

**ALEXANDRE MARCELO COSTA DE OLIVEIRA**

**COMPORTAMENTO SEDENTÁRIO DE IDOSOS E O ÍNDICE DE  
DESENVOLVIMENTO HUMANO DOS MUNICÍPIOS DA SUPERINTENDÊNCIA  
REGIONAL DE SAÚDE – UBERABA / MG**

**UBERABA**

**2014**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO FÍSICA**

**Alexandre Marcelo Costa de Oliveira**

**COMPORTAMENTO SEDENTÁRIO DE IDOSOS E O ÍNDICE DE  
DESENVOLVIMENTO HUMANO DOS MUNICÍPIOS DA SUPERINTENDÊNCIA  
REGIONAL DE SAÚDE – UBERABA / MG**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Educação Física, área de concentração “Esporte e Exercício (Linha de Pesquisa: Esporte, Condições de Vida e Saúde) da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como requisito parcial para obtenção do título de mestre.

Orientadora: Dra. Renata Damião

UBERABA

2014

**Catálogo na fonte: Biblioteca da Universidade Federal do Triângulo Mineiro**

Oliveira, Alexandre M.C.  
O45c Comportamento sedentário de idosos e o índice de desenvolvimento humano dos municípios da Superintendência Regional de Saúde – Uberaba, MG / Alexandre Marcelo Costa de Oliveira. – 2014.  
47 f.:tab.

Dissertação (Mestrado de Educação Física) – Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, 2014.  
Orientadora: Profa. Dra. Renata Damião.

1.Saúde do idoso. 2. Estilo de Vida Sedentário. 3. Fatores socioeconômicos. 4. Epidemiologia. 5. Estudos transversais. 6. Desenvolvimento Humano – Estatística e dados numéricos. I. Damião, Renata II. Universidade Federal do Triângulo Mineiro. III. Título.

CDU 613.98

Alexandre Marcelo Costa de Oliveira

**COMPORTAMENTO SEDENTÁRIO DE IDOSOS E O ÍNDICE DE  
DESENVOLVIMENTO HUMANO DOS MUNICÍPIOS DA SUPERINTENDÊNCIA  
REGIONAL DE SAÚDE – UBERABA / MG**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Educação Física, área de concentração “Esporte e Exercício (Linha de Pesquisa: Esporte, Condições de Vida e Saúde) da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como requisito parcial para obtenção do título de mestre.

Aprovada em 11 de dezembro de 2014.

Banca examinadora:

---

Profa. Dra. Renata Damião – Orientadora  
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

---

Prof. Dr. Felipe Aidar Martins  
Centro Universitário do Triângulo - UNITRI

---

Profa. Dra. Marta Regina Farinelli  
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Dedico este trabalho a memória de minha querida mãe, Maria Célia Costa Pinto de Oliveira, que nos deixou no decorrer deste ano, exemplo de pessoa humana, de dedicação à família e inspiração de minha vida.

## RESUMO

Frente a um comportamento da pirâmide demográfica brasileira que sinaliza o aumento gradativo da população idosa verificado pelos últimos censos demográficos, denotando o envelhecimento populacional busca o presente estudo, direcionar nossas atenções para o seu impacto na saúde pública, em especial na faixa das pessoas com mais de 60 anos. Ele tem como objetivo identificar o comportamento sedentário de idosos dos municípios da Superintendência Regional de Saúde de Uberaba e verificar sua relação com o Índice de Desenvolvimento Humano, realizado com idosos de ambos os sexos residentes em 24 os municípios da Superintendência Regional de Saúde de Uberaba - Minas Gerais. Aos participantes da pesquisa, foi aplicado um questionário estruturado em forma de entrevista para obtenção das seguintes variáveis: características socioeconômicas, comportamentais e clínicas. A análise descritiva foi realizada para todas as variáveis. Foi aplicado o teste ANOVA One Way para comparar as médias das variáveis contínuas e o teste *Qui-quadrado* para comparar as variáveis categóricas. O nível de significância estatística para todos os testes foi de  $p < 0,05$ . Foram avaliados 3430 indivíduos. A média do comportamento sedentário da região foi 255,06 minutos. Ao analisar as características socioeconômicas dos municípios com comportamento sedentário baixo e acima de 255,06 minutos observou-se diferenças estatisticamente significante em relação a renda familiar, anos de estudo, situação conjugal, cor, tempo de aposentadoria, número de filhos, cooperação familiar financeira, convívio familiar, percepção do estado de saúde e presença de doenças reumáticas. Conclui-se que o comportamento sedentário não relacionou com o índice de desenvolvimento humano, porém observou diferenças em relação a características socioeconômicas, comportamentais e clínicas.

Palavras-chave: Saúde do Idoso. Epidemiologia. Estudos Transversais. Índice de Desenvolvimento Humano.

## **ABSTRACT**

Facing a behavior of the Brazilian population pyramid that signals the gradual increase of the elderly population seen in the latest population census, showing the aging population seeks the present study, direct our attention to its impact on public health, especially in the range of people over 60. It aims to identify the sedentary behavior of elderly in the municipalities of Uberaba Regional Health Superintendence and verify its relationship with the Human Development Index, on elderly people of both genders in the 24 municipalities of the Regional Health Superintendency of Uberaba - Minas Gerais. To research participants, we applied a structured questionnaire in an interview to obtain the following variables: socioeconomic characteristics, behavioral and clinical. Descriptive analysis was performed for all variables. The One Way ANOVA test was used to compare the means of continuous variables and the chi-square test to compare categorical variables. The level of statistical significance for all tests was  $p < 0.05$ . We evaluated 3430 individuals. The average sedentary behavior in the region was 255.06 minutes. By analyzing the socioeconomic characteristics of the municipalities with low sedentary behavior and above 255.06 minutes there was a statistically significant difference from family income, years of education, marital status, color, retirement time, number of children, family financial cooperation, family life, perception of health status and presence of rheumatic diseases. We conclude that sedentary behavior not related to the human development index, but noted differences in the socioeconomic, behavioral and clinical characteristics.

Keywords: Aging Health. Epidemiology. Sectional Studies. Human Development Index.

## LISTA DE TABELAS

### Tabela

01. Comportamento sedentário dos 24 municípios da Superintendência Regional de Saúde de Uberaba e da região. ....	25
02. Distribuição do comportamento sedentário dos 24 municípios da Superintendência Regional de Saúde de Uberaba e da região.....	26
03. Características socioeconômicas dos 24 municípios da Superintendência Regional de Saúde de Uberaba por grupos. ....	27
04. Características comportamentais e clínicas dos 24 municípios da Superintendência Regional de Saúde de Uberaba por grupos.. ....	29
05. Índices de Desenvolvimento Humano dos 24 municípios da Superintendência Regional de Saúde de Uberaba por grupos.. ....	30



## LISTA DE SIGLAS

AVDs	Atividades da Vida Diária
DCC	Doença Cardíaca Coronariana
DCNT	Doença Crônica Não Transmissível
dp	Desvio Padrão
G1	Grupo 1
G2	Grupo 2
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Intervalo de Confiança
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IPAQ	<i>International Physical Activity Questionnaire</i>
IPEA	Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas
MET	Equivalente Metabólico
OMS	Organização Mundial da Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNSI	Política Nacional de Saúde do Idoso
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
SM	Salário Mínimo
SPSS	<i>Statistical Package for Social Sciences</i>
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	10
1.1 SEDENTARISMO E COMPORTAMENTO SEDENTÁRIO .....	12
1.2 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL .....	14
1.3 DESENVOLVIMENTO HUMANO .....	16
1.3.1 Índice de Desenvolvimento Humano .....	17
1.4 JUSTIFICATIVA .....	19
<b>2. OBJETIVOS</b> .....	20
2.1 GERAL .....	20
2.2 ESPECÍFICOS .....	20
<b>3. MÉTODOS</b> .....	21
3.1 DELINEAMENTO .....	21
3.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA .....	21
3.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO .....	21
3.4 COLETA DE DADOS .....	21
3.5 ASPECTOS ÉTICOS .....	22
3.6 PROCEDIMENTOS .....	22
<b>3.6.1 Características socioeconômicas</b> .....	22
<b>3.6.2 Características comportamentais e clínicas</b> .....	22
<b>3.6.3 Mensuração do Comportamento Sedentário</b> .....	22
<b>3.6.4 Índice de Desenvolvimento Humano Municipal</b> .....	23
<b>3.7 ANÁLISE DOS DADOS</b> .....	23
<b>4. RESULTADOS</b> .....	23
<b>5. DISCUSSÃO</b> .....	29
<b>6. CONCLUSÃO</b> .....	30
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	32
<b>APÊNDICE</b> .....	36
<b>ANEXOS</b> .....	37

## 1. INTRODUÇÃO

Transições epidemiológicas tem despertado ao longo dos anos, a atenção para os seus efeitos e implicações ligados ao estilo de vida experimentado pela maioria das populações no mundo. Importantes conquistas médicas em meados do século XX, contribuíram para o aumento significativo da expectativa de vida e caracterizado por KALACHE *et al.* (1987) como o fenômeno universal do envelhecimento populacional, tanto em países desenvolvidos como, de modo crescente, nos países em desenvolvimento.

Num estudo de revisão sobre intervenções em atividade física na América Latina (HOEHNER *et al.*, 2008), registrou-se essas transições epidemiológicas, onde destaca-se a alta prevalência das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) em decorrência dos rápidos processos de urbanização e globalização, resultando modificações de comportamento, estilos de vida e moradia.

O peso crescente que as DCNT vêm impondo às nações em desenvolvimento, uma maior atenção sobre seus fatores de risco, como o estilo de vida sedentário, estimulando estudos na área (HOEHNER *et al.*, 2008).

Como contramedidas a esse fenômeno das transições epidemiológicas, a Organização Mundial da Saúde (OMS) estabeleceu estratégias para dieta, atividade física e saúde, evidenciadas cientificamente (WHO, 2004) que passaram a ser implementadas por seus países membros.

No Brasil, este momento mostrou-se oportuno para o desenvolvimento de estratégias efetivas e sustentáveis de promoção da saúde, da prevenção e controle integrado dos fatores de risco das DCNT (BARRETO *et al.*, 2005).

Nesta preocupação com fatores de risco que se associam ao sedentarismo, ressalta-se que na faixa etária idosa, as mudanças fisiológicas que conduzem a reduções na capacidade funcional e alterações da composição corporal (CHODZKO-ZAJKO *et al.*, 2009), diminuem a predisposição a atividade física e conseqüentemente seus níveis de intensidade, além de acentuar comportamentos sedentários que passam a integrar uma maior parte da vida cotidiana diária do idoso.

Observa-se assim, uma mudança gradual do comportamento e o estilo de vida dos indivíduos e dos grupos sociais que são largamente determinados pelo ambiente físico, socioeconômico e cultural, possuindo uma estreita ligação com os

padrões de comportamento, atitudes, crenças, valores pessoais, refletindo os interesses e opiniões de um indivíduo (AMARO *et al.*, 2007).

NAHAS (2010) coloca o conceito de estilo de vida como um “conjunto de ações habituais que refletem as atitudes, os valores e as oportunidades na vida das pessoas”, nos direcionando a análise do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), indicador de qualidade de vida, utilizado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD - ONU) e suas similitudes com o comportamento sedentário da população idosa, foco do estudo.

Na vida sedentária, o estilo de vida requer uma atividade física mínima e que incentiva a inatividade através de escolhas limitadas, dos desincentivos e das barreiras estruturais ou financeiras (CHODZKO-ZAJKO *et al.*, 2009), o que leva ao crescimento dos comportamentos sedentários como efeito dos processos de urbanização das cidades e de um estilo de vida moderno caracterizado por avanços tecnológicos, impondo as pessoas cada vez menos esforços para a realização das ações cotidianas (BARRETO *et al.*, 2005), destacando-se neste preâmbulo que ao focar a análise do comportamento sedentário, não significa admitir a ausência de atividade física (FARIAS JÚNIOR, 2011).

Com foco no idoso, envolve-se também o fator longevidade, resultado do processo epidemiológico em curso que aliado ao aumento das taxas de escolaridade (IBGE, 1992-2007), permitem associar aos indicadores sociais estatísticos de longevidade, educação e nível de vida, estruturadores do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD,2013).

Por ser, o Índice de Desenvolvimento Humano, um indicador de repercussão mundial face sua simplicidade, facilidade de compreensão, abrangência e forma holística de se calcular o desenvolvimento humano, a transformação em um único número da complexidade de três importantes dimensões, possibilita uma compreensão, discussão e reflexão ampla sobre o significado do desenvolvimento humano para a sociedade (PNUD, 2013).

