bom quando considerada a auto percepção do sono. O que sugere que muitos idosos com depressão podem superestimar qualidade do sono, fator que relativiza a abordagem do PSQI pela auto percepção da qualidade do sono.

Portanto, considera-se que a qualidade do sono pode ser um indicador utilizado para o rastreamento de depressão em idosos, porém não deve ser o único critério determinante para considerar o quadro clínico da depressão, principalmente quando se trata do autorrelato.

Quanto às idosas NPAF, foi verificado neste estudo que quanto maior o escore de depressão, menor o escore de queixa de memória. Resultados encontrados na literatura divergem deste resultado³¹⁻³⁴. No estudo de Kim e colaboradores³³, realizado na Coreia do Sul, foi identificado que idosos com mais queixas subjetivas de memória apresentavam mais sintomas depressivos (média de 12,5 sintomas) em comparação com indivíduos sem queixas de memória, segundo os autores o hipocampo dos idosos com depressão era reduzido quando comparado aos idosos sem depressão, o que justifica as queixas de memória. No estudo de Balash e colaboradores³⁴, que envolveu uma amostra de 636 idosos, foi identificado que idosos com queixas de memória tinham sintomas de depressão e ansiedade, independentemente da situação cognitiva.

Neste estudo o que pode justificar o fato de que na presença de depressão haja menor comprometimento da memória em idosas NPAF, se dá pela homogeneidade da amostra

quanto ao escore igual ou maior que 6, que sugere clinicamente a presença de depressão nos idosos. Além do fato da amostra ser representada por idosas com uma média de idade 72,81 anos ($\pm 8,28$), que representa uma faixa etária com menor propensão ao declínio da memória, pois as queixas cognitivas são mais prevalentes em idosos com 80 anos ou mais^{1,5}. Logo, não há indivíduos com características distintas dentro dessa amostra para que se possa inferir essa informação para esse grupo.

Os resultados deste estudo mostram que os fatores associados à depressão em idosas praticantes e não praticantes de atividades físicas não são semelhantes. Os distúrbios do sono têm sido associados à depressão no público idoso, porém como visto neste estudo, idosas PAF podem ter uma relação inversa entre distúrbios do sono e depressão. Lopes et al (2015)³⁵ verificaram a relação de boa qualidade do sono com a depressão, e após reajuste de dados confundidores observaram que não houve mais correlação. Logo, os resultados desse estudo indicam que a associação de boa qualidade do sono, ou mesmo de distúrbios do sono, com a depressão deve ser avaliada de forma controlada, uma vez que muitos fatores podem ser confundidores nessa correlação. Portanto, haver relação da depressão com menos distúrbios do sono em idosas PAF, e não em idosas NPAF, pode estar relacionado à percepção de melhor qualidade do sono devido à influência do controle fisiológico do sono pela prática de atividade física.

A identificação dos fatores associados aos sintomas depressivos, em grupos distintos, mostra-se importante, uma vez que favorece a prevenção e o tratamento precoce da depressão de forma específica. A detecção precoce da depressão, por meio da identificação dos seus fatores associados, pode prevenir danos maiores à saúde dos idosos, como o desenvolvimento de alterações na função cognitiva³⁵, além de diminuir o risco de mortalidade e prevenir o suicídio³⁶.

Portanto, a metodologia deste estudo se destaca por comparar separadamente os fatores associados à depressão em idosas praticantes e não praticantes de atividade física, considerando a importância da prática de atividade física como aliada da saúde mental. Considerando a importância de investir em pesquisas que investiguem particularidades de cada grupo, para que possam ser realizadas estratégias de ação específicas e adequadas considerando a necessidade individual de cada grupo.

Quanto aos profissionais de saúde, evidencia-se que a realização de busca ativa, especialmente da atenção primária, para detectar sinais sugestivos de depressão nos idosos é uma estratégia primordial, considerando que independente de praticar atividade física ou não, os idosos são um público mais propenso a desenvolver depressão. Logo, a prevenção e a

intervenção precoce são as melhores alternativas para evitar maiores prejuízos a saúde dos idosos.

Destarte, para sociedade, para a Saúde Pública, para os profissionais de saúde, as informações aqui apresentadas são um alerta para a compreensão da magnitude da depressão no âmbito da saúde pública. Desmistificando a ideia de que o perfil do idoso com depressão é caracterizado por inatividade e isolamento social, e contribuindo para a promoção de ações de saúde por parte do poder público que contribuam efetivamente para a prevenção e tratamento da depressão nos idosos.

REFERÊNCIAS

1. Boing AF, Melo GR, Boing AC, Moretti-Pires RO, Peres KG, Peres MA. Associação entre depressão e doenças crônicas: um estudo populacional. *Revista de Saúde Pública*. 2012; 46 (4): 617-623.
2. Razzouk D. Por que o Brasil deveria priorizar o tratamento da depressão na alocação dos recursos da Saúde? *Epidemiologia e Serviços de Saúde* [online]. 2016; 25 (4): 845-848.
3. Sousa GS, Silva RM, Figueiredo AEB, Minayo MCS, Vieira LJES. Circunstâncias que envolvem o suicídio de pessoas idosas. *Interface* (Botucatu). 2014;18(49): 389-402.
4. Fiocruz. Canal Saúde. 2017. Disponível em: <http://www.canal.fiocruz.br/destaque/index.php?id=722>.
5. Lima AMP, Ramos JLS, Bezerra IMP, Rocha RPB, Batista, HMT, Pinheiro WR. Depressão em idosos: uma revisão sistemática da literatura. *Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção*. 2016; 6(2): 97-103.
6. Monteso P, Ferre C, Lleixa M, Albacar N, Aguilar C, Sanchez A, et al. Depression in the elderly: study in a rural city in southern Catalonia. *J PsychMent Health Nurse*. 2012; 19(5): 426-429.
7. Djernes JK. Prevalence and predictors of depression in populations of elderly: a review. *Acta PsychiatrScand*. 2006;113(5): 372-387.
8. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2006. (Série A. Normas e Manuais Técnicos); (*Cadernos de Atenção Básica; nº 19*). Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad19.pdf
9. Vink D, Aartsen MJ, Schoevers RA. Risk factors for anxiety and depression in the elderly: a review. *J AffectDisord* 2008; 106(1-2): 29-44.
10. Bruce ML. Psychosocial risk factors for depressive disorders in late life. *BiolPsychiatry* 2002; 52(3): 175-84.
11. 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.
12. Lima MTR, Silva RS, Ramos LR. Fatores associados à sintomatologia depressiva numa coorte urbana de idosos. *J Bras Psiquiatr*. 2009;58(1):1-7.
13. 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):104-109.
14. Hoffmann EJ, Ribeiro F, Farnese JM, Lima EWB. Sintomas depressivos e fatores associados entre idosos residentes em uma comunidade no norte de Minas Gerais, Brasil. *J Bras Psiquiatr.* 2010;59(3):190-197.
 15. Batistoni SST, Neri AL, Cupertino APFB. Medidas prospectivas de sintomas depressivos entre idosos residentes na comunidade. *Revista de Saude publica.* 2010;44(6):1137-1143.
 16. Nogueira EL, Rubin LL, Giacobbo SS, Gomes I, Cataldoneto A. Screening for depressive symptoms in older adults in the Family Health Strategy, Porto Alegre, Brazil. *Revista de Saúde Pública.* 2014; 48(3): 368-377.
 17. Beck AT, Steer RA, Brown GK. BDI-II – Inventário de Depressão de Beck. Adaptação de Clarice Gorenstein, et al. São Paulo: Casa do Psicólogo. 2011.
 18. Mendesa GAB, Carvalho MVC, Silva AMTC, Almeida RJ. Relação entre atividade física e depressão em idosos: Uma revisão integrativa. *Rev. Aten. Saúde.* 2017; 53(15): 110-116.
 19. 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 GeriatrPsychiatry.* 1999; 14(10): 858-865.
 20. Associação Nacional de Empresas de Pesquisa. *Critério de Classificação Econômica Brasil.* São Paulo, 1999.
 21. Crook TH, Feher EP, Larrabee GJ. Assessment of memory complaint in age-associated memory impairment: the MAC-Q. *Int. Psychogeriatr.* 1992; 4(2): 165-176.
 22. Bertolazi AN. Tradução, adaptação cultural e validação de dois instrumentos de avaliação do sono: Escala de sonolência de Epworth e Índice de qualidade de sono de Pittsburgh. Porto Alegre. Dissertação [mestrado] -Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Programa de Pós-Graduação em Medicina, 2008.
 23. Bisschop MI, Kriegsman DM, Beekman AT, Deeg DJ. Chronic diseases and depression: the modifying role of psychosocial resources. *Soc Sci Med.* 2004;59(4):721-733.
 24. Lin JH, Huang MW, Wang DW, Chen YM, Lin CS, Tang YJ, et al. Late-life depression and quality of life in a geriatric evaluation and management unit: an exploratory study. *BMC Geriatr.* 2014; 14:77.
 25. Sariarslan HÁ, Gulhan YB, Unalan D, Basturk M, Delibas S. A relação dos problemas do sono com a qualidade da vida e a depressão. *Neurociências.* 2015; 20 (3): 236-242.

26. Tellez A, Juarez-Garcia DM, Jaime-Bernal L, Garcia-Cadena C. Prevalencia de Trastornos de Sueño en Relación con Factores Sociodemográficos y Depresión en Adultos Mayores de Monterrey, México. *Rev. colomb. psicol.* 2016; 25 (1): 95-106.
27. Sutter C, Zöllig J, Allemand M, Martin M. Sleep quality and cognitive function in healthy old age: the moderating role of subclinical depression. *Send to Neuropsychology*. 2012; 26(6): 768-75.
28. Mather A, Rodriguez C, Guthrie M, Mcharg A, Reid I, MCMurdo M. Effects of exercise on depressive symptoms in older adults with poorly responsive depressive disorder: randomized controlled trial. *Br J Psychiatry*. 2002; 180: 411-415.
29. Ropke LM, et al. Efeito da atividade física na qualidade do sono e qualidade de vida: revisão sistematizada. *Archives of health investigation*. 2017; 12 (6).
30. Felix RH, Almeida CBL, Cremaschi RC, Coelho FM, Santos FC. Pain-induced depression is related to overestimation of sleep quality in a very elderly population with pain. *Arq. Neuro-Psiquiatr*. 2017; 75(1): 25-29.
31. Brunet J, Hudon C, Macoir J, et al. The Relation Between Depressive Symptoms and Semantic Memory in Amnesic Mild Cognitive Impairment and in Late-Life Depression. *Journal of the International Neuropsychological Society*. 2011; 17: 865-874.
32. Kim MJ, Seo SW, Kim GH, Kim ST, Lee JM, Qiu A, Na DL. Less depressive symptoms are associated with smaller hippocampus in subjective memory impairment. *Arch Gerontol Geriatr*. 2013; 57:110-115.
33. Paula JJ, Malloy-Diniz LF. Executive functions as predictors of functional performance in mild Alzheimer's dementia and mild cognitive impairment elderly. *Estudos de Psicologia*. 2013;18(1):117-124.
34. Balash Y, Mordechovich M, Shabtai H, Giladi N, Gurevich T, Korczyn AD. Subjective memory complaints in elders: depression, anxiety, or cognitive decline? *Acta Neurol Scand*. 2013; 127:344-350.
35. Lopes JM et al. Associação da depressão com as características sociodemográficas, qualidade do sono e hábitos de vida em idosos do Nordeste brasileiro: estudo seccional de base populacional. *Rev. bras. geriatr. gerontol.*, Rio de Janeiro. 2015; 3(18):521-531.
36. Sousa GS, Silva RM, Figueiredo AEB, Minayo MCS, Vieira JES. Circunstâncias que envolvem o suicídio de pessoas idosas. *Interface (Botucatu)*. 2014; 18(49): 389-402.

ARTIGO II

SINTOMAS DEPRESSIVOS E SITUAÇÃO FÍSICO-FUNCIONAL EM IDOSAS PRATICANTES E NÃO PRATICANTES DE ATIVIDADE FÍSICA

RESUMO

Objetivou-se verificar fatores físico-funcionais relacionados a sintomas depressivos em idosas praticantes e não praticantes de atividade física. Estudo transversal, realizado com 71 idosas, 35 praticantes de atividade física (PAF) e 36 não praticantes de atividade física (NPAF). A variável dependente foi depressão, cujo rastreamento foi realizado por meio da Escala de Depressão Geriátrica (EDG - 15). As variáveis independentes foram relacionadas à situação física e funcional. Para testar a relação conjunta das variáveis independentes e os escores da EDG-15 foi ajustado um modelo de regressão Gamma pertencente à classe dos Modelos Lineares Generalizados. No grupo PAF foi verificado que quanto maior o escore da EDG - 15, maior o escore para as atividades instrumentais de vida diária (AIVD) e menor o número de quedas nos últimos 12 meses, ou seja, na presença de depressão houve menor ocorrência de quedas e maior realização das AIVD. Enquanto que para o grupo NPAF nenhuma das variáveis apresentou associação. Portanto, é possível considerar que diferentes fatores podem estar associados à presença de depressão em diferentes grupos, justificando a necessidade de verificar separadamente entre estes grupos os fatores associados à depressão, possibilitando, assim, a realização de estratégias para atender especificamente cada demanda.

Palavras-chave: idosos, atividade física, movimento, resistência física.

