

LEONARDO GEAMONOND NUNES

**RELAÇÃO DO DESEMPENHO FUNCIONAL E OCORRÊNCIA DE QUEDAS EM
IDOSOS**

UBERABA

2018

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO FÍSICA

Leonardo Geamonond Nunes

**RELAÇÃO DO DESEMPENHO FUNCIONAL E OCORRÊNCIA DE QUEDAS EM
IDOSOS**

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

Orientadora: Dr^a. Sheilla Tribess

UBERABA

2018

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

N926r Nunes, Leonardo Geamonond
Relação do desempenho funcional e ocorrência de quedas em idosos / Leonardo Geamonond Nunes. -- 2018.
70 f. : tab.

Dissertação (Mestrado em Educação Física) -- Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, 2018
Orientadora: Profa. Dra. Sheilla Tribess

1. Atividade física para idoso. 2. Acidentes por quedas. 3. Saúde do idoso.
I. Tribess, Sheilla. II. Universidade Federal do Triângulo Mineiro. III. Título.

CDU 613.71-053.9

Leonardo Geamonond Nunes

**RELAÇÃO DO DESEMPENHO FUNCIONAL E OCORRÊNCIA DE QUEDAS EM
IDOSOS**

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

Defesa em 26 de abril de 2018.

Banca Examinadora:

Dra. Sheilla Tribess – Orientadora
Universidade Federal do Triângulo Mineiro - UFTM

Dra. Renata Damião
Universidade Federal do Triângulo Mineiro – UFTM

Dra. Thaís Reis Silva de Paulo
Universidade Federal do Amazonas - UFAM

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a DEUS por sempre me proporcionar momentos de felicidade e me dar força para acreditar que sou capaz de alcançar tudo que almejo.

Dedico essa conquista a minha mãe Maria da Glória, meu pai José Maria por todo carinho, amor e dedicação, sempre me ensinando o melhor caminho a percorrer. Nunca mediram esforços para presenciar o crescimento de seus filhos. Amo vocês!

A minha esposa Arlete que sempre esteve ao meu lado em todos os momentos, me dando força, me ouvindo, me ajudando, me acalmando! Essa conquista é nossa! Te amo!

Aos meus colegas de trabalho que não mediram esforços para me cobrir em minhas ausências, serei grato pelo resto da minha vida!

A Cleide Maria Macedo, um exemplo de pessoa! Obrigado por me liberar para meu crescimento pessoal e profissional, sempre impulsionando seus funcionários em busca do melhor. Obrigado!

A Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM) e seu corpo docente por me proporcionar essa experiência maravilhosa através do mestrado acadêmico.

A minha orientadora Sheilla Tribess, obrigado por tudo! Por ter me apresentado esta temática “Capacidade Funcional e Envelhecimento” de extrema relevância acadêmica e social. Por acreditar no meu potencial, por ter puxado minha orelha inúmeras vezes, hoje posso dizer que minha visão perante a área acadêmica científica mudou, e mudou para melhor graças a você! Aqui lhe dedico todo meu carinho, respeito e gratidão!

Agradeço aos integrantes do Núcleo de Estudos em Atividade Física e Saúde (NEAFISA), em especial a Socorro Fernanda Coutinho, que sempre esteve disposta a me ajudar, independente do dia e da hora, sempre que precisei você esteve disposta! Muito obrigado pela sua amizade!

Aos funcionários da UFTM que sempre me receberam muito bem!

Agradeço a participação dos idosos da cidade de Alcobaça – BA, sem vocês nada disso seria possível.

E por fim agradeço a Coordenação de Aperfeiçoamento de Nível Superior (CAPES), pela bolsa de estudos durante o mestrado acadêmico.

RESUMO

O presente estudo teve como objetivo identificar a prevalência de quedas e sua relação com aspectos sociodemográficos, indicadores de saúde e baixo desempenho físico em idosos. Este estudo caracterizou-se como observacional, do tipo analítico com delineamento transversal, com amostra de 457 idosos, de ambos os sexos, residentes na área urbana do município de Alcobaça, BA. Os dados foram coletados por meio de entrevista individual, com informações sociodemográficas, indicadores de saúde, avaliação do desempenho funcional, presença e ausência de quedas nos últimos 12 meses. A limitação funcional foi avaliada pelo “*Short Physical Performance Battery*” (SPPB) e a ocorrência de quedas foi auto relatada. Para análise de dados foram utilizados procedimentos de estatística descritiva e inferencial (Regressão binária) $p \leq 0,05$. A prevalência de quedas na população estudada foi de 28,7% (n=131), e esta condição foi mais prevalente entre as mulheres, aqueles que reportaram duas ou mais doenças e obtiveram rendimento no teste da caminhada igual ou superior ao percentil 25. Os resultados deste estudo podem subsidiar programas de promoção à saúde que tenha como objetivo a redução da ocorrência de quedas entre idosos.

Palavras-chave: Atividade física para idoso. Acidentes por quedas. Saúde do idoso.

ABSTRACT

The present study aimed to identify the prevalence of falls and its relationship with sociodemographic aspects, health indicators and low physical performance in the elderly. This study was characterized as observational, of the analytical type with a cross-sectional design, with a sample of 457 elderly, of both sexes, living in the urban area of the city of Alcobaça, State of Bahia. Data were collected through an individual interview, with sociodemographic information, health indicators, functional performance evaluation, presence and absence of falls in the last 12 months. The functional limitation was evaluated by the "Short Physical Performance Battery" (SPPB) and the occurrence of falls was self-reported. Data analysis was performed using descriptive and inferential statistics (binary regression) $p \leq 0.05$. The prevalence of falls in the studied population was 28.7% ($n = 131$), and this condition was more prevalent among women, those who reported two or more diseases and had a performance in the walk test at or above the 25th percentile. The results of this study may support health promotion programs aimed at reducing the occurrence of falls among the elderly.

Key words: Physical activity for the elderly. Accidents by falls. Health of the elderly.

LISTAS DE TABELAS

1 Distribuição das variáveis sociodemográficas dos idosos de Alcobaça, BA.	24
2 Distribuição das variáveis comportamentais e indicadores de saúde dos idosos de Alcobaça, BA.....	25
3 Razão de chance para variáveis de desempenho físico em relação à presença quedas em idosos de Alcobaça, BA.	26

LISTA DE ABREVIATURAS

AVDs – Atividades da Vida Diária

ABVD – Atividades Básicas de Vida Diária

AIVD – Atividades Instrumentais de Vida Diária

AAVD – Atividades Avançadas de Vida Diária

ELSIA – Estudo Longitudinal da Saúde do Idoso de Alcobaça

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IMC – Índice de Massa Corporal

OMS – Organização Mundial da Saúde

MEEN – Mini Exame do Estado Mental

SPPB - *Short Physical Performance Battery*

SPSS – *Statistical Package for the Social Sciences*

UFTM – Universidade Federal do Triângulo Mineiro

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 OBJETIVOS.....	12
1.1.1 OBJETIVO GERAL	12
1.1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	13
2 REFERENCIAL TEÓRICO	13
2.1 CAPACIDADE FUNCIONAL NO CONTEXTO DA SAÚDE DO IDOSO	13
2.2 DEFINIÇÃO DE QUEDAS E FATORES ASSOCIADOS.....	14
2.3 FATORES DE RISCO PARA QUEDAS	16
2.3.1 EQUILÍBRIO	17
2.3.2 FORÇA	18
2.3.3 VELOCIDADE	18
3 MÉTODOS	20
3.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO	20
3.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA DO ESTUDO	20
3.3 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS	20
3.4 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	21
3.4.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E INDICADORES DE SAÚDE	21
3.4.2 AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA.....	21
3.4.3 ATIVIDADE FÍSICA HABITUAL	21
3.4.4 DESEMPENHO FUNCIONAL	22
3.4.4.1 <i>Teste de equilíbrio</i>	22
3.4.4.2 <i>Teste de velocidade da caminhada</i>	22
3.4.4.3 <i>Teste de sentar e levantar da cadeira</i>	23
4 RESULTADOS	24
5 DISCUSSÃO	27
6 CONCLUSÃO	30
REFERÊNCIAS	31
APÊNDICE	39
ANEXO A	70

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, o aumento da expectativa de vida e a diminuição da taxa de fecundidade têm proporcionado alterações da pirâmide etária, com destaque para o rápido crescimento da população idosa no topo da pirâmide (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2012).

O aumento da população idosa no Brasil elevou a quantidade de estudos e pesquisas desenvolvidas na área do desenvolvimento humano com intuito de minimizar os efeitos deletérios ocasionados pelo próprio processo de envelhecimento (CARVALHO PEREIRA et al., 2017). A velocidade que vem ocorrendo o aumento na proporção de idosos nem sempre vem acompanhada de melhorias das condições de vida dessa população, desafiando as políticas sociais e de saúde vigentes (AMTHAUER; FALK, 2017).

O processo de envelhecimento é dinâmico, progressivo e fisiológico, acompanhado por modificações ao longo da vida, alterações deletérias resultando em declínio cognitivo, incapacidade funcional, degradação neuronal e diminuição na sintetização de hormônios (ZAMBALDI et al., 2007).

Concomitantemente, é eminente a necessidade de atenção dos gestores e profissionais da saúde aos eventos de risco que acometem a população de idosos. Dentre os fatores de risco a saúde dos idosos destaca-se a ocorrência de quedas (ANTES; D'ORSI; BENEDETTI, 2013; OLIVEIRA et al., 2014), sendo o mesmo classificado como um marco de declínio da capacidade funcional, podendo levar o indivíduo a perder a sua autonomia ou mesmo levá-lo a óbito (BORGES; COIMBRA, 2008).

No Brasil, a queda é considerada o principal motivo de hospitalizações por lesões em decorrência de causas externas em idosos, sendo considerado o primeiro e quarto lugares nas taxas de morbidade e mortalidade nesta população, respectivamente (GAWRYSZEWSKI; RODRIGUES, 2006). No estudo de Maciel et al. (2010), o maior percentual de mortalidade por quedas em idosos segundo a distribuição geográfica ocorreu na região Sudeste (61%), seguidas das regiões Nordeste (15%), Sul (10%), Centro Oeste (10%) e Norte (4%) do Brasil.

Segundo dados do Ministério da Saúde 30% dos idosos caem uma vez por ano, 13% caem de forma recorrente, e daqueles que caem a cada ano, entre 5% a 10% sofrem lesões severas, como: fraturas, traumatismo craniano e lacerações sérias, que reduzem a sua mobilidade e independência, aumentando as chances de morte prematura ou então elevando o número de hospitalizações por fratura de quadril (BRASIL, 2006). As quedas são importantes

fontes de gastos com internações por causas externas, apresentando altos valores anuais para os cofres públicos (BARROS et al., 2015).

Estudo realizado com uma população de 72 idosos com a média de idade de 76 anos evidenciou que o pior desempenho físico, a faixa etária mais idosa, presença de morbidades e dependência funcional estavam relacionadas com a ocorrência de duas ou mais quedas nos últimos 12 meses (GOMES et al., 2009). As mulheres idosas sofrem um número maior de quedas do que os homens idosos, já que estas apresentam maior perda de massa óssea, menor quantidade de massa magra e menor força muscular do que os homens (DANTAS; BRITO; LOBATO, 2012).

A queda está entre as causas externas que repercutem em maiores problemas na saúde dos idosos (FABRÍCIO et al., 2004; GAWRYSZEWSKI, 2010), ocasionam prejuízos funcionais e o distanciamento do envelhecimento saudável (ANTES; D'ORSI; BENEDETTI, 2013).

Há evidências que a prevenção de quedas apresenta-se como importante estratégia para promover a melhoria e/ou manutenção da qualidade de vida de idosos, de tal modo a proporcionar maior autonomia no decorrer de suas atividades e conseqüentemente minimizar os custos com hospitalizações ocasionadas pelas quedas (CARVALHO et al., 2015; FECHINE; TROMPIERI, 2012; GASPAROTTO; FALSARELLA; COIMBRA, 2014). Estudos que apresentam estratégias de avaliação e diagnósticos para quedas servem de suporte para que profissionais de saúde e gestores possam fundamentar suas ações e melhorar sua efetividade das intervenções. Os resultados do presente estudo irão contribuir para ampliação do conhecimento fenômeno queda em populações residente em municípios de pequeno porte da região nordeste do país. As informações geradas em relação à prevalência e fatores associados poderão ser generalizadas para outras regiões do país com características similares a população do estudo.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo Geral

Identificar a relação de ocorrência de quedas com aspectos sociodemográficos, indicadores de saúde e baixo desempenho físico em idosos participantes do Estudo Longitudinal da Saúde do Idosos de Alcobaça – ELSIA.

1.1.2 Objetivos Específicos

Identificar a prevalência de quedas em idosos discriminada por sexo.

Identificar a relação dos aspectos sociodemográficos, indicadores de saúde e baixo desempenho físico (equilíbrio, velocidade da marcha e força de membros inferiores) com a ocorrência de quedas em idosos.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 CAPACIDADE FUNCIONAL NO CONTEXTO DA SAÚDE DO IDOSO

O envelhecimento populacional faz parte da realidade do Brasil e traz em seu arsenal o aumento das doenças crônicas e incapacitantes (FECHINE; TROMPIERI, 2012). Entretanto, um idoso pode apresentar uma ou mais condições crônicas de saúde e ser considerado saudável, desde que seja capaz de preservar sua autonomia e independência, e viver integrado com a sociedade (RAMOS, 2003).

A capacidade funcional pode ser compreendida como a condição do indivíduo em realizar suas atividades cognitivas e funcionais com autonomia (ÁVILA; GUERRA; MENESES, 2007; VILELA, 2016). A capacidade funcional engloba desde a condição inerente do indivíduo em realizar as atividades de auto cuidado até o ir e vir com autonomia (PARAHYBA; VERAS; MELZER, 2005; ALVES et al., 2007; VERAS, 2009).