Este quadro incita a analisar se a melhora do desenvolvimento humano, mensurado através do Índice de Desenvolvimento Humano, interfere no comportamento sedentário da vida do idoso, atendendo a diretriz da Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI) de apoiar estudos e pesquisas, no intuito de subsidiar ações dirigidas a essa população de mais de 60 anos de idade,

contemplando as particularidades de gênero (sexo) e estratos sociais (GORDILHO *et al*, 2000).

### 1.1 SEDENTARISMO E COMPORTAMENTO SEDENTÁRIO

Derivado da palavra latina “*sedentarius*”, sedentário significa “aquele que senta; assento”. Por outro lado, “Sedentarismo” é definido por Chodzko-zajko *et al.* (2009) como “um modo de vida ou estilo de vida que requer uma atividade física mínima e que incentiva a inatividade através de escolhas limitadas, desincentivos, e/ou barreiras estruturais ou financeiras”.

A Organização Mundial da Saúde (WHO, 2004) preconiza não ser sedentário a pessoa que executa atividades físicas regulares com duração mínima de 30 minutos diários o que equivale a um gasto calórico semanal em torno de 2200 calorias, significando ainda que neste tempo estão incluídas as atividades da vida diária (AVDs), sendo ainda alertado por SILVESTRE *et al.* (2012) que é na fisiologia da inatividade física onde surgem as principais causas das doenças.

Destaca ainda Matzudo *et al.* (2001) que o sedentarismo, pode abreviar e agravar o declínio da capacidade funcional, característico no processo do envelhecimento humano, dificultando a realização das atividades da vida diária (AVDs) e sendo determinante na diminuição da qualidade de vida do idoso.

O termo “comportamento sedentário”, apesar de parecer novo nas discussões atuais sobre inatividade física e suas implicações, destacando-se neste particular não serem termos sinônimos, vem sendo estudado desde os idos de 1950.

Em um estudo de Morris *et al.* (1953) na Inglaterra, onde foi analisado o comportamento dos trabalhadores do sistema de ônibus coletivos de Londres, comparando a incidência de DCNT em motoristas e cobradores, percebeu-se que os motoristas, possuíam uma maior incidência de doença cardíaca coronariana (DCC), quando comparados aos cobradores, sendo isso associado às diferenças de comportamento, pois enquanto os motoristas permaneciam sentados durante sua jornada de trabalho, os cobradores tinham que constantemente, subir e descer as escadas dos ônibus para efetuarem as cobranças dos passageiros, sendo ainda mais acentuado os graus de incidência e taxas de óbitos por DCC naqueles trabalhadores que possuíam um comportamento sedentário mais acentuado em suas rotinas diárias.

Neste caminho, o termo comportamento sedentário passou a ser utilizado para caracterizar um conjunto de atividades, realizadas na posição sentada, que

apresentam um gasto energético próximo aos valores de repouso/basal (1,0-1,5 MET), tais como assistir televisão, utilizar o computador, jogar videogame, conversar com os amigos, utilizar o telefone, dentre outras atividades similares (OWEN *et al*, 2010a).

Mielke e Hallal (2013) definem que “Equivalente metabólico (MET) representa o gasto energético de uma pessoa em repouso absoluto. A classificação de intensidade das atividades físicas refere-se à quantidade equivalente em METs para cada tipo de atividade. Por exemplo, corrida (6,0 METs), caminhar com o cachorro (3,0 METs), cuidar do jardim (2,5 METs), ficar sentado (1 MET)”.

Assim, com o aumento do tabagismo, alcoolismo e mudanças no hábito alimentar, aliado a um crescente índice de comportamento sedentário e inatividade física das pessoas, estudos tem imputado a esses fatores de risco, o aumento da morbimortalidade por DCNT (WHO, 2004, HOEHNER *et al.*, 2008, BARRETO *et al.*, 2005).

Pode-se observar também que em estudos prospectivos como os de Taylor (2011), observou a relação positiva do comportamento sedentário prolongado com todas as causas de morte e por doenças cardiovasculares e metabólicas, independente da prática de atividades físicas intensas ou moderadas.

Knudsen *et al.* (2012), num estudo de intervenção sobre as alterações na sensibilidade à insulina, demonstrou em seus resultados, a independência dos processos metabólicos estruturadores do comportamento sedentário e da atividade física, onde o estilo de vida sedentário combinado a inatividade com o desequilíbrio energético, indica que uma pessoa pode ao mesmo tempo ser considerada ativa fisicamente e sedentária, corroborando com o estudo de Hamilton *et al.* (2008) que sugerem que as respostas fisiológicas à inatividade podem causar efeitos negativos em importantes processos celulares e moleculares de proteínas relacionadas à doenças e são diferentes dos ativados pelo exercício físico.

Dentro da análise do comportamento das pessoas e do tempo despendido nas suas atividades da vida diária (AVDs), sua maior parte é caracterizada por atividades leves e comportamento sedentário (MATTHEWS, *et al*, 2008) e apenas 3% do tempo total acordado, representam a realização de atividades físicas de intensidade moderada a vigorosa (OWEN *et al.*, 2010).

Comportamentos sedentários possuem uma conformação diferente da atividade física, com “determinantes” e implicações específicas para a saúde das

peças, não se caracterizando simplesmente pela ausência de prática de atividade física (inatividade física) ou, mais ainda, por não alcançar as recomendações de prática (<150 minutos/semana) (HASKELL *et al.*, 2007), visto que pode-se ser fisicamente ativo e ao mesmo tempo acumular altos índices de comportamento sedentário (FARIAS JÚNIOR, 2011).

Ao nos propor a mensuração do comportamento sedentário devemos compreender que a sua independência da atividade física faz com que o objetivo seja mensurar o tempo de comportamento sedentário através de práticas físicas de até 1,5 METs e que as atividades consideradas leves (de 1,6 a 2,9 METs), quando praticadas, aumentam o gasto energético influenciando positivamente numa melhor saúde para o indivíduo (FARIAS JÚNIOR, 2011).

O “tempo sentado” e o “tempo gasto na frente da televisão”, os comportamentos que mais comumente são utilizados para fazer sua mensuração indireta (a mais utilizada) e acelerômetros, apesar desses medirem a atividade física realizada e que já passam a dar espaço a monitores de movimento mais avançados que conseguem identificar episódios de caminhada, tempo sentado e mensurar o tempo em pé (MIELKE e HALLAL, 2013).

Passa assim, ser o comportamento sedentário um novo e importante fator que, em índices de exposição prolongados, associam positivamente com um comprometimento da saúde das pessoas (SUZUKI *et al.*, 2010; OWEN *et al.*, 2010b; HAMILTON *et al.*, 2008), não sendo ainda possível o estabelecimento de um nível de consenso neste sentido (BAUMAN *et al.*, 2011), cabendo a comunidade científica, priorizar estudos neste segundo momento, nas atividades consideradas leves e práticas sedentárias que tenham uma maior participação no comportamento diário total das pessoas.

## 1.2 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL

O processo do envelhecimento populacional da população mundial, fruto de transições epidemiológicas e demográficas, a partir da metade do século XX, começou a despertar um maior interesse da comunidade científica face o seu crescimento e impactos na sociedade contemporânea, serviços de assistência e no estilo de vida das pessoas (KALACHE *et al.*, 1987).

Apesar da maioria das pesquisas, envolvendo a população idosa, recair em países desenvolvidos, são nos países em desenvolvimento que vivem a maior parte

das pessoas com 65 anos ou mais e previsões dão conta que no Brasil, no ano de 2025, esta população com idade de 60 anos ou mais estará na casa dos 32 milhões se transformando num dos maiores desafios do século XXI (RAMOS, 2003).

No Brasil, o crescimento da população idosa tem sido sistemático e consistente. Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD 2013, o País contava com uma população de cerca de 26 milhões de pessoas de 60 anos ou mais de idade e maioria feminina de 55,5%. Com uma taxa de fecundidade baixa, combinada com os avanços da tecnologia e saúde, atualmente o grupo de idosos ocupa um espaço significativo na sociedade brasileira.

No período de 1999 a 2009, a participação dos idosos no conjunto da população passou de 9,1% para 11,3%. No perfil socioeconômico dos idosos apresenta os brancos (55,4%), e 64,1% ocupavam a posição de pessoa de referência no domicílio. A escolaridade é ainda considerada baixa: 30,7% com menos de um ano de instrução e pouco menos de 12,0% viviam com renda domiciliar per capita de até  $\frac{1}{2}$  salário mínimo e cerca de 66% já se encontravam aposentados (IBGE, 2013).

Segundo Kalache *et al.* (1987), o aumento da população idosa será na ordem de 15 vezes, entre 1950 e 2025, enquanto o da população como um todo será não mais que 5 vezes no mesmo período.

Isto acarreta preocupações com esta faixa etária da população na medida em que os efeitos fisiológicos deletérios do processo de envelhecimento passam a atuar mais acentuadamente, momento em que ações visando a manutenção da autonomia funcional e independência do idoso se posicionam no centro das políticas públicas de assistência ao idoso como forma de preservar sua qualidade de vida (GORDILHO *et al.*, 2000).

Por esse caminho, em 1998, iniciou no Brasil a elaboração a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI), objetivando permitir um envelhecimento saudável, preservação da capacidade funcional, da autonomia e do nível de qualidade de vida, em consonância com a Lei nº 8842/94 e suas diretrizes de promoção do envelhecimento saudável, manutenção da capacidade funcional, assistência às necessidades do idoso, reabilitação da capacidade funcional comprometida, capacitação de recursos humanos e o desenvolvimento de cuidados informais, e apoio a estudos e pesquisas (GORDILHO *et al.*, 2000).



A transição epidemiológica no Brasil, na faixa etária dos idosos, propiciou um maior acesso a serviços de saúde e saneamento, o que impactou na queda dos índices de mortalidade, possibilitando também um maior acesso a programas de planejamento familiar e a métodos anticoncepcionais, reduzindo as taxas de fecundidade (GORDILHO *et al.*, 2000).

Por outro lado, a mudança neste perfil epidemiológico vem aumentando as demandas na assistência à saúde, pois nesta faixa etária as internações são mais frequentes e demoradas do que as demais faixas etárias. (GORDILHO *et al.*, 2000).

Em um dos primeiros estudos com idosos no Brasil realizado em São Paulo, Ramos *et al* (1993), mostram que o índice de prevalência das DCNT chegaram a quase 90%, com quase 50% necessitando de algum tipo de ajuda para realizar pelo menos uma AVD, instrumental ou pessoal e 25% com manifestação positiva para distúrbio emocional tipo distímia. A idade média foi de 72 anos, considerada baixa e um predomínio do sexo feminino. A renda média per capita foi de US\$100,00/mês com uma associação direta com a saúde física e mental. Quando menor a renda mais, significativa era a prevalência de DCNT.

Neste sentido, será preciso estabelecer indicadores de saúde capazes de identificar idosos de alto risco de perda funcional e orientar ações concentradas de promoção de saúde e manutenção da capacidade funcional (RAMOS, 2003), indo de encontro com a proposta da presente pesquisa.

### **1.3 DESENVOLVIMENTO HUMANO**

Definido pelo Atlas do Desenvolvimento Humano (ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL, 2013), como o processo de ampliação das liberdades das pessoas que proporciona o aumento das suas capacidades e oportunidades na vida por escolhas que desejam ter, finda-se na expansão das liberdades por dinâmicas sociais, econômicas, políticas e ambientais, viabilizando a variabilidade das oportunidades em um ambiente que garanta a plenitude das potencialidades. A sua análise é focada no bem-estar das pessoas e na ampliação desta condição, que aliado ao crescimento econômico deve alicerçar as conquistas das pessoas na saúde, na educação com qualidade e universal, na política, no meio ambiente, na renda, liberdades e oportunidades, não se confundindo com aumento de riqueza ou renda, que no caso, acabam por reforçar as desigualdades.

### 1.3.1 Índice de Desenvolvimento Humano

O Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD, 2013), adota como conceito de desenvolvimento humano o processo de ampliação de escolhas das pessoas para que elas tenham capacidades e oportunidades, para serem aquilo que desejam ser, num posicionamento contraposto ao da perspectiva econômica, que identifica o bem-estar de uma sociedade apenas pelos recursos ou pela renda por ela gerada. A renda é um fator importante, mas como um dos meios do desenvolvimento e não como seu fim.

Para mensurá-lo, até pouco tempo atrás se buscava basear nos índices do Produto Interno Bruto (PIB), calculado no Brasil pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), o que não atendia muito ao que se propunha, visto a sua perspectiva demasiadamente econômica do instrumento (JANUZZI, 2002).