DEPRESSIVE SYMPTOMS AND PHYSICAL-FUNCTIONAL SITUATION IN ELDERLY PRACTITIONERS AND NON-PRACTITIONERS OF PHYSICAL ACTIVITY

ABSTRACT

The objective was to verify physical-functional factors related to depressive symptoms in practitioners and non-practitioners of physical activity. Cross-sectional study accomplished with 71 elderly women, 35 physical activity practitioners (PAP) and 36 non-physical activity practitioners (NPAP). The dependent variable was depression, which was tracked through the Geriatric Depression Scale - reduced version (GDS - 15). The independent variables were related to the physical situation. In order to test the joint relationship of the independent variables and the GDS-15 scores, a Gamma regression model belonging to the Generalized Linear Models class was adjusted. In the PAP group, the higher the GDS-15 score, the higher the score for the instrumental activities of daily living (IADL) and the lower the number of falls in the last 12 months, that is, in the presence of depression there was less occurrence of falls and greater realization of IADL. While for the NPAP group none of the variables had an association. Therefore, it is possible to consider that different factors may be associated with the presence of depression in different groups, justifying the need to verify separately among these groups the factors associated with depression, thus enabling the implementation of strategies to specifically meet each demand.

Keywords: elderly, physical activity, movement, physical endurance.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial, que teve destaque no último século e perdura neste. O aumento da expectativa de vida tem influência importante na modificação dos padrões epidemiológicos de morbidade e mortalidade, tendo em vista a alteração no perfil das doenças predominantes, caracterizada pela gradativa substituição das pandemias por doenças infecciosas pelas Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) e agravos produzidos pelo homem¹.

Dentre as DCNT, as que mais afetam os idosos em todo o mundo são: as cardiovasculares, o diabetes mellitus, principalmente tipo II, o câncer, doença pulmonar obstrutiva crônica, doenças músculo – esqueléticas, doenças mentais, se configurando como principais a demência, resultante do declínio cognitivo, e a depressão².

A depressão, é caracterizada por alterações específicas no humor, autoconceito negativo acompanhado por recriminações, desejos regressivos e autopunitivos, alterações vegetativas (anorexia, insônia) e alteração no nível de atividade (retardo psicomotor ou agitação)¹. A depressão vem apresentando uma crescente prevalência em todo o mundo, tornando-se um problema de saúde pública, principalmente a partir do início do século XXI³. Fato preocupante, tendo em vista que o seu agravamento pode evoluir para outros problemas, como o suicídio².

Embora seja uma doença clinicamente reconhecida há anos, a literatura científica ainda não obteve todos os esclarecimentos necessários para sua abordagem clínica de forma abrangente devido à sua complexidade¹. Sabe-se que Indivíduos de qualquer idade podem desenvolver a depressão, porém a população idosa está mais propensa a desenvolvê-la, devido fatores relacionados ao envelhecimento⁴.

Portanto, torna-se importante o estudo dos fatores que podem ser cruciais para o desenvolvimento da depressão em idosos. Estudos têm mostrado associação da depressão com a faixa etária, sexo, limitações físicas/dependência para realização de atividades, presença de doenças crônicas³ e situação socioeconômica⁴. Alguns aspectos como limitações físicas e cognitivas, e situação financeira insatisfatória muitas vezes impossibilitam a realização de atividades de lazer, o que pode contribuir para o aparecimento de sintomas depressivos⁵.

Compreender que as diferenças entre os grupos também implicam nos diferentes fatores que estão associados ao desenvolvimento de depressão, é um exercício fundamental

para desenvolver práticas efetivas para a prevenção, diagnóstico e tratamento da depressão nos idosos, sejam eles praticantes ou não praticantes de atividades físicas⁶.

Destarte, percebe-se a importância do desenvolvimento de pesquisas que verifiquem os fatores de risco para o desenvolvimento da depressão nos idosos, definindo os fatores particulares que estão mais intimamente interligados com a predisposição do desenvolvimento da depressão, pois o rastreamento precoce dessa doença favorece intervenções mais eficazes. Diante do exposto, este estudo tem como objetivo verificar fatores físico-funcionais relacionados a sintomas depressivos em idosos praticantes e não praticantes de atividade física.

MATERIAL E MÉTODOS

Este estudo foi realizado com uma amostra de 71 idosos, 35 praticantes de atividades físicas (PAF), as quais eram integrantes do Programa Universidade Aberta no Tempo Livre, da Universidade Estadual da Paraíba, e 36 não praticavam atividade física, e eram integrantes de grupos de convivência da cidade de Campina Grande.

Trata-se de um transversal, realizado no Laboratório de Antropometria, Fisiologia e Biomecânica, da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), e em sedes de grupos de convivência de pessoas idosas localizadas em Campina Grande-PB/Brasil.

Para definição das idosas não praticantes de atividade física foi adotado o Questionário de Baecke Modificado para Idosos (QBMI)⁷, o qual avalia a atividade física habitual das últimas duas semanas. Logo, foram incluídas na pesquisa as idosas com escore total do QBMI $\leq 9,11$.

A depressão foi avaliada por meio da Escala de Depressão Geriátrica (EDG), validada por Almeida e Almeida⁸, na qual os episódios depressivos são detectados por meio de 15 perguntas com alternativas sim e não (equivalentes de 0 a 1 ponto). O escore é dado pelo somatório dos pontos obtidos. Escores iguais ou maiores que 5 podem ser utilizados clinicamente para o diagnóstico de depressão.

A situação físico-funcional foi avaliada por meio das seguintes informações: ganho de peso, em quilos, nos 12 meses que antecederam a entrevista; perda de peso, em quilos, nos 12 meses que antecederam a entrevista; índice de massa corporal; circunferência da cintura;

circunferência da panturrilha; força de preensão manual; número de quedas nos 12 meses que antecederam a entrevista; atividades instrumentais de vida diária.

Para o cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC), que consiste na razão entre o peso (kg) e o quadrado da estatura (m)², foram aferidos o peso (kg) e a estatura (m) com base nas técnicas propostas por Gordon et al⁹. A mensuração da estatura foi realizada com o uso de estadiômetro portátil (ALTUREXAT®) e do peso com o uso de balança eletrônica digital portátil (TANITA UM080®), tipo plataforma, com capacidade para 150 kg e sensibilidade de 100g. Valores de IMC ≤ 23 kg/m² indicam baixo peso, > 23 e < 28 kg/m² indicam eutrofia, ≥ 28 e < 30 kg/m² indicam sobrepeso e ≥ 30 kg/m² indicam obesidade¹⁰.

A circunferência da cintura (CC) (cm) foi aferida utilizando fita métrica inelástica, com precisão de 1mm. A CC foi aferida com a idosa em pé com o mínimo de roupa. A idosa foi posicionada de forma ereta, olhando para frente e com os braços soltos lateralmente, com as palmas das mãos voltadas para o corpo. A fita métrica foi posicionada no plano horizontal da menor cintura, ou no ponto médio entre a última costela e a borda superior da crista ilíaca. Essa aferição foi realizada duas vezes, no caso dos valores não coincidirem, foi realizada uma terceira aferição e calculada a média das duas ou três medidas. Valores de CC ≥ 80 cm sugerem risco aumentado de complicações metabólicas¹¹.

A circunferência da panturrilha (CP) (cm) foi aferida utilizando fita métrica inelástica, com precisão de 1mm. Para a aferição da CP a idosa foi posicionada sentada, com a coxa formando um ângulo de 90° com a perna. A mensuração foi realizada no lado direito da idosa. A medida foi obtida a partir da maior porção da região da panturrilha, sem comprimi-la e com a fita em posição perpendicular em relação à panturrilha. Foram realizadas duas medidas e, caso os valores não coincidissem, foi realizada uma terceira mensuração. O valor final foi a média dos valores obtidos¹². Valores inferiores a 31 cm sugerem redução de massa muscular¹³.

Para a aferição da força de preensão manual foi utilizado um dinamômetro hidráulico manual, ajustado para cada idosa de acordo com o tamanho das mãos, cujo teste foi realizado no membro referido como o de maior força. Durante a realização do teste a idosa permaneceu sentado, com o cotovelo apoiado em uma mesa, antebraço estendido à frente, palma da mão para cima e, então, foi solicitado que exercesse a maior preensão possível. O teste foi realizado duas vezes, com intervalo de um minuto entre as execuções¹⁴. Valores inferiores a 20 kgf sugerem risco para dependência funcional e baixos níveis de saúde, independente da idosa ter uma vida ativa ou sedentária¹⁵.

As atividades instrumentais de vida diária foram avaliadas por meio da Escala de Lawton e Brody, que consiste em avaliar sete atividades instrumentais de vida diária: uso do telefone, fazer compras, preparação de refeições, trabalho doméstico, lavar roupa, locomoção fora de casa, responsabilidade com a medicação, e manejo do dinheiro (economia). Cada atividade é classificada em relação à assistência, à qualidade da execução e à iniciativa da idosa. Cada atividade gera uma pontuação, cuja soma varia de 0 a 21 pontos. Quanto menor a pontuação, maior a dependência¹⁶.

Foi elaborado um banco de dados utilizando-se o aplicativo *Microsoft Office Excel*. Esses dados foram submetidos à dupla entrada, cuja validação dos bancos foi verificada por meio da ferramenta “validate”, por meio do programa estatístico Epi Info 6.04 (Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Estados Unidos). Todas as análises foram estratificadas segundo a prática de atividade física, constituindo dois grupos: praticantes e não praticantes de atividade física. Os resultados foram estudados com o intuito de investigar os fatores cognitivo-comportamentais associados à depressão em idosas praticantes e não praticantes de atividade física.

Para quantificar os efeitos que as variáveis independentes exerceram sobre a existência da depressão, foi ajustado um modelo de regressão Gamma pertencente à classe dos Modelos Lineares Generalizados (MLG), adotando-se um nível de significância de 5% ($p < 0,05$). Foi considerado o coeficiente de correlação (R^2), para o qual valores entre 0 e 0,4 representam correlação fraca, valores entre 0,5 e 0,7 representam correlação, e valores acima de 0,7 representam uma forte correlação. A vantagem do uso dos MLG's na análise de dados positivos assimétricos deve-se ao fato de evitarmos transformações na variável dependente com a finalidade de encontrar normalidade e homocedasticidade dos erros, visto que as transformações podem não ser adequadas em determinadas situações e, portanto, os dados podem não se adequar aos pressupostos do modelo linear normal. Desse modo, os modelos de regressão Gamma são úteis e bastante utilizados na modelagem de dados com tal comportamento assimétrico.

Para avaliar a adequação do modelo estatístico proposto para descrever as observações, foram verificadas a normalidade e independência dos erros. Com este procedimento, estar-se-á buscando condições teóricas para a realização das análises estatísticas via técnicas univariadas.

Esta pesquisa faz parte de um estudo maior aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba (CAAE: 33840514.8.0000.5187), e encontra-se em concordância com os aspectos éticos que envolvem a pesquisa com seres humanos, conforme

preconiza a Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde. As idosas receberam explicações verbais e escritas a respeito do estudo, e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

A amostra do presente estudo foi constituída por 71 idosas, no entanto, foram excluídas duas por apresentarem resultados discrepantes em relação aos demais, restando 69, onde 34 praticavam atividade física (PAF) e 35 não praticavam atividade física (NPAF). A média de idade das 34 idosas PAF foi 70,3 anos ($\pm 5,11$). As idosas PAF apresentaram idade mínima de 60 anos e máxima de 80 anos. A média de idade das 35 idosas NPAF foi 72,8 anos ($\pm 8,28$). No grupo NPAF a idade mínima foi 61 anos e a máxima foi 91 anos. Na Tabela 1 são apresentados os valores médios e os desvios-padrão das variáveis estudadas.

Tabela 1. Média e desvio-padrão do escore da Escala de Depressão Geriátrica (EDG-15) e das variáveis independentes das idosas praticantes e não praticantes de atividade física. Campina Grande/PB, Brasil. 2015.

	PRATICANTES DE ATIVIDADE FÍSICA			
	SIM		NÃO	
	Média	DP	Média	DP
EDG-15	11,60	2,21	10,39	2,91
FPM	21,79	5,77	22,07	5,17
Número de quedas nos últimos 12 meses	0,63	0,81	0,69	1,04
Ganho de peso nos últimos 12 meses	1,67	2,23	1,88	3,68
Perda de peso nos últimos 12 meses	0,82	1,47	2,65	2,99
AIVD	20,11	1,02	18,83	1,99
IMC	28,98	4,45	28,53	5,49
CC	91,17	10,70	91,79	15,54
CP	36,81	4,39	34,95	3,87

FPM: Força de preensão manual; AIVD: Atividades Instrumentais de Vida Diária; IMC: Índice de Massa Corporal; CC: Circunferência da Cintura; CP: Circunferência da Panturrilha.
DP: Desvio padrão

Na Tabela 2 são mostrados os resultados da regressão linear bivariada entre a pontuação da EDG-15, no grupo PAF, e as variáveis independentes. Foi observado que a AIVD apresentou correlação significativa positiva com a EDG correlação significativa com a pontuação da EDG-15.

Tabela 2. Ajuste do Modelo de Regressão linear simples do tipo Gamma entre o escore da Escala de Depressão Geriátrica (EDG-15) e as variáveis independentes das idosas praticantes de atividade física. Campina Grande, Paraíba, Brasil, 2015.