A capacidade funcional é influenciada por fatores, ambientais, físicos ou mesmo culturais (GOMES et al., 2009). A funcionalidade do idoso poderá sofrer alterações deletérias durante a ocorrência de quedas, se tratando de um evento complexo que ocorre como sinalizador em momentos de fragilidade e desequilíbrio (MENEZES; OLIVEIRA; MENEZES, 2010).

O declínio da capacidade funcional traz complicações importantes para o próprio idoso à família e a comunidade como um todo, ao considerar ainda, os gastos com o sistema de saúde, com internações e hospitalizações. A prevenção da capacidade funcional é fator determinante para que os idosos preservem suas funções adquira maior autonomia e menor risco de institucionalizações (VERAS, 2009; PARREIRA et al., 2010).

A incapacidade funcional acarreta ao idoso à impossibilidade de realizar suas atividades do cotidiano sendo a incapacidade ampliada, decorrente de algum problema de saúde (ALVES; LEITE; MACHADO, 2008). Associada a fatores multidimensionais, a

incapacidade funcional pode ser abordada no contexto das atividades básicas de vida diária (ABVD), intermediárias (AIVD), e as avançadas (AAVD), entretanto na prática é mais comumente avaliada nas vertentes as ABVD, que são tarefas associadas ao autocuidado, como alimentar-se e tomar banho, e nas AIVD, sendo estas relacionadas à independência do idoso na sociedade, como por exemplo, ir ao supermercado e utilizar algum meio de transporte (ALVES; LEITE; MACHADO, 2008).

Estudos de prevalência de incapacidade funcional na população idosa no Brasil indica aumento de incapacidade podendo oscilar de 6,9% a 47% de acordo com a população e os instrumentos de análise (BARBOSA et al., 2014). Os principais fatores associados à incapacidade em idosos são o sexo feminino, idade avançada, presença de doenças crônicas, auto avaliação ruim de saúde, baixa escolaridade e baixo nível socioeconômico (BARBOSA et al., 2014).

2.2 DEFINIÇÃO DE QUEDAS E FATORES ASSOCIADOS

A Organização Mundial da Saúde (2012) define queda como uma ação involuntária no qual o idoso perde o equilíbrio e o corpo cai no chão ou sobre uma superfície firme. A ocorrência de quedas perpassa por diversos fatores e envolve questões relacionadas às alterações na composição corporal do idoso aumento da inatividade física e do tempo exposto a comportamentos sedentários, presença de doenças crônicas degenerativas e de fatores que auxiliam em dependência e menor qualidade de vida (MATSUMURA; AMBROSE, 2006).

A queda é causada por circunstâncias multifatoriais intrínsecas ou extrínsecas, que comprometem a estabilidade (MESSIAS et al., 2009) e contemplam as dimensões biológicas, comportamental, ambiental e socioeconômica. Borges e Coimbra (2008), têm mostrado clara tendência para os preditores de quedas na velhice, como idade avançada, sexo feminino, incapacidade funcional, história pregressa de quedas, distúrbios de marcha e de equilíbrio, baixa aptidão física, baixo índice de massa corporal, diminuição da força muscular, hipotensão postural, tontura, alteração cognitiva, depressão, doença cerebrovascular e neurológica, incontinência urinária, declínio da acuidade visual, problemas nos pés, risco ambiental e uso concomitante de vários fármacos (FILHO; MACEDO; RAMOS, 1999; SINGH et al., 2015; WANG et al., 2016; BORGESA; GARCIA; RIBEIRO, 2017).

A queda é um evento devastador e tem se revelado um problema de saúde pública pelas graves consequências que se desencadeia, apontada como um marco de declínio da capacidade funcional, principal causa de internações e mortes acidentais entre idosos

(RIBEIRO et al., 2008). O ato da queda constitui fator desencadeador de lesões de tecidos moles, escoriações e fraturas (MORLEY et al., 2012). Cerca de 5% do total de ocorrências de quedas em idosos residentes na comunidade convertem-se em fratura (WANG; CHEN; SONG, 2010), e de 5% a 10%, em graves lesões de tecidos moles, escoriações e de crânio (CRUZ et al., 2012). As quedas agregam-se de 12% a 40% das mortes no mundo entre idosos, por fraturas neste subgrupo etário, correspondendo à quinta causa de morte na velhice e a primeira por causa externa (KWAN et al., 2011). Após as quedas, 15 a 50% dos idosos morrem dentro de um ano, como consequência da fratura de quadril (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2012).

A fratura traz consigo fortes impactos deletérios na saúde do idoso e na economia, destacando-se a fratura de quadril que está ligada a importante comprometimento social, pois a fratura de quadril apresenta maior morbimortalidade que qualquer outra fratura relacionada, comprometendo em longo prazo a capacidade da marcha que está associada à independência do idoso (ROTH et al., 2010).

Diante do caráter extenuante a queda assume importância no cenário da saúde pública por exibir alta prevalência, estudos de diferentes regiões do mundo relataram diferentes prevalências para o desfecho quedas em idosos. Em Pequim na China Yu et al., (2009) encontraram uma prevalência de quedas de 18% associada à idosos com idade de 60 a 70 anos. Nos países da América Latina, Reyes Ortiz et al. (2005), encontraram prevalência de 27% no Uruguai, 28% na Argentina e 34% em Santiago no Chile e na Cidade do México.

No Brasil Mota et al. (2010) estudaram uma população no Rio de Janeiro e encontraram prevalência de 30,3% de quedas, em outro estudo, realizado por Siqueira et al., (2011), foi feita uma avaliação das Regiões Nordeste e Sul do Brasil, e os pesquisadores encontraram prevalência de quedas de 34,8%. Com esses dados fica evidente que o sistema de saúde fica comprometido na medida em que aumenta a demanda pela assistência médico hospitalar para intervenção e reabilitação das lesões associadas (PERRACINI; RAMOS, 2002).

Entretanto a implantação de estratégias para acompanhar os idosos de modo efetivo se faz necessária à compreensão de que o envelhecimento desencadeia alterações fisiológicas que retardam as funções orgânicas e conseqüentemente comprometem as ações de auto cuidado, autonomia e qualidade de vida (DE ARAÚJO; BERTOLINI, 2014; MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016). Em conjunto a este fato é relevante entender que os agravos externos são conseqüências pelo alto quantitativo de mortes entre idosos, e as quedas são

responsáveis por mais da metade dessas mortes acidentais em idosos com mais de 75 anos (MANINI; CLARK, 2012).

De acordo com dados do Ministério da Saúde, grande parte das quedas acidentais acontece dentro de casa ou nas adjacências durante a realização de atividades do cotidiano, como caminhar, mudar de posição e ir ao banheiro (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2012). A queda é um problema devastador e traz consigo grandes consequências para a vida do idoso quando considerada os prejuízos nas atividades de vida diária, ampliando as incapacidades na realização de atividades básicas da vida diária, a exemplo do deitar/levantar-se, deambular em superfície plana, se higienizar, tomar banho, cuidar das finanças, ir ao supermercado, usar o meio de transporte e subir escadas (FABRÍCIO et al., 2004).

O risco de quedas está associado à situação e mobilidade do idoso e envolve fatores ambientais e físicos. Os movimentos posturais e impedimentos ambientais que não são impasses para idosos saudáveis podem configurar-se como grande ameaça a autoconfiança daqueles que apresentam alterações da marcha ou equilíbrio (BRASIL, 2006).

A diminuição da força muscular em decorrência do aumento da idade é esclarecida em parte, pela perda de massa muscular o que é desencadeada pela sarcopenia (MANINI; CLARK, 2012). Além da força muscular, outras valências físicas também são necessárias como a flexibilidade, resistência aeróbia, agilidade e equilíbrio (JONES; RIKLI; BEAM, 1999). Tais valências físicas bem preservadas são fundamentais para que os idosos tenham melhor desempenho funcional e conseqüentemente maior independência (ROORDA et al., 1996).

O desenvolvimento de habilidades físicas relacionadas aos membros inferiores, proporciona um passo importante para recuperação e/ou preservação da capacidade funcional, podendo tais habilidades serem desenvolvidas em programas de exercícios físicos regulares (CHODZKO-ZAJKO et al., 2009). O exercício físico regular caracteriza por importante estratégia para que os idosos preservem a funcionalidade, sendo que os idosos ativos possuem aproximadamente 30% a menos de chance de adquirirem limitações moderadas ou severas (ARRUDA et al., 2014).

2.3 FATORES DE RISCO PARA QUEDAS

No acontecimento recorrente de quedas estão envolvidas deficiências físicas como, equilíbrio, força e mobilidade articular que influem na marcha, no sistema sensorial e comprometem o sistema músculo esquelético (BUKSMAN et al., 2008; PRATA et al., 2014).

A queda é um evento com multi fatores, dentre eles podemos citar os extrínsecos e intrínsecos que se qualifica como resultados das alterações relacionadas à idade (GOMES et al., 2009; MAIA et al., 2011). Os fatores de risco intrínsecos estão relacionados com a fisiologia do idoso, alterações decorrentes da idade, como perda da acuidade visual, perda auditiva, diminuição na velocidade da marcha, aumento dos fatores de risco para desenvolvimento de doenças crônicas e perda da capacidade funcional (PINHO et al., 2012). Os fatores extrínsecos estão relacionados ao ambiente, como escadas sem corrimão, calçadas desniveladas, ambiente escuro, tapetes soltos pela casa, banheiro sem acessibilidade, piso molhado (PINHO et al., 2012).

Os fatores ambientais possibilitam aumento no risco de quedas e quando associados à idade avançada com algum comprometimento do equilíbrio, perda de força muscular ou marcha prejudicada, é potencializada as chances a ocorrência da queda (LOPES et al., 2007).

2.3.1 Equilíbrio

O equilíbrio é a preservação da postura sem causar desajustes posturais mesmo em situações que propõem alterações da posição corporal. Essa ação é controlada entre os sistemas sensorial, músculo esquelético e nervoso central (CARVALHO et al., 2015). O equilíbrio é essencial ao ser humano, uma vez que este, associado ao controle postural, permite ao indivíduo realizar de forma independente suas atividades de vida diária (FERRARESI; PRATA; SCHEICHER, 2015).

No que diz respeito ao sistema nervoso central, o avanço da idade afeta a capacidade de processamento dos estímulos visuais, proprioceptivos e vestibulares, responsáveis pelo equilíbrio (LOPES; PASSERINI; TRAVENSOLO, 2010). Para conservação do equilíbrio é fundamental apresentar integridade dos sistemas sensorial e nervoso, além do sistema músculo esquelético fortalecido, desta forma o idoso diminuirá as chances de sofrer quedas (HELRIGLE et al., 2013).

Para prevenir a ocorrência de quedas, os idosos devem ser submetidos a exercícios que proporcionam o aumento do equilíbrio e coordenação, através do aprimoramento da recepção de informações sensoriais do sistema vestibular, visual e somatossensorial (AVELAR et al., 2010). Além da melhora no equilíbrio, estudos mostram que o exercício físico melhora a

capacidade funcional de idosos, contribuindo para prevenção de doenças, incapacidades e mortalidade (ALBINO et al., 2012).

2.3.2 Força

A redução da massa muscular decorrente do processo de envelhecimento também é um aspecto que deve ser considerado. A sarcopenia é uma síndrome que afeta a saúde dos idosos caracterizada pela perda da massa muscular consequentemente diminuindo seus níveis de desempenho físico e força, afetando o equilíbrio e a marcha de idosos (KRAUSE; MCINTOSH; VALLIS, 2012).

Durante o envelhecimento ocorre perda da força muscular que pode variar de 20 a 40% em idosos. Ao avaliar idosos longevos, esse valor é agravado podendo chegar a 50% da redução de força. Essa diminuição é mais acentuada em membros inferiores, sendo preditora do aumento de dependência funcional em idosos (SOARES et al., 2016).

A redução da força muscular em membros inferiores leva os idosos a limitações no dia a dia, refletindo na eficiência da marcha, na subida de escadas ou no levantar e sentar de uma cadeira, essas ações estão fortemente associadas com quedas em idosos (PÍCOLI; FIGUEIREDO; PATRIZZI, 2011).

A diminuição da massa muscular associada à perda do desempenho músculo esquelético pode acarretar a síndrome da fragilidade em idosos, pois interligados a incapacidade e dependência inclui outros fatores como perda de peso recente, auto relato de fadiga, quedas frequentes, hospitalizações e morte (FRIED et al., 2001; FRISOLI et al., 2011).

2.3.3 Velocidade

A avaliação da velocidade da marcha em idosos é apontada como um sinal do nível de saúde dos mesmos. Este é um teste importante para prever o surgimento de incapacidade física, demências e possíveis quedas (CESARI, 2011).

Com o envelhecimento as pessoas diminuem a velocidade da marcha tornando seus passos mais curtos, no intuito de gerar maior estabilidade minimizando os desequilíbrios (ESPY et al., 2010).

Na literatura a várias propostas de intervenções com o objetivo de melhorar os parâmetros da marcha em idosos dentre os quais um programa de exercícios para

fortalecimento muscular de membros inferiores durante o período de oito semanas apresentou resultados positivos no aumento em 48% na velocidade do passo (FIATARONE et al., 1990).

Em outro estudo foi analisado os efeitos de três programas, sendo treinamento de força, treinamento de flexibilidade e treinamento de equilíbrio em idosos, tendo como resultado um aumento na velocidade da marcha em idosos que praticaram exercícios de força em comparação aos idosos que praticaram os outros treinamentos (JUDGE; OUNPUU; DAVIS, 1996).

Estudos tem revelado que a redução de 0,1 m/s na velocidade da marcha aumenta para 7% a mais o risco de quedas em idosos e que a melhoria na velocidade da marcha mantida por um ano reduz o risco absoluto de morte em 17% (HARDY et al., 2007; HOLLMAN et al., 2010).

3 MÉTODOS

3.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

Esta investigação trata-se de um estudo observacional, analítico e transversal com informações extraídas do banco de dados da pesquisa de base populacional e domiciliar denominada Estudo Longitudinal da Saúde do Idoso de Alcobaça - ELSIA.