Assim surgiu o Índice de Desenvolvimento Humano - IDH, apresentado em 1990, no primeiro Relatório de Desenvolvimento Humano do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, idealizado pelo economista paquistanês *Mahbub ul Haq* e com a colaboração e inspiração no pensamento do economista indiano *Amartya Sen* e a partir de 1993, com a sua adoção, as características econômicas que davam forma ao índice até então adotado, deram lugar a uma perspectiva humana, passando a ser o referencial no sentido de que aferir o avanço na qualidade de vida de uma população é ir além do econômico, passando a considerar outras características tais como as sociais, culturais e políticas que influenciam a qualidade da vida humana (PNUD, 2013).

Esse conceito é a base do IDH que incorporam três dos índices mais importantes para a expansão da liberdade das pessoas: saúde - pela oportunidade de se levar uma vida longa e saudável; educação - para ter acesso ao conhecimento; e renda - para poder desfrutar de um padrão de vida digno (PNUD, 2013).

Como indicador social, seu emprego na pesquisa acadêmica ou na formulação e avaliação de políticas públicas, deve atender uma série de propriedades tais como: relevância social, validade representativa, confiabilidade, cobertura populacional, sensibilidade a políticas públicas implementadas, especificidade a programas setoriais, inteligível, atualizável periodicamente, a custos factíveis, ser desagregável em termos geográficos, sociodemográficos e

socioeconômicos e ter historicidade para possibilitar comparações temporais (JANUZZI, 2002).

Apesar do seu perfil ser mais humanista que o anteriormente adotado, o Índice de Desenvolvimento Humano ainda recebe críticas que perpassam pelos aspectos ambientais, de tratamento, avaliação, relatividade e comparabilidade temporal que estão sendo, até agora, superadas por suas características de universalidade, popularidade e reconhecimento, estando a cada ano, os estados-membros da ONU, listados e classificados de acordo com o IDH, que de forma absoluta indica o bem-estar social, sendo utilizado por alguns autores para medir o impacto das políticas econômicas na qualidade de vida (DAVIES e QUINLIVAN, 2006).

O Relatório do Desenvolvimento Humano do PNUD de 2014 (PNUD, 2014), indicam que os níveis de desenvolvimento humano permanecem em ascendência, denotando uma maior crescimento nos grupos de mais baixo desenvolvimento o que sinaliza a uma diminuição das desigualdades entre os grupos, mantendo-se no topo superior a Noruega, Austrália, Suíça, Países Baixos e Estados Unidos e na parte inferior Serra Leoa, Chade, República Centro-Africana, Congo e Niger. Com um crescimento econômico desacelerado a partir de 2008, nota-se que avanços reais foram conquistados. Os índices relativos a renda aumentaram as desigualdades, principalmente na América Latina e Caribe, indicando também que as disparidades na educação continuam, contudo destaca o relatório que melhorias nos indicadores de saúde ajudaram a manter os índices de desenvolvimento humano na ascendência.

Em 2013, o Brasil avançou uma posição na classificação do IDH de forma já sustentável, confirmado pela sua ascendência nas última décadas, evoluindo nas suas três dimensões (Longevidade, Renda e Educação) e passando de 0,727 em 2010 para 0,744 em 2013, ocupando agora a 79ª colocação entre os 187 países reconhecidos pela ONU, sendo um do 18 países a melhorar de posição nos grupos dos países de desenvolvimento humano alto e muito alto (PNUD, 2014).

#### 1.4 JUSTIFICATIVA

Ramos (2003) diz que o desafio maior no século XXI será cuidar de uma população de mais de 32 milhões de idosos, a maioria com nível socioeconômico e educacional baixo e uma alta prevalência de doenças crônicas e incapacitantes.

Numa coorte chamada Projeto Epidoso e considerado o primeiro estudo longitudinal com idosos na América Latina, conduzido por Ramos *et al.* (1993), as variáveis idade e sexo foram significativas nos modelos estatísticos, tendo a história pregressa de sedentarismo, significância na análise bivariada, o que reforça a intenção em explorar o comportamento sedentário do idoso frente aos índices de desenvolvimento humano do PNUD.

O Índice de Desenvolvimento Humano, objetiva mensurar a qualidade de vida, que pela OMS é a percepção do indivíduo de sua inserção na vida, no contexto cultural e sistemas de valores nos quais vive em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (THE WHOQOL GROUP, 1995).

O estilo de vida sedentário é considerado uma característica marcante da sociedade contemporânea, decorrente de transições demográficas, do processo de urbanização e de avanços tecnológicos, refletindo diretamente as mudanças no padrão comportamental das populações, adiantando a OMS (WHO, 2004) que novas recomendações sobre a prática de atividade física darão ênfase ao enfrentamento do comportamento sedentário.

Analisando a população idosa, esta detém os menores índices de atividade física, que associados a alterações na composição muscular, na massa óssea e na capacidade cardiorrespiratória, tendem a aumentar o comportamento sedentário, comprometendo a realização de tarefas básicas e culminando no comprometimento da capacidade funcional do idoso. Na busca de um envelhecimento saudável, do desenvolvimento de aspectos físico, mental, cognitivo e social, a prática de atividades físicas e de lazer são recursos favoráveis para alcançar estes objetivos (CHODZKO-ZAJKO *et al.*, 2009).

O aumento do avanço tecnológico que por um lado é benéfico à qualidade de vida das pessoas, facilita a comunicação e torna a vida mais ágil e segura, privilegia por outro lado, a substituição do esforço humano pelo da máquina. A redução do gasto energético, pela diminuição de esforços até então comuns a vida diária, facilitam o menor uso da força em serviços mais pesados, o crescente uso da televisão e computador como principais fontes de lazer e entretenimento e o uso do

automóvel para o transporte, contribuem para o desequilíbrio do balanço energético que combinados com uma alimentação hipercalórica e pobre em vitaminas/minerais abrem caminho para o aumento dos fatores de risco das DCNT (SARDINHA e MAGALHÃES, 2012).

Como o comportamento sedentário é independente do nível de atividade física (KNUDSEM *et al.* 2012; HAMILTON *et al.*, 2008), que por sua vez influi positivamente nos componentes fisiológicos deletérios do comportamento sedentário (EARNEST *et al.*, 2013), não se pode ignorar o fato de que a adoção de hábitos saudáveis depende da atitude e da adequação de uma rotina apropriada, de condições de vida adequadas a sua opção de escolha, sendo colocada na sociedade contemporânea como o caminho para uma melhor saúde. A adoção de um estilo de vida saudável depende de acesso à informação, à prática de atividade física, a hábitos positivos, ao apoio socioeconômico e a atitude para mudança de comportamento (NAHAS, 2010).

O projeto “Perfil de saúde da população idosa dos municípios da Gerência Regional de Saúde de Uberaba - Minas Gerais” o qual este trabalho faz parte, teve o objetivo de analisar o perfil sociodemográfico e de saúde da população idosa residentes nos municípios que compõem os municípios da Superintendência Regional de Saúde de Uberaba - Minas Gerais (SANTOS e DAMIÃO, 2014).

Desta forma, o presente trabalho irá aprofundar as análises do projeto principal bem como analisar o comportamento sedentário com o índice de desenvolvimento humano dos municípios previamente pesquisados.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 GERAL**

Identificar o comportamento sedentário de idosos dos municípios da Superintendência Regional de Saúde de Uberaba e analisá-lo com o Índice de Desenvolvimento Humano.

### **2.2 ESPECÍFICOS**

- Identificar a média do comportamento sedentário por município.
- Identificar a média do comportamento sedentário da região;
- Analisar a distribuição do comportamento sedentário dos municípios em relação à média da região;

- Analisar as características socioeconômicas, comportamentais e clínicas segundo a divisão dos municípios pela média da região.

- Analisar o comportamento sedentário dos municípios de acordo com a distribuição pela média da região com o índice de desenvolvimento humano.

### **3. MÉTODOS**

#### **3.1 DELINEAMENTO**

Estudo transversal, baseado na população de 79.924, com 60 anos ou mais (IBGE, 2013) parte integrante do projeto de pesquisa intitulado “Perfil de saúde da população idosa dos municípios da Gerência Regional de Saúde de Uberaba - Minas Gerais”. Para o presente estudo, foram analisados os idosos residentes em 24 municípios, a saber: Água Comprida, Araxá, Campo Florido, Campos Altos, Carneirinho, Comendador Gomes, Conceição das Alagoas, Conquista, Fronteira, Frutal, Ibiá, Itapagipe, Iturama, Limeira do Oeste, Pedrinópolis, Perdizes, Pirajuba, Planura, Pratinha, Sacramento, Tapira, Uberaba, União de Minas e Veríssimo.

#### **3.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA**

Para o cálculo amostral, considerou-se como referencial a população de idosos de cada município (IBGE, 2013) e os parâmetros: erro amostral de 0,05; intervalo de confiança de 95% e proporção populacional de cada município (população idosa do município dividida pela população total do município). Desta forma, o cálculo da amostra mínima resultou em 3.198 idosos, sendo o processo de amostragem aleatório simples.

#### **3.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO**

Os critérios de inclusão foram: ter idade igual ou superior a 60 anos; concordar em participar do estudo assinando o termo de consentimento livre e esclarecido; atingir a pontuação mínima de acordo com o grau de escolaridade no Mini Exame de Estado Mental (FOLSTEIN, *et al.*, 1975; BERTOLUCCI *et al.*, 1994), ter capacidade de andar mesmo com auxílio de bengala ou andador, não ser cadeirante ou acamado, não possuir déficit de audição ou de visão grave que venha a dificultar a comunicação.

#### **3.4 COLETA DE DADOS**

A coleta dos dados foi realizada por acadêmicos da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, nos municípios do Triângulo Sul – MG, estando devidamente treinados e capacitados. O instrumento utilizado foi um questionário estruturado

(Anexo A), aplicado em forma de entrevista, iniciado em maio de 2012 e encerrado em abril de 2013.

### **3.5 ASPECTOS ÉTICOS**

Todos os participantes foram esclarecidos previamente sobre o estudo e responderam ao questionário após a assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A). O projeto maior foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Parecer nº 1640/2010 (Anexo B).

### **3.6 PROCEDIMENTOS**

#### **3.6.1 Características socioeconômicas.**

As características socioeconômicas avaliadas foram: sexo (masculino, feminino); faixa etária (60-69, 70-79 e 80 ou mais), renda familiar (sem renda, até 3 salários mínimos, acima de 3 salários mínimos), anos de estudo (sem estudo, até 8 anos, acima de 8 anos). situação conjugal (vive com o parceiro, vive sem parceiro), cor (negra, parda, branca, amarela), aposentado (sim, não), tempo de aposentadoria (até 10 anos, de 11 a 20 anos, acima de 20 anos), ocupação remunerada (sim, não), religião (católica, protestante/evangélica, espírita, afrodescendente, outras), habitação (própria, alugada, cedida, outra) pessoas no domicílio (até 2, de 3 a 4, de 5 a 6, 7 ou mais, sozinho), possui filhos (sim, não), reside com eles (sim, não), número de filhos (até 2, de 3 a 4, de 5 a 6, 7 ou mais), cooperação familiar financeira (sim, não) e convívio familiar (ótimo, bom, regular, ruim).

#### **3.6.2 Características comportamentais e clínicas.**

As características comportamentais e clínicas avaliadas foram: a percepção do estado de saúde no último ano (ótimo, bom, regular, ruim), tabagismo (sim, não, ex-fumante). As informações clínicas referem-se à presença de doenças autorreferidas: hipertensão arterial sistêmica (sim, não, não sabe), diabetes *mellitus* (sim, não, não sabe), câncer (sim, não, não sabe), respiratórias (sim, não, não sabe), reumáticas (sim, não, não sabe), osteomusculares (sim, não, não sabe), cardiopatias (sim, não, não sabe), renais (sim, não, não sabe), chagas (sim, não, não sabe), depressão (sim, não, não sabe), hiperlipidemia (sim, não, não sabe) e número de medicamentos (até 5, mais de 5).

#### **3.6.3 Mensuração do Comportamento Sedentário**

O comportamento sedentário foi avaliado a partir das questões de tempo sentado em um dia habitual da semana e um dia habitual de fim de semana, de

acordo com as perguntas do Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ), validado no Brasil para homens idosos (BENEDETTI *et al.*, 2007) e idosas (BENEDETTI *et al.*, 2004): 1) *Quanto tempo, no total, você gasta sentado(a) durante um dia de semana?*; 2) *Quanto tempo, no total, você gasta sentado(a) durante um dia de final de semana?* A resposta é dada em horas e minutos com a média relatada em minutos.