Variáveis	β_0 [IC95%]	β_1 [IC95%]	R ²	r[IC95%]	p-valor
FPM	2,412 ^[2,156;2,673]	0,002 ^[-0,010; 0,0132]	0,002	0,052 ^[-0,287;0,378]	0,761
Número de quedas nos últimos 12 meses	2,478 ^[2,398;2,559]	-0,043 ^[-0,121;0,036]	0,0300	-0,184 ^[-0,388;0,297]	0,292
Ganho de peso nos últimos 12 meses	2,464 ^[2,382; 2,549]	-0,005 ^[-0,035;0,027]	0,046	-0,051 ^[-0,388;0,297]	0,764
Perda de peso nos últimos 12 meses	2,458 ^[2,384;2,533]	-0,019 ^[-0,064;0,028]	0,070	-0,134 ^[-0,451;0,214]	0,408
AIVD	0,832 ^[-0,334;2,028]	0,080 ^[0,021;0,138]	0,159	0,411 ^[0,090;0,655]	0,011
IMC	2,260 ^[1,840;2,682]	0,007 ^[-0,008; 0,021]	0,021	0,157 ^[-0,186 ;0,466]	0,38
CC	2,410 ^[1,855;2,969]	0,0004 ^[-0,006;0,007]	0,0005	0,025 ^[-0,311;0,356]	0,886
CP	2,362 ^[1,827;2,894]	0,002 ^[-0,012;0,0169]	0,003	0,059 ^[-0,280;0,384]	0,752

FPM: Força de prensão manual; AIVD: Atividades Instrumentais de Vida Diária; IMC: Índice de Massa Corporal; CC: Circunferência da Cintura; CP: Circunferência da Panturrilha.
 β_0 : coeficiente linear; IC95%: Intervalo de 95% de confiança; β_1 : coeficiente angular; R² - Coeficiente de determinação; r = Coeficiente de correlação.

Na Tabela 3 são mostrados os resultados da regressão linear bivariada entre a pontuação da EDG-15, no grupo NPAF, e as variáveis independentes. Foi observado que nenhuma das variáveis apresentou correlação significativa com a pontuação da EDG-15.

Tabela 3. Ajuste do Modelo de Regressão linear simples do tipo Gamma entre o escore da Escala de Depressão Geriátrica (EDG-15) e as variáveis independentes das idosas não praticantes de atividade física. Campina Grande, Paraíba, Brasil, 2015.

Variáveis	β_0 [IC95%]	β_1 [IC95%]	R ²	r[IC95%]	p-valor
FPM	2,059 ^[1,63;2,503]	0,013 ^[-0,006;0,032]	0,0718	0,218 ^[-0,1297258;0,5179828]	0,171
Número de Quedas nos últimos 12 meses	2,377 ^[2,268;2,489]	-0,053 ^[-0,141;0,037]	0,028	-0,196 ^[-0,492; 0,141]	0,249
Ganho de peso nos últimos 12 meses	2,325 ^[2,211;2,443]	0,009 ^[-0,017;0,038]	0,135	0,141 ^[-0,237; 0,488]	0,542
Perda de peso nos últimos 12 meses	2,385 ^[2,252;2,523]	-0,010 ^[-0,044;0,025]	0,107	-0,100 ^[-0,439; 0,263]	0,567
AIVD	1,976 ^[1,139;2,834]	0,019 ^[-0,026;0,064]	0,014	0,149 ^[-0,188; 0,456]	0,424
IMC	2,009 ^[1,521;2,501]	0,012 ^[0,005;0,029]	0,073	0,240 ^[-0,101; 0,531]	0,179
CC	2,140 ^[1,599;2,696]	0,002 ^[0,004;0,008]	0,052	0,138 ^[-0,210; 0,455]	0,487
CP	2,014 ^[1,185;2,850]	0,010 ^[0,014;0,033]	0,049	0,142 ^[-0,201; 0,454]	0,444

FPM: Força de preensão manual; AIVD: Atividades Instrumentais de Vida Diária; IMC: Índice de Massa Corporal; CC: Circunferência da Cintura; CP: Circunferência da Panturrilha.
 β_0 : coeficiente linear; IC95%: Intervalo de 95% de confiança; β_1 : coeficiente angular; R² - Coeficiente de determinação; r = Coeficiente de correlação.

Na Tabela 4 são apresentados os resultados da regressão linear múltipla entre a pontuação da EDG-15, no grupo PAF, e as variáveis independentes. Para a elaboração deste modelo final, foram testados modelos com todas as variáveis, independentemente dos valores

de significância obtidos na análise bivariada, mediante a importância das variáveis para o estudo.

As variáveis do grupo PAF explicaram conjuntamente 39,3% da variação da pontuação da EDG-15. O número de quedas ($p= 0,0371$) e as Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) ($p= 0,023$) apresentaram correlação significativa negativa e positiva, respectivamente, com a pontuação da EDG-15. Esses dados indicam que na presença de depressão há menor ocorrência de quedas e há maior realização das AIVD sem solicitar ajuda de terceiros.

Tabela 4. Análise de regressão linear múltipla do tipo Gamma, para estimar a predição das variáveis independentes entre o escore da Escala de Depressão Geriátrica (EDG-15) das idosas praticantes de atividade física. Campina Grande, Paraíba, Brasil, 2015.

Variáveis	R ²	[IC95%]	Estimativa β_1	Erro padrão	Estatística t	p- valor
	0,394					
FPM		[-0,010; 0,016]	0,003	0,007	0,448	0,658
Número de quedas nos últimos 12 meses		[-0,224;-0,012]	-0,118	0,053	-2,213	0,037
Ganho de peso nos últimos 12 meses		[-0,019 ;0,051]	0,016	0,017	0,904	0,375
Perda de peso nos últimos 12 meses		[-0,060; 0,039]	-0,011	0,025	-0,426	0,674
AIVD		[0,019; 0,170]	0,095	0,039	2,446	0,023
IMC		[-0,016; 0,049]	0,016	0,017	0,940	0,357
CC		[-0,012; 0,015]	0,002	0,007	0,224	0,825
CP		[-0,033; 0,007]	-0,013	0,011	-1,250	0,224

FPM: Força de preensão manual; AIVD: Atividades Instrumentais de Vida Diária; IMC: Índice de Massa Corporal; CC: Circunferência da Cintura; CP: Circunferência da Panturrilha.

β_0 : coeficiente linear; IC95%: Intervalo de 95% de confiança; β_1 : coeficiente angular; R² - Coeficiente de determinação; r = Coeficiente de correlação.

Na Tabela 5 são apresentados os resultados da regressão linear múltipla entre a pontuação da EDG-15, no grupo NPAF, e as variáveis independentes. Para a elaboração deste modelo final, foram testados modelos com todas as variáveis, independentemente dos valores de significância obtidos na análise bivariada, mediante a importância das variáveis para o estudo.

Entre as variáveis do grupo NPAF foi observado que nenhuma das variáveis apresentou correlação significativa com a pontuação da EDG-15.

Tabela 5. Análise de regressão linear múltipla do tipo Gamma, para estimar a predição das variáveis independentes entre o escore da Escala de Depressão Geriátrica (EDG-15) das idosas não praticantes de atividade física. Campina Grande, Paraíba, Brasil, 2015.

Variáveis	R ²	[IC95%]	Estimativa β_1	Erro padrão	Estatística t	p-valor
	0,311					
FPM		[-0,026; 0,067]	0,021	0,022	0,918	0,372
Número de quedas nos últimos 12 meses		[-0,296; 3,007]	-0,115	0,094	-1,230	0,237
Ganho de peso nos últimos 12 meses		[-0,034; 0,049]	0,007	0,022	0,311	0,759
Perda de peso nos últimos 12 meses		[-0,042; 0,065]	0,011	0,027	0,403	0,692
AIVD		[-0,076; 0,126]	0,025	0,053	0,474	0,642
IMC		[-0,055; 0,101]	0,023	0,039	0,599	0,557
CC		[-0,036; 0,028]	-0,005	0,016	-0,293	0,773
CP		[-0,086; 0,052]	-0,016	0,036	-0,438	0,667

FPM: Força de preensão manual; AIVD: Atividades Instrumentais de Vida Diária; IMC: Índice de Massa Corporal; CC: Circunferência da Cintura; CP: Circunferência da Panturrilha.
 β_0 : coeficiente linear; IC95%: Intervalo de 95% de confiança; β_1 : coeficiente angular; R² - Coeficiente de determinação; r = Coeficiente de correlação.

DISCUSSÃO

Dentre as doenças que prejudicam a saúde mental, a depressão tem se destacado como um problema de saúde pública, considerando sua elevada prevalência mundial, principalmente quando se refere à população idosa¹. Há que se considerar os riscos da depressão em idosos, pois, especialmente nesse público, a depressão pode resultar em desordens demenciais² e suicídio¹⁷. A fim de prevenir maiores prejuízos a saúde dos idosos, o Banco Mundial e a Organização Mundial da Saúde (OMS) ressaltam a necessidade do Sistema de saúde priorizar investimentos na prevenção e diagnóstico precoce da depressão².

Neste estudo, na análise múltipla, o número de quedas e as Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) apresentaram correlação significativa, negativa e positiva respectivamente, com a pontuação do EDG-15 para as idosas PAF. Quanto às AIVD, resultados discrepantes têm sido encontrados em estudos realizados no Brasil^{18,19}, assim como internacionais. No estudo realizado por El-Gilany e colaboradores²⁰ com idosos que vivem em meio a comunidade no Egito, foi verificado que a prevalência de depressão foi identificada substancialmente em indivíduos com incapacidade para AIVD.

A associação da depressão com as AIVD sugere que quanto maior a dependência, mediante incapacidades funcionais, maior a vulnerabilidade à ocorrência de depressão. O que pode se justificar pela perda da autonomia, comum entre idosos, que favorece a insegurança, o isolamento social, e o aumento da ansiedade²¹.

No entanto, este estudo demonstrou uma relação contrária, quanto maior a independência das idosas PAF, maior o escore obtido na EDG. O que pode sugerir que essas idosas têm maior escore na escala pelo fato de não terem auxílio em suas AIVD, e sempre realizar tudo sozinhas, o que pode lhes fazer sentir solitárias. No entanto, esse fator seria melhor investigado em uma pesquisa de cunho qualitativo abordando os discursos de forma subjetiva.

Quanto ao número de quedas, a correlação inversamente proporcional pode ser justificada pelo fato de idosas PAF, mesmo na presença de depressão, terem o equilíbrio e a força muscular favorecidas pela prática de atividades físicas; uma vez que constituem aspectos importantes na prevenção da ocorrência de quedas^{6,10}.

Quanto ao grupo NPAF, a depressão não apresentou correlação com as variáveis estudadas, o que pode sugerir que fatores físico-funcionais não propiciam o desenvolvimento de depressão em idosas que não praticam atividade física. No entanto, estas variáveis não

podem ser negligenciadas neste grupo, tendo em vista que estudos mostram a influência de algumas destas variáveis sobre a depressão, como é o caso da força da ocorrência de quedas²², AIVD²³ e IMC²⁴.

Na pesquisa realizada por Branco e colaboradores²⁵, identificou-se que após a participação em um programa de caminhada os idosos apresentaram melhorias na aptidão física, obtendo maior resistência, mobilidade, equilíbrio dinâmico. Estes fatores, segundo os autores, são considerados aliados fundamentais a prevenção de quedas entre idosos.

Este estudo verificou que os fatores associados à depressão em idosos PAF e NPAF podem ser distintos, caracterizando uma subjetivação dos fatores que propiciam o desenvolvimento de depressão em diferentes grupos. Portanto, determinar de forma distinta os fatores de risco para a depressão é imprescindível para que as ações sociais e de saúde sejam direcionadas de acordo com as necessidades do público determinado.

As intervenções para prevenção e o diagnóstico precoce, se tornam possíveis mediante obtenção de dados de estudos como este, que favorecem a capacitação profissional no tocante à busca ativa pelo público de risco para depressão. Com esse tipo de conduta é possível reduzir o impacto da depressão na saúde pública, tanto nos custos sociais quanto de investimento financeiro, considerando a redução de comorbidades provenientes da depressão.

Por se tratar de um estudo transversal, possui uma abordagem adequada para levantar uma hipótese sobre a relação entre a depressão e os fatores associados quanto a grupos praticantes e não praticantes de atividade física.

Sugere-se a realização de estudos qualitativos para compreensão do que na percepção dos idosos lhes causaria depressão. Além de longitudinais multicêntricos, a fim de determinar a causalidade, e propõem-se considerar a escolaridade dos indivíduos. Além de utilizar os mesmos instrumentos, posto que são de aplicação prática e não invasiva, além de serem conceituados na literatura.