3.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido no município de Alcobaça, localizado no extremo sul do estado da Bahia, região nordeste do Brasil. A população do município conforme o senso do IBGE de 2010 era de 21.319 habitantes, sendo 2.047 pessoas com 60 anos ou mais, destes, 1.024 representavam o total de idosos residentes na área urbana do município (DATASUS, 2010).

A amostra inicial do presente estudo foi constituída por 743 idosos cadastrados na Estratégia de Saúde da Família, do município de Alcobaça, BA. Durante a coleta de dados, 54 idosos se recusaram a participar da pesquisa, 58 foram excluídos por não atenderem os critérios de inclusão e 158 idosos não foram localizados depois de três tentativas, resultando numa amostra final de 473 sujeitos com idade igual ou superior a 60 anos.

Como critério de inclusão para participação da pesquisa, os idosos não deveriam ter comprometimento cognitivo grave (<12 pontos), detectado através do mini exame do estado mental, desenvolvido originalmente por (FOLSTEIN; FOLSTEIN; MCHUGH, 1975) e adaptado para população brasileira por Almeida (1998), não poderiam ter dificuldade grave na acuidade visual e auditiva, não poderiam fazer uso de cadeiras de rodas, não poderiam ter sequelas graves de acidente vascular encefálico, com perda localizada de força e não poderiam ter doença em estágio terminal. Ressalta-se que para inclusão ou não dos idosos no presente estudo utilizou-se da percepção dos entrevistadores e relatos de familiares.

3.3 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

Para a coleta dos dados houve inicialmente um contato com o secretário de saúde e agentes de saúde da cidade de Alcobaça, BA para identificação dos idosos cadastrados na Estratégia de Saúde da Família. A partir deste rastreo inicial, a coleta de dados ocorreu em duas etapas, no primeiro momento foi aplicado um questionário multidimensional

(informações sociodemográficas e indicadores de saúde), em forma de entrevista individual (Apêndice A) e no segundo momento foi agendado a coleta das medidas antropométricas para caracterizar a amostra de acordo com o índice de massa corporal (IMC) e testes de desempenho físico, por estudantes e profissionais da área da saúde devidamente treinados. A coleta de dados foi realizada nos meses de junho a outubro de 2015.

3.4 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

3.4.1 Características sociodemográficas e indicadores de saúde

As informações sociodemográficas referem-se a idade, sexo, estado civil (solteiro, casado/vivendo com parceiro, viúvo, divorciado/separado), escolaridade (anos de estudo), ocupação atual (aposentado, pensionista, do lar, trabalho remunerado) e arranjo familiar (mora só, só cônjuge, mais filhos, mais netos), e os indicadores de saúde a presença de doenças auto-referidas, uso de medicamentos contínuos (tipo e quantidade) e auto relato de presença e quantidade de quedas ocorridas nos últimos 12 meses.

3.4.2 Avaliação antropométrica

Foi mensurada a massa corporal e a estatura para posterior cálculo do índice de massa corporal (IMC). Para aferição da massa corporal foi utilizada uma balança digital da marca WISO, com precisão de 100g. Na aferição da estatura foi utilizado um estadiômetro compacto de 2 metros da marca WISO, graduado em centímetro e décimo de centímetro. A análise dos resultados foram feita de forma dicotômica: $< 25 \text{ kg/m}^2$ (eutrofia) e $\geq 25 \text{ kg/m}^2$ (excesso de peso) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010).

3.4.3 Atividade física habitual

O nível de atividade física foi avaliado por meio da versão longa do *International Physical Activity Questionnaire* (IPAQ) validado para população idosa brasileira por Benedetti et al. (2004). A atividade física foi analisada de forma dicotômica, classificando os idosos em suficientemente ativos (≥ 150 min/sem) e insuficientemente ativos (< 150 min/sem).

3.4.4 Desempenho funcional

O desempenho funcional foi avaliado pela versão brasileira da *Short Physical Performance Battery* – SPPB (NAKANO, 2007). O escore total da SPPB é obtido pela soma das pontuações de cada teste (equilíbrio, velocidade da marcha e sentar e levantar da cadeira). A pontuação varia de 0 (pior desempenho) a 12 pontos (melhor desempenho) (NAKANO, 2007).

O escore total da SPPB foi agrupado em duas categorias 0 a 9 pontos (baixo desempenho) e 10 a 12 pontos (bom desempenho) (GURALNIK et al. 1995). E também foram analisados os testes isoladamente, utilizando o ponto de corte para equilíbrio de quatro pontos, e percentil 25 (P25) para a velocidade de marcha e sentar e levantar da cadeira.

3.4.4.1 Teste de equilíbrio

Para o teste de equilíbrio o participante deveria conseguir manter-se por 10 segundos em cada uma das três posições: em pé com os pés juntos, em pé com um pé parcialmente à frente (postura semitanden) e em pé com um pé à frente (postura tanden). O escore é zero para o idoso incapaz de manter-se em equilíbrio na primeira posição por 10 seg. Caso permaneça na primeira posição por 10 segundos, mas incapaz de manter a segunda posição, por 10 segundos o escore é um ponto. Atribui-se escore dois ao participante que consegue permanecer na segunda posição por 10 segundos, e não o consegue na terceira posição por mais de três segundos. Atribui-se escore três para permanecer na terceira posição por três a nove segundos, e atribui-se o escore máximo de quatro pontos se conseguir ficar na terceira posição por 10 segundos.

3.4.4.2 Teste de velocidade da caminhada

O teste de caminhada foi utilizado para avaliar o desempenho dos idosos ao percorrerem, no menor tempo possível uma distância de 2,44 metros, caminhando e não correndo demarcada por fitas fixas ao chão. Atribui-se escore zero ao participante incapaz de completar o teste. Atribui-se escore um para tempo maior que 5,7 segundos; escore dois para tempo entre 4,1 a 5,6 segundos; escore três para tempo entre 3,2 a 4,0 segundos; e escore máximo quatro pontos para tempo menor que 3,1 segundos, para realização do teste.

3.4.4.3 Teste de sentar e levantar da cadeira

Para realização do teste de sentar e levantar da cadeira cinco vezes consecutivas utilizou-se uma cadeira sem apoio lateral e o avaliado permaneceu com os braços cruzados a frente. A pontuação do avaliado é zero quando não consegue realizar o teste, um para tempo de levantar-se da cadeira nas cinco vezes consecutivas maior que 16,7 segundos; escore dois para tempo entre 13,7 a 16,6 segundos; escore três para tempo entre 11,2 e 13,6 segundos e escore máximo quatro pontos para tempo menor que 11,1 segundos.

3.5 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Para confecção do banco de dados utilizou-se o *software Epidata*, versão 3.1b, e as análises foram realizadas por meio do pacote estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) 17.0.

A estatística descritiva foi utilizada para caracterizar a amostra como distribuição de frequência (frequência absoluta e relativa), média e medidas de dispersão.

Para a identificação da prevalência de quedas (presença) e dos fatores associados aos aspectos sociodemográficos, indicadores de saúde e baixo desempenho funcional foi realizada a regressão logística binária, com estimativa de *Odds Ratio* com nível de significância de 5% e intervalo de confiança de 95%.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa seguiu os princípios éticos da resolução n°. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Os protocolos de pesquisa foram avaliados e aprovados pelo comitê de ética e pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro - UFTM (Parecer n°. 966.983/2015) (Anexo A). Para segurança e credibilidade da pesquisa todos os voluntários assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), que informava os procedimentos realizados, riscos e benefícios da pesquisa.

4 RESULTADOS

Dos 473 idosos entrevistados, 16 idosos não realizaram os testes de desempenho físico na segunda etapa em função da pressão arterial estar elevada no momento da realização dos testes, sendo dessa forma, excluídos da presente pesquisa.

Participaram do estudo 457 idosos com idade entre 60 e 97 anos (média de idade de 70,14 anos e DP= 8,21), de ambos os sexos, 285 mulheres e 172 homens, deste total 28,7% (n=131) dos idosos avaliados sofreram quedas no último ano. A distribuição das variáveis sociodemográficas conforme a ocorrência de quedas está descrita na tabela 1.

Tabela 1 Distribuição das variáveis sociodemográficas de idosos de Alcobaça, BA.

Variáveis	QUEDAS		OR (IC 95%)	p
	SIM	NÃO		
	n (%)	n (%)		
Sexo				0,002
Masculino	35 (20,3)	137 (79,7)	1	
Feminino	96 (33,7)	189 (66,3)	1,99 (1,27-3,10)	
Faixa Etária				0,309
60 a 79 anos	108 (27,8)	281 (72,2)	1	
80 anos ou mais	23 (33,8)	45 (66,2)	1,33 (0,76-2,30)	
Escolaridade				0,153
>4 anos	36 (24,5)	113 (75,5)	1	
≤ 4 anos	95 (30,6)	215 (69,4)	1,38 (0,88-2,17)	
Estado Civil				0,268
Com Companheiro	56 (26,2)	158 (73,8)	1	
Sem Companheiro	75 (30,9)	168 (69,1)	1,26 (0,83-1,89)	
Arranjo de Moradia				0,734
Sozinho	20 (27)	54 (73)	1,10 (0,63-1,92)	
Acompanhado	111 (29)	272 (71)	1	

Do total de idosos que reportaram quedas no último ano 20,3% (n=35) eram homens e 33,7% (n=96) eram mulheres. Em relação à faixa etária 27,8% (n=108) dos idosos com ocorrência de quedas tinham entre 60 a 79 anos e 33,8% (n=23) tinham 80 anos ou mais. Com

relação à escolaridade 30,6% (n=95) dos que reportaram quedas apresentaram menos que 4 anos de estudo e 24,1% (n=35) apresentaram 4 anos ou mais de estudo. Quanto ao estado civil 30,9% (n=75) dos que viviam sem companheiro e 26,2% (n=56) viviam com companheiro referiram quedas no último ano. Quanto ao arranjo de moradia às quedas foram reportadas por 29% (n=111) dos idosos que viviam acompanhados e 28% (n=20) viviam sozinhos.

A distribuição das variáveis de saúde com a ocorrência de quedas nos idosos está descrita na tabela 2.

Tabela 2 Distribuição das variáveis comportamentais e indicadores de saúde dos idosos de Alcobaça, BA.

Variáveis	QUEDAS		OR (IC 95%)	p
	SIM	NÃO		
	n (%)	n (%)		
Medicamentos				0,289
Nenhum	26 (26,5%)	72 (73,5%)	1	
1 a 2	42 (25,5%)	123 (74,5%)	0,95 (0,53-1,67)	
3 ou mais	63 (32,5%)	131 (67,5%)	1,33 (0,78-2,28)	
Doenças				0,014
0 ou 1 doença	28 (20,6%)	108 (79,4%)	1	
≥ 2 doenças	103 (32,1%)	218 (67,9%)	1,82 (1,13-2,93)	
IMC				0,069
< 25 kg/m ²	38 (23,5%)	124 (76,5%)	1	
≥ 25 kg/m ²	93 (31,5%)	202 (68,5%)	1,50 (0,96-2,33)	
Atividade Física				0,256
< 150 min/sem	55 (26,1%)	156 (73,9%)	1,26 (0,84-1,91)	
≥ 150 min/sem	76 (30,9%)	170 (69,1%)	1	

Com relação aos medicamentos 26,5% (n=26) dos idosos que reportaram quedas não faziam uso de nenhum medicamento, já 25,5% (n=42) relataram fazer uso de 1 ou 2 medicamentos e 32,5% (n=63) faziam uso de três ou mais medicamentos. Em relação às doenças as mesmas foram reportadas por 20,6% (n=28) dos que declararam quedas e em 32,1% (n=103) daqueles com duas ou mais doenças. Quanto ao IMC 23,5% (n=38) dos idosos

que reportaram quedas apresentaram IMC $<25 \text{ kg/m}^2$, em contra partida 31,5% (n=93) dos que relataram quedas apresentaram IMC $\geq 25 \text{ kg/m}^2$. Sobre o nível de atividade física 73,9% (n=156) dos idosos não realizavam o mínimo de 150 minutos de atividade física por semana e entre aqueles que informaram a ocorrência de quedas 30,9% (n= 76) foram classificados como suficientemente ativos.

A distribuição das variáveis de desempenho físico em relação à ocorrência de quedas e os valores da razão de chance estão apresentados na tabela 3.

Entre os idosos com escore de 10 a 12 pontos na bateria da SPPB, 24,8% (n=40) referiram a ocorrência de quedas e entre os que obtiveram a pontuação de 0 a 9 pontos esse percentual foi de 30,7% (n=91). Dos componentes da SPPB, a velocidade da marcha foi associada com a ocorrência de quedas (OR=1,71; IC95% 1,02-2,89 e p=0,044).

Tabela 3 Razão de chance para variáveis de desempenho físico em relação à presença quedas em idosos de Alcobaça, BA.

Variáveis	QUEDAS		OR (IC 95%)	p
	SIM	NÃO		
	n (%)	n (%)		
SPPB TOTAL				0,113
10 a 12 pontos	40 (24,8)	121 (75,2)	1	
0 a 9 pontos	91 (30,7)	205 (69,3)	1,45 (0,92 – 2,28)	
Caminhada 2,44m				0,044
< P 25	24 (21,4)	88 (78,6)	1	
\geq P 25	107 (31)	238 (69)	1,71 (1,02 – 2,89)	
Sentar e Levantar				0,521
< P 25	27 (26,2)	76 (73,8)	1	
\geq P 25	91 (28,5)	228 (71,5)	1,18 (0,71 – 1,98)	
Equilíbrio				0,555
4 pontos	83 (27,8)	216 (72,2)	1	
0 a 3 pontos	48 (30,4)	110 (69,6)	1,15 (0,73 – 1,80)	

SPPB: *Short Physical Performance Battery*

Odds Ratio: Ajustado por sexo, nível de atividade física, índice de massa corporal, número de doenças e medicamentos.