### **3.6.4 Índice de Desenvolvimento Humano Municipal**

Os índices de desenvolvimento humano utilizados foram os dos municípios do Triângulo Sul – MG, de acordo com o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, publicado pelo Atlas de Desenvolvimento Humano do Brasil 2013 (ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL, 2013).

### **3.7 ANÁLISE DOS DADOS**

A digitação dos questionários foi dupla, dentro do aplicativo *Excel*, versão 2007 para avaliação de consistência dos dados. As análises estatísticas foram realizadas no *software SPSS para Windows*, versão 20.0.

O tempo sentado, mensurado para avaliar o comportamento sedentário, foi determinado pela média entre o tempo sentado de um dia de semana vezes cinco mais o tempo sentado em um dia de final de semana vezes dois, de acordo com a fórmula:  $\text{Tempo sentado total} = (\text{tempo de um dia da semana} * 5) + (\text{tempo de um dia do final de semana} * 2)$ .  $\text{Tempo sentado por dia} = \text{Tempo sentado total} / 7$ .

A análise descritiva foi realizada para todas as variáveis. Foi aplicado o teste ANOVA One Way para comparar as médias das variáveis contínuas e o teste *Qui-quadrado* para comparar as variáveis categóricas. O nível de significância estatística para todos os testes foi de  $p < 0,05$ .

## **4 RESULTADOS**

Foram avaliados 3430 indivíduos com 60 anos ou mais, porém 20 (0,58%) foram excluídos por apresentarem dados incompletos para as variáveis analisadas. Portanto, 3410 indivíduos foram analisados residentes nos 24 municípios.

A Tabela 1 demonstra o comportamento sedentário, mensurado pelo tempo sentado semanal por município e da região. A média da região foi de 255,06 minutos. O município de Araxá obteve o maior comportamento sedentário (319,38 minutos) e União de Minas obteve o menor (207,9 minutos).



Tabela 1 - Comportamento sedentário dos 24 municípios da Superintendência Regional de Saúde de Uberaba e da região, 2012/2013.

Município	*Comportamento Sedentário (média)
Água Comprida	304,53
Araxá	319,38
Campo Florido	263,97
Campos Altos	221,19
Carneirinho	274,54
Comendador Gomes	261,93
Conceição das Alagoas	262,02
Conquista	239,09
Fronteira	271,56
Frutal	235,07
Ibiá	271,06
Itapagipe	254,54
Iturama	265,43
Limeira do Oeste	253,42
Pedrinópolis	242,99
Perdizes	230,66
Pirajuba	273,61
Planura	269,64
Pratinha	224,71
Sacramento	257,91
Tapira	251,21
Uberaba	229,74
União de Minas	207,90
Veríssimo	235,34
<b>Total</b>	<b>255,06</b>

\*Comportamento Sedentário = Tempo sentado total (minutos/dia).

Fonte: Do autor, 2014.

Para analisar a distribuição do comportamento sedentário dos municípios utilizou-se a média da região (255,06 minutos), sendo dividido em dois grupos, o G1 correspondeu aos municípios com comportamento sedentário de valores menores ou igual a 255,06 minutos e o G2 valores maiores que 255,06 minutos. De acordo com o esperado, houve diferença significativa entre os grupos ( $p= 0,000$ ), a média do comportamento sedentário do G1 foi de 235,49 minutos e do G2 de 274,63 minutos (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição do comportamento sedentário dos 24 municípios da Superintendência Regional de Saúde de Uberaba e da região, 2012/2013.

G1		G2		<i>p</i> **
Município	*Comportamento sedentário (média)	Município	*Comportamento sedentário (média)	
União de Minas	207,90	Sacramento	257,91	
Campos Altos	221,19	Comendador Gomes	261,93	
Pratinha	224,71	Conceição das Alagoas	262,02	
Uberaba	229,74	Campo Florido	263,97	
Perdizes	230,66	Iturama	265,43	
Frutal	235,07	Planura	269,64	
Veríssimo	235,34	Ibiá	271,06	
Conquista	239,09	Fronteira	271,56	
Pedrinópolis	242,99	Pirajuba	273,61	
Tapira	251,21	Carneirinho	274,54	
Limeira do Oeste	253,42	Água Comprida	304,53	
Itapagipe	254,54	Araxá	319,38	
<b>Total</b>	<b>235,49</b>		<b>274,63</b>	<b>0,000</b>

\* Comportamento Sedentário = Tempo sentado total (minutos/dia). G1 = Tempo sentado total  $\leq$ 255,06 minutos. G2 = Tempo sentado total > 255,06 minutos. \*\*Qui-quadrado.  
Fonte: Do autor, 2014.

Ao analisar características socioeconômicas segundo a divisão dos municípios em G1 e G2, observou-se diferenças estatisticamente significante em relação a renda familiar (até 3 SM G1=89,03% e G2=83,61%), anos de estudo (até 8 anos estudo G1=61,37% e G2=66,74%, situação conjugal (vive sem parceiro G1=45,32% e G2=41,83%), cor (branca G1=65,18% e G2 54,65%), tempo de aposentadoria (até 10 anos G1=65,15% e G2=63,88), número de filhos (7 ou mais G1=16,11% e G2=12,99%), cooperação familiar financeira (sim G1=45,55% e G2=40,94%) e convívio familiar (ótimo G1=42,61 e G2=51,31) (Tabela 3).

Tabela 3 - Características socioeconômicas dos 24 municípios da Superintendência Regional de Saúde de Uberaba por grupos, 2012/2013.

Variável	G1		G2		p*	
	n	%	N	%		
<b>Sexo</b>	Masculino	679	39,20	630	37,54	0,319
	Feminino	1053	60,80	1048	62,45	
<b>Faixa Etária</b>	60 a 69 anos	922	53,23	874	52,09	0,688
	70 a 79 anos	602	34,76	607	36,17	
	80 anos ou mais	208	12,01	197	11,74	
<b>†Renda Familiar</b>	Sem renda	22	1,27	29	1,73	<b>0,000**</b>
	Até 3 SM	1542	89,03	1403	83,61	
	Acima de 3 SM	161	9,29	237	14,12	
<b>Anos de estudo</b>	Sem estudo	574	33,14	455	27,11	<b>0,001**</b>
	Até 8 anos	1063	61,37	1120	66,74	
	Acima de 8 anos	95	5,48	103	6,14	
<b>Situação Conjugal</b>	Vive com parceiro	942	54,39	969	57,74	<b>0,043**</b>
	Vive sem parceiro	785	45,32	702	41,83	
<b>Cor</b>	Negra	214	12,35	243	14,48	<b>0,000**</b>
	Parda	360	20,78	469	27,95	
	Branca	1129	65,18	917	54,65	
	Amarela	28	1,16	46	2,74	
<b>Aposentado</b>	Sim	1383	79,85	1365	81,35	0,282
	Não	346	19,97	311	18,53	
<b>Tempo de Aposentadoria</b>	Até 10 anos	901	65,15	872	63,88	<b>0,000**</b>
	De 11 a 20 anos	287	20,75	360	26,37	
	Acima de 20 anos	195	14,10	133	9,74	
<b>Ocupação Remunerada</b>	Sim	440	25,40	473	28,19	0,063
	Não	1263	72,92	1175	70,02	
<b>Religião</b>	Católica	1301	75,11	1202	71,63	0,108
	Protestante/Evangélica	255	14,72	291	17,34	
	Espírita	140	8,08	146	8,70	
	Afrodescendente	1	0,06	4	0,24	
	Outras	30	1,73	33	1,96	
<b>Habitação</b>	Própria	1490	86,03	1433	85,40	0,100
	Alugada	112	6,46	136	8,10	
	Cedida	129	7,44	107	6,37	
	Outra	1	0,06	0	0	
<b>Pessoas no domicílio</b>	Até 2	964	55,66	887	52,86	0,195
	De 3 a 4	495	28,58	516	30,75	
	De 5 a 6	114	6,58	94	5,60	
	7 ou mais	21	1,21	25	1,49	
	Sozinho	131	7,56	148	8,82	
<b>Possui Filhos</b>	Sim	1586	91,57	1519	90,52	0,335
	Não	144	8,31	155	9,24	
<b>Número de filhos</b>	Até 2	455	26,27	474	28,25	<b>0,017**</b>
	De 3 a 4	522	30,14	541	32,24	
	De 5 a 6	327	18,88	281	16,75	
	7 ou mais	279	16,11	218	12,99	
<b>Reside com filhos</b>	Sim	567	32,74	575	34,27	0,252
	Não	1017	58,72	947	56,44	
<b>Cooperação Familiar Financeira</b>	Sim	789	45,55	687	40,94	<b>0,005**</b>
	Não	933	53,87	988	58,88	
<b>Convívio Familiar</b>	Ótimo	738	42,61	861	51,31	<b>0,000**</b>
	Bom	832	48,04	648	38,62	
	Regular	131	7,56	149	8,88	
	Ruim	24	1,38	18	1,07	

G1 = Tempo sentado total  $\leq$  255,06 minutos. G2 = Tempo sentado total  $>$  255,06 minutos. \*\*Qui-quadrado. †Renda familiar = salários mínimos (SM). Fonte: Do autor, 2014.

A Tabela 4 demonstra a divisão dos municípios G1 e G2 segundo as características comportamentais e clínicas. Observou-se diferenças entre os grupos em relação a percepção do estado de saúde no último ano, sendo que 14,14% do G1 e 11,14% do G2 avaliaram como ruim. Em relação às doenças apenas as reumáticas foram diferentes entre os grupos estando presente em 29,35% no G1 e 31,17% no G2.

Tabela 4 - Características comportamentais e clínicas dos 24 municípios da Superintendência Regional de Saúde de Uberaba por grupos, 2012/2013.

Variável	G1		G2		p	
	N	%	n	%		
<b>Estado de Saúde</b>	Ótimo	157	9,06	218	12,99	<b>0,000**</b>
	Bom	628	36,26	631	37,60	
	Regular	698	40,30	639	38,08	
	Ruim	245	14,14	187	11,14	
<b>Tabagismo</b>	Sim	250	14,43	261	15,55	0,551
	Não	1046	60,39	983	58,58	
	Ex-fumante	431	24,88	422	25,15	
<b>Hipertensão Arterial Sistêmica</b>	Não	567	32,68	561	33,43	0,794
	Sim	1144	65,94	1100	65,55	
	Não Sabe	21	1,21	17	1,01	
<b>Diabetes Mellitus</b>	Não	1346	77,71	1302	77,59	0,898
	Sim	342	19,74	337	20,08	
	Não Sabe	44	2,54	39	2,32	
<b>Câncer</b>	Não	1623	93,70	1574	93,80	0,847
	Sim	64	3,69	65	3,87	
	Não Sabe	45	2,60	39	2,32	
<b>Respiratórias</b>	Não	1428	82,44	1397	83,25	0,564
	Sim	268	15,47	254	15,14	
	Não Sabe	36	2,08	27	1,61	
<b>Reumáticas</b>	Não	1108	63,97	1099	65,49	<b>0,001**</b>
	Sim	517	29,85	523	31,17	
	Não Sabe	107	6,18	56	3,34	
<b>Osteomusculares</b>	Não	1004	57,97	991	59,06	0,369
	Sim	619	35,74	600	35,75	
	Não Sabe	109	6,29	87	5,18	
<b>Cardiopatias</b>	Não	1207	69,69	1204	71,75	0,277
	Sim	433	25,00	401	23,90	
	Não Sabe	92	5,31	73	4,35	
<b>Renais</b>	Não	1424	82,22	1397	83,25	0,537
	Sim	247	14,26	218	12,99	
	Não Sabe	61	3,52	63	3,75	
<b>Chagas</b>	Não	1466	84,64	1406	83,79	0,504
	Sim	197	11,37	211	12,57	
	Não Sabe	69	3,98	61	3,63	
<b>Depressão</b>	Não	1361	78,58	1355	80,75	0,287
	Sim	316	18,24	274	16,33	
	Não Sabe	55	3,17	49	2,92	
<b>Hiperlipidemia</b>	Não	1086	62,70	1077	64,18	0,522
	Sim	541	31,23	512	30,51	
	Não Sabe	105	6,06	89	5,30	
<b>Número de Medicamentos</b>	Até 5	237	13,68	203	12,10	0,167
	Mais de 5	1495	86,32	1475	87,90	

G1 = Tempo sentado total  $\leq$  255,06 minutos. G2 = Tempo sentado total  $>$  255,06 minutos. \*\*Qui-quadrado.

Fonte: Do autor, 2014.

Ao analisar o comportamento sedentário e o índice de desenvolvimento humano não observou-se diferenças significativas entre os grupos G1 e G2. A média do índice de desenvolvimento humano no G1 foi de 0,715 e do G2 0,718-(Tabela 5).