REFERÊNCIAS

1. Duarte EC, Barreto SM. Transição demográfica e epidemiológica: a Epidemiologia e Serviços de Saúde revisita e atualiza o tema. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2012; 21(4).
2. Organização Mundial da Saúde. “Ageingwell” must be a global priority. *OMS*, 2014.
3. Boing AF, Melo GR, Boing AC, Moretti-Pires RO, Peres KG, Peres MA. Associação entre depressão e doenças crônicas: um estudo populacional. *Revista de Saúde Pública*. 2012; 46(4): 617-623.
4. Lima AMP, Ramos JLS, Bezerra IMP, Rocha RPB, Batista HMT, Pinheiro WR. Depressão em idosos: uma revisão sistemática da literatura. *Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção*. 2016; 6(2): 97-103.
5. 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): 165-170.
6. Mendesa GAB, Carvalho MVC, Silva AMTC, Almeida RJ. Relação entre atividade física e depressão em idosos: Uma revisão integrativa. *Rev. Aten. Saúde*. 2017; 53(15): 110-116.
7. Mazo GZ, Mota J, Benedetti TB, Barros MVGD. Validade concorrente e reprodutibilidade: teste-reteste do Questionário de Baecke modificado para idosos. *Rev Bras Ativ Fis Saúde*. 2012; 6(1): 5-11.
8. Almeida OP. Mini Exame do Estado Mental e o diagnóstico de demência no Brasil. *Arquivos de neuro-psiquiatria*. 1998. 53(3b).
9. Gordon CC, Chumlea WC, Roche AF. Stature, recumbent length, and weight. In: Lohman TG, Roche AF, Martorell R. Anthropometric standardization reference manual. Champaign, Illinois: *Human Kinetics Books*, 1988.
10. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). XXXVI Reunión del Comitê Asesor de Investigaciones en Salud – Encuesta Multicêntrica – Salud Bienestar y Envejecimiento (SABE) en América Latina e el Caribe – Informe preliminar. Washington, D.C. XXXVI Reunión del Comité Asesor de Investigaciones en Salud. Kingston, Jamaica - 9-11 de julio de 2001.
11. Albert KGMM, Eckel RH, Grundy SM, Zimmet PZ Cleeman, et al. Harmonizing the Metabolic Syndrome: A Joint Ínterim Statement of the International Diabetes Federation Task Force on Epidemiology and Prevention; National Heart, Lung, and Blood Institute; American Heart Association; World Heart Federation; International Atherosclerosis Society; and International association for the Study of Obesity. *Journal of the American Heart Association* 2009; 120: 1640-1645.

12. Callaway WC, Chumlea WC, Bouchard C, Himes JH, Lohman TG, Martin AD, et al. Circumferences. In: Lohman TG, Roche AF, Martorell R, editors. Anthropometric Standardization Reference Manual. Champaign: *Human Kinetics*. 1988; 39-54.
13. WHO. World Health Organization. Physical Status: The Use and Interpretation of Anthropometry. *Who Technical Report Series* 854. Geneva. 1995.
14. Rantanen T, Masaki K, Foley D, Izmirlian G, White L, Guralnik JM. Grip strength changes over 27 yr in Japanese-American men. *J Appl Physiol*. 1998; 85(6): 2047-2053.
15. Jylha M, Guralnik JM, Balfour J, Fried LP. Walking difficulty, walking speed, and age as predictors of self-rated health: the Women's Health and Aging Study. *J Gerontol Ser A Biol Sci Med Sci*. 2001;56(1):609-617.
16. Santos RL, Virtuoso-Júnior JS. Confiabilidade da versão brasileira da escala de atividades instrumentais da vida diária. *RBPS* 2008; 21 (4): 290-296
17. Sousa GS, Silva RM, Figueiredo AEB, Minayo MCS, Vieira LJS. Circunstâncias que envolvem o suicídio de pessoas idosas. *Interface (Botucatu)*. 2014; 18(49): 389-402.
18. Hellwig N, Munhoz TN, Tomasi E. Sintomas depressivos em idosos: estudo transversal de base populacional. *Ciênc. Saúde coletiva*. 2016; 21(11): 3575-3584.
19. Borges LJ, Benedetti TRB, Xavier AJ, d'Orsi E. Fatores associados aos sintomas depressivos em idosos: estudo EpiFloripa. *Rev. Saúde Pública*. 2013; 47(4): 701-710.
20. EL-Gilany AH, Elkhawaga GO, Sarraf BB. Depression and its associated factors among elderly: A community-based study in Egypt. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2018; 77: 103-107.
21. Hoffmann EJ, Ribeiro F, Farnese JM, Lima EWB. Sintomas depressivos e fatores associados entre idosos residentes em uma comunidade no norte de Minas Gerais, Brasil. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 2010; 59(3): 190-197.
22. Gullich I, Duro SMS, Cesar JA. Depressão entre idosos: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. *Rev. bras. epidemiol.* São Paulo. 2016; 19(4): 691-701.
23. Bretanha AF, et al. Sintomas depressivos em idosos residentes em áreas de abrangência das Unidades Básicas de Saúde da zona urbana de Bagé, RS. *Rev. bras. epidemiol.* São Paulo. 2015; 18(1): 1-12.
24. Piani MC, et al. Prevalência de sintomas depressivos em idosos de um Centro de Referência de Atenção ao Idoso no município de Passo Fundo, Rio Grande do Sul. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* Rio de Janeiro. 2016; 19(6): 930-938.

25. Branco JC, Jansen K, Sobrinho JT, Carrapatoso S, Spessato B, Carvalho J, Mota J, Silva RA. Physical benefits and reduction of depressive symptoms among the elderly: Results from the Portuguese "National Walking Program". *Ciência & Saúde Coletiva*. 2015; 20(3): 789-795.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com as tendências do envelhecimento populacional, os estudos e a dedicação dos serviços para esse público assumem uma maior relevância na sociedade, principalmente pelas consequências típicas do envelhecimento, das quais se destacam os problemas de saúde. A depressão é um deles, a qual pode favorecer a presença de outras morbidades, logo, é crucial valorizar a compreensão dos fatores que predis põem a depressão, a fim de melhorar o prognóstico social.

Os resultados deste estudo mostraram que no que se refere às condições sociodemográficas e situação de saúde, quanto maior foi o escore da EDG, menor o escore do PSQI para idosas PAF e menor o escore do MAC para idosas NPAF. Logo a associação entre depressão e distúrbios do sono, foi inversamente proporcional para idosas PAF, tal como a associação entre depressão e queixas subjetivas de memória para idosas NPAF. Dentre as variáveis que constituem a situação físico-funcional, foi verificado que quanto maior o escore da EDG no grupo PAF, maior o escore da AIVD e menor o número de quedas nos últimos 12 meses. Enquanto que para o grupo NPAF nenhuma das variáveis apresentou associação.

Portanto, este estudo sugere que os fatores associados à depressão em idosas PAF e NPAF podem ser distintos, caracterizando uma subjetivação dos fatores que propiciam o desenvolvimento de depressão em diferentes grupos. Esse estudo enfatiza a importância de caracterizar os fatores associados à depressão em grupos distintos, pois uma única padronização de fatores pode mascarar a realidade da saúde mental da população idosa.

Nesse contexto, este estudo contribui para melhorar as perspectivas a respeito de reduzir a complexidade do entendimento da depressão no âmbito da população idosa, mostrando que alguns fatores podem ser determinantes para alertar os pesquisadores e profissionais da assistência sobre a necessidade de investigar sintomas de depressão nos idosos, favorecendo o diagnóstico e tratamento precoces. Além disso, o reconhecimento dos fatores predisponentes é crucial para planejamento de ações de prevenção e promoção de saúde.

Considera-se, portanto, que este estudo pode subsidiar discussões e planejamento de ações orientadas, do ponto de vista científico, dos serviços de saúde e das instituições de ensino, direcionando a atenção aos cuidados de saúde dos idosos. Estratégias que permitam aos idosos desbravar o que lhes afeta, se sentir livres e à vontade para expor suas necessidades e desejos, pois apenas o próprio idoso será capaz de mostrar o caminho correto para o desenvolvimento de práticas apropriadas que possam minimizar a depressão nesse público.

6. REFERÊNCIAS

1. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Sinopse do Censo Demográfico 2010. Rio de Janeiro: *IBGE*, 2011.
2. BRASIL. Lei nº 10.741, de 01 de outubro de 2003. Aprova o Estatuto do Idoso. *Diário Oficial da União*. Brasília, 2003.
3. Araújo JD. Polarização epidemiológica no Brasil. *Epidemiol Serv Saúde* [Internet]. 2012 Dez; 21(4): 533-538.
4. Closs VE, Schwanke, CH. A. A evolução do índice de envelhecimento no Brasil, nas suas regiões e unidades federativas no período de 1970 a 2010. *Revista brasileira de geriatria e gerontologia*. 2012; 15(3).
5. Medronho RA, Bloch KV, Luiz RR, Werneck GL. *Epidemiologia*. 2 ED. São Paulo: *Atheneu*; 2009.
6. Kuchemann BA. Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. *Revista Sociedade e Estado*. 2012, 27(1): 165-180.
7. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. Rio de Janeiro: *IBGE*, 2014.
8. Duarte EC, Barreto SM. Transição demográfica e epidemiológica: a Epidemiologia e Serviços de Saúde revisita e atualiza o tema. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2012 21(4).
9. World Health Organization. Preventing chronic diseases: a vital investment. Geneva: WHO; 2005.
10. World Health Organization. “Ageingwell” must be a global priority. OMS, 2014.
11. Boing AF, Melo GR, Boing AC, Moretti-Pires RO, Peres KG, Peres MA. Associação entre depressão e doenças crônicas: um estudo populacional. *Revista de Saúde Pública*. 2012; 46(4): 617-623.
12. Razzouk, D. Por que o Brasil deveria priorizar o tratamento da depressão na alocação dos recursos da Saúde? *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2016; 25 (4): 845-848.
13. Sousa GS, Silva RM, Figueiredo AEB, Minayo MCS, Vieira LJES. Circunstâncias que envolvem o suicídio de pessoas idosas. *Interface* (Botucatu). 2014; 18(49): 389-402.
14. FIOCRUZ. Canal Saúde. 2017. Disponível em: <http://www.canal.fiocruz.br/destaque/index.php?id=722>.

15. BRASIL. Sistema único de Saúde. Estado de Santa Catarina. Transtornos depressivos: protocolo clínico. Protocolo da Rede de Atenção Psicossocial, baseado em evidências, para a abordagem e o tratamento de transtornos depressivos. Santa Catarina. *RAPS*. 2015.
16. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res*. 1983; 17(1): 3749.
17. Beck AT, Steer RA, Brown GK. BDI-II – Inventário de Depressão de Beck. Adaptação de Clarice Gorenstein, et al. São Paulo: *Casa do Psicólogo*. 2011.
18. Baptista MN. Escala Baptista de Depressão Versão Adulto EBADEP-A. São Paulo: Vetor Editora. 2012.
19. 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 GeriatrPsychiatry*. 1999; 14(10): 858-865.
20. BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2006 [acesso em 12 jan 2018]. (Série A. Normas e Manuais Técnicos); (Cadernos de Atenção Básica; nº 19). Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad19.pdf
21. Alvarenga MRM, Oliveira MAC, Faccenda O. Sintomas depressivos em idosos: análise dos itens da Escala de Depressão Geriátrica. *Acta Paul Enferm*. 2012; 25(4): 497-503.
22. Djernes JK. Prevalence and predictors of depression in populations of elderly: a review. *Acta Psychiatr Scand*. 2006;113(5):372-87. DOI:10.1111/j.1600-0447.2006.00770.x
23. Stopa SR, Malta DC, Oliveira MM, Lopes CS, Menezes PR, Kinoshita RT. Prevalência do autorrelato de depressão no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Rev. bras. epidemiol*. 2015; 18(Supl 2): 170-180.
24. Monteso P, Ferre C, Lleixa M, Albacar N, Aguilar C, Sanchez A, et al. Depression in the elderly: study in a rural city in southern Catalonia. *J PsychMent Health Nurse*. 2012; 19(5): 426-429.
25. Nogueira EL, Rubin LL, Giacobbo SS, Gomes I, Cataldoneto A. Screening for depressive symptoms in olderadults in the Family Health Strategy, Porto Alegre, Brazil. *Revista de Saúde Pública*. 2014; 48(3): 368-377.
26. Vink D, Aartsen Mj, Schoevers R. A. Risk factors for anxiety and depression in the elderly: a review. *J Affect Disord* 2008; 106(1-2): 29-44.

27. Bruce ML. Psychosocial risk factors for depressive disorders in late life. *Biol Psychiatry* 2002; 52(3): 175-184.
28. 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): 583-590.
29. Lima MTR, Silva RS, Ramos L. R. Fatores associados à sintomatologia depressiva numa coorte urbana de idosos. *J Bras Psiquiatr.* 2009; 58(1): 1-7.
30. Batistoni SST, Neri AL, Cupertino APFB. Medidas prospectivas de sintomas depressivos entre idosos residentes na comunidade. *Rev Saúde Pública.* 2010; 44(6): 1137-1143.
31. 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): 104-109.
32. Hoffmann EJ, Ribeiro F, Farnese JM, Lima EWB. Sintomas depressivos e fatores associados entre idosos residentes em uma comunidade no norte de Minas Gerais, Brasil. *J Bras Psiquiatr.* 2010;59(3): 190-197.
33. Townsend MC. Enfermagem psiquiátrica: conceitos e cuidados. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011 (3).
34. Skapinakis P, Araya R. Common somatic symptoms, causal attributions of somatic symptoms and psychiatric morbidity in a cross-sectional community study in Santiago, Chile. *BMC Res Notes.* 2011; 26(4): 1-5.
35. Hegeman JM, Kok RM, Vander Mast RC, Giltay EJ. Phenomenology of depression in older compared with younger adults: meta-analysis. *Br J Psychiatry.* 2012; 200(4): 275-281.
36. Campos ACV, Cordeiro EC, Rezende GP, Vargas AMD, Ferreira EFE. Quality of life of elderly practitioners of physical activity in the context of the family health strategy. *Texto contexto - enferm.* 2014; 23(4): 889-897.
37. Minghelli B, Tomé B, Nunes C, Neves A, Simões C. Comparison of levels of anxiety and depression among active and sedentary elderly. *Rev. psiquiatr. clín.* 2013; 40(2): 71-76.
38. Borges LJ, Benedetti TRB, Xavier AJ, D'orsi E. Fatores associados aos sintomas depressivos em idosos: estudo EpiFloripa. *Revista de Saúde Pública.* 2013; 47(4), 701-710.