5 DISCUSSÃO

A presente investigação identificou que cerca de 1/3 dos idosos reportaram quedas nos últimos 12 meses, sendo esse fenômeno mais comum entre os idosos do sexo feminino, aqueles que declararam a presença de duas ou mais enfermidades e obtiveram desempenho igual ou superior ao percentil 25 para o teste de 2,44 m de caminhada.

O envelhecimento primário com interação ao secundário potencializa alterações deletérias ao longo do ciclo da vida com maior exarcebação nos idosos. Os idosos, por esta razão são mais vulneráveis a mecanismos e ações internas quando externas ao organismo.

A elevada prevalência de quedas entre os idosos é um marco de limitação funcional deixando os mesmos em condições de vulnerabilidade, o organismo do idoso torna-se mais lento para responder estímulos necessários ao controle de estabilidade em movimentos que exigem mudanças de direção, acelerações e desacelerações (TINETTI et al., 2006).

As quedas nesse sentido representam um grande problema para a saúde da população idosa como também acarreta elevado custo aos cofres públicos. Ações de diagnóstico e de prevenção das quedas são necessários para garantir um envelhecimento mais saudável aos idosos, como também de auxílio aos profissionais e gestores de saúde na identificação de grupos que necessitam de auxílio e que possam participar de programas para prevenção de quedas.

Em estudo populacional realizado por Brito et al., (2013) com idosos cadastrados na Estratégia de Saúde da Família em uma comunidade do nordeste do Brasil, foi identificada prevalência de quedas de 27,7%, sendo que tal ocorrência era agravada entre os idosos funcionamente dependentes. As quedas provocam em 40% a 60% das vezes, algum tipo de lesão corporal, sendo que é considerada a sexta causa morte de idosos e são responsáveis por 40% das suas internações (MORAES; MARINO; SANTOS, 2010).

Neste estudo a prevalência de quedas foi maior entre as mulheres. Está bem definido na literatura que os fatores de risco que levam as mulheres a sofrerem mais quedas que os homens estão relacionados a alterações hormonais, perda acentuada de massa muscular e idade avançada (LIN et al., 2011).

A presença de duas ou mais enfermidades representa uma condição de maior vulnerabilidade do idoso e, portanto, esses devem receber maior atenção dos profissionais de saúde, com a promoção de visitas com menor intervalo de tempo e orientações para diminuir a ocorrência de quedas no domicílio e fora deste. Há intervenções bem sucedidas, no intuito

de conscientizar os idosos e seus familiares para adequações em cômodos e mobília, afim de reduzir as quedas (WHO, 2004).

No entanto, é bom ressaltar que a presença de duas ou mais enfermidades tem sido constatada em mais de 80% da população idosa, em diversos municípios brasileiros (COELHO FILHO; RAMOS, 1999; MAZO, 2003; NASCIMENTO; TAVARES, 2016; SANTOS et al., 2017). Este aspecto permite inferir, não somente a demanda por cuidados de saúde deste subgrupo etário, como também ao maior risco para o evento queda.

De acordo com os resultados, foi constatado que a menor velocidade na caminhada foi associada à ocorrência de quedas nos últimos 12 meses. Quando avaliado a SPPB total, não foi identificada associação com quedas. As outras variáveis funcionais classificadas, como equilíbrio e sentar e levantar da cadeira também não apresentaram relação com quedas.

De acordo com o estudo de Balasubramanian (2015) o padrão da marcha sofre alterações a partir dos 50 anos, o efeito do envelhecimento leva os idosos a sofrerem alterações deletérias como perda de massa muscular, que reflete em prejuízos no equilíbrio e na velocidade da caminhada neste subgrupo etário.

Em outros estudos a variabilidade no tempo de deambulação mostrou ser eficaz na diferenciação de idosos com vários declínios de mobilidade e comprometimento cognitivo em comparação a idosos saudáveis (HAUSDORFF et al., 1998; MARTIN et al., 2013).

A velocidade da caminhada é usada como critério clinicamente relevante para avaliar o estado de saúde física e mental de idosos, com intuito de prever o futuro estado de saúde e do declínio funcional. Tal teste tem sido usado com frequência para associar as taxas de sobrevivência em idosos além de ser considerada por especialistas como sexto sinal vital de saúde da pessoa idosa (MIDDLETON; FRITZ; LUSARDI, 2015).

A velocidade da caminhada pode ser utilizada para detectar o nível de limitação funcional de idosos e estimar o risco do evento quedas. O teste representa um instrumento simples de aplicação, que apresenta grandes recursos para avaliar múltiplas estruturas e funções do corpo humano, como, controle postural, força de membros inferiores, capacidade cardiorrespiratória, propriocepção e visão (BOHANNON, 1997; FISER et al., 2010; AARTOLAHTI et al., 2013; CLARK et al., 2013; PARK; KIM; LEE, 2013).

Em estudo de coorte prospectivo com 7.250 moradores de uma comunidade de mulheres francesas idosas (75 anos) identificou-se que o risco de morte foi 2.04 vezes maior em países pobres, sendo que a velocidade da caminhada sozinha também se distinguiu com elevado risco de mortalidade e após o ajuste para fatores de confusão, escores baixos na

SPPB, a pontuação da força de preensão e baixa velocidade de caminhada permanecem significativamente associado com a mortalidade (ROLLAND et al., 2006).

As quedas têm sido relacionadas em outros estudos como fraqueza de membros inferiores, baixo equilíbrio, história de quedas, diminuição da força, baixa velocidade da marcha, (WHO, 2004; TINETTI et al., 2006). No entanto, o presente estudo por envolver uma população mais ativa fisicamente, devido algumas das características do município (pequeno porte populacional, litorânea), faz com que somente o teste de caminhada consiga discriminar os idosos com maior vulnerabilidade ao evento quedas.

A SPPB tem sido utilizada com elevada frequência por ser eficiente, prática e segura para grupos de pessoas idosas (GURALNIK et al., 2000; CESARI et al., 2005; ABELLAN VAN KAN et al., 2009; VASUNILASHORN et al., 2009; GUERRA et al., 2014). Essa bateria pode ser fortemente associada com várias medidas do estado de saúde, sendo preditora de condições adversas de saúde, a exemplo da fratura de quadril, a admissão em casa de repouso e morte (GURALNIK et al., 1994).

Destaca-se como limitações deste estudo o delineamento de corte transversal, o qual não permite encontrar relação de causalidade dificultando os avanços temporais nas análises, os instrumentos de autorrelatos, menos precisos quando comparados às medidas objetivas, e os resultados dos testes de desempenho físico, os quais podem ter sofrido vieses motivacionais na realização das atividades.

6 CONCLUSÃO

Em conclusão, a prevalência de quedas nos últimos 12 meses foi de 28,7% e esta condição foi associada ao sexo, com as mulheres apresentando maior prevalência que os homens, as condições de saúde, no que se refere ao consumo igual ou superior a dois medicamentos e ao baixo escore de desempenho físico para o teste de velocidade de caminhada em 2,44m.

Os resultados podem subsidiar programas de promoção á saúde que tenha como objetivo a redução da ocorrência de quedas entre os idosos, elegendo grupos de maior risco para acompanhamento com a frequência mais curta, bem como de elaborar estratégias intervencionistas que possam possibilitar o engajamento dos idosos mais vulneráveis a tal condição.

REFERÊNCIAS

- AARTOLAHTI, E.; HÄKKINEN, A.; LÖNNROOS, E.; KAUTIAINEN, H.; SULKAVA, R.; HARTIKAINEN, S. Relationship between Functional Vision and Balance and Mobility Performance in Community-Dwelling Older Adults. **Aging Clinical and Experimental Research**, v. 25, n. 5, p. 545–552, out. 2013.
- ABELLAN VAN KAN, G.; ROLLAND, Y.; ANDRIEU, S.; BAUER, J.; BEAUCHET, O.; BONNEFOY, M.; CESARI, M.; DONINI, L. M.; GILLETTE GUYONNET, S.; INZITARI, M.; NOURHASHEMI, F.; ONDER, G.; RITZ, P.; SALVA, A.; VISSER, M.; VELLAS, B. Gait Speed at Usual Pace as a Predictor of Adverse Outcomes in Community-Dwelling Older People an International Academy on Nutrition and Aging (IANA) Task Force. **The Journal of Nutrition, Health & Aging**, v. 13, n. 10, p. 881–889, dez. 2009.
- ALBINO, I. L. R.; FREITAS, C. de la R.; TEIXEIRA, A. R.; GONÇALVES, A. K.; SANTOS, A. M. P. V. dos; BÓS, Â. J. G. Influence of strength training and flexibility on body balance in elderly. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 15, n. 1, p. 17–25, 2012.
- ALMEIDA, O. P. The Mini-Mental State Examination and the Diagnosis of Dementia in Brazil. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, v. 56, n. 3B, p. 605–612, set. 1998.
- ALVES, L. C.; LEIMANN, B. C. Q.; VASCONCELOS, M. E. L.; CARVALHO, M. S.; VASCONCELOS, A. G. G.; FONSECA, T. C. O. da; LEBRÃO, M. L.; LAURENTI, R. The effect of chronic diseases on functional status of the elderly living in the city of São Paulo, Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 8, p. 1924–1930, ago. 2007.
- ALVES, L. C.; LEITE, I. da C.; MACHADO, C. J. The concept and measurement of functional disability in the elderly population: a literature review. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 4, p. 1199–1207, ago. 2008.
- AMTHAUER, C.; FALK, J. W. Discursos dos profissionais de saúde da família na ótica da assistência à saúde do idoso Speeches of family health professionals in optics of assistance to the elderly. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 9, n. 1, p. 99–105, 10 jan. 2017.
- ANTES, D. L.; D'ORSI, E.; BENEDETTI, T. R. B. Circumstances and Consequences of Falls among the Older Adults in Florianópolis. *Epi Floripa Aging 2009*. **Revista Brasileira De Epidemiologia = Brazilian Journal of Epidemiology**, v. 16, n. 2, p. 469–481, jun. 2013.
- ARRUDA, M. F. de; BAZAGLIA, J. A.; SARAVALLI, G.; CASSETTARI, L. L.; SOUZA, H. R.; ARRUDA, M. F. de; BAZAGLIA, J. A.; SARAVALLI, G.; CASSETTARI, L. L.; SOUZA, H. R. Strength and function gains in the elderly from isometric training with and without visual response. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v. 20, n. 4, p. 309–314, ago. 2014.
- ATAÍDE MELO DE PINHO, T.; OLIVEIRA SILVA, A.; RANGEL TURA, L. F.; SILVA P MOREIRA, M. A.; NAGAUMI GURGEL, S.; DE AZEVEDO FREITAS SMITH, A.; PEIXOTO BEZERRA, V. Avaliação do risco de quedas em idosos atendidos em Unidade Básica de Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 2, 2012. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/html/3610/361033316008/>>. Acesso em: 3 set. 2017.
- AVELAR, N. C. P.; BASTONE, A. C.; ALCÂNTARA, M. A.; GOMES, W. F. Effectiveness of aquatic and non-aquatic lower limb muscle endurance training in the static and dynamic balance of elderly people. **Brazilian Journal of Physical Therapy**, v. 14, n. 3, p. 229–236, jun. 2010.
- ÁVILA, A. H. de; GUERRA, M.; MENESES, M. P. R. Se o velho é o outro, quem sou eu? A construção da auto-imagem na velhice. **Pensamento Psicológico**, v. 3, n. 8, p. 7–18, 2007.

BALASUBRAMANIAN, C. K.; CLARK, D. J.; GOUELLE, A. Validity of the Gait Variability Index in older adults: Effect of aging and mobility impairments. **Gait & posture**, v. 41, n. 4, p. 941–946, maio 2015.

BARBOSA, B. R.; ALMEIDA, J. M. de; BARBOSA, M. R.; ROSSI-BARBOSA, L. A. R.; BARBOSA, B. R.; ALMEIDA, J. M. de; BARBOSA, M. R.; ROSSI-BARBOSA, L. A. R. Evaluation of the functional capacity of the elderly and factors associated with disability. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 8, p. 3317–3325, ago. 2014.

BARROS, I. F. O. de; PEREIRA, M. B.; WEILLER, T. H.; ANVERSA, E. T. R. Internações hospitalares por quedas em idosos brasileiros e os custos correspondentes no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Revista Kairós : Gerontologia**, v. 18, n. 4, p. 63–80, 30 dez. 2015.

BOHANNON, R. W. Comfortable and Maximum Walking Speed of Adults Aged 20-79 Years: Reference Values and Determinants. **Age and Ageing**, v. 26, n. 1, p. 15–19, jan. 1997.

BORGES, A. P. A.; COIMBRA, Â. M. C. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2008.

BORGES, L. de L.; GARCIA, P. A.; RIBEIRO, S. O. do V. CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-DEMOGRÁFICAS, QUEDAS E EQUILÍBRIO FUNCIONAL DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS E COMUNITÁRIOS. **Fisioterapia em Movimento**, v. 22, n. 1, 4 set. 2017. Disponível em: <<https://periodicos.pucpr.br/index.php/fisio/article/view/19349>>. Acesso em: 1 nov. 2017.

BRASIL, M. da S. **Cadernos de Atenção Básica - Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad19.pdf>. Acesso em: 14 jul. 2016.

BRITO, T. A.; FERNANDES, M. H.; COQUEIRO, R. da S.; JESUS, C. S. de. Quedas e capacidade funcional em idosos longevos residentes em comunidade. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 22, n. 1, p. 43–51, mar. 2013.

BUKSMAN, S.; VILELA, A.; PEREIRA, S.; LINO, V.; SANTOS, V. Quedas em Idosos: Prevenção - Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. 2008. Disponível em: <<http://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2014/10/queda-idosos.pdf>>. Acesso em: 3 set. 2017.

CARVALHO, I. F. de; BORTOLOTO, T. B.; FONSECA, L. C. S.; SCHEICHER, M. E. Uso da bandagem infrapatelar no desempenho físico e mobilidade funcional de idosas com história de quedas. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 18, n. 1, p. 119–127, mar. 2015.