Tabela 5 - Índices de Desenvolvimento Humano dos 24 municípios da Superintendência Regional de Saúde de Uberaba-por grupos, 2012/2013.

G1		G2		<i>p</i>
Município	IDHM	Município	IDHM	
Campos Altos	0,702	Água Comprida	0,675	0,831
Conquista	0,729	Araxá	0,772	
Frutal	0,73	Campo Florido	0,706	
Itapagipe	0,723	Carneirinho	0,741	
Limeira do Oeste	0,710	Comendador Gomes	0,697	
Pedrinópolis	0,729	Conceição das Alagoas	0,712	
Perdizes	0,723	Fronteira	0,684	
Pratinha	0,721	Ibiá	0,718	
Tapira	0,712	Iturama	0,747	
Uberaba	0,772	Pirajuba	0,723	
União de Minas	0,672	Planura	0,712	
Veríssimo	0,667	Sacramento	0,732	
<b>Total</b>	<b>0,715</b>		<b>0,718</b>	

G1 = Tempo sentado total  $\leq$  255,06 minutos. G2 = Tempo sentado total  $>$  255,06 minutos. ANOVA One Way

Fonte: Do autor, 2014.

## 5 DISCUSSÃO

Como um dos principais instrumentos de mensuração do comportamento sedentário, juntamente com o “tempo de tv” (MIELKE e HALLAL, 2013; SUZUKI *et al*, 2010), pesquisas com a utilização do tempo sentado autorrelatado são utilizadas em estudos de base populacional. Utilizado nesta pesquisa, através do IPAQ, o tempo sentado indicou uma média semanal de 255,06 minutos, sendo esse fator utilizado como ponto de corte para a evolução dos estudos propostos.

Estudos de BAUMAN *et al*. (2011), também com a utilização do IPAQ, relataram médias de 300 minutos/dia em adultos com idade entre 18 a 65 anos em 20 países, variando de uma mediana de 180 minutos em países como Portugal, Brasil e Colômbia, a medianas de 360 minutos em países como a Noruega, Hong Kong, Arábia Saudita e Japão. Em um estudo de SUZUKI *et al*, (2010) com adultos acima de 30 anos, foi verificada uma média de 280,9 minutos, sendo que na faixa de adultos acima de 60 anos a média de tempo sentado foi de 298,25 minutos/dia.

Ao analisar as características socioeconômicas, comportamentais e clínicas desta população, buscou-se detectar suas particularidades como forma de conhecer melhor seus indivíduos destacando-se neste contexto uma maioria do público feminino, brancos, com crença religiosa, possuidores de casa própria, não fumantes

e que fazem uso regular de mais de cinco medicamentos. Na análise por grupos face o tempo sentado, destacaram-se a renda familiar, anos de estudo, situação conjugal, tempo de aposentadoria, número de filhos, cooperação familiar financeira, convívio familiar, estado de saúde e doenças reumáticas.

Quanto ao índice de desenvolvimento humano, buscou-se através dele a adoção de um indicador social, que pudesse retratar a qualidade de vida, de fácil compreensão, abrangente em dimensões, comparável e reconhecido internacionalmente.

Neste caminho, com foco numa melhor qualidade de vida, comenta o Relatório de Desenvolvimento Humano de 2014 (PNUD, 2014), que quando se otimiza a distribuição de renda, consegue-se alcançar uma melhora dos índices de desenvolvimento humano, mesmo que não se tenha necessariamente, um avanço no progresso e na economia, o que foi notado frente a última crise internacional, onde de uma maneira geral, os índices melhoraram apesar do quadro econômico crítico. A explicação recai sobre uma melhora distribuição da renda, diminuindo as desigualdades sociais e permitindo as pessoas fazerem suas próprias escolhas.

Contudo, melhores condições de vida, com índices de desenvolvimento humano ascendentes, podem incrementar os comportamentos ditos sedentários da população, como o identificado por DUMITH *et al*, (2011), numa análise combinada de três grandes estudos multicêntricos que envolveu quase 300 mil indivíduos em 76 países com a prevalência da inatividade física, identificando uma associação positiva com índices maiores de desenvolvimento humano.

Outro aspecto a ser considerado é a alta prevalência das doenças crônicas não transmissíveis, que juntamente com a idade, sexo e sedentarismo influenciam no agravamento do risco de morte desta população como constatado por Ramos (2003) no projeto Epidoso em São Paulo.

No presente estudo, observou-se diferenças entre os municípios ao analisar a autoavaliação do estado de saúde e doenças reumáticas, contudo não houve diferenças com o Índice de Desenvolvimento Humano.

## **6 CONCLUSÃO**

Em síntese, além dos resultados demonstrados, busca o estudo contribuir com a melhoria da qualidade de vida e da promoção da saúde do idoso, pelo incentivo a pesquisa e sua discussão, diretrizes da Política Nacional de Saúde do

Idoso, bem como diminuir a lacuna existente de estudos no campo do comportamento sedentário de idosos e seus vínculos com o índice de desenvolvimento humano.

Conclui-se que o comportamento sedentário dos idosos residentes nos municípios da Superintendência Regional de Saúde de Uberaba não relacionou com o índice de desenvolvimento humano, porém observou-se diferenças em relação a renda familiar, anos de estudo, situação conjugal, cor, tempo de aposentadoria, número de filhos, cooperação familiar financeira, convívio familiar, estado de saúde e doença.



## REFERÊNCIAS

- AMARO, L. E. S. et al. O estilo de vida do idoso urbano: o caso de Porto Alegre – RS. **RBCEH : Rev. Bras. Cienc. Envelhec. Hum.**, Passo Fundo, v. 4, n. 1, p. 115-126, 2007.
- ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL. Desenvolvimento humano. [Brasília]: PNUD, [201-]. Disponível em: <[http://atlasbrasil.org.br/2013/o\\_atlas/desenvolvimento\\_humano](http://atlasbrasil.org.br/2013/o_atlas/desenvolvimento_humano)>. Acesso em: 15 set. 2013.
- BARRETO, S. M. et al. Análise da estratégia global para alimentação, atividade física e saúde, da organização mundial da saúde. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 14, n. 1, p. 41-68, 2005.
- BAUMAN, A. et al. The descriptive epidemiology of sitting. A 20-country comparison using the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ). **Am. J. Prev. Ed.**, New York, v. 41, n. 2, p. 228-35, Aug. 2011. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21767731>>. Acesso em: 31 out. 2014.
- BENEDETTI, T. R. B. et al. Aplicação do questionário internacional de atividades físicas para avaliação do nível de atividades físicas de mulheres idosas: validade concorrente e reprodutibilidade teste-reteste. **Rev. Bras. Cienc. Mov.**, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 25-34, 2004.
- \_\_\_\_\_. Reprodutibilidade e validade do questionário internacional de atividade física (IPAQ) em homens idosos. **Rev. Bras. Med. Esporte.**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 11-16, 2007.
- BERTOLUCCI, P. H. F. et al. O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. **Arq. Neuro-Psiquiatr.**, São Paulo, v. 52, n. 1, p. 01-07, mar. 1994.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de promoção da saúde**. 3.ed. Brasília, DF, 2010. 60 p.
- CHODZKO-ZAJKO, W. J. et al. Exercise and physical activity for older adults. **Med. Sci. Sports Exerc.**, Madison, v. 41, n. 7, p. 1510-1530, 2009.
- DAVIES, A.; QUINLIVAN, G. A panel data analysis of the Impact of trade on human development. **J. Socio. Econ.**, Greenwich, Conn., v. 35, n. 5, p. 868-876, out. 2006.
- DUMITH, S.C. et al. Worldwide prevalence of physical inactivity and its association with human development index in 76 countries. **Prev. Med.** New York, v. 53, n. 1-2, p. 24-8, mar. 2011. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21371494>> Acesso em: 20 out. 14.
- EARNEST, C. P. et al. Interval training in men at risk for insulin resistance. **Int. J. Sports Med.**, Stuttgart, v. 34, n. 4, p. 355-63, 2013. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23180210>>. Acesso em: 13 set. 2013.

FARIAS JÚNIOR, J. C. (In) Atividade física e comportamento sedentário: estamos caminhando para uma mudança de paradigma? **Rev. Bras. Ativ. Fís. Saúde.**, Londrina, v. 16, n. 4, p. 279-280, 2011. Disponível em: <<http://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/RBAFS/article/viewFile/613/619>>. Acesso em: 15 set. 2013.

FOLSTEIN, M. F. et al. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. **J. Psychiatr. Res.**, Oxford, v. 12, n. 3, p. 189-98, Nov. 1975. Disponível em: <[http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list\\_uids=1202204](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=1202204)>. Acesso em: 02 out. 2013.

GORDILHO, A. et al. **Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção ao idoso**. Rio de Janeiro: UnATI, 2000. Disponível em: <[http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/\\_manual/15.pdf](http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_manual/15.pdf)>. Acesso em: 16 mar. 2015.

HAMILTON, M. T. et al. Too little exercise and too much sitting: Inactivity Physiology and the need for new recommendations on sedentary behavior. **Curr. Cardiovasc. Risk. Rep.**, Philadelphia, v. 2, n. 4, p. 292-298, 2008. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22905272>>. Acesso em: 16 mar. 2015.

HASKELL, W. L. et al. Physical activity and public health: updated recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. **Med. sci. sports exerc.**, Madison, v. 39, n. 9, p. 1423-34, Aug. 2007. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17762377>>. Acesso em: 11 nov. 2014.

HOEHNER, C. M., et al. Physical activity interventions in Latin America: a systematic review. **Am. J. Prev. Med.**, Amsterdam, v. 34, n. 3, p. 224-233, 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **População**. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/mapa\\_site/mapa\\_site.php#populacao](http://www.ibge.gov.br/home/mapa_site/mapa_site.php#populacao)>. Acesso em: 15 set. 2013.

\_\_\_\_\_. Séries históricas e estatísticas. **PNAD**. 1992-2007. Disponível em: <<http://serieestatisticas.ibge.gov.br/series.aspx?no=4&op=0&vcodigo=PD170&t=taxa-escolarizacao-grupos-idade>>. Acesso em: 21 set. 2013.

\_\_\_\_\_. **Estimativas de população** – estimativas para 1º de julho de 2009. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2009/default.shtm>>. Acesso em: 20 set. 2013.

\_\_\_\_\_. **Síntese de indicadores sociais**: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro, 2012. Estudos & Pesquisas. Informações Demográficas e Socioeconômicas; 29. Disponível em: <[ftp://ftp.ibge.gov.br/Indicadores\\_Sociais/Sintese\\_de\\_Indicadores\\_Sociais\\_2012/SIS\\_2012.pdf](ftp://ftp.ibge.gov.br/Indicadores_Sociais/Sintese_de_Indicadores_Sociais_2012/SIS_2012.pdf)>. Acesso em: 20 set. 2013.

\_\_\_\_\_. **Resultados preliminares do universo do censo demográfico 2010.**

Disponível em:

<[http://www.ibge.gov.br/english/estatistica/populacao/censo2010/primeiros\\_resultados/populacao\\_por\\_municipio\\_zip.shtm](http://www.ibge.gov.br/english/estatistica/populacao/censo2010/primeiros_resultados/populacao_por_municipio_zip.shtm)>. Acesso em: 20 set. 2013.

JANNUZZI, P. M. Indicadores sociais na formulação e avaliação de políticas públicas. **Rev. Bras. Adm. Púb.**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, p. 51-72, 2002.

Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/issue/view/720>>. Acesso em: 23 set. 2013.

KALACHE, A. et al. O envelhecimento da população mundial. Um desafio novo.

**Rev. Saúde Pública.**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 200-10, jun. 1987. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89101987000300005](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101987000300005)>. Acesso em: 17 mar. 2015.

KNUDSEN, S. H., et al. Changes in insulin sensitivity precede changes in body with overfeeding in healthy young men. **J. Appl. Physiol.**, Bethesda, v. 113, n. 1, p. 7-15, jul. 2012.

MATTHEWS, C. E. et al. Amount of time spent in sedentary behaviors in the United States, 2003-2004. **Am. J. Epidemiol.**, Baltimore, v. 167, n. 7, p. 875-81, apr. 2008.

Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3527832/pdf/nihms-209987.pdf>>. Acesso em: 17 mar. 2015.

MATZUDO, S. M. M. et al. Atividade física e envelhecimento: aspectos

epidemiológicos. **Rev. Bras. Med. Esporte.**, São Paulo, v. 7, n. 1, p. 2-13, 2001.

MIELKE, G. I.; HALLAL, P. C. **Comportamento sedentário em adultos.** 2012. 149 f. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia) -- Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2012. Disponível em: <<http://www.epidemioufpel.org.br/uploads/teses/Dissert%20Gregore%20Mielke.pdf>>. Acesso em: 17 set. 2013.