39. Mazo GZ, Mota J, Benedetti TB, Barros MVGD. Validade concorrente e reprodutibilidade: teste-reteste do Questionário de Baecke modificado para idosos. *Rev Bras Ativ Fis Saúde*. 2012; 6(1): 5-11.
40. Ueno DT. Validação do questionário Baecke modificado para idosos e proposta de valores normativos. Rio Claro. Dissertação [mestrado] - Universidade Estadual Paulista, Instituto de Biociências de Rio Claro; 2013.
41. Associação Nacional de Empresas de Pesquisa. Critério de Classificação Econômica Brasil. São Paulo, 1999.
42. Crook TH, Feher EP, Larrabee GJ. Assessment of memory complaint in age-associated memory impairment: the MAC-Q. *Int. Psychogeriatr*. 1992; 4(2): 165-176.
43. Bertolazi AN. Tradução, adaptação cultural e validação de dois instrumentos de avaliação do sono: Escala de sonolência de Epworth e Índice de qualidade de sono de Pittsburgh. Porto Alegre. Dissertação [mestrado] -Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Programa de Pós-Graduação em Medicina, 2008.
44. Gordon CC, Chumlea WC, Roche AF. Stature, recumbent length, and weight. In: Lohman TG, Roche AF, Martorell R. Anthropometric standardization reference manual. Champaign, Illinois: Human Kinetics Books, 1988.
45. World Health Organization. Anales da 36ª Reunión del Comité Asesor de Investigaciones en salud. Encuesta multicéntrica: salud, bien estar y envejecimiento (SABE) en América Latina y el Caribe. Washington (DC), 2001.
46. Alberti KG, et. al; International Diabetes Federation Task Force on Epidemiology and Prevention; National Heart, Lung, and Blood Institute; American Heart Association; World Heart Federation; International Atherosclerosis Society; International Association for the Study of Obesity. Harmonizing the Metabolic Syndrome: a joint interim statement of the International Diabetes Federation Task Force on Epidemiology and Prevention; National Heart, Lung, and Blood Institute; American Heart Association; World Heart Federation; International Atherosclerosis Society; and International Association for the Study of Obesity. *Circulation*. 2009; 120(16): 1640-1645.
47. Callaway CW, Chumlea WC, Bouchard C, Himes JH, Lohman TG, Martin AD et al. Circumferences. In: Lohman TG, Roche AF, Martorell R. Anthropometric standardization reference manual. Champaign, Illinois: *Human Kinetics Books*, 1988.
48. World Health Organization. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Geneva: World Health Organization; 1995. (Technical Report Series, 854).

49. Rantanen T, Masaki K, Foley D, Izmirlian G, White L, Guralnik JM. Grip strength changes over 27 yr in japanese-american men. *J Appl Physiol*. 1998; 85(6):2047-2053.
50. Jylha M, Guralnik JM, Balfour J, Fried LP. Walking difficulty, walking speed, and age as predictors of self-rated health: the Women's health and aging study. *J Gerontol Ser A Biol Sci Med Sci*. 2001; 56(1):609-617.
51. Santos RL, Virtuoso-Júnior JS. Confiabilidade da versão brasileira da escala de atividades instrumentais da vida diária. *RBPS*. 2008; 21 (4): 290-296
52. R CORE TEAM [Computer program]. R: A language and environment for statistical computing. Version 3.2.5. Vienna, Austria, 2016.
53. Paula GA. (2004). Modelos de regressão com apoio computacional, São Paulo: IME/USP.

APÊNDICES

Qual o grau de instrução da senhora?

Analfabeto/Primário incompleto	Analfabeto/Até 3ª série fundamental	()
Primário completo/Ginásial incompleto	Até 4ª série fundamental	()
Ginásial completo/ Colegial incompleto	Fundamental completo	()
Colegial completo/Superior incompleto	Médio completo	()
Superior completo	Superior completo	()

Qual a quantidade dos seguintes itens há no domicílio da senhora?

Itens	Não tem	1	2	3	4 ou +
Televisão em cores	0 ()	1 ()	2 ()	3 ()	4 ou + ()
Rádio	0 ()	1 ()	2 ()	3 ()	4 ou + ()
Banheiro	0 ()	1 ()	2 ()	3 ()	4 ou + ()
Automóvel	0 ()	1 ()	2 ()	3 ()	4 ou + ()
Empregada mensalista	0 ()	1 ()	2 ()	3 ()	4 ou + ()
Máquina de lavar	0 ()	1 ()	2 ()	3 ()	4 ou + ()
Vídeo cassete e/ou DVD	0 ()	1 ()	2 ()	3 ()	4 ou + ()
Geladeira	0 ()	1 ()	2 ()	3 ()	4 ou + ()
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0 ()	1 ()	2 ()	3 ()	4 ou + ()

2. Situação de saúde

2.1. Um médico ou outro profissional da saúde lhe disse que tem alguma dessas doenças?

Pressão alta	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	NS <input type="checkbox"/>	Artrite/artrose/ reumatismo	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	NS <input type="checkbox"/>
Problema cardíaco	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	NS <input type="checkbox"/>	Diabetes	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	NS <input type="checkbox"/>
Osteoporose	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	NS <input type="checkbox"/>	Doença crônica pulmonar	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	NS <input type="checkbox"/>
Embolia/derrame	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	NS <input type="checkbox"/>	Câncer	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	NS <input type="checkbox"/>

2.2. Como a senhora considera a sua saúde?

excelente muito boa boa regular má

2.3. O pai da senhora apresentou doença coronariana (cardiovascular) antes dos 55 anos?

() Sim () Não () NS

2.4. A mãe da senhora apresentou doença coronariana (cardiovascular) antes dos 65 anos?

() Sim () Não () NS

2.5. Aferição da pressão arterial

Braço direito: 1^a _____ 2^a _____ 3^a _____

Braço esquerdo: 1^a _____ 2^a _____ 3^a _____

2.6. A senhora faz uso de algum medicamento para pressão alta?

() Não

() Sim. Qual (is)? _____

2.7. A senhora realizou consulta médica pelo menos uma vez nos últimos 12 meses (no último ano)?

() Não () Sim Quantas? _____

2.8. A senhora foi hospitalizada pelo menos uma vez nos últimos 12 meses (no último ano)?

() Não () Sim Quantas vezes? _____

3. Condição psicocognitiva

3.1. Escala de Depressão Geriátrica – versão reduzida (EDG – 15)

“Agora eu vou perguntar à senhora sobre a sua vida, como a senhora está se sentindo. A sua resposta deve ser sim ou não. A senhora entendeu?”

Questões	Sim	Não
1. A senhora está satisfeita com a sua vida?		
2. A senhora abandonou muitas de suas atividades e interesses? (Deixou de fazer coisas que gosta?)		
3. A senhora sente que sua vida está vazia?		
4. A senhora se sente frequentemente aborrecida?		
5. A senhora na maioria das vezes está de bom humor?		
6. A senhora teme que algo de ruim lhe aconteça?		
7. A senhora se sente feliz na maioria das vezes?		
8. A senhora se sente frequentemente desamparada?		
9. A senhora prefere ficar em casa do que sair e fazer coisas novas?		
10. A senhora sente que tem mais problemas de memória que antes?		
11. A senhora pensa que é maravilhoso estar viva?		
12. A senhora se sente inútil?		
13. A senhora se sente cheia de energia?		
14. A senhora sente que sua situação é sem esperança?		
15. A senhora pensa que a maioria das pessoas está melhor que a senhora?		
Total		

3.2. Medida de Queixas Subjetivas de Memória (MAC – Q)

“Comparando como a senhora era aos 40 anos, como a senhora descreveria sua capacidade para realizar as seguintes tarefas que envolvem a memória”:

Questões	Muito melhor agora (1)	Um pouco melhor agora (2)	Sem mudança (3)	Um pouco pior agora (4)	Muito pior agora (5)
1. Lembrar o nome de pessoas que acabou de conhecer.					
2. Lembrar o número de telefone que usa ao menos uma vez por semana.					
3. Lembrar onde colocou objetos (ex. chaves).					
4. Lembrar notícias de uma revista ou da televisão.					
5. Lembrar coisas que pretendia comprar quando chega ao local.					
6. Em geral, como descreveria sua memória comparada à que tinha aos 40 anos de idade?	(2)	(4)	(6)	(8)	(10)
Total					

OBS: soma-se normalmente os itens 1 até 5, e soma-se o dobro, no item 6.

3.3. Mini Exame do Estado Mental (MEEM)

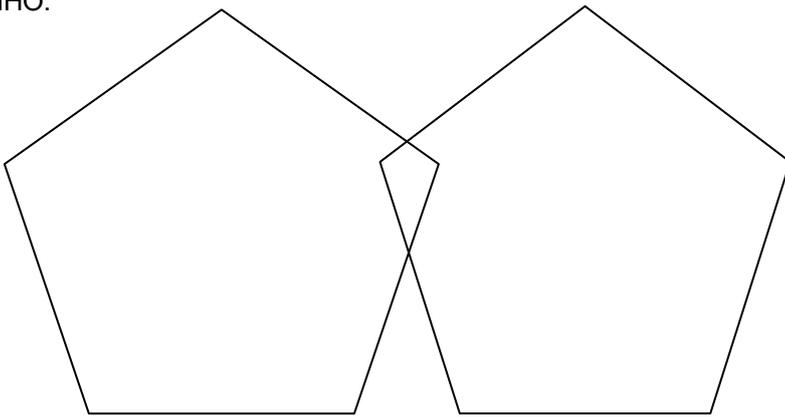
“Agora vou lhe fazer algumas perguntas que exigem atenção e um pouco de sua memória. Por favor, tente se concentrar para respondê-las.

		CERTO	ERRADO	NR
1.	Qual a data de hoje?			
2.	Em que mês estamos?			
3.	Em que ano estamos?			
4.	Em que dia da semana estamos?			
5.	Que horas são agora aproximadamente? (Considere correta a variação de mais ou menos uma hora)			
6.	Em que local nós estamos? (dormitório, sala, apontando para o chão)			
7.	Que local é este aqui? (apontando ao redor num sentido mais amplo para a casa)			
8.	Em que bairro nós estamos ou qual o nome de uma rua próxima?			
9.	Em que cidade nós estamos?			
10.	Em que estado nós estamos?			
	Vou dizer 3 palavras, e a senhora irá repeti-las a seguir: CARRO, VASO, TIJOLO. (Caso a idosa não consiga repetir, falar as 3 palavras de novo e			

	pedir que repita. Caso a idosa erre outra vez, dizer as 3 palavras em sequência novamente e pedir que repita. Registre como acerto qualquer uma das tentativas em que a idosa foi bem-sucedida e como erro , caso ela não consiga repetir as 3 palavras em sequência pelo menos uma vez).			
11.	CARRO			
12.	VASO			
13.	TIJOLO			
	Gostaria que a senhora me dissesse quanto é: (Se a idosa acertar , registre imediatamente o acerto e prossiga com a sequência. Se a idosa errar , diga NÃO, não dê dica sobre qual é a resposta correta e prossiga com a sequência e assim por diante. Atenção: Se a idosa errar na primeira tentativa e corrigir espontaneamente, considere como acerto).			
14.	100 – 7 (93)			
15.	93 – 7 (86)			
16.	86 – 7 (79)			
17.	79 – 7 (72)			
18.	72 – 7 (65)			
	A senhora consegue se lembrar das 3 palavras que lhe pedi que repetisse agora há pouco? (Uma única tentativa sem dicas. Considere como correta a repetição das 3 palavras em qualquer ordem).			
19.	CARRO			
20.	VASO			
21.	TIJOLO			
22.	Mostre um RELÓGIO e peça à entrevistada que diga o nome, dizendo: O que é isto?			
23.	Mostre uma CANETA e peça à entrevistada que diga o nome, dizendo: O que é isto?			
24.	Preste atenção: vou lhe dizer uma frase e quero que repita depois de mim: “NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ”. (Registre como acerto somente se a repetição for perfeita, sem dicas).			
	Agora pegue este papel com a mão direita. Dobre-o ao meio e coloque-o no chão. A senhora entendeu?			
25.	Pega a folha com a mão correta.			
26.	Dobra corretamente.			
27.	Coloca no chão.			
28.	Vou lhe mostrar uma folha onde está escrita uma frase. Gostaria que a senhora fizesse o que está escrito. (FECHE OS OLHOS).			
29.	Gostaria que a senhora escrevesse uma frase de sua escolha, qualquer uma, não precisa ser grande. (Se a idosa não compreender, ajude dizendo alguma frase que tenha começo, meio e fim, alguma coisa que aconteceu hoje ou alguma coisa que queira dizer). Não são considerados para pontuação, erros gramaticais ou ortográficos.			
30.	Vou lhe mostrar um desenho e gostaria que a senhora copiasse, da melhor forma possível. (Considere como acerto apenas se houver 2 pentágonos interseccionados com 10 ângulos, formando uma figura de 4 lados e 4 ângulos na área de intersecção, ou seja, uma cópia perfeita).			
Pontuação Total:				

FRASE: _____

DESENHO:



4. Ocorrência de quedas

4.1. "No último ano, a Sra. caiu alguma vez?"

() Não

() Sim. Quantas quedas? _____

4.2. Local em que ocorreu(ram)? (por queda) _____

4.3. Em alguma dessas quedas ocorreu uma fratura?

() Não

() Sim. Qual parte do corpo foi fraturada? (por queda) _____

5. Uso de medicamentos

A senhora, pode, por favor, me dizer todos os medicamentos que utilizou nos últimos quinze dias (2 semanas).