CARVALHO PEREIRA, L.; DO LIVRAMENTO FORTES FIGUEIREDO, M.; FEITOSA BELEZA, C. M.; LEITE RANGEL ANDRADE, E. M.; DA SILVA, M. J.; MACHADO PEREIRA, A. F. Fatores preditores para incapacidade funcional de idosos atendidos na atenção básica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 70, n. 1, 2017. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=267049841015>>. Acesso em: 1 nov. 2017.

CESARI, M. Role of Gait Speed in the Assessment of Older Patients. **JAMA**, v. 305, n. 1, p. 93–94, 5 jan. 2011.

CESARI, M.; KRITCHEVSKY, S. B.; PENNINX, B. W. H. J.; NICKLAS, B. J.; SIMONSICK, E. M.; NEWMAN, A. B.; TYLAVSKY, F. A.; BRACH, J. S.; SATTERFIELD, S.; BAUER, D. C.; VISSER, M.; RUBIN, S. M.; HARRIS, T. B.; PAHOR, M. Prognostic Value of Usual Gait Speed in Well-Functioning Older People--Results from the Health, Aging and Body Composition Study. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 53, n. 10, p. 1675–1680, out. 2005.

CHODZKO-ZAJKO, W. J.; PROCTOR, D. N.; FIATARONE SINGH, M. A.; MINSON, C. T.; NIGG, C. R.; SALEM, G. J.; SKINNER, J. S. Exercise and Physical Activity for Older Adults: **Medicine & Science in Sports & Exercise**, v. 41, n. 7, p. 1510–1530, jul. 2009.

CLARK, D. J.; MANINI, T. M.; FIELDING, R. A.; PATTEN, C. Neuromuscular Determinants of Maximum Walking Speed in Well-Functioning Older Adults. **Experimental Gerontology**, v. 48, n. 3, p. 358–363, mar. 2013.

CRUZ, D. T. da; RIBEIRO, L. C.; VIEIRA, M. de T.; TEIXEIRA, M. T. B.; BASTOS, R. R.; LEITE, I. C. G. Prevalence of falls and associated factors in elderly individuals. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, n. 1, p. 138–146, fev. 2012.

DANTAS, E. L.; BRITO, G. E. G. de; LOBATO, I. A. F. PREVALÊNCIA DE QUEDAS EM IDOSOS ADSCRITOS À ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA, PARAÍBA. **Revista de APS**, v. 15, n. 1, 14 fev. 2012. Disponível em: <<https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/1547>>. Acesso em: 3 jul. 2017.

DATASUS. **Cadernos de Informações em Saúde - Bahia**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/ba.htm>>. Acesso em: 28 out. 2016.

DE ARAÚJO, A. P. S.; BERTOLINI, S. M. M. G.; JUNIOR, J. M. ALTERAÇÕES MORFOFISIOLÓGICAS DECORRENTES DO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO DO SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO E SUAS CONSEQUÊNCIAS PARA O ORGANISMO HUMANO. **Biológicas & Saúde**, v. 4, n. 12, 2014. Disponível em: <http://www.perspectivasonline.com.br/ojs/index.php/biologicas_e_saude/article/view/42>. Acesso em: 1 abr. 2016.

ESPY, D. D.; YANG, F.; BHATT, T.; PAI, Y.-C. Independent Influence of Gait Speed and Step Length on Stability and Fall Risk. **Gait & Posture**, v. 32, n. 3, p. 378–382, jul. 2010.

FABRÍCIO, S. C. C.; RODRIGUES, R. A. P.; JUNIOR, C.; DA, M. L. Causas e conseqüências de quedas de idosos atendidos em hospital público. **Revista de Saúde Pública**, v. 38, n. 1, p. 93–99, fev. 2004.

FECHINE, B. R. A.; TROMPIERI, Nicolino. O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO: AS PRINCIPAIS ALTERAÇÕES QUE ACONTECEM COM O IDOSO COM O PASSAR DOS ANOS. **Inter Science Place**, v. 1, n. 20, p. 106–132, 13 fev. 2012.

FERRARESI, J. R.; PRATA, M. G.; SCHEICHER, M. E. Avaliação do equilíbrio e do nível de independência funcional de idosos da comunidade. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 18, n. 3, p. 499–506, set. 2015.

FIATARONE, M. A.; MARKS, E. C.; RYAN, N. D.; MEREDITH, C. N.; LIPSITZ, L. A.; EVANS, W. J. High-Intensity Strength Training in Nonagenarians. Effects on Skeletal Muscle. **JAMA**, v. 263, n. 22, p. 3029–3034, 13 jun. 1990.

FILHO, C.; MACEDO, J.; RAMOS, L. R. Epidemiologia do envelhecimento no Nordeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. **Revista de Saúde Pública**, v. 33, n. 5, p. 445–453, out. 1999.

FISER, W. M.; HAYS, N. P.; ROGERS, S. C.; KAJKENOVA, O.; WILLIAMS, A. E.; EVANS, C. M.; EVANS, W. J. Energetics of Walking in Elderly People: Factors Related to Gait Speed. **The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences**, v. 65, n. 12, p. 1332–1337, dez. 2010.

FOLSTEIN, M. F.; FOLSTEIN, S. E.; MCHUGH, P. R. "Mini-Mental State". A Practical Method for Grading the Cognitive State of Patients for the Clinician. **Journal of Psychiatric Research**, v. 12, n. 3, p. 189–198, nov. 1975.

FRIED, L. P.; TANGEN, C. M.; WALSTON, J.; NEWMAN, A. B.; HIRSCH, C.; GOTTDIENER, J.; SEEMAN, T.; TRACY, R.; KOP, W. J.; BURKE, G.; MCBURNIE, M. A.; CARDIOVASCULAR HEALTH STUDY COLLABORATIVE RESEARCH GROUP. Frailty in Older Adults: Evidence for a Phenotype. **The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences**, v. 56, n. 3, p. M146-156, mar. 2001.

FRISOLI, A.; CHAVES, P. H.; INGHAM, S. J. M.; FRIED, L. P. Severe Osteopenia and Osteoporosis, Sarcopenia, and Frailty Status in Community-Dwelling Older Women: Results from the Women's Health and Aging Study (WHAS) II. **Bone**, v. 48, n. 4, p. 952–957, 1 abr. 2011.

GASPAROTTO, L. P. R.; FALSARELLA, G. R.; COIMBRA, A. M. V. As quedas no cenário da velhice: conceitos básicos e atualidades da pesquisa em saúde. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 17, n. 1, p. 201–209, mar. 2014.

GAWRYSZEWSKI, V. P. A importância das quedas no mesmo nível entre idosos no estado de são paulo. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 56, n. 2, p. 162–167, 2010.

GAWRYSZEWSKI, V. P.; RODRIGUES, E. M. S. The burden of injury in Brazil, 2003. **Sao Paulo Medical Journal**, v. 124, n. 4, p. 208–213, 2006.

GOMES, G. A.; CINTRA, F. A.; DIOGO, M. J. D.; NERI, A. L.; GUARIENTO, M. E.; SOUSA, M. L. Comparação entre idosos que sofreram quedas segundo desempenho físico e número de ocorrências. **Brazilian Journal of Physical Therapy/Revista Brasileira de Fisioterapia**, v. 13, n. 5, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbfis/2009nahead/aop056_09.pdf>. Acesso em: 3 set. 2017.

GUERRA, R. O.; OLIVEIRA, B. S.; ALVARADO, B. E.; CURCIO, C. L.; REJESKI, W. J.; MARSH, A. P.; IP, E. H.; BARNARD, R. T.; GURALNIK, J. M.; ZUNZUNEGUI, M. V. Validity and applicability of a video-based animated tool to assess mobility in elderly Latin American populations. **Geriatrics & gerontology international**, v. 14, n. 4, p. 864–873, out. 2014.

GURALNIK, J. M.; FERRUCCI, L.; PIEPER, C. F.; LEVEILLE, S. G.; MARKIDES, K. S.; OSTIR, G. V.; STUDENSKI, S.; BERKMAN, L. F.; WALLACE, R. B. Lower Extremity Function and Subsequent Disability: Consistency across Studies, Predictive Models, and Value of Gait Speed Alone Compared with the Short Physical Performance Battery. **The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences**, v. 55, n. 4, p. M221-231, abr. 2000.

GURALNIK, J. M.; FERRUCCI, L.; SIMONSICK, E. M.; SALIVE, M. E.; WALLACE, R. B. Lower-Extremity Function in Persons over the Age of 70 Years as a Predictor of Subsequent Disability. **The New England Journal of Medicine**, v. 332, n. 9, p. 556–561, 2 mar. 1995.

GURALNIK, J. M.; SIMONSICK, E. M.; FERRUCCI, L.; GLYNN, R. J.; BERKMAN, L. F.; BLAZER, D. G.; SCHERR, P. A.; WALLACE, R. B. A Short Physical Performance Battery Assessing Lower Extremity Function: Association with Self-Reported Disability and Prediction of Mortality and Nursing Home Admission. **Journal of Gerontology**, v. 49, n. 2, p. M85-94, mar. 1994.

HARDY, S. E.; PERERA, S.; ROUMANI, Y. F.; CHANDLER, J. M.; STUDENSKI, S. A. Improvement in Usual Gait Speed Predicts Better Survival in Older Adults. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 55, n. 11, p. 1727–1734, nov. 2007.

HAUSDORFF, J. M.; CUDKOWICZ, M. E.; FIRTION, R.; WEI, J. Y.; GOLDBERGER, A. L. Gait Variability and Basal Ganglia Disorders: Stride-to-Stride Variations of Gait Cycle Timing in Parkinson's Disease and Huntington's Disease. **Movement Disorders: Official Journal of the Movement Disorder Society**, v. 13, n. 3, p. 428–437, maio 1998.

HELKLE, C.; FERRI, L. P.; NETTA, O.; DE, C. P.; BELEM, J. B.; MALYSZ, T. Effects of different methods of physical training and the habit of walking on functional balance of elderly. **Fisioterapia em Movimento**, v. 26, n. 2, p. 321–327, jun. 2013.

HOLLMAN, J. H.; CHILDS, K. B.; MCNEIL, M. L.; MUELLER, A. C.; QUILTER, C. M.; YODAS, J. W. Number of Strides Required for Reliable Measurements of Pace, Rhythm and Variability Parameters of Gait during Normal and Dual Task Walking in Older Individuals. **Gait & Posture**, v. 32, n. 1, p. 23–28, maio 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2010. Sinopse preliminar do Censo demográfico 2010.** Disponível em:

<<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/imprensa/ppts/00000008473104122012315727483985.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2016.

JONES, C. J.; RIKLI, R. E.; BEAM, W. C. A 30-S Chair-Stand Test as a Measure of Lower Body Strength in Community-Residing Older Adults. **Research Quarterly for Exercise and Sport**, v. 70, n. 2, p. 113–119, jun. 1999.

JUDGE, J. O.; OUNPUU, S.; DAVIS, R. B. Effects of Age on the Biomechanics and Physiology of Gait. **Clinics in Geriatric Medicine**, v. 12, n. 4, p. 659–678, nov. 1996.

KRAUSE, K. E.; MCINTOSH, E. I.; VALLIS, L. A. Sarcopenia and Predictors of the Fat Free Mass Index in Community-Dwelling and Assisted-Living Older Men and Women. **Gait & Posture**, v. 35, n. 2, p. 180–185, fev. 2012.

KWAN, M. M.-S.; CLOSE, J. C. T.; WONG, A. K. W.; LORD, S. R. Falls Incidence, Risk Factors, and Consequences in Chinese Older People: A Systematic Review. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 59, n. 3, p. 536–543, mar. 2011.

LIN, C.-H.; LIAO, K.-C.; PU, S.-J.; CHEN, Y.-C.; LIU, M.-S. Associated Factors for Falls among the Community-Dwelling Older People Assessed by Annual Geriatric Health Examinations. **PLoS ONE**, v. 6, n. 4, 19 abr. 2011. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3079754/>>.

LOPES, M. C. de L.; VIOLIN, M. R.; LAVAGNOLI, A. P.; MARCON, S. S. FATORES DESENCADEANTES DE QUEDAS NO DOMICÍLIO EM UMA COMUNIDADE DE IDOSOS. **Cogitare Enfermagem**, v. 12, n. 4, 20 dez. 2007. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/10073>>. Acesso em: 3 set. 2017.

LOPES, M. N. S. dos S.; PASSERINI, C. G.; TRAVENSOLO, C. de F. Eficácia de um protocolo fisioterapêutico para equilíbrio em idosos institucionalizados. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, v. 31, n. 2, p. 143–152, 15 dez. 2010.

MACIEL, S. S. S. V.; MACIEL, W. V.; TEOTÔNIO, P. M.; BARBOSA, G. G.; LIMA, V. da G. C.; OLIVEIRA, T. de F.; SILVA, E. T. C. da. Perfil epidemiológico das quedas em idosos residentes em capitais brasileiras utilizando o Sistema de Informações sobre Mortalidade. **Rev. AMRIGS**, p. 25–31, 2010.

MAIA, B. C.; VIANA, P. S.; ARANTES, P. M. M.; ALENCAR, M. A. Consequências das quedas em idosos vivendo na comunidade. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 14, n. 2, p. 381–393, 2011.

MALAFAIA, G. Implicações da imunossenescência na vacinação de idosos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 11, n. 3, p. 433–441, 2008.

MANINI, T. M.; CLARK, B. C. Dynapenia and Aging: An Update. **The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences**, v. 67A, n. 1, p. 28–40, jan. 2012.

MARTIN, K. L.; BLIZZARD, L.; WOOD, A. G.; SRIKANTH, V.; THOMSON, R.; SANDERS, L. M.; CALLISAYA, M. L. Cognitive Function, Gait, and Gait Variability in Older People: A Population-Based Study. **The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences**, v. 68, n. 6, p. 726–732, jun. 2013.

MATSUMURA, B. A.; AMBROSE, A. F. Balance in the Elderly. **Clinics in Geriatric Medicine**, v. 22, n. 2, p. 395–412; x, maio 2006.