MORRIS, J. P. et al. Coronary heart-disease and physical activity of work. **Lancet.**, London, v. 21, n. 265, 1053-7, Nov. 1953.

MORRIS, J. P. et al. Coronary heart-disease and physical activity of work. **Lancet.**, London, v. 21, n. 265, 1053-7, Nov. 1953.

NAHAS, M. V. **Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo.** 5. ed. Londrina: Midiograf, 2010.

OWEN, N. et al. Sedentary behavior: emerging evidence for a new health risk. **Mayo Clin. Proc.**, Rochester, v. 85, n. 12, p. 1138-41, 2010.

OWEN, N., et al. Too much sitting: the population health science of sedentary behavior. **Exerc. Sport Sci. Rev.**, New York, v. 38, n. 3, p. 105-13, 2010b.

Disponível em <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3404815/>>. Acesso em 22out14.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD).

**Desenvolvimento Humano e IDH. Brasil. 2013.** Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/IDH/DH.aspx>>.

Acesso em: 18 set. 2013.

\_\_\_\_\_. **Relatório do Desenvolvimento Humano 2014: sustentar o progresso humano: reduzir as vulnerabilidades e reforçar a resiliência.** Tradução Camões - Instituto da Cooperação e da Língua. New York, 2014. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/arquivos/RDH2014pt.pdf>>. Acesso em: 22 out. 2014.

RAMOS, L. R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, SP, **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 793-798, 2003.

RAMOS, L. R. et al. Perfil do idoso em área metropolitana na região sudeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.27, n. 2, p. 87-94, 1993.

SANTOS, A. S.; DAMIÃO, R.(Org.). **Avaliação do perfil de saúde da população idosa dos municípios da superintendência regional de saúde de Uberaba - Minas Gerais.** Uberaba: UFTM, 2014.

SARDINHA, L. B.; MAGALHÃES, J. Comportamento sedentário – epidemiologia e relevância. **Rev. Factores Risco**, Lisboa, n. 27, p. 54-64, 2012. Disponível em: <<http://www.spc.pt/DL/RFR/artigos/449.pdf>> Acesso em: 17 set. 2013.

SILVESTRE, R. et al. Fisiologia da inatividade, um novo paradigma para entender os efeitos benéficos da prática regular de exercício físico em doenças metabólicas. **Rev. Port. Endocrinol. Diab. Metab.**, Lisboa, v. 7, n. 2, p. 36-43, 2012. Disponível em: <[http://apps.elsevier.es/watermark/ctl\\_servlet?\\_f=10&pident\\_articulo=90185204&pident\\_usuario=0&pcontactid=&pident\\_revista=356&ty=146&accion=L&origen=elsevierpt%20&web=www.elsevier.pt&lan=pt&fichero=356v07%20n02a90185204pdf001.pdf](http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=90185204&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=356&ty=146&accion=L&origen=elsevierpt%20&web=www.elsevier.pt&lan=pt&fichero=356v07%20n02a90185204pdf001.pdf)> Acesso em: 17 set. 2013.

SUZUKI, C. S. et al. Média diária de tempo sentado e fatores associados em adultos residentes no município de Ribeirão Preto-SP, 2006: Projeto OBEDIARP. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 13, n. 4, p. 699-712, dez. 2010.

TAYLOR, W. C. Prolonged sitting and the risk of cardiovascular disease and mortality. **Curr. Cardiovasc. Risk. Rep.**, Philadelphia,, v. 5, n. 4, p. 350-357, 2011. Disponível em: <<http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs12170-011-0174-4>>. Acesso em: 11 nov. 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global strategy on diet, physical activity and health.** [S.l.], 2004. Disponível em: <[http://www.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA57/A57\\_R17-en.pdf](http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_R17-en.pdf)>. Acesso em: 17 set. 2013.

THE WHOQOL GROUP. The world health organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Soc. Sci. Med.**, New York, v. 41, n. 10, p. 1403-1409, 1995. Disponível em: <[http://ac.els-cdn.com/027795369500112K/1-s2.0-027795369500112K-main.pdf?\\_tid=52089532-ce29-11e4-aeaf-00000aab0f27&acdnat=1426763939\\_2c5c0c751dc6a22a45e6cb126ac6426c](http://ac.els-cdn.com/027795369500112K/1-s2.0-027795369500112K-main.pdf?_tid=52089532-ce29-11e4-aeaf-00000aab0f27&acdnat=1426763939_2c5c0c751dc6a22a45e6cb126ac6426c)>. Acesso em: 17 set. 2013.

## **APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

O Senhor (a) está sendo convidado(a) para participar da pesquisa: “PERFIL DE SAÚDE DA POPULAÇÃO IDOSA DOS MUNICÍPIOS DA GERÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE – UBERABA – MINAS GERAIS”. O objetivo principal deste estudo é de analisar o perfil da população idosa dos municípios da GRS UBERABA/SESMG. Estas informações poderão ajudar na elaboração de propostas para melhorar o atendimento de saúde da comunidade idosa. O (a) Sr. (Sra.) estará respondendo cinco questionários na qual irá avaliar o seu grau de compreensão, aspectos de sua situação de vida e saúde, atividades básicas de vida diária, qualidade de vida e nutrição.

Sua participação não é obrigatória e a qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o (a) pesquisador (a), ou mesmo em relação ao seu atendimento na UBS/USF. A sua participação será voluntária e o senhor (a) não terá direito a remuneração. As informações obtidas serão analisadas em conjunto, não sendo divulgada a identificação de nenhum usuário. Além disto, o (a) Sr.(Sra) tem o direito de ser mantido atualizado sobre os resultados da pesquisa. Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa. O (a) Senhor (Sra) receberá uma cópia deste termo, onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Caso tenha alguma reclamação sobre esta pesquisa também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO, pelo telefone (34) 3318-5854.

---

**Sujeito da pesquisa (nome e assinatura)**

---

**Pesquisador responsável**

## ANEXO A – Questionário do projeto “Perfil de saúde da população idosa dos municípios da gerência regional de saúde – Uberaba/Minas Gerais”

Número: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_ UBS/USF: \_\_\_\_\_  
 Data da Entrevista: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Entrevistador: \_\_\_\_\_  
 Nome: \_\_\_\_\_  
 Endereço: \_\_\_\_\_ Nº/Complemento: \_\_\_\_\_  
 Bairro: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ Telefones: \_\_\_\_\_  
 Anos de estudo: \_\_\_\_\_ (1) completos (2) incompletos

### MINI EXAME DO ESTADO MENTAL

Orientação Temporal: (1 ponto por questão acertada)

Que dia é hoje do mês? ..... ( )  
 Em que mês estamos? ..... ( )  
 Em que ano estamos? ..... ( )  
 Em que dia da semana estamos? ..... ( )  
 Qual a hora aproximada? ..... ( )

Orientação Espacial: (1 ponto por questão acertada)

Em que local nós estamos? ..... ( )  
 Que local é este aqui? ..... ( )  
 Em que bairro nós estamos ou qual o nome de uma rua próxima? ..... ( )  
 Em que cidade nós estamos? ..... ( )  
 Em que Estado nós estamos? ..... ( )

Memória imediata: Eu vou dizer três palavras e você irá repeti-las a seguir: (1 ponto por questão acertada)

Carro ..... ( ) Vaso ..... ( ) Tijolo ..... ( )

Cálculo: subtração de setes seriadamente (1 ponto por acerto)

100 – 7 = 93 ..... ( )  
 93 – 7 = 86 ..... ( )  
 86 – 7 = 79 ..... ( )  
 79 – 7 = 72 ..... ( )  
 72 – 7 = 65 ..... ( )

Evocação das palavras: pergunte quais as palavras que o sujeito acabara de repetir (1 ponto por acerto)

Carro ..... ( ) Vaso ..... ( ) Tijolo ..... ( )

Nomeação: peça para o sujeito nomear os objetos mostrados (1 ponto por acerto)

Relógio ..... ( ) Caneta ..... ( )

Repetição: Preste atenção: vou lhe dizer uma frase e quero que você repita depois de mim: (1 ponto pelo acerto)

“nem aqui, nem ali, nem lá” ..... ( )

Comando (1 ponto por etapa cumprida)

Pegue este papel com a mão direita ..... ( )  
 Dobre ao meio ..... ( )  
 Ponha no chão ..... ( )

Leitura: mostre a frase escrita e peça para o indivíduo fazer o que está sendo mandado. (1 ponto pelo acerto)

“Feche os Olhos” ..... ( )

Frase: Peça ao indivíduo para escrever uma frase. (1 ponto pelo acerto) ..... ( )

Cópia do desenho: mostre o modelo e peça para fazer o melhor possível. (1 ponto pelo acerto) ..... ( )

<p style="text-align: center;"><b>Pontos de corte Mini Mental</b></p> <p>Analfabetos: 13 pontos ou mais          1 a 8 anos Incompletos: 18 pontos ou mais          8 anos completos ou mais: 26 pontos ou mais</p>
---

<p>(1) Apto para continuar as avaliações          (2) Não apto para continuar as avaliações</p>
---

TOTAL

--

**Identificação do Participante**

Nome: \_\_\_\_\_ Entrevistador: \_\_\_\_\_

**SEÇÃO I- QUALIDADE DE VIDA (WHOQOL-BREF E WHOQOL-OLD)****Instruções**

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

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

**Você recebe dos outros o apoio que necessita?**

(1) Nada      (2) Muito Pouco      (3) Médio      (4) Muito      (5) Completamente

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas.

**PERGUNTAS WHOQOL-BREF**

**Por favor, veja o que você acha e responda o que lhe pareça a melhor resposta.**

**1 - Como você avaliaria sua qualidade de vida? Ficha A**

(1) Muito ruim      (2) Ruim      (3) Nem ruim/ Nem boa      (4) Boa      (5) Muito boa      1

**2 - Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde? Ficha B**

(1) Muito insatisfeito      (2) Insatisfeito      (3) Nem satisfeito/Nem insatisfeito      (4) Satisfeito      (5) Muito Satisfeito      2

**As questões seguintes são sobre o quanto você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.**

**3 - Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa? Ficha C**

(1) Nada      (2) Muito Pouco      (3) Mais ou menos      (4) Bastante      (5) Extremamente      3

**4 - O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária? Ficha C**

(1) Nada      (2) Muito Pouco      (3) Mais ou menos      (4) Bastante      (5) Extremamente      4

**5 - O quanto você aproveita a vida? Ficha C**

(1) Nada      (2) Muito Pouco      (3) Mais ou menos      (4) Bastante      (5) Extremamente      5

**6 - Em que medida você acha que a sua vida tem sentido? Ficha C**

(1) Nada      (2) Muito Pouco      (3) Mais ou menos      (4) Bastante      (5) Extremamente      6

**7 - O quanto você consegue se concentrar? Ficha C**

(1) Nada      (2) Muito Pouco      (3) Mais ou menos      (4) Bastante      (5) Extremamente      7

**8 - Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária? Ficha C**

(1) Nada      (2) Muito Pouco      (3) Mais ou menos      (4) Bastante      (5) Extremamente      8

**9 - Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)? Ficha C**

(1) Nada      (2) Muito Pouco      (3) Mais ou menos      (4) Bastante      (5) Extremamente      9

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

**10 - Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia? Ficha D**

(1) Nada      (2) Muito Pouco      (3) Médio      (4) Muito      (5) Completamente      10

**11 - Você é capaz de aceitar sua aparência física? Ficha D**

(1) Nada      (2) Muito Pouco      (3) Médio      (4) Muito      (5) Completamente      11



12 - Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades? Ficha D

(1) Nada (2) Muito Pouco (3) Médio (4) Muito (5) Completamente

12

13 - Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia? Ficha D

(1) Nada (2) Muito Pouco (3) Médio (4) Muito (5) Completamente

13

14 - Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer? Ficha D

(1) Nada (2) Muito Pouco (3) Médio (4) Muito (5) Completamente

14

As questões seguintes perguntam sobre quão bem ou satisfeito você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

15 - Quão bem você é capaz de se locomover? Ficha E

(1) Muito ruim (2) Ruim (3) Nem ruim/ Nem bom (4) Bom (5) Muito bom

15

16 - Quão satisfeito(a) você está com o seu sono? Ficha B

(1) Muito insatisfeito (2) Insatisfeito (3) Nem satisfeito/Nem insatisfeito (4) Satisfeito (5) Muito Satisfeito

16

17 - Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia? B

(1) Muito insatisfeito (2) Insatisfeito (3) Nem satisfeito/Nem insatisfeito (4) Satisfeito (5) Muito Satisfeito