Quais destes medicamentos foram:

Prescritos:

Não prescritos:

Quais destes medicamentos são de uso contínuo?

6. Hábitos de vida

6.1. Identificação de desordens devido ao uso de álcool

() Nunca bebeu () Etilista atual () Ex-etilista



Cerveja ou
chope

Vinho branco
ou tinto

Destilado =
whisky,
vodca, pinga

Instruções para preenchimento:

a) escolha uma opção para cada pergunta e passe o número dela para a “caixinha” do lado direito; b) veja na figura o que é uma dose; c) após a última questão, some os números que colocou nas “caixinhas”.

1) Com que frequência a senhora toma bebidas alcoólicas?

- | | | |
|--------------------------------|---------------------------------|---|
| 0. Nunca | 3. Duas a três vezes por semana | <input style="width: 60px; height: 40px;" type="text"/> |
| 1. Uma vez por mês ou menos | 4. Quatro ou mais por semana | |
| 2. Duas a quatro vezes por mês | | |

2) Nas ocasiões em que bebe, quantas doses você costuma tomar?

- | | | |
|-----------------|---------------------|---|
| 0. 1 a 2 doses | 3. 7 a 9 doses | <input style="width: 60px; height: 40px;" type="text"/> |
| 1. 3 a 4 doses | 4. 10 ou mais doses | |
| 2. 5 ou 6 doses | | |

3) Com que frequência a senhora toma “seis ou mais doses” em uma ocasião?

- | | | |
|--------------------------------|---------------------------------|---|
| 0. Nunca | 3. Duas a três vezes por semana | <input style="width: 60px; height: 40px;" type="text"/> |
| 1. Uma vez por mês ou menos | 4. Quatro ou mais por semana | |
| 2. Duas a quatro vezes por mês | | |

4) Com que frequência, durante o último ano, a senhora achou que não seria capaz de controlar a quantidade de bebida depois de começar?

- | | |
|--------------------------------|---------------------------------|
| 0. Nunca | 3. Duas a três vezes por semana |
| 1. Uma vez por mês ou menos | 4. Quatro ou mais por semana |
| 2. Duas a quatro vezes por mês | |

5) Com que frequência, durante o último ano, a senhora não conseguiu cumprir com algum compromisso por causa bebida?

- | | |
|--------------------------------|---------------------------------|
| 5. Nunca | 8. Duas a três vezes por semana |
| 6. Uma vez por mês ou menos | 9. Quatro ou mais por semana |
| 7. Duas a quatro vezes por mês | |

6) Com que frequência, durante o último ano, depois de ter bebido muito, a senhora precisou beber pela manhã para se sentir melhor?

- | | |
|--------------------------------|---------------------------------|
| 0. Nunca | 3. Duas a três vezes por semana |
| 1. Uma vez por mês ou menos | 4. Quatro ou mais por semana |
| 2. Duas a quatro vezes por mês | |

7) Com que frequência, durante o último ano, a senhora sentiu culpa ou remorso depois de beber?

- | | |
|--------------------------------|---------------------------------|
| 0. Nunca | 3. Duas a três vezes por semana |
| 1. Uma vez por mês ou menos | 4. Quatro ou mais por semana |
| 2. Duas a quatro vezes por mês | |

8) Com que frequência, durante o último ano, a senhora não conseguiu se lembrar do que aconteceu na noite anterior por causa bebida?

- | |
|---------------------------------|
| 0. Nunca |
| 1. Uma vez por mês ou menos |
| 2. Duas a quatro vezes por mês |
| 3. Duas a três vezes por semana |
| 4. Quatro ou mais por semana |

9) Alguma vez na vida a senhora ou alguma outra pessoa já se machucou, se prejudicou por causa de ter bebido?

- 0. Não
- 1. Sim, mas não no último ano
- 4. Sim, durante o último ano

10) Alguma vez na vida algum parente, amigo, médico ou outro profissional da saúde já se preocupou com você por causa de bebida ou lhe disse para parar de beber?

- 0. Não
- 1. Sim, mas não no último ano
- 4. Sim, durante o último ano

TOTAL

07

6.2. A senhora fuma?

Nunca fumou

Fumante atual (já fumaram 100 ou mais cigarros durante a vida e continuam fumando)

Ex-fumante (referiram ter fumado ao menos 100 cigarros na vida e que não fumam mais)

7. Capacidade funcional

7.1. Escala de Barthel

Agora vou lhe fazer algumas perguntas sobre a sua capacidade em realizar algumas atividades e a senhora vai responder se pode fazer sozinha, se pode fazer com ajuda de alguém ou se não pode fazer de jeito nenhum.

Item	Questão	Posso fazer sozinho	Posso fazer com ajuda de alguém	Não posso fazer de jeito nenhum
1	Beber de uma xícara	() 4	() 0	() 0
2	Comer	() 6	() 0	() 0
3	Vestir a parte superior do corpo. Fechar botões.	() 5	() 3	() 0
4	Vestir a parte inferior do corpo. Colocar meias e calçados. Fechar botões, zíper, amarrar calçado.	() 7	() 4	() 0
5	Colocar membro artificial ou aparelho ortopédico.	() 0	() -2	() 0 (não se aplica, pois não usa)
6	Pentear-se.	() 5	() 0	() 0
7	Lavar-se ou banhar-se.	() 6	() 0	() 0
8	Controle da urina.	() 10 Não apresenta episódios de incontinência (por uma semana, pelo menos), ou usa sozinho sondas de alívio.	() 5 Incontinência ocasional (máximo uma perda em 24h), ou necessita de ajuda para o uso de sonda.	() 0 Incontinente ou uso de sonda sem habilidade para manejar.
9	Controle das excreções intestinais.	() 10 Não apresenta episódios de incontinência. Se há uso de supositório, enema, faz sozinho.	() 5 Incontinência ocasional (máximo 1x/semana). Necessita de ajuda para o uso de enemas.	() 0 Incontinente total.
10	Uso do vaso sanitário.	() 15 Usa o vaso sanitário ou urinol. Senta-se e levanta-se sem ajuda, embora use barras de apoio. Limpa-se e veste-se sem ajuda.	() 7 Necessita de ajuda para manter o equilíbrio, limpar-se e vestir a roupa.	() 0

11	Ir e sair do banheiro.	() 6	() 3	() 0
12	Entrar e sair da banheira ou chuveiro.	() 1	() 0	() 0
13	Andar 50 metros no plano (meia quadra).	() 15 Caminha sem ajuda, embora utilize bengalas, muletas, próteses ou andador.	() 10	() 0
14	Subir e descer um andar de escadas.	() 10	() 5	() 0
15	Se não andar: movimentar a cadeira de rodas.	() 5	() 0	() 0 Não se aplica, pois não usa.
Sub-Total				
			Total	

7.2. Escala de Lawton e Brody

- Esta entrevista tem como propósito identificar o nível de condição funcional da Sra., por intermédio das possíveis dificuldades do seu dia-a-dia.
- Procure recordar em cada atividade a ser questionada, se a Sra. Faz sem ajuda, com algum auxílio ou não realiza de forma alguma.

a) Em relação ao telefone:

- ()³ Recebe e faz ligações sem assistência
- ()² Necessita de assistência para realizar ligações
- ()¹ Não tem o hábito ou é incapaz de usar telefone

b) Em relação às viagens:

- ()³ Realiza viagens sozinha
- ()² Somente viaja quando tem companhia
- ()¹ Não tem o hábito ou é incapaz de viajar

c) Em relação a realização de compras:

- ()³ Realiza compras, quando é fornecido o transporte
- ()² Somente faz compras quando tem companhia
- ()¹ Não tem hábito ou é incapaz de realizar compras

d) Em relação ao preparo das refeições:

- ()³ Planeja e cozinha as refeições completas
- ()² Prepara somente refeições pequenas ou quando recebe ajuda
- ()¹ Não tem hábito ou é incapaz de preparar refeições

e) Em relação ao trabalho doméstico:

- ()³ Realiza tarefas pesadas
- ()² Realiza tarefas leves, necessitando de ajuda nas pesadas
- ()¹ Não tem hábito ou é incapaz de realizar trabalhos domésticos

f) Em relação ao uso de medicamentos:

- ()³ Faz uso de medicamentos sem assistência
- ()² Necessita de lembretes ou assistência
- ()¹ É incapaz de controlar sozinho o uso de medicamentos

g) Em relação ao manuseio de dinheiro:

- ()³ Preenche cheque e paga as contas sem auxílio
- ()² Necessita de ajuda para o uso de cheques e contas
- ()¹ Não tem hábito de lidar com dinheiro ou é incapaz de manusear dinheiro, contas...

8. Questionário Minnesota de Atividades Físicas, Esporte e Lazer

Pensando nos últimos quinze dias (duas semanas), a senhora vai informar se realizou as atividades que vou citar:

Atividade	A senhora realizou esta atividade?		Número de vezes	Tempo médio por ocasião	
	Não	Sim		H	Min

Sessão A: Caminhada

010	Caminhada recreativa					
020	Caminhada para o trabalho					
030	Uso de escadas quando o elevador está disponível					
040	Caminhada ecológica					
050	Caminhada com mochila					
060	Alpinismo/escalando montanhas					
115	Ciclismo recreativo/por prazer					
125	Dança – salão, quadrilha e/ou discoteca, danças regionais					
135	Dança/ginástica – aeróbia, balé					
140	Hipismo/andando a cavalo					

Sessão B: Exercício de condicionamento

Atividade	A senhora realizou esta atividade?		Número de vezes	Tempo médio por ocasião		
	Não	Sim		H	Min	
150	Exercícios domiciliares					
160	Exercício em clube/em academia					
180	Combinação de caminhada/corrída leve					
200	Corrida					
210	Musculação					

Atividade	A senhora realizou esta atividade?		Número de vezes	Tempo médio por ocasião	
	Não	Sim		H	Min

Seção C: Atividades aquáticas

220	Esqui aquático					
235	Velejando em competição					
250	Canoagem ou remo recreativo					
260	Canoagem ou remo em competição					
270	Canoagem em viagem de acampamento					

280	Natação em piscina (pelo menos 15 metros)					
295	Natação na praia					
310	Mergulho autônomo					
320	Mergulho livre – snorkel					

Seção D: Atividades de inverno

Não Sim

340	Esquiar na montanha					
350	Esquiar no plano					
360	Patinação no gelo ou sobre rodas					
370	Trenó ou tobogã					

Seção E: Esportes

Não Sim

390	Boliche					
400	Voleibol					
410	Tênis de mesa					
420	Tênis individual					
430	Tênis de duplas					
480	Basquete sem jogo (bola ao cesto)					
490	Jogo de basquete					
500	Basquete como juiz					
520	Handebol					
530	Squash					
540	Futebol					
	Golf					
070	Dirigir carro de golfe					
080	Caminhada, tirando os tacos do carro					
090	Caminhada carregando os tacos					

Seção F: Atividades no jardim e na horta

Não Sim

550	Cortar a grama dirigindo um carro de cortar grama					
560	Cortar a grama andando atrás do cortador de grama motorizado					
570	Cortar a grama empurrando o cortador de grama manual					
580	Tirando o mato e cultivando o jardim/horta					

590	Afofar, cavando e cultivando a terra no jardim e na horta					
600	Trabalho com ancinho (ciscador) na grama					
610	Remoção de neve/terra com pá					

Seção G: Atividades de reparos domésticos

Não Sim

620	Carpintaria em oficina					
630	Pintura interna de casa ou colocação de papel de parede					
640	Carpintaria do lado de fora da casa					
650	Pintura exterior de casa					

Seção H: Pesca

Não Sim

660	Pesca na margem do rio					
670	Pesca em correnteza com botas					

Seção I: Outras atividades

Não Sim

9. Fenótipo de Fragilidade

A senhora ganhou peso no último ano?	Sim	()
	Não	()
	NR	()
Para aquelas que responderam <u>SIM</u> , perguntar: "Quantos quilos aproximadamente?"	NR	()
No último ano a senhora perdeu peso involuntariamente, ou seja, sem querer?	Sim	()
	Não	()
	NR	()
Para as que responderam <u>SIM</u> , perguntar: "Quantos quilos aproximadamente?"	NR	()

No último ano a senhora teve perda de apetite?	Sim	()
	Não	()
	NR	()

Pensando na **última semana**, diga com que frequência as seguintes coisas aconteceram com a senhora:

	Nunca/Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
Sentiu que teve que fazer esforço para dar conta das tarefas habituais	(1)	(2)	(3)	(4)
Não conseguiu levar adiante suas coisas	(1)	(2)	(3)	(4)

10. Qualidade do sono – Índice de qualidade do sono de Pittsburgh

As seguintes perguntas são relativas aos seus hábitos usuais de sono durante o **último mês somente**. Suas respostas devem indicar a lembrança mais exata da **maioria** dos dias e noites no último mês. Por favor, responda a todas as perguntas.

- Durante o último mês, quando a senhora geralmente foi para a cama à noite?
Hora usual de deitar: _____
- Durante o último mês, quanto tempo (em minutos) a senhora geralmente levou para dormir à noite?
Número de minutos: _____
- Durante o último mês, quando a senhora geralmente levantou de manhã?
Hora usual de levantar: _____
- Durante o último mês, quantas horas de sono a senhora teve por noite? (Este pode ser diferente do número de horas que a senhora ficou na cama).
Horas de sono por noite: _____

Para cada uma das questões restantes, informar a **melhor (uma)** resposta. Por favor, responda a todas as questões.