MENEZES, C.; OLIVEIRA, V. R. C. de; MENEZES, R. L. de. Repercussões da hospitalização na capacidade funcional de idosos. 2010. Disponível em: <<http://repositorio.unb.br/handle/10482/11682>>. Acesso em: 3 jul. 2017.

MESSIAS, M. G.; NEVES², R. da F.; MESSIAS, M. G.; NEVES², R. da F. The influence of behavior and domestic environmental factors in elderly falls. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 12, n. 2, p. 275–282, ago. 2009.

MIDDLETON, A.; FRITZ, S. L.; LUSARDI, M. Walking Speed: The Functional Vital Sign. **Journal of Aging and Physical Activity**, v. 23, n. 2, p. 314–322, abr. 2015.

MIRANDA, G. M. D.; MENDES, A. da C. G.; SILVA, A. L. A. da. Population aging in Brazil: current and future social challenges and consequences. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 19, n. 3, p. 507–519, jun. 2016.

MORAES, <p>Edgar Nunes de; MARINO, M. C. de A.; SANTOS</p>, R. R. Principais síndromes geriátricas. v. 20, n. 1, p. 54–66, [s.d.]

MORLEY, J. E.; ROLLAND, Y.; TOLSON, D.; VELLAS, B. Increasing Awareness of the Factors Producing Falls: The Mini Falls Assessment. **Journal of the American Medical Directors Association**, v. 13, n. 2, p. 87–90, fev. 2012.

MOTTA, L. B. da; AGUIAR, A. C. de; COUTINHO, E. S. F.; HUF, G. Prevalência e fatores associados a quedas em idosos em um município do Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 13, n. 1, p. 83–91, abr. 2010.

NAKANO, M. M. **Versão Brasileira da ShortPhysical Performance Battery – SPPB: Adaptação cultural e estudo da confiabilidade**. 2007. Universidade Estadual de Campinas, UNICAMP, Campinas, 2007.

NASCIMENTO, J. S.; TAVARES, D. M. dos S. PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS A QUEDAS EM IDOSOS. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 25, n. 2, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-07072016000200312&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 8 abr. 2018.

OLIVEIRA, A. S. de; TREVIZAN, P. F.; BESTETTI, M. L. T.; MELO, R. C. de. Fatores ambientais e risco de quedas em idosos: revisão sistemática. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 17, n. 3, p. 637–645, set. 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, O. **Relatório global da OMS sobre prevenção de quedas na velhice**. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde, 2012. .

PARAHYBA, M. I.; VERAS, R.; MELZER, D. Disability among elderly women in Brazil. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, n. 3, p. 383–391, jun. 2005.

PARK, Y.-H.; KIM, Y.-M.; LEE, B.-H. An Ankle Proprioceptive Control Program Improves Balance, Gait Ability of Chronic Stroke Patients. **Journal of Physical Therapy Science**, v. 25, n. 10, p. 1321–1324, out. 2013.

PARREIRA, J. G.; SOLDÁ, S. C.; PERLINGEIRO, J. A. G.; PADOVESE, C. C.; KARAKHANIAN, W. Z.; ASSEF, J. C. Comparative analysis of trauma characteristics between elderly and younger trauma patients. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 56, n. 5, p. 541–546, 2010.

PERRACINI, M. R.; RAMOS, L. R. Fall-related factors in a cohort of elderly community residents. **Revista de Saúde Pública**, v. 36, n. 6, p. 709–716, dez. 2002.

PÍCOLI, T. da S.; FIGUEIREDO, L. L. de; PATRIZZI, L. J. Sarcopenia e envelhecimento. **Fisioterapia em Movimento**, v. 24, n. 3, p. 455–462, set. 2011.

PINHO, T. A. M. de; SILVA, A. O.; TURA, L. F. R.; MOREIRA, M. A. S. P.; GURGEL, S. N.; SMITH, A. de A. F.; BEZERRA, V. P. Assessing the risk of falls for the elderly in Basic Health Units. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 2, p. 320–327, abr. 2012.

PRATA, H. L.; JUNIOR, A.; DRUMMOND, E. de; LOURO, J. Q.; PAULA, F. de L.; SANTOS, J. J. N.; FERREIRA, S. M. Relatos de Quedas Extrínsecas Em Idosos Participantes Do Projeto Prev-Quedas. **Rev. pesqui. cuid. fundam. (Online)**, v. 6, n. 2, p. 685–694, abr. 2014.

RAMOS, L. R. Determinant factors for healthy aging among senior citizens in a large city: the Epidoso Project in São Paulo. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, n. 3, p. 793–797, jun. 2003.

REYES-ORTIZ, C. A.; AL SNIH, S.; MARKIDES, K. S. Falls among Elderly Persons in Latin America and the Caribbean and among Elderly Mexican-Americans. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 17, p. 362–369, jun. 2005.

RIBEIRO, A. P.; SOUZA, E. R. de; ATIE, S.; SOUZA, A. C. de; SCHILITZ, A. O. The influence of falls on the quality of life of the aged. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 4, p. 1265–1273, ago. 2008.

ROLLAND, Y.; LAUWERS-CANCES, V.; CESARI, M.; VELLAS, B.; PAHOR, M.; GRANDJEAN, H. Physical Performance Measures as Predictors of Mortality in a Cohort of Community-Dwelling Older French Women. **European Journal of Epidemiology**, v. 21, n. 2, p. 113–122, 2006.

ROORDA, L. D.; ROEBROECK, M. E.; LANKHORST, G. J.; VAN TILBURG, T.; BOUTER, L. M. Measuring Functional Limitations in Rising and Sitting down: Development of a Questionnaire. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**, v. 77, n. 7, p. 663–669, jul. 1996.

ROTH, T.; KAMMERLANDER, C.; GOSCH, M.; LUGER, T. J.; BLAUTH, M. Outcome in Geriatric Fracture Patients and How It Can Be Improved. **Osteoporosis international: a journal established as result of cooperation between the European Foundation for Osteoporosis and the National Osteoporosis Foundation of the USA**, v. 21, n. Suppl 4, p. S615-619, dez. 2010.

SANTOS, D. A. T.; VIRTUOSO, J. S.; MENEGUCI, J.; SASAKI, J. E.; TRIBESS, S. Combined Associations of Physical Activity and Sedentary Behavior With Depressive Symptoms in Older Adults. **Issues in Mental Health Nursing**, v. 38, n. 3, p. 272–276, mar. 2017.

SINGH, D. K.; PILLAI, S. G.; TAN, S. T.; TAI, C. C.; SHAHAR, S. Association between physiological falls risk and physical performance tests among community-dwelling older adults. **Clinical Interventions in Aging**, v. 10, p. 1319–1326, 13 ago. 2015.

SIQUEIRA, F. V.; FACCHINI, L. A.; SILVEIRA, D. S. da; PICCINI, R. X.; TOMASI, E.; THUMÉ, E.; SILVA, S. M.; DILÉLIO, A. Prevalence of Falls in Elderly in Brazil: A Countrywide Analysis. **Cadernos De Saude Publica**, v. 27, n. 9, p. 1819–1826, set. 2011.

SOARES, A. V.; MARCELINO, E.; JÚNIOR, N. G. B.; DOMENECH, S. C.; LOCH, M. S. G.; JÚNIOR, Y. S. Relação entre dinapenia, sarcopenia e mobilidade funcional em idosos frágeis institucionalizados. **Medicina (Ribeirao Preto. Online)**, v. 49, n. 3, p. 195–201, 8 jun. 2016.

TINETTI, M. E.; GORDON, C.; SOGOLOW, E.; LAPIN, P.; BRADLEY, E. H. Fall-Risk Evaluation and Management: Challenges in Adopting Geriatric Care Practices. **The Gerontologist**, v. 46, n. 6, p. 717–725, 1 dez. 2006.

VASUNILASHORN, S.; COPPIN, A. K.; PATEL, K. V.; LAURETANI, F.; FERRUCCI, L.; BANDINELLI, S.; GURALNIK, J. M. Use of the Short Physical Performance Battery Score to Predict Loss of Ability to Walk 400 Meters: Analysis from the InCHIANTI Study. **The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences**, v. 64, n. 2, p. 223–229, fev. 2009.

VERAS, R. Population aging today: demands, challenges and innovations. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, n. 3, p. 548–554, jun. 2009.

VILELA, A. B. A. ENVELHECIMENTO BEM-SUCEDIDO: REPRESENTAÇÃO DE IDOSOS. **Saúde.com**, v. 2, n. 2, 24 abr. 2016. Disponível em: <<http://www.uesb.br/revista/rsc/ojs/index.php/rsc/article/view/48>>. Acesso em: 3 jul. 2017.

WANG, D.; ZHANG, J.; SUN, Y.; ZHU, W.; TIAN, S.; LIU, Y. Evaluating the fall risk among elderly population by choice step reaction test. **Clinical Interventions in Aging**, v. 11, p. 1075–1082, 10 ago. 2016.

WANG, J.; CHEN, Z.; SONG, Y. Falls in Aged People of the Chinese Mainland: Epidemiology, Risk Factors and Clinical Strategies. **Ageing Research Reviews**, v. 9 Suppl 1, p. S13-17, nov. 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Definition of an older or elderly person**. Disponível em: <<http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/>>. Acesso em: 14 jul. 2016.

YU, P.-L.; QIN, Z.-H.; SHI, J.; ZHANG, J.; XIN, M.-Z.; WU, Z.-L.; SUN, Z.-Q. Prevalence and Related Factors of Falls among the Elderly in an Urban Community of Beijing. **Biomedical and Environmental Sciences**, v. 22, n. 3, p. 179–187, 1 jun. 2009.

ZAMBALDI, P. A.; DINIZ, G. do C. L. M.; COSTA, T. A. B. N.; SCALZO, P. L. Efeito de um treinamento de equilíbrio em um grupo de mulheres idosas da comunidade: estudo piloto de uma abordagem específica, não sistematizada e breve. **Acta fisiátrica**, v. 14, n. 1, 2007. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=536575&indexSearch=ID>>. Acesso em: 3 jul. 2017.

APÊNDICE
APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS



Realização

Apoio



II – FUNÇÃO COGNITIVA

É bastante comum as pessoas terem problema de memória quando começam a envelhecer. Deste modo, eu gostaria de lhe fazer algumas perguntas sobre este assunto. Algumas perguntas talvez não sejam apropriadas para o(a) Sr(a), outras bastante inadequadas, no entanto, eu gostaria que o(a) Sr(a) levasse em conta que tenho de fazer as mesmas perguntas para todas as pessoas.

Variável	Pontos		Pontuação
Orientação			
Que dia é hoje do mês?	1		<i>1 ponto para cada resposta certa.</i> <i>Considere correta até 1h a mais ou a menos em relação à hora real /local</i>
Em que mês estamos?	1		
Em que ano estamos?	1		
Em que dia da semana estamos?	1		
Qual a hora aproximada?	1		
Em que local nós estamos? (<i>sentido mais amplo, ex. casa, UBS</i>)	1		
Que local é este aqui? (<i>local específico, ex. sala, cozinha</i>)	1		
Em que bairro nós estamos ou qual o nome da rua próxima?	1		
Em que cidade nós estamos?	1		
Em que estado nós estamos?	1		
Memória Imediata: Eu vou dizer três palavras eo(a) Sr(a) irá repeti-las a seguir:			
Carro, vaso, tijolo	3		<i>Repita até as 3 palavras serem entendidas ou no máximo de 5 tentativas.</i>
Atenção e Cálculo: subtração de setes seriadamente			
100 – 7 = 93	1		<i>Considere 1 ponto para cada resultado correto.</i> <i>Considere correto se o examinado espontaneamente se autocorrigir.</i>
93 – 7 = 86	1		
86 – 7 = 79	1		
79 – 7 = 72	1		
72 – 7 = 65	1		
Evocação: Quais as três palavras ditas anteriormente			<i>1 ponto para cada uma das palavras evocadas corretamente</i>
Carro, vaso, tijolo	3		
Linguagem			
Nomear um relógio	1		<i>1 ponto para cada resposta certa</i>
Nomear uma caneta	1		
Preste atenção: vou lhe dizer uma frase e quero que o(a) Sr(a) repita depois de mim: “Nem aqui, nem ali, nem lá”	1		
Comando: “Pegue este papel com sua mão direita, dobre-o ao meio e coloque-o no chão.	3		<i>1 ponto para cada etapa correta. Se o sujeito pedir ajuda no meio da tarefa não dê dicas.</i>
Ler e obedecer: mostre a frase escrita “Feche os olhos” e peça para o indivíduo fazer o que está sendo mandado.	1		<i>1 ponto se correto. Não auxilie se pedir ajuda ou se só ler a frase sem realizar o comando</i>
Escreva uma frase	1		<i>1 ponto se correto.</i>

			<i>Se o indivíduo não compreender o significado, ajude com: alguma frase que tenha começo, meio e fim; alguma coisa que aconteceu hoje; alguma coisa que queira dizer. Para a correção não são considerados erros gramaticais ou ortográficos</i>
Copie o desenho: 	1		<i>Considere apenas se houver 2 pentágonos interseccionados (10 ângulos) formando uma figura de quatro lados ou com dois ângulos</i>
Total	30		<i>Se a pontuação for 11 ou menos, não continue a entrevista.</i>