17

18 - Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho? Ficha B

(1) Muito insatisfeito (2) Insatisfeito (3) Nem satisfeito/Nem insatisfeito (4) Satisfeito (5) Muito Satisfeito

18

19 - Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo? Ficha B

(1) Muito insatisfeito (2) Insatisfeito (3) Nem satisfeito/Nem insatisfeito (4) Satisfeito (5) Muito Satisfeito

19

20 - Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)? B

(1) Muito insatisfeito (2) Insatisfeito (3) Nem satisfeito/Nem insatisfeito (4) Satisfeito (5) Muito Satisfeito

20

21 - Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual? Ficha B

(1) Muito insatisfeito (2) Insatisfeito (3) Nem satisfeito/Nem insatisfeito (4) Satisfeito (5) Muito Satisfeito

21

22 - Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos? Ficha B

(1) Muito insatisfeito (2) Insatisfeito (3) Nem satisfeito/Nem insatisfeito (4) Satisfeito (5) Muito Satisfeito

22

23 - Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora? Ficha B

(1) Muito insatisfeito (2) Insatisfeito (3) Nem satisfeito/Nem insatisfeito (4) Satisfeito (5) Muito Satisfeito

23

24 - Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde? Ficha B

(1) Muito insatisfeito (2) Insatisfeito (3) Nem satisfeito/Nem insatisfeito (4) Satisfeito (5) Muito Satisfeito

24

25 - Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte? Ficha B

(1) Muito insatisfeito (2) Insatisfeito (3) Nem satisfeito/Nem insatisfeito (4) Satisfeito (5) Muito Satisfeito

25

As questões seguintes referem-se a com que frequência você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

26 - Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão? Ficha G

(1) Nunca (2) Algumas vezes (3) Frequentemente (4) Muito Frequentemente (5) Sempre

26

#### PERGUNTAS WHOQOL-OLD

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

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

(1) Nada (2) Muito Pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) Extremamente

1

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

(1) Nada (2) Muito Pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) Extremamente

2



- 3 - Quanta liberdade você tem de tomar as suas próprias decisões? Ficha C** 3
- (1) Nada (2) Muito Pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) Extremamente
- 4 - Até que ponto você sente que controla o seu futuro? Ficha C** 4
- (1) Nada (2) Muito Pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) Extremamente
- 5 - O quanto você sente que as pessoas ao seu redor respeitam a sua liberdade? Ficha C** 5
- (1) Nada (2) Muito Pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) Extremamente
- 6 - Quão preocupado você está com a maneira pela qual irá morrer? Ficha C** 6
- (1) Nada (2) Muito Pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) Extremamente
- 7 - O quanto você tem medo de não poder controlar a sua morte? Ficha C** 7
- (1) Nada (2) Muito Pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) Extremamente
- 8 - O quanto você tem medo de morrer? Ficha C** 8
- (1) Nada (2) Muito Pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) Extremamente
- 9 - O quanto você teme sofrer dor antes de morrer? Ficha C** 9
- (1) Nada (2) Muito Pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) Extremamente

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

- 10 - Até que ponto o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato) afeta a sua capacidade de interagir com outras pessoas? Ficha D** 10
- (1) Nada (2) Muito Pouco (3) Médio (4) Muito (5) Completamente
- 11 - Até que ponto você consegue fazer as coisas que gostaria de fazer? Ficha D** 11
- (1) Nada (2) Muito Pouco (3) Médio (4) Muito (5) Completamente
- 12 - Até que ponto você está satisfeito com as suas oportunidades para continuar alcançando outras realizações na sua vida? Ficha D** 12
- (1) Nada (2) Muito Pouco (3) Médio (4) Muito (5) Completamente
- 13 - O quanto você sente que recebeu o reconhecimento que merece na sua vida? Ficha D** 13
- (1) Nada (2) Muito Pouco (3) Médio (4) Muito (5) Completamente
- 14 - Até que ponto você sente que tem o suficiente para fazer em cada dia? Ficha D** 14
- (1) Nada (2) Muito Pouco (3) Médio (4) Muito (5) Completamente

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

- 15 - Quão satisfeito você está com aquilo que alcançou na sua vida? Ficha B** 15
- (1) Muito insatisfeito (2) Insatisfeito (3) Nem satisfeito/Nem insatisfeito (4) Satisfeito (5) Muito Satisfeito
- 16 - Quão satisfeito você está com a maneira com a qual você usa o seu tempo? Ficha B** 16
- (1) Muito insatisfeito (2) Insatisfeito (3) Nem satisfeito/Nem insatisfeito (4) Satisfeito (5) Muito Satisfeito
- 17 - Quão satisfeito você está com o seu nível de atividade? Ficha B** 17
- (1) Muito insatisfeito (2) Insatisfeito (3) Nem satisfeito/Nem insatisfeito (4) Satisfeito (5) Muito Satisfeito
- 18 - Quão satisfeito você está com as oportunidades que você tem para participar de atividades da comunidade? Ficha B** 18
- (1) Muito insatisfeito (2) Insatisfeito (3) Nem satisfeito/Nem insatisfeito (4) Satisfeito (5) Muito Satisfeito
- 19 - Quão feliz você está com as coisas que você pode esperar daqui para frente? Ficha F** 19
- (1) Muito infeliz (2) Infeliz (3) Nem feliz/Nem infeliz (4) Feliz (5) Muito Feliz
- 20 - Como você avaliaria o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato)? Ficha A** 20
- (1) Muito ruim (2) Ruim (3) Nem Ruim/ Nem Boa (4) Boa (5) Muito Boa

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

- 21 - Até que ponto você tem um sentimento de companheirismo em sua vida? Ficha C 21   
 (1) Nada (2) Muito Pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) Extremamente
- 22 - Até que ponto você sente amor em sua vida? Ficha C 22   
 (1) Nada (2) Muito Pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) Extremamente
- 23 - Até que ponto você tem oportunidades para amar? Ficha D 23   
 (1) Nada (2) Muito Pouco (3) Médio (4) Bastante (5) Completamente
- 24 - Até que ponto você tem oportunidades para ser amado? Ficha D 24   
 (1) Nada (2) Muito Pouco (3) Médio (4) Bastante (5) Completamente

## SEÇÃO II

### AVALIAÇÃO SÓCIODEMOGRÁFICA

- 1 - Idade: \_\_\_\_\_ (em anos completos) 1   
 2
- 2 - Sexo: (1) Masculino (2) Feminino 2
- 3 - Situação conjugal atual: (1) vive com parceiro(a) (2) não vive com parceiro(a) 3
- 4 - Grau de escolaridade: (1) Sem Escolarização (2) Fund. Completo (3) Fund. Incompleto 4   
 (4) Ensino Médio Completo (5) Ensino Médio Incompleto (6) Superior Completo (7) Superior Incompleto
- 5 - Cor: (1) negra (2) parda (3) branco (4) amarelo 5
- 6 - Ocupação Atual: \_\_\_\_\_ 6
- 7 - Aposentado? (1) não (2) sim 7
- 7.1 - Há quanto tempo: \_\_\_\_\_ (anos completos) 7.1
- 8 - Ocupação remunerada: (1) sim (2) não 8
- 9 - Renda Familiar: (1) sem renda (2) Até 1 SM (3) 1 SM (4) >1 ≤ 3 SM (5) > 3 ≤ 7 (6) > 7 9
- 10 - Religião: (1) Católica (2) Protestante/Evangélico (3) Espírita (4) Afro-descendente 10   
 (5) outros especificar \_\_\_\_\_
- 11 - Habitação: (1) própria (2) alugada (3) cedida (4) outra: \_\_\_\_\_ 11
- 12 - Número de cômodos no domicílio, exceto banheiro: (1) até 2 (2) de 3 a 4 (3) de 5 a 6 12   
 (4) igual ou maior que 7
- 13 - Número de banheiros: (1) até 2 (2) acima de 3 13

### PERGUNTAS SOBRE APOIO FAMILIAR

- 14 - Número de pessoas que moram no domicílio: (1) até 2 (2) de 3 a 4 (3) de 5 a 6 (4) acima de 7 14   
 (5) sozinho 15
- 15 - Tem filhos vivos: (1) sim (2) não 15.1
- 15.1 - Se sim, quantos? (1) até 2 (2) de 3 a 4 (3) de 5 a 6 (4) igual ou maior que 7
- 16 - Mora com os filhos? (1) sim (2) não 16
- 17 - Existe cooperação dos familiares quanto a recursos financeiros: (1) sim (2) não 17
- 18 - Como considera o seu convívio com os familiares? (1) ótimo (2) bom (3) regular (4) ruim 18

**PERGUNTAS SOBRE HÁBITOS**

19.1 - Consome bebida alcoólica: (1) sim (2) não 19.1   
 Se sim, qual o tipo de bebida, frequência e quantidade:

Bebidas	Frequência	Quantas vezes consome	Porção Média	Quantidade	
19.1.1 – Cerveja	(D) (S) (M)	(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)	350 ml	(P) (M) (G) (E)	19.1.1 <input type="checkbox"/>
19.1.2 - Pinga, vodka conhaque, rum sake ou whisky	(D) (S) (M)	(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)	60 ml	(P) (M) (G) (E)	19.1.2 <input type="checkbox"/>
19.1.3 - Vinho	(D) (S) (M)	(0)(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)	120 ml	(P) (M) (G) (E)	19.1.3 <input type="checkbox"/>

19.2 - Tabagismo: (1) sim (2) não (3) Ex-fumante 19.2   
 19.2.1 - Se sim, quantos cigarros/dia \_\_\_\_\_ 19.2.1

19.3 - Número de refeições/dia: (1) até 2 (2) entre 3 e 4 (3) entre 5 e 6 (4) acima de 7 19.3

19.4 - Número de copos de água/dia: (1) até 2 (2) entre 3 e 4 (3) entre 5 e 6 (4) acima de 7 19.4

**PERGUNTAS SOBRE ATIVIDADES DE LAZER, RECREAÇÃO E ATIVIDADE FÍSICA**

20 - Atividades de Lazer e Recreação – Algumas atividades em relação a semana e outras em relação ao mês

20.1 – Leitura (Em relação a semana): (1) sempre (2) às vezes (3) raramente (4) nunca 20.1

20.2 – TV (Em relação a semana): (1) sempre (2) às vezes (3) raramente (4) nunca 20.2

20.3 - Rádio/Música (Em relação a semana): (1) sempre (2) às vezes (3) raramente (4) nunca 20.3

20.4 - Dança/Baile (Em relação ao mês): (1) sempre (2) às vezes (3) raramente (4) nunca 20.4

20.5 – Jogos (Em relação ao mês): (1) sempre (2) às vezes (3) raramente (4) nunca 20.5

20.6 – Parque (Em relação ao mês): (1) sempre (2) às vezes (3) raramente (4) nunca 20.6

20.7 – Cinema (Em relação ao mês): (1) sempre (2) às vezes (3) raramente (4) nunca 20.7

20.8 – Clube (Em relação ao mês): (1) sempre (2) às vezes (3) raramente (4) nunca 20.8

20.9 – Teatro (Em relação ao mês): (1) sempre (2) às vezes (3) raramente (4) nunca 20.9

20.10 – Pesca (Em relação ao mês): (1) sempre (2) às vezes (3) raramente (4) nunca 20.10

20.11 – Outro (Em relação ao mês): \_\_\_\_\_ 20.11

20.11.1 - (1) sempre (2) às vezes (3) raramente (4) nunca 19.11.1

20.12 – Outro (Em relação ao mês): \_\_\_\_\_ 20.12

20.12.1 - (1) sempre (2) às vezes (3) raramente (4) nunca 20.12.1

21 - Atividade Física – Referente à prática na semana

21.1 - Caminhada com intuito de exercício físico acima de 30 minutos: 21.1

(1) sempre (2) às vezes (3) raramente (4) nunca

21.2 - Hidroginástica: (1) sempre (2) às vezes (3) raramente (4) nunca 21.2

21.3 - Natação: (1) sempre (2) às vezes (3) raramente (4) nunca 21.3

21.4 – Musculação: (1) sempre (2) às vezes (3) raramente (4) nunca 21.4



21.5 - Outro: \_\_\_\_\_ 21.5

21.5.1 - (1) sempre (2) às vezes (3) raramente (4) nunca 21.5.1

21.6 - Outro: \_\_\_\_\_ 21.6

21.6.1 - (1) sempre (2) às vezes (3) raramente (4) nunca 21.6.1

## 22 - Comportamento Sedentário – Em relação a um dia da semana e um do fim de semana normal/habitual.

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

22.1 - Quanto tempo, no total, você gasta sentado durante **UM DIA de semana normal**? 22.1  h  m  
 UM DIA \_\_\_\_\_ horas \_\_\_\_\_ minutos