- Durante o último mês, com que frequência a senhora **teve dificuldade de dormir** porque a senhora...
 - Não conseguiu adormecer em até 30 minutos

<input type="checkbox"/> Nenhuma no último mês	<input type="checkbox"/> Menos de 1 vez/semana
<input type="checkbox"/> 1 ou 2 vezes/semana	<input type="checkbox"/> 3 ou mais vezes/semana
 - Acordou no meio da noite ou de manhã cedo

- () Nenhuma no último mês () Menos de 1 vez/sem
 () 1 ou 2 vezes/sem () 3 ou mais vezes/sem
- c) Precisou levantar para ir ao banheiro
 () Nenhuma no último mês () Menos de 1 vez/sem
 () 1 ou 2 vezes/sem () 3 ou mais vezes/sem
- d) Não conseguiu respirar confortavelmente
 () Nenhuma no último mês () Menos de 1 vez/sem
 () 1 ou 2 vezes/sem () 3 ou mais vezes/sem
- e) Tossiu ou roncou forte
 () Nenhuma no último mês () Menos de 1 vez/sem
 () 1 ou 2 vezes/sem () 3 ou mais vezes/sem
- f) Sentiu muito frio
 () Nenhuma no último mês () Menos de 1 vez/sem
 () 1 ou 2 vezes/sem () 3 ou mais vezes/sem
- g) Sentiu muito calor
 () Nenhuma no último mês () Menos de 1 vez/sem
 () 1 ou 2 vezes/sem () 3 ou mais vezes/sem
- h) Teve sonhos ruins
 () Nenhuma no último mês () Menos de 1 vez/sem
 () 1 ou 2 vezes/sem () 3 ou mais vezes/sem
- i) Teve dor
 () Nenhuma no último mês () Menos de 1 vez/sem
 () 1 ou 2 vezes/sem () 3 ou mais vezes/sem
- j) Outra (s) razão (ões); por favor, descreva:

Com que frequência, durante o último mês, a senhora teve dificuldade para dormir devido a essa razão?

- () Nenhuma no último mês () Menos de 1 vez/sem
 () 1 ou 2 vezes/sem () 3 ou mais vezes/sem
6. Durante o último mês, como a senhora classificaria a qualidade do seu sono de uma maneira geral?
 () Muito boa () Boa () Ruim () Muito ruim
7. Durante o último mês, com que frequência a senhora tomou medicamento (prescrito ou “por conta própria”) para lhe ajudar a dormir?
 () Nenhuma no último mês () Menos de 1 vez/sem
 () 1 ou 2 vezes/sem () 3 ou mais vezes/sem
8. No último mês, com que frequência a senhora teve dificuldade de ficar acordada enquanto dirigia, comia ou participava de uma atividade social (festa, reunião de amigos, trabalho, estudo)?
 () Nenhuma no último mês () Menos de 1 vez/sem
 () 1 ou 2 vezes/sem () 3 ou mais vezes/sem

9. Durante o último mês, quão problemático foi para senhora manter o entusiasmo (ânimo) para fazer as coisas (suas atividades habituais)?
- () Nenhuma dificuldade () Um problema muito leve
 () Um problema razoável () Um problema muito grande
10. A senhora tem um parceiro (esposo) ou colega de quarto?
- () Não
 () Parceiro ou colega, mas em outro quarto
 () Parceiro no mesmo quarto, mas não na mesma cama
 () Parceiro na mesma cama

12

Se a senhora tem um parceiro ou colega de quarto, pergunte a ele com que frequência no último mês a senhora teve...

- a) Ronco forte
- () Nenhuma no último mês () Menos de 1 vez/semana
 () 1 ou 2 vezes/semana () 3 ou mais vezes/semana
- b) Longas paradas na respiração enquanto dormia
- () Nenhuma no último mês () Menos de 1 vez/semana
 () 1 ou 2 vezes/semana () 3 ou mais vezes/semana
- c) Contrações ou puxões nas pernas enquanto a senhora dormia
- () Nenhuma no último mês () Menos de 1 vez/semana
 () 1 ou 2 vezes/semana () 3 ou mais vezes/semana
- d) Episódios de desorientação ou confusão durante o sono
- () Nenhuma no último mês () Menos de 1 vez/semana
 () 1 ou 2 vezes/semana () 3 ou mais vezes/semana
- e) Outras alterações (inquietações) enquanto a senhora dorme; por favor, descreva:
- _____
- _____
- _____
- () Nenhuma no último mês () Menos de 1 vez/semana
 () 1 ou 2 vezes/semana () 3 ou mais vezes/semana

Identificação: _____ **Código:** _____

DEVOLVER:

_____ / _____ / _____

10. Desempenho Funcional

10.1. Força de preensão manual (FPM) (kg):

Qual lado a senhora usa com mais frequência? () direito () esquerdo () ambos

Se **ambos** os lados, qual braço a senhora acha que tem mais força? () direito () esquerdo

A senhora realizou, nos últimos três meses, alguma cirurgia no braço de maior força ou na mão?

Não Sim Caso a resposta seja positiva, não realizar o teste.

FPM (direito)

1ª medida: _____ 2ª medida: _____ 3ª medida: _____

FPM (esquerdo)

1ª medida: _____ 2ª medida: _____ 3ª medida: _____

10.2. Teste sentar e levantar (vezes): _____

A idosa conseguiu realizar o teste? Não Sim

10.3. Bateria da AAHPERD

Teste de agilidade e equilíbrio dinâmico (AGIL) (segundos)

1ª tentativa: _____ 2ª tentativa: _____

A idosa conseguiu realizar o teste? Não Sim.

Teste de coordenação (COO) (segundos)

1ª tentativa: _____ 2ª tentativa: _____

A idosa conseguiu realizar o teste? Não Sim.

Teste de flexibilidade (FLEX) (cm)

1ª tentativa: _____ 2ª tentativa: _____

A idosa conseguiu realizar o teste? Não Sim.

Teste de resistência aeróbia geral e habilidade de andar (RAG) (minutos e segundos): _____

A idosa conseguiu realizar o teste? Não Sim.

Teste de força e endurance de membros superiores (RESISFOR) (vezes): _____

A idosa conseguiu realizar o teste? Não Sim.

10.4. Velocidade da marcha:

1ª medida: _____ 2ª medida: _____ 3ª medida: _____

11. Dados antropométricos e de composição corporal:

14

Quantos quilos a senhora pesa?	1ª _____	NS ()	
Qual a sua altura?	1ª _____	NS ()	
Peso (kg):	1ª _____		
Estatura (cm):	1ª _____	2ª _____	3ª _____
Circunferência do braço (cm):	1ª _____	2ª _____	3ª _____
Circunferência da cintura (cm)	1ª _____	2ª _____	3ª _____
Circunferência do abdome (cm)	1ª _____	2ª _____	3ª _____
Circunferência do quadril (cm)	1ª _____	2ª _____	3ª _____
Circunferência da panturrilha (cm):	1ª _____	2ª _____	3ª _____
Dobra cutânea tricipital (mm):	1ª _____	2ª _____	3ª _____
Dobra cutânea subescapular (mm):	1ª _____	2ª _____	3ª _____
Altura do joelho (cm)	1ª _____	2ª _____	

12. EMG

PARÂMETROS HEMODINÂMICOS:

Pressão arterial: inicial: _____ final: _____**Frequência cardíaca:** inicial: _____ final: _____**Saturação:** inicial: _____ final: _____

12.1. Força de prensão manual (FPM):

FPM (kg): _____

12.2. Teste de força e endurance de membros superiores (RESISFOR) (vezes): _____

A idosa conseguiu realizar o teste? Não Sim

12.3. Teste sentar e levantar

A idosa conseguiu realizar o teste? Não Sim**30 segundos** (vezes): _____

Apêndice B

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, _____, em pleno exercício dos meus direitos me disponho a participar da Pesquisa “Abordagem multidimensional para a compreensão da Hipertensão Arterial Sistêmica em idosas ativas e não ativas fisicamente”. Declaro ter sido esclarecido e estar de acordo com os seguintes pontos:

- O trabalho “Abordagem multidimensional para a compreensão da Hipertensão Arterial Sistêmica em idosas ativas e não ativas fisicamente” terá como objetivo geral: Avaliar os fatores biopsicossociais associados à hipertensão arterial sistêmica em idosas ativas e não ativas fisicamente e a magnitude das alterações no perfil de saúde.
- Ao concordar em participar, deverei estar à disposição para fornecer informações sobre aspectos sociodemográficos, a situação de saúde, a condição psicocognitiva, a ocorrência de quedas, o uso de medicamentos, os hábitos de vida, o desempenho funcional e a capacidade funcional, as atividades físicas, esporte e lazer e a qualidade do sono, além da realização da aferição de variáveis antropométricas, de composição corporal e da eletromiografia. Fui informada que, dentre os procedimentos realizados com a coleta dos dados nenhum poderá causar algum risco ou desconforto.
- Ao pesquisador caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial; entretanto, quando necessário for, poderá revelar os resultados a mim e/ou familiares, cumprindo as exigências da Resolução Nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.
- Estou ciente de que poderei me recusar a participar, ou retirar meu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho ora proposto, não havendo qualquer penalização ou prejuízo para mim.
- Será garantido o sigilo dos resultados obtidos neste trabalho, assegurando assim a minha privacidade, tendo em vista que tais resultados terão caráter confidencial.
- Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros a mim e, portanto, não haverá necessidade de indenização por parte da equipe científica e/ou da Instituição responsável.
- Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimentos, o participante poderá entrar em contato com Nathalie de Almeida Silva no número (Número informado na versão de cada idosa, no entanto omitido na versão da dissertação) e Paulo Granges e Silva (Número informado na versão de cada idosa, no entanto omitido na versão da dissertação).
- Ao final da pesquisa, se for do meu interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados, com o pesquisador. Este documento será impresso em duas vias e uma delas ficará em minha posse.
- Desta forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimentos e, por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, dato e assino este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.
Campina Grande, ____/____/_____.

Assinatura do participante do estudo

Assinatura do pesquisador

ANEXOS

ANEXO A

Escala de Depressão Geriátrica – versão reduzida (EDG – 15)

“Agora eu vou perguntar à senhora sobre a sua vida, como a senhora está se sentindo. A sua resposta deve ser sim ou não. A senhora entendeu?”

Questões	Sim	Não
1. A senhora está satisfeita com a sua vida?		
2. A senhora abandonou muitas de suas atividades e interesses? (Deixou de fazer coisas que gosta?)		
3. A senhora sente que sua vida está vazia?		
4. A senhora se sente frequentemente aborrecida?		
5. A senhora na maioria das vezes está de bom humor?		
6. A senhora teme que algo de ruim lhe aconteça?		
7. A senhora se sente feliz na maioria das vezes?		
8. A senhora se sente frequentemente desamparada?		
9. A senhora prefere ficar em casa do que sair e fazer coisas novas?		
10. A senhora sente que tem mais problemas de memória que antes?		
11. A senhora pensa que é maravilhoso estar viva?		
12. A senhora se sente inútil?		
13. A senhora se sente cheia de energia?		
14. A senhora sente que sua situação é sem esperança?		
15. A senhora pensa que a maioria das pessoas está melhor que a senhora?		
Total		

ANEXO B

Medida de Queixas Subjetivas de Memória (MAC – Q)

“Comparando como a senhora era aos 40 anos, como a senhora descreveria sua capacidade para realizar as seguintes tarefas que envolvem a memória”:

Questões	Muito melhor agora (1)	Um pouco melhor agora (2)	Sem mudança (3)	Um pouco pior agora (4)	Muito pior agora (5)
1. Lembrar o nome de pessoas que acabou de conhecer.					
2. Lembrar o número de telefone que usa ao menos uma vez por semana.					
3. Lembrar onde colocou objetos (ex. chaves).					
4. Lembrar notícias de uma revista ou da televisão.					03
5. Lembrar coisas que pretendia comprar quando chega ao local.					
6. Em geral, como descreveria sua memória comparada à que tinha aos 40 anos de idade?	(2)	(4)	(6)	(8)	(10)
Total					

OBS: soma-se normalmente os itens 1 até 5, e soma-se o dobro, no item 6.

ANEXO C

Mini Exame do Estado Mental (MEEM)

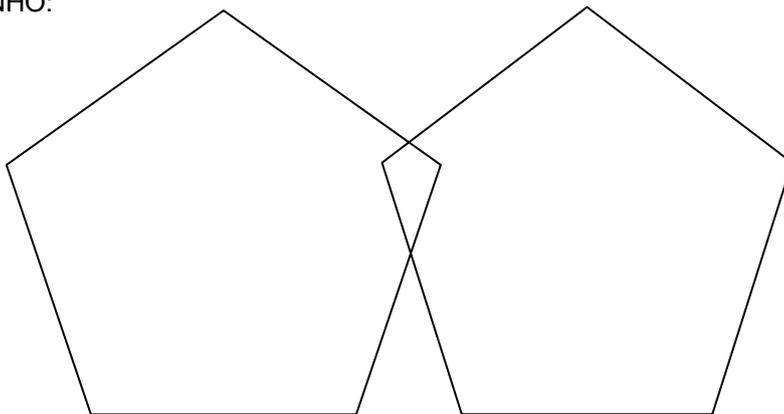
“Agora vou lhe fazer algumas perguntas que exigem atenção e um pouco de sua memória. Por favor, tente se concentrar para respondê-las.

		CERTO	ERRADO	NR
01.	Qual a data de hoje?			
02.	Em que mês estamos?			
03.	Em que ano estamos?			
04.	Em que dia da semana estamos?			
05.	Que horas são agora aproximadamente? (Considere correta a variação de mais ou menos uma hora)			
06.	Em que local nós estamos? (dormitório, sala, apontando para o chão)			
07.	Que local é este aqui? (apontando ao redor num sentido mais amplo para a <u>casa</u>)			
08.	Em que bairro nós estamos ou qual o nome de uma rua próxima?			
09.	Em que cidade nós estamos?			
10.	Em que estado nós estamos?			
	Vou dizer 3 palavras, e a senhora irá repeti-las a seguir: CARRO, VASO, TIJOLO. (Caso a idosa não consiga repetir, falar as 3 palavras de novo e pedir que repita. Caso a idosa erre outra vez, dizer as 3 palavras em sequência novamente e pedir que repita. Registre como acerto qualquer uma das tentativas em que a idosa foi bem-sucedida e como erro , caso ela não consiga repetir as 3 palavras em sequência pelo menos uma vez).			
11.	CARRO			
12.	VASO			
13.	TIJOLO			
	Gostaria que a senhora me dissesse quanto é: (Se a idosa acertar , registre imediatamente o acerto e prossiga com a sequência. Se a idosa errar , diga NÃO, não dê dica sobre qual é a resposta correta e prossiga com a sequência e assim por diante. Atenção: Se a idosa errar na primeira tentativa e corrigir espontaneamente, considere como acerto).			
14.	100 – 7 (93)			
15.	93 – 7 (86)			
16.	86 – 7 (79)			
17.	79 – 7 (72)			
18.	72 – 7 (65)			
	A senhora consegue se lembrar das 3 palavras que lhe pedi que repetisse agora há pouco? (Uma única tentativa sem dicas. Considere como correta a repetição das 3 palavras em qualquer ordem).			
19.	CARRO			
20.	VASO			
21.	TIJOLO			
22.	Mostre um RELOGIO e peça à entrevistada que diga o nome, dizendo: O que é isto?			
23.	Mostre uma CANETA e peça à entrevistada que diga o nome, dizendo: O que é isto?			

24.	Preste atenção: vou lhe dizer uma frase e quero que repita depois de mim: "NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ". (Registre como acerto somente se a repetição for perfeita, sem dicas).			
	Agora pegue este papel com a mão direita. Dobre-o ao meio e coloque-o no chão. A senhora entendeu?			
25.	Pega a folha com a mão correta.			
26.	Dobra corretamente.			
27.	Coloca no chão.			
28.	Vou lhe mostrar uma folha onde está escrita uma frase. Gostaria que a senhora fizesse o que está escrito. (FECHE OS OLHOS).			
29.	Gostaria que a senhora escrevesse uma frase de sua escolha, qualquer uma, não precisa ser grande. (Se a idosa não compreender, ajude dizendo alguma frase que tenha começo, meio e fim, alguma coisa que aconteceu hoje ou alguma coisa que queira dizer). Não são considerados para pontuação, erros gramaticais ou ortográficos.			
30.	Vou lhe mostrar um desenho e gostaria que a senhora copiasse, da melhor forma possível. (Considere como acerto apenas se houver 2 pentágonos interseccionados com 10 ângulos, formando uma figura de 4 lados e 4 ângulos na área de intersecção, ou seja, uma cópia perfeita).			
Pontuação Total:				

FRASE: _____

DESENHO:



ANEXO D

Índice de qualidade do sono de Pittsburgh

As seguintes perguntas são relativas aos seus hábitos usuais de sono durante o **último mês somente**. Suas respostas devem indicar a lembrança mais exata da **maioria** dos dias e noites no último mês. Por favor, responda a todas as perguntas.

11. Durante o último mês, quando a senhora geralmente foi para a cama à noite?
Hora usual de deitar: _____
12. Durante o último mês, quanto tempo (em minutos) a senhora geralmente levou para dormir à noite?
Número de minutos: _____
13. Durante o último mês, quando a senhora geralmente levantou de manhã?
Hora usual de levantar: _____
14. Durante o último mês, quantas horas de sono a senhora teve por noite? (Este pode ser diferente do número de horas que a senhora ficou na cama).
Horas de sono por noite: _____

Para cada uma das questões restantes, informar a **melhor (uma)** resposta. Por favor, responda a todas as questões.

15. Durante o último mês, com que frequência a senhora **teve dificuldade de dormir** porque a senhora...
 - k) Não conseguiu adormecer em até 30 minutos

<input type="checkbox"/> Nenhuma no último mês	<input type="checkbox"/> Menos de 1 vez/semana
<input type="checkbox"/> 1 ou 2 vezes/semana	<input type="checkbox"/> 3 ou mais vezes/semana
 - l) Acordou no meio da noite ou de manhã cedo

<input type="checkbox"/> Nenhuma no último mês	<input type="checkbox"/> Menos de 1 vez/semana
<input type="checkbox"/> 1 ou 2 vezes/semana	<input type="checkbox"/> 3 ou mais vezes/semana
 - m) Precisou levantar para ir ao banheiro

<input type="checkbox"/> Nenhuma no último mês	<input type="checkbox"/> Menos de 1 vez/semana
<input type="checkbox"/> 1 ou 2 vezes/semana	<input type="checkbox"/> 3 ou mais vezes/semana

- n) Não conseguiu respirar confortavelmente
 Nenhuma no último mês Menos de 1 vez/semana
 1 ou 2 vezes/semana 3 ou mais vezes/semana
- o) Tossiu ou roncou forte
 Nenhuma no último mês Menos de 1 vez/semana
 1 ou 2 vezes/semana 3 ou mais vezes/semana
- p) Sentiu muito frio
 Nenhuma no último mês Menos de 1 vez/semana
 1 ou 2 vezes/semana 3 ou mais vezes/semana
- q) Sentiu muito calor
 Nenhuma no último mês Menos de 1 vez/semana
 1 ou 2 vezes/semana 3 ou mais vezes/semana
- r) Teve sonhos ruins
 Nenhuma no último mês Menos de 1 vez/semana
 1 ou 2 vezes/semana 3 ou mais vezes/semana
- s) Teve dor
 Nenhuma no último mês Menos de 1 vez/semana
 1 ou 2 vezes/semana 3 ou mais vezes/semana
- t) Outra (s) razão (ões); por favor, descreva:

Com que frequência, durante o último mês, a senhora teve dificuldade para dormir devido a essa razão?

- Nenhuma no último mês Menos de 1 vez/semana
 1 ou 2 vezes/semana 3 ou mais vezes/semana
16. Durante o último mês, como a senhora classificaria a qualidade do seu sono de uma maneira geral?
 Muito boa Boa Ruim Muito ruim
17. Durante o último mês, com que frequência a senhora tomou medicamento (prescrito ou “por conta própria”) para lhe ajudar a dormir?
 Nenhuma no último mês Menos de 1 vez/semana
 1 ou 2 vezes/semana 3 ou mais vezes/semana
18. No último mês, com que frequência a senhora teve dificuldade de ficar acordada enquanto dirigia, comia ou participava de uma atividade social (festa, reunião de amigos, trabalho, estudo)?
 Nenhuma no último mês Menos de 1 vez/semana
 1 ou 2 vezes/semana 3 ou mais vezes/semana
19. Durante o último mês, quão problemático foi para senhora manter o entusiasmo (ânimo) para fazer as coisas (suas atividades habituais)?
 Nenhuma dificuldade Um problema muito leve
 Um problema razoável Um problema muito grande

20. A senhora tem um parceiro (esposo) ou colega de quarto?

- Não
 Parceiro ou colega, mas em outro quarto
 Parceiro no mesmo quarto, mas não na mesma cama
 Parceiro na mesma cama

Se a senhora tem um parceiro ou colega de quarto, pergunte a ele com que frequência no último mês a senhora teve...

12

f) Ronco forte

- Nenhuma no último mês
 1 ou 2 vezes/semana
 Menos de 1 vez/semana
 3 ou mais vezes/semana

g) Longas paradas na respiração enquanto dormia

- Nenhuma no último mês
 1 ou 2 vezes/semana
 Menos de 1 vez/semana
 3 ou mais vezes/semana

h) Contrações ou puxões nas pernas enquanto a senhora dormia

- Nenhuma no último mês
 1 ou 2 vezes/semana
 Menos de 1 vez/semana
 3 ou mais vezes/semana

i) Episódios de desorientação ou confusão durante o sono

- Nenhuma no último mês
 1 ou 2 vezes/semana
 Menos de 1 vez/semana
 3 ou mais vezes/semana

j) Outras alterações (inquietações) enquanto a senhora dorme; por favor, descreva:

- Nenhuma no último mês
 1 ou 2 vezes/semana
 Menos de 1 vez/semana
 3 ou mais vezes/semana

Identificação: _____ **Código:** _____

DEVOLVER:

_____ / _____ / _____

ANEXO E

Escala de Lawton e Brody para AIVD

- Esta entrevista tem como propósito identificar o nível de condição funcional da Sra., por intermédio das possíveis dificuldades do seu dia-a-dia.
- Procure recordar em cada atividade a ser questionada, se a Sra. faz sem ajuda, com algum auxílio ou não realiza de forma alguma.
-

a) Em relação ao telefone:

- ()³ Recebe e faz ligações sem assistência
- ()² Necessita de assistência para realizar ligações
- ()¹ Não tem o hábito ou é incapaz de usar telefone

b) Em relação às viagens:

- ()³ Realiza viagens sozinha
- ()² Somente viaja quando tem companhia
- ()¹ Não tem o hábito ou é incapaz de viajar

c) Em relação a realização de compras:

- ()³ Realiza compras, quando é fornecido o transporte
- ()² Somente faz compras quando tem companhia
- ()¹ Não tem hábito ou é incapaz de realizar compras

d) Em relação ao preparo das refeições:

- ()³ Planeja e cozinha as refeições completas
- ()² Prepara somente refeições pequenas ou quando recebe ajuda
- ()¹ Não tem hábito ou é incapaz de preparar refeições

e) Em relação ao trabalho doméstico:

- ()³ Realiza tarefas pesadas
- ()² Realiza tarefas leves, necessitando de ajuda nas pesadas
- ()¹ Não tem hábito ou é incapaz de realizar trabalhos domésticos

f) Em relação ao uso de medicamentos:

- ()³ Faz uso de medicamentos sem assistência
- ()² Necessita de lembretes ou assistência
- ()¹ É incapaz de controlar sozinho o uso de medicamentos

g) Em relação ao manuseio de dinheiro:

- ()³ Preenche cheque e paga as contas sem auxílio
- ()² Necessita de ajuda para o uso de cheques e contas
- ()¹ Não tem hábito de lidar com dinheiro ou é incapaz de manusear dinheiro, contas...

ANEXO F

Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA
PARAÍBA - UEPB / PRÓ-
REITORIA DE PÓS-



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ABORDAGEM MULTIDIMENSIONAL PARA A COMPREENSÃO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA EM IDOSAS ATIVAS E NÃO ATIVAS FISICAMENTE

Pesquisador: TARCIANA NOBRE DE MENEZES

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 33840514.8.0000.5187

Instituição Proponente: Universidade Estadual da Paraíba - UEPB

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 739.927

Data da Relatoria: 23/07/2014

Apresentação do Projeto:

O Projeto é intitulado " ABORDAGEM MULTIDIMENSIONAL PARA A COMPREENSÃO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA EM IDOSAS ATIVAS E NÃO ATIVAS FISICAMENTE".

Objetivo da Pesquisa:

A pesquisa tem como objetivo geral: Avaliar os fatores biopsicossociais associados à hipertensão arterial sistêmica em idosas ativas e não ativas fisicamente e a magnitude das alterações no perfil de saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Considerando a justificativa e os aportes teóricos e metodologia apresentados no presente projeto, e ainda considerando a relevância do estudo as quais são explícitas suas possíveis contribuições, percebe-se que a mesma não trará riscos aos sujeitos a serem pesquisados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Será realizada um estudo de campo.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos encontram-se anexados.

Endereço: Av. das Baraúnas, 351- Campus Universitário
Bairro: Bodocongó **CEP:** 58.109-753
UF: PB **Município:** CAMPINA GRANDE
Telefone: (83)3315-3373 **Fax:** (83)3315-3373 **E-mail:** cep@uepb.edu.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA
PARAÍBA - UEPB / PRÓ-
REITORIA DE PÓS-



Continuação do Parecer: 739.927

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Considerando a Constituição Federal da República Federativa do Brasil, cujos objetivos e fundamentos da soberania, da cidadania, da dignidade da pessoa humana, dos valores sociais do trabalho e da livre iniciativa e do pluralismo político e os objetivos de construir uma sociedade livre, justa e solidária, de garantir o desenvolvimento nacional, de erradicar a pobreza e a marginalização e reduzir as desigualdades sociais e regionais e de promover o bem de todos, sem qualquer tipo de preconceito, ou de discriminação coadunam-se com os documentos internacionais sobre ética, direitos humanos e desenvolvimento;

Considerando a legislação brasileira correlata e pertinente; e

Considerando o disposto na Resolução no 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde, que rege e disciplina as pesquisas envolvendo seres humanos.

R E S O L V E: Aprovar o projeto de pesquisa em apreciação ética.

CAMPINA GRANDE, 06 de Agosto de 2014

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Assinado por:

Doralúcia Pedrosa de Araújo
Prof.ª Dra. Doralúcia Pedrosa de Araújo
(Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa)

Endereço: Av. das Baraúnas, 351- Campus Universitário

Bairro: Bodocongó

CEP: 58.109-753

UF: PB

Município: CAMPINA GRANDE

Telefone: (83)3315-3373

Fax: (83)3315-3373

E-mail: cep@uepb.edu.br