III – FATORES RELACIONADOS À SAÚDE

As perguntas que irei fazer agora são referentes a sua saúde atual

1. Em geral, o(a) Sr(a) diria que sua saúde está:

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

2. O(a) Sr(a) possui algum problema de saúde/doença?

⁰[0] Não ¹[1] Sim

3. Por favor, responda se o(a) Sr(a) sofre de algum problema de saúde/doenças:

Aparelho circulatório	⁰ [0] Não ¹ [1]	Aparelho digestivo	⁰ [0] Não ¹ [1]
Sim		Sim	
Problemas cardíacos	⁰ [0] Não ¹ [1] Sim	Problemas estomacais (úlceras e esofagite)	⁰ [0] Não ¹ [1] Sim
Hipertensão arterial	⁰ [0] Não ¹ [1] Sim	Problemas intestinais	⁰ [0] Não ¹ [1] Sim
AVE/derrame	⁰ [0] Não ¹ [1] Sim	Gastrite	⁰ [0] Não ¹ [1] Sim
Hipercolesterolemia (colesterol alto)	⁰ [0] Não ¹ [1] Sim	Hérnias (umbilical e inguinal)	⁰ [0] Não ¹ [1] Sim
Circulação	⁰ [0] Não ¹ [1] Sim	Aparelho geniturinário	⁰ [0] Não ¹ [1]
Varizes	⁰ [0] Não ¹ [1] Sim	Sim	
Doença de Chagas	⁰ [0] Não ¹ [1] Sim	Incontinência urinária	⁰ [0] Não ¹ [1] Sim
Aparelho respiratório	⁰ [0] Não ¹ [1]	Problemas renais (cálculo renal e infecção urinária)	⁰ [0] Não ¹ [1] Sim
Sim		Doenças do Ouvido	⁰ [0] Não ¹ [1] Sim
Asma/bronquite	⁰ [0] Não ¹ [1] Sim	Perda da audição/ surdez	⁰ [0] Não ¹ [1]
		Sim	

Alergia	⁰ [0] Não ¹ [1] Sim	Labirintite	⁰ [0] Não ¹ [1] Sim
Problemas respiratórios (faringite, tosse, gripe)	⁰ [0] Não ¹ [1] Sim	Doenças de olhos	⁰ [0] Não ¹ [1] Sim
Sistema Osteomuscular	⁰ [0] Não ¹ [1] Sim	Transtornos visuais	⁰ [0] Não ¹ [1] Sim
Reumatismo/ artrite/ artrose	⁰ [0] Não ¹ [1] Sim	Sistema nervoso	⁰ [0] Não ¹ [1] Sim
Dores coluna/ lombar	⁰ [0] Não ¹ [1] Sim	Enxaqueca	⁰ [0] Não ¹ [1] Sim
Osteoporose	⁰ [0] Não ¹ [1] Sim	Sangue	⁰ [0] Não ¹ [1] Sim
Dores musculares	⁰ [0] Não ¹ [1] Sim	Anemia	⁰ [0] Não ¹ [1] Sim
Metabólicas	⁰ [0] Não ¹ [1] Sim	Infeciosas e parasitárias	⁰ [0] Não ¹ [1] Sim
Diabetes <i>Mellitus</i>	⁰ [0] Não ¹ [1] Sim	Herpes	⁰ [0] Não ¹ [1] Sim
Hipotireoidismo	⁰ [0] Não ¹ [1] Sim	Helminthíases (vermes)	⁰ [0] Não ¹ [1] Sim
Neoplasias	⁰ [0] Não ¹ [1] Sim	Outras doenças: _____	
Câncer	⁰ [0] Não ¹ [1] Sim	Outras doenças: _____	

4. O(a) Sr(a) esteve hospitalizado/internado?

⁰[0] Não ¹[1] Sim, nos últimos 3 meses ²[2] Sim, nos últimos 6 meses ³[3] Sim, nos últimos 12 meses

4.1. Quantas hospitalizações/internações o(a) Sr(a) teve no último ano (12 meses)?

Quantidade _____ [entrevistador: se o idoso não esteve hospitalizado, insira 0 na quantidade]

4.2. Qual o motivo da hospitalização/internação: _____

5. O(a) Sr(a) teve alguma queda (tombo) no último ano (12 meses)?

⁰[0] Não ¹[1] Sim

6. Quantas quedas o(a) Sr(a) teve no último ano (12 meses)?

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

7. Qual o motivo da queda?

⁰[0] Escorregou ¹[1] Tropeçou/ topou ²[2] Faltou forças nas pernas ³[3] Outro motivo: _____ ⁴[4] Não sofreu queda

IV – ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA (AVD)

Gostaria de perguntar o(a) Sr(a) sobre algumas das atividades da vida diária, coisas que precisamos fazer como parte de nossas vidas no dia a dia. Gostaria de saber se o(a) Sr(a) consegue fazer estas atividades sem qualquer ajuda ou com alguma ajuda, ou ainda, não consegue fazer de jeito nenhum.

14. Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD)

14.1. O(a) Sr(a) toma banho em banheira ou chuveiro:

⁰[0] sem ajuda;

¹[1] com alguma ajuda (de pessoa ou suporte qualquer);

²[2] não toma banho sozinho.

14.2. O(a) Sr(a) consegue vestir e tirar as roupas:

⁰[0] sem ajuda (apanhar as roupas e usá-las por si só);

¹[1] com alguma ajuda como assistência para amarrar sapatos;

²[2] não consegue de modo algum apanhar as roupas e usá-las por si só.

14.3. Em relação à higiene pessoal:

⁰[0] vai ao banheiro sem assistência;

¹[1] recebe assistência para ir ao banheiro;

²[2] não vai ao banheiro para eliminações fisiológicas.

14.4. O(a) Sr(a) deita-se e levanta-se da cama:

⁰[0] sem qualquer ajuda ou apoio;

¹[1] com alguma ajuda (de pessoa ou suporte qualquer);

²[2] é dependente de alguém para levantar-se/deitar-se da cama.

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

⁰[0] controle esfincteriano completo (micção e evacuação inteiramente autocontrolados);

¹[1] acidentes ocasionais;

²[2] supervisão, uso de cateter ou incontinente.

14.6. O(a) Sr(a) toma as refeições:

⁰[0] sem ajuda (capaz de tomar as refeições por si só);

¹[1] com alguma ajuda (necessita de ajuda para cortar carne, descascar laranja, cortar pão);

²[2] é incapaz de alimentar-se por si só.

Pontuação ABVD - soma das perguntas 14.1 a 14.6: []

15. Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD)**15.1. O(a) Sr(a) usa o telefone:**

²[2] sem ajuda tanto para procurar número na lista, quanto para discar;

¹[1] com certa ajuda (consegue atender chamadas ou solicitar ajuda à telefonista em emergência, mas necessita de ajuda tanto para procurar número, quanto para discar);

⁰[0] ou, é completamente incapaz de usar o telefone.

15.2. O(a) Sr(a) vai a lugares distantes que exigem tomar condução:

²[2] sem ajuda (viaja sozinho de ônibus, táxi);

¹[1] com alguma ajuda (necessita de alguém para ajudar-lhe ou ir consigo na viagem);

⁰[0] ou, não pode viajar a menos que disponha de veículos especiais ou de arranjos emergenciais (como ambulância).

15.3. O(a) Sr(a) faz compras de alimentos, roupas e de outras necessidades pessoais:

²[2] sem ajuda (incluindo o uso de transportes);

¹[1] com alguma ajuda (necessita de alguém que o acompanhe em todo o trajeto das compras);

⁰[0] ou, não pode ir fazer as compras de modo algum.

15.4. O(a) Sr(a) consegue preparar a sua própria refeição:

²[2] sem ajuda (planeja e prepara as refeições por si só);

¹[1] com certa ajuda (consegue preparar algumas coisas, mas não a refeição toda);

⁰[0] ou, não consegue preparar a sua refeição de modo algum.

15.5. O(a) Sr(a) consegue fazer a limpeza e arrumação da casa:

²[2] sem ajuda (faxina e arrumação diária);

¹[1] com alguma ajuda (faz trabalhos leves, mas necessita de ajuda para trabalhos pesados);

⁰[0] ou, não consegue fazer trabalho de casa de modo algum.

15.6. O(a) Sr(a) consegue tomar os medicamentos receitados:

²[2] sem ajuda (na identificação do nome do remédio, no seguimento da dose e horário);

¹[1] com alguma ajuda (toma, se alguém preparar ou quando é lembrado(a) para tomar os remédios);

⁰[0] ou, não consegue tomar por si os remédios receitados.

15.7. O(a) Sr(a) lida com suas próprias finanças:

²[2] sem ajuda (assinar cheques, pagar contas, controlar saldo bancário, receber aposentadoria ou pensão);

¹[1] com alguma ajuda (lida com dinheiro para as compras do dia a dia, mas necessita de ajuda para controle bancário e pagamento de contas maiores e/ou recebimento da aposentadoria);

⁰[0] ou, não consegue mais lidar com suas finanças.

Pontuação AIVD - soma das perguntas 15.1 a 15.7:[]

V – BARREIRAS PARA PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA

Estas perguntas são sobre os motivos que atrapalham ou impedem o(a) Sr(a) de praticar atividades físicas no seu dia-a-dia.

Considerando os **últimos 6 meses**, quais motivos atrapalharam ou impediram o(a) senhor(a) de praticar atividades físicas?

- | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| 16.1. Porque o(a) Sr(a) não tem tempo livre suficiente para a prática de atividade física. | ⁰ [0] Não ¹ [1] Sim |
| 16.2. Porque o(a) Sr(a) já é suficientemente ativo(a). | ⁰ [0] Não ¹ [1] Sim |
| 16.3. Porque o(a) Sr(a) não tem ninguém para lhe acompanhar na atividade física. | ⁰ [0] Não ¹ [1] Sim |
| 16.4. Porque o(a) Sr(a) não tem dinheiro suficiente para a prática de atividade física. | ⁰ [0] Não ¹ [1] Sim |
| 16.5. Porque o(a) Sr(a) já é velho(a) demais para a prática de atividade física. | ⁰ [0] Não ¹ [1] Sim |
| 16.6. Porque o(a) Sr(a) tem uma doença, lesão ou uma incapacidade que dificulta ou impede a prática de atividade física. | ⁰ [0] Não ¹ [1] Sim |
| 16.7. Porque a saúde do(a) Sr(a) é muito ruim para a prática de atividade física. | ⁰ [0] Não ¹ [1] Sim |
| 16.8. Porque o(a) Sr(a) é muito tímido(a) ou encabulado(a) para a prática de atividade física. | ⁰ [0] Não ¹ [1] Sim |
| 16.9. Porque o(a) Sr(a) teve experiências desagradáveis com exercícios físicos. | ⁰ [0] Não ¹ [1] Sim |
| 16.10. Porque não existem instalações adequadas perto da sua casa para realizar atividade física. | ⁰ [0] Não ¹ [1] Sim |
| 16.11. Porque o(a) Sr(a) precisa descansar e relaxar no seu tempo livre. | ⁰ [0] Não ¹ [1] Sim |
| 16.12. Porque o(a) Sr(a) é muito preguiçoso(a) ou desmotivado(a). | ⁰ [0] Não ¹ [1] Sim |
| 16.13. Porque o(a) Sr(a) tem medo de se machucar, cair ou prejudicar sua saúde. | ⁰ [0] Não ¹ [1] Sim |
| 16.14. Porque o(a) Sr(a) não gosta de atividade física. | ⁰ [0] Não ¹ [1] Sim |
| 16.15. Porque o(a) Sr(a) não tenho roupas ou equipamentos adequados para realizar atividade física. | ⁰ [0] Não ¹ [1] Sim |
| 16.16. Porque o(a) Sr(a) não consegue dar continuidade ou desiste logo. | ⁰ [0] Não ¹ [1] Sim |
| 16.17. Porque o(a) Sr(a) está muito gordo(a) ou muito magro(a). | ⁰ [0] Não ¹ [1] Sim |
| 16.18. Porque o(a) Sr(a) não tem energia. | ⁰ [0] Não ¹ [1] Sim |
| 16.19. Porque o(a) Sr(a) não acredita que atividade física faça bem. | ⁰ [0] Não ¹ [1] Sim |
| 16.20. Porque o(a) Sr(a) sente falta de segurança no ambiente (violência) para praticar atividade física. | ⁰ [0] Não ¹ [1] Sim |
| 16.21. Porque o clima é desfavorável (chuva, frio, calor) para realizar atividade física. | ⁰ [0] Não ¹ [1] Sim |
| 16.22. Porque o(a) Sr(a) tem incontinência urinária. | ⁰ [0] Não ¹ [1] Sim |

VI – NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA E COMPORTAMENTO SEDENTÁRIO

17. Nível de Atividade Física: (soma seção 1+ seção 2 + seção 3 + seção 4) = _____ min/sem

As perguntas que irei fazer estão relacionadas ao tempo que o(a) Sr(a) gasta fazendo atividade física em uma semana normal/habitual (atividades físicas que o(a) Sr(a) faz todas as semanas regularmente).

Para responder as questões lembre que:

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

Seção 1- Atividade Física no Trabalho

Pontuação da seção 1 - (17.1.2. + 17.1.3. +17.1.4.) = _____ min/sem

Nesta seção constam as atividades que o(a) Sr(a) faz no seu serviço, que incluem trabalho remunerado ou voluntário, as atividades na escola ou faculdade (trabalho intelectual) e outro tipo de trabalho não remunerado fora da sua casa, **NÃO** inclui as tarefas que o(a) Sr(a) faz na sua casa, como tarefas domésticas, cuidar do jardim e da casa ou tomar conta da sua família. Estas serão incluídas na seção 3.

17.1. Atualmente o(a) Sr(a) trabalha ou faz trabalho voluntário?

⁰[0] Sim¹[1] Não – Caso responda não **Vá para seção 2: Transporte**

As próximas questões estão relacionadas a toda a atividade física que o(a) Sr(a) faz em uma semana **usual** ou **normal** como parte do seu trabalho remunerado ou não remunerado, **Não** incluir o transporte para o trabalho. Pense unicamente nas atividades que o(a) Sr(a) faz por, **pelo menos, 10 min contínuos**.

17.1.2. Em quantos dias de uma semana normal o(a) Sr(a) gasta fazendo atividades *vigorosas*, por, pelo menos, 10 min contínuos, como trabalho de construção pesada, carregar grandes pesos, trabalhar com enxada, cortar lenha, serrar madeira, cortar grama, pintar casa, cavar valas ou buracos, subir escadas *como parte do seu trabalho*:

_____ minutos

⁰[0] Nenhum - **Vá para a questão 17.1.3.**

DIA	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira	Sábado	Domingo
Tempo minutos							

17.1.3. Em quantos dias de uma semana normal o(a) Sr(a) faz atividades moderadas, por, pelo menos, 10 min contínuos, como carregar pesos leves, limpar vidros, varrer ou limpar o chão, carregar crianças no colo, lavar roupa com a mão como parte do seu trabalho remunerado ou voluntário?

_____ minutos

⁰[0] Nenhum - **Vá para a questão 17.1.4.**

DIA	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira	Sábado	Domingo
Tempo							

17.1.4. Em quantos dias de uma semana normal o(a) Sr(a) anda/caminha, durante, pelo menos, 10 min contínuos, como parte do seu trabalho? Por favor NÃO incluir o andar como forma de transporte para ir ou voltar do trabalho ou do local que o(a) Sr(a) é voluntário.

_____ minutos

⁰[0] Nenhum - **Vá para a seção 2**

DIA	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira	Sábado	Domingo
Tempo							

Seção 2 - Atividade Física como meio de Transporte

Pontuação da seção 2 - (17.2.2. + 17.2.3.) = _____ min/sem

Estas questões se referem à forma normal como o(a) Sr(a) se desloca de um lugar para outro, incluindo seu trabalho, escola, feira, igreja, cinema, lojas, supermercado, encontro do grupo de terceira idade ou qualquer outro lugar.

17.2.1. Em quantos dias de uma semana normal o(a) Sr(a) anda de carro, ônibus ou moto?

_____ minutos

⁰[0] Nenhum - **Vá para questão 17.2.2.**

DIA	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira	Sábado	Domingo
Tempo							

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

17.2.2. Em quantos dias de uma semana normal o(a) Sr(a) anda de bicicleta por, pelo menos, 10 min contínuos, para ir de um lugar para outro? (NÃO incluir o pedalar por lazer ou exercício)

_____ minutos ⁰[0] Nenhum - **Vá para a questão 17.2.3.**

DIA	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira	Sábado	Domingo
Tempo							

17.2.3. Em quantos dias de uma semana normal o(a) Sr(a) caminha por, pelo menos, 10 min contínuos para ir de um lugar para outro, como: ir ao grupo de convivência para idosos, igreja, supermercado, feira, médico, banco, visita um parente ou vizinho? (NÃO incluir as caminhadas por lazer ou exercício)

_____ minutos ⁰[0] Nenhum - **Vá para a Seção 3**

DIA	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira	Sábado	Domingo
Tempo							

Seção 3 – Atividade Física em casa: trabalho, tarefas domésticas e cuidar da família

Pontuação da seção 3 -(17.3.1. + 17.3.2. + 17.3.3.)= _____ min/sem

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

17.3.1. Em quantos dias de uma semana normal o(a) Sr(a) faz atividades físicas vigorosas no jardim ou quintal por, pelo menos, 10 min contínuos, como: carpir, lavar o quintal, esfregar o chão, cortar lenha, pintar casa, levantar e transportar objetos pesados, cortar grama com tesoura:

_____ minutos ⁰[0] Nenhum - **Vá para a questão 17.3.2.**

DIA	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira	Sábado	Domingo
Tempo							

17.3.2. Em quantos dias de uma semana normal o(a) Sr(a) faz atividades moderadas no jardim ou quintal por, pelo menos, 10 min contínuos, como: carregar pesos leves, limpar vidros, varrer, limpar a garagem, brincar com crianças, rastelar a grama, serviço de jardinagem em geral.

_____ minutos

⁰[0] Nenhum - **Vá para questão 17.3.3.**

DIA	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira	Sábado	Domingo
Tempo							

17.3.3. Em quantos dias de uma semana normal o(a) Sr(a) faz atividades moderadas dentro de sua casa por, pelo menos, 10 min contínuos, como: carregar pesos leves, limpar vidros ou janelas, lavar roupas à mão, limpar banheiro, varrer ou limpar o chão.

_____ minutos

⁰[0] Nenhum - **Vá para seção 4**

DIA	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira	Sábado	Domingo
Tempo							

Seção 4 - Atividades Físicas de Recreação, Esporte, Exercício e de Lazer

Pontuação da seção 4 - (17.4.1.+ 17.4.2.+17.4.3.) = _____ min/sem

Esta seção se refere às atividades físicas que o(a) Sr(a) faz em uma semana **Normal** unicamente por recreação, esporte, exercício ou lazer. Novamente pense somente nas atividades físicas que o(a) Sr(a) faz **por, pelo menos 10 minutos contínuos**. Por favor, **NÃO** incluir atividades que o(a) Sr(a) já tenha citado,

17.4.1. Sem contar qualquer caminhada que o(a) Sr(a) faça como forma de transporte (para se deslocar de um lugar para outro), em quantos dias de uma semana normal, o(a) Sr(a) caminha por, pelo menos, 10 min contínuos no seu tempo livre?

_____ minutos

⁰[0] Nenhum - **Vá para questão 17.4.2.**

DIA	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira	Sábado	Domingo
Tempo							

17.4.2. Em quantos dias de uma semana normal, o(a) Sr(a) faz atividades vigorosas no seu tempo livre por, pelo menos, 10 min contínuos, como correr, nadar rápido, musculação, remo, pedalar rápido, enfim esportes em geral:

_____ minutos

⁰[0] Nenhum - **Vá para questão 17.4.3.**

DIA	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira	Sábado	Domingo
Tempo							

17.4.3. Em quantos dias de uma semana normal, o(a) Sr(a) faz atividades moderadas no seu tempo livre por, pelo menos, 10 min contínuos, como pedalar ou nadar a velocidade regular, jogar bola, vôlei, basquete, tênis, natação, hidroginástica, ginástica para terceira idade, dança e peteca.

_____ minutos ⁰[0] Nenhum - **Vá para seção 5**

DIA	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira	Sábado	Domingo
Tempo							

Seção 5 – Tempo Sentado

Agora, estas questões são sobre o tempo que o(a) Sr(a) permanece sentado(a) em diferentes locais, como, por exemplo, no trabalho, em casa, no grupo de convivência para idosos, no consultório médico e durante seu tempo livre. Isto inclui o tempo sentado enquanto descansa, assiste TV, faz trabalhos manuais, visita amigos e parentes, faz leituras, telefonemas, na missa/culto e realiza as refeições. Não incluir o tempo gasto sentado durante o transporte em ônibus, carro ou moto.

17.5.1. Quanto tempo no total, o(a) Sr(a) gasta sentado(a) durante um DIA DE SEMANA?

Dia de Semana (Um dia)	Tempo horas/min		
	Manhã	Tarde	Noite

Total de um dia de semana: _____ minutos [Entrevistador, atenção! A pergunta é realizada em horas, porém será inserida a resposta em minutos]

17.5.2. Quanto tempo no total, o(a) Sr(a) gasta sentado(a) durante um DIA DE FINAL DE SEMANA?

Final de Semana (sábado ou domingo)	Tempo horas/min		
	Manhã	Tarde	Noite

Total de um dia de final de semana: _____ minutos [Entrevistador, atenção! A pergunta é realizada em horas, porém será inserida a resposta em minutos]

VII – AUTOEFICÁCIA PARA PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA

As perguntas a seguir estão relacionadas ao quanto o(a) Sr(a) se sente capaz de realizar atividade física no tempo de lazer. Não existem respostas erradas.

Para responder as questões abaixo considere:

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

Seção 1. O(a) Sr(a) se sente confiante em realizar caminhada, no seu tempo de lazer, mesmo quando...

- | | | |
|--------------------------------------------------|----------------------|----------------------|
| 18.1. ... quando o(a) Sr(a) está cansado? | ⁰ [0] Não | ¹ [1] Sim |
| 18.2. ... quando o(a) Sr(a) está de mau humor? | ⁰ [0] Não | ¹ [1] Sim |
| 18.3. ... quando o(a) Sr(a) está sem tempo? | ⁰ [0] Não | ¹ [1] Sim |
| 18.4. ... quando o(a) Sr(a) está com muito frio? | ⁰ [0] Não | ¹ [1] Sim |

Seção 2. O(a) Sr(a) se sente confiante em realizar atividade física de intensidade moderada e vigorosa, no seu tempo de lazer, mesmo quando...

- | | | |
|---------------------------------------------------|----------------------|----------------------|
| 19.1. ... quando o(a) Sr(a) está cansado? | ⁰ [0] Não | ¹ [1] Sim |
| 19.2. ... quando o(a) Sr(a) está de mau humor? | ⁰ [0] Não | ¹ [1] Sim |
| 19.3. ... quando o(a) Sr(a) está sem tempo? | ⁰ [0] Não | ¹ [1] Sim |
| 19.4. quando o(a) Sr(a) está com muito frio? | ⁰ [0] Não | ¹ [1] Sim |

VIII – TRANSTORNO MENTAL COMUM

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

- | | | |
|-------------------------------------------|----------------------|----------------------|
| 20.1. Tem dores de cabeça frequentemente? | ⁰ [0] Não | ¹ [1] Sim |
| 20.2. Tem falta de apetite? | ⁰ [0] Não | ¹ [1] Sim |
| 20.3. Dorme mal? | ⁰ [0] Não | ¹ [1] Sim |

20.4. Assusta-se com facilidade?	⁰ [0] Não	¹ [1] Sim
20.5. Tem tremores nas mãos?	⁰ [0] Não	¹ [1] Sim
20.6. Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)?	⁰ [0] Não	¹ [1] Sim
20.7. Tem má digestão?	⁰ [0] Não	¹ [1] Sim
20.8. Tem dificuldade de pensar com clareza?	⁰ [0] Não	¹ [1] Sim
20.9. Tem se sentido triste ultimamente?	⁰ [0] Não	¹ [1] Sim
20.10. Tem chorado mais do que de costume?	⁰ [0] Não	¹ [1] Sim
20.11. Encontra dificuldade de realizar, com satisfação, suas tarefas diárias?	⁰ [0] Não	¹ [1] Sim
20.12. Tem dificuldade para tomar decisões?	⁰ [0] Não	¹ [1] Sim
20.13. Seu trabalho diário lhe causa sofrimento?	⁰ [0] Não	¹ [1] Sim
20.14. É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	⁰ [0] Não	¹ [1] Sim
20.15. Tem perdido o interesse pelas coisas?	⁰ [0] Não	¹ [1] Sim
20.16. O(a) Sr(a) se sente pessoa inútil em sua vida?	⁰ [0] Não	¹ [1] Sim
20.17. Tem tido ideia de acabar com a vida?	⁰ [0] Não	¹ [1] Sim
20.18. Sente-se cansado(a) o tempo todo?	⁰ [0] Não	¹ [1] Sim
20.19. Tem sensações desagradáveis no estômago?	⁰ [0] Não	¹ [1] Sim
20.20. O(a) Sr(a) se cansa com facilidade?	⁰ [0] Não	¹ [1] Sim

Pontuação Transtorno Mental Comum - soma das perguntas 20.1 a 20.20: []

IX – AVALIAÇÃO NUTRICIONAL

Agora gostaria de lhe fazer algumas perguntas sobre a sua alimentação no seu dia-a-dia.

Triagem

21. Nos últimos três meses houve diminuição da ingestão alimentar (quantidade de alimentos) devido a perda de apetite, problemas digestivos ou dificuldade para mastigar ou deglutir os alimentos?

⁰[0] Diminuição severa da ingestão ¹[1] Diminuição moderada da ingestão ²[2] Sem diminuição da ingestão

22. Perda de peso nos últimos três meses:

⁰[0] Superior a três quilos ¹[1] Não sabe informar ²[2] Entre um e três quilos ³[3] Sem perda de peso

23. Mobilidade: [Entrevistador, assinale a opção sem realizar a pergunta]:

⁰[0] Restrito ao leito ou à cadeira de rodas ¹[1] Deambula, mas não é capaz de sair de casa ²[2] Normal

24. Passou por algum estresse psicológico ou doença aguda nos últimos três meses?

⁰[0] Sim ²[2] Não

25. Problemas neuropsicológicos:

⁰[0] Demência ou depressão grave ¹[1] Demência leve ²[2] Sem problemas psicológicos

26. Índice de massa corpórea (IMC) [Entrevistador, o IMC será calculado de acordo com as medidas de estatura e massa corporal]

⁰[0] IMC < 19 ¹[1] 19 ≤ IMC < 21 ²[2] 21 ≤ IMC < 23 ³[3] IMC ≥ 23

Triagem - soma das perguntas 21 a 26: []

Avaliação global

27. O(a) senhor(a) vive em sua própria casa/familiares (não em casa geriátrica (asilo) ou hospital)?

⁰[0] Sim ¹[1] Não

28. Utiliza mais de três medicamentos diferentes por dia?

⁰[0] Sim ¹[1] Não

29. Lesões de pele ou escaras?

⁰[0] Sim ¹[1] Não

30. Quantas refeições faz por dia?

⁰[0] Uma refeição ¹[1] Duas refeições ²[2] Três refeições

31. O(a) senhor(a) consome:

31.1. Pelo menos uma porção diária de leite ou derivados (queijo, iogurte)?

¹[1] Sim ²[2] Não

31.2. Duas ou mais porções semanais de leguminosas (feijão, soja, lentilha e grão de bico) ou ovos?

¹[1] Sim ²[2] Não

31.3. Carne, peixe ou aves todos os dias?

¹[1] Sim ²[2] Não

Pontuação questão 31: ⁰[0,0] Nenhuma ou uma resposta sim entre as questões 32.1, 32.2 e 32.3
¹[0,5] Duas respostas sim entre as questões 32.1, 32.2 e 32.3
²[1,0] Três respostas sim entre as questões 32.1, 32.2 e 32.3

32. O(a) senhor(a) consome duas ou mais porções diárias de frutas ou vegetais?

⁰[0] Não ¹[1] Sim

33. Quantos copos de líquidos (água, suco, café, chá, leite) o(a) senhor(a) consome por dia?

⁰[0] Menos de três copos ¹[0,5] Três a cinco copos ²