22.2 - Quanto tempo, no total, você gasta sentado durante **UM DIA de final de semana normal**? 22.2  h  m  
 UM DIA \_\_\_\_\_ horas \_\_\_\_\_ minutos

## AVALIAÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE E CONSUMO MEDICAMENTOSO

23 - Como você avalia seu estado de saúde nos últimos 12 meses? 23   
 (1) ótimo (2) bom (3) regular (4) ruim

24 - Sofreu quedas nos últimos 12 meses: (1) não (2) sim 24   
 24.1 - Se sim, Quantas? \_\_\_\_\_ 24.1

25 - Usa algum tipo de órtese ou prótese ortopédica? (1) não (2) sim 25   
 25.1 - Se sim, qual: (1) muleta (2) andador (3) bengala (4) cadeira de rodas 25.1     
 (5) óculos (6) aparelho de audição (7) outros especificar \_\_\_\_\_

26 - Usa prótese dentária: (1) não (2) sim 26

### 27 - Doença/agravo/enfermidade

27.1 - Hipertensão Arterial: (1) não (2) sim (3) Não sei 27.1

27.2 - Diabetes Mellitus: (1) não (2) sim (3) Não sei 27.2

27.3 - Câncer: (1) não (2) sim (3) Não sei 27.3

27.4 - Doenças Respiratórias: (1) não (2) sim (3) Não sei 27.4

27.5 - Doenças Reumáticas: (1) não (2) sim (3) Não sei 27.5

27.6 - Doenças Osteomusculares: (1) não (2) sim (3) Não sei 27.6

27.7 - Cardiopatias: (1) não (2) sim (3) Não sei 27.7

27.8 - Doenças Renais: (1) não (2) sim (3) Não sei 27.8

27.9 - Doença de Chagas: (1) não (2) sim (3) Não sei 27.9

27.10 - Depressão: (1) não (2) sim (3) Não sei 27.10

27.11 - Hiperlipidemia (Triglicérides e/ou Colesterol Alto): (1) não (2) sim (3) Não sei 27.11

27.12 - Outras: (1) não (2) sim (3) Não sei 27.12

27.12.1 - Qual(is) \_\_\_\_\_ 27.12.1

28 - Consumo Medicamentoso: 28.1   
 28.1 - Antihipertensivo: (1) não (2) sim 28.1

28.2 - Hipoglicemiante: (1) não (2) sim 28.2

28.3 - Insulina: (1) não (2) sim 28.3

28.4 - Diurético: (1) não (2) sim 28.4

28.5 - Analgésico: (1) não (2) sim 28.5

28.6 - Antidepressivo: (1) não (2) sim 28.6

- 28.7 - Outros: (1) não (2) sim 28.7
- 28.7.1 - Qual(is) \_\_\_\_\_ 28.7.1
- 29 - Como obtém os medicamentos?  
 (1) no serviço público de saúde (2) compra na farmácia  
 (3) parte no serviço público de saúde e parte compra na farmácia (4) Outros especificar \_\_\_\_\_ 29
- 30 - Sente efeitos/reações adversas aos medicamentos? (1) não (2) sim 30
- 30.1- Se sim, quais? \_\_\_\_\_ 30.1
- 31 - Toma todas as doses dos medicamentos prescritos? (1) sim (2) não 31
- 31.1 - Se não, qual o motivo de não tomar as doses de medicamentos prescritos?  
 (1) efeitos colaterais (2) dificuldade financeira (3) não encontrou o medicamento  
 (4) outros especificar \_\_\_\_\_ 31.1
- 32- Sente melhora ao tomar o medicamento? (1) sim (2) não (3) às vezes 32

### PERGUNTAS SOBRE ATIVIDADE SEXUAL

Agora eu vou te fazer algumas perguntas sobre sua vida sexual. Sei que algumas ainda ficam constrangidas em falar sobre esse assunto, mas para o nosso levantamento é muito importante saber sobre o comportamento sexual das pessoas que tem mais de 60 anos. Espero que você sinta-se a vontade para responder e volto a lembra que manteremos sigilo do seu nome.

- 33 - Você busca informações sobre sexualidade ou sexo? (1) não (2) sim 33
- 33.1 - Se sim, onde busca essas informações sobre sexualidade ?  
 (1) em leituras (2) na televisão (3) no cinema (4) no computador (5) em conversa com amigos  
 (6) em conversa com o cônjuge (7) em conversa com parentes  
 (8) em outras situações? Quais especificar: \_\_\_\_\_ 33.1
- 34 - Atualmente qual a frequência para a atividade sexual?  
 (1) 0 (2) Semanal (3) 2 a 3 vezes na semana (4) 4 a 7 vezes na semana (5) Quinzenal (6) Mensal 34
- 35 - Tem prazer na sua atividade sexual?  
 (1) sempre (2) na maioria das vezes (3) raramente (4) nunca 35
- 36 - Utiliza preservativo masculino ou feminino nas relações sexuais? (1) sim (2) não (3) às vezes 36
- 36.1 - Se não, justificar: \_\_\_\_\_ 36.1
- 37 - O(a) senhor(a) identificou alguma mudança ou alteração para realizar suas atividades sexuais, nos últimos 5 anos?  
 (1) não (2) sim 37
- 37.1 - Se sim, qual(is)? \_\_\_\_\_ 37.1

### SEÇÃO III – AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL (Índice de Katz)

Para cada área de funcionamento listada abaixo assinale a descrição que melhor se aplica. A palavra "assistência" significa supervisão, orientação ou auxílio pessoal.

- 1 - Banho – Banho de leito, banheira ou chuveiro.  
 (1) não recebe assistência (entra e sai da banheira sozinho se essa é usualmente utilizada para banho)  
 (2) recebe assistência no banho somente para uma parte do corpo (como costas ou uma perna)  
 (3) recebe assistência no banho em mais de uma parte do corpo. 1
- 2 - Vestir-se - pega roupa no armário e veste, incluindo roupas íntimas, roupas externas e fechos e cintos.  
 (1) pega as roupas e se veste completamente, sem assistência  
 (2) pega as roupas e se veste sem assistência, exceto para amarrar os sapatos  
 (3) recebe assistência para pegar as roupas ou para vestir-se ou permanece parcial ou totalmente despido 2

- 3 - Ir ao banheiro dirigi-se ao banheiro para urinar ou evacuar: faz sua higiene e se veste após as eliminações.** 3
- (1) vai ao banheiro, higieniza-se e se veste após as eliminações sem assistência ou local equivalente, limpa-se e ajeita as roupas sem assistência (pode utilizar objetos de apoio como bengala, andador, barras de apoio ou cadeira de rodas e pode usar comadre ou urinol à noite, esvaziando por si pela manhã)  
 (2) recebe assistência para ir ao banheiro ou para higienizar-se ou para vestir-se após as eliminações ou para usar urinol ou comadre à noite  
 (3) não vai ao banheiro para urinar ou evacuar
- 4 - Transferência** 4
- (1) deita-se e levanta-se da cama ou da cadeira sem assistência (pode utilizar um objeto de apoio como bengala ou andador)  
 (2) deita-se e levanta-se da cama ou da cadeira com auxílio  
 (3) não sai da cama
- 5 - Continência** 5
- (1) tem controle sobre as funções de urinar e evacuar  
 (2) tem "acidentes" ocasionais - "acidentes: perdas urinárias ou fecais"  
 (3) supervisão para controlar urina e fezes, utiliza cateterismo ou é incontinente
- 6 - Alimentação** 6
- (1) alimenta-se sem assistência  
 (2) alimenta-se sem assistência, exceto para cortar carne ou passar manteiga no pão  
 (3) recebe assistência para se alimentar ou é alimentado parcial ou totalmente por sonda enteral ou parenteral

#### **SEÇÃO IV – AVALIAÇÃO NUTRICIONAL (Mini Avaliação Nutricional)**

##### **Parte 1 – Triagem**

- 1 - Nos últimos três meses houve diminuição da ingesta alimentar devido a perda de apetite, problemas digestivos ou dificuldade para mastigar ou deglutir?** 1
- (0) diminuição severa da ingesta (1) diminuição moderada da ingesta (2) sem diminuição da ingesta
- 2 - Perda de peso nos últimos três meses** 2
- (0) superior a três quilos (1) não sabe informar  
 (2) entre um e três quilos (3) sem perda de peso
- 3 - Mobilidade** 3
- (0) restrito ao leito ou à cadeira de rodas  
 (1) deambula, mas não é capaz de sair de casa  
 (2) normal
- 4 - Passou por algum estresse psicológico ou doença aguda nos últimos três meses?** 4
- (0) sim (2) não
- 5 - Problemas neuropsicológicos** 5
- (0) demência ou depressão grave (1) demência leve (2) sem problemas psicológicos

##### **Parte 2 – Avaliação Global**

- 6 - O senhor(a) vive em sua própria casa (não em casa geriátrica ou hospital)** 6
- (0) não (1) sim
- 7 - Utiliza mais de três medicamentos diferentes por dia?** 7
- (0) sim (1) não
- 8 - Lesões de pele ou escaras?** 8
- (0) sim (1) não
- 9 - Quantas refeições faz por dia?** 9
- (0) uma refeição (1) duas refeições (2) três refeições

**10 - O senhor(a) consome:****10.1 - Pelo menos uma porção diária de leite ou derivados (queijo, iogurte)?**

(1) sim (2) não

10.1 **10.2 - Duas ou mais porções semanais de legumes ou ovos?**

(1) sim (2) não

10.2 **10.3 - Carne, peixe ou aves todos os dias?**

(1) sim (2) não

10.3 **11 - O senhor(a) consome duas ou mais porções diárias de frutas ou vegetais?**

(0) não (1) sim

11 **12 - Quantos copos de líquidos (água, suco, café, chá, leite) o senhor(a) consome por dia?**

(0,0) menos de três copos (0,5) três a cinco copos (1,0) mais de cinco copos

12 **13 - Modo de se alimentar**

(0) não é capaz de se alimentar sozinho

(1) alimenta-se sozinho, porém com dificuldade

(2) alimenta-se sozinho sem dificuldade

13 **14 - O senhor(a) acredita ter algum problema nutricional?**

(0) acredita estar desnutrido

(1) não sabe dizer

(2) acredita não ter problema nutricional

14 **15 - Em comparação a outras pessoas da mesma idade, como o senhor(a) considera a sua própria saúde?**

(0,0) não muito boa (0,5) não sabe informar (1,0) boa (2,0) melhor

15 **Avaliação Antropométrica**

Peso (Kg): \_\_\_\_\_

Altura (m): \_\_\_\_\_

Circunferência da cintura (cm): \_\_\_\_\_

Circunferência da panturrilha (cm): \_\_\_\_\_

Circunferência do braço (cm): \_\_\_\_\_



**ANEXO B – Parecer do Comitê de Ética do projeto “Perfil de saúde da população idosa dos municípios da gerência regional de saúde – Uberaba/Minas Gerais”**

74



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO – Uberaba(MG)**  
**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA-CEP**  
**Parecer Consubstanciado**  
**PROTOCOLO DE PROJETO DE PESQUISA COM ENVOLVIMENTO DE SERES HUMANOS**

**IDENTIFICAÇÃO**

**TÍTULO DO PROJETO:** PERFIL DE SAÚDE DA POPULAÇÃO IDOSA DOS MUNICÍPIOS DA GERÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE-UBERABA/MINAS GERAIS  
**PESQUISADOR(A) RESPONSÁVEL:** Álvaro da Silva Santos  
**INSTITUIÇÃO ONDE SE REALIZARÁ A PESQUISA:** UFTM  
**DATA DE ENTRADA NO CEP/UFTM:** 30/03/2010  
**PROTOCOLO CEP/UFTM:** 1640

**12.FORMA E VALOR DA REMUNERAÇÃO DO PESQUISADOR**  
 Todos os pesquisadores são professores de dedicação exclusiva na UFTM, portanto não haverá remuneração extra além desta.

**13. ADEQUAÇÃO DO TERMO DE CONSENTIMENTO E FORMA DE OBTÊ-LO.**  
 Adequado.

**14. ESTRUTURA DO PROTOCOLO –** O protocolo está adequado para atender às determinações da Resolução CNS 196/96.

**15. COMENTÁRIOS DO RELATOR, FRENTE À RESOLUÇÃO CNS 196/96 E COMPLEMENTARES.**

**PARECER DO CEP:** *Aprovado*  
 (O relatório anual ou final deverá ser encaminhado um ano após o início do processo).  
**DATA DA REUNIÃO:** *25/06/2010*

  
**Prof. Ana Palmira Soares dos Santos**  
**Coordenadora do CEP da UFTM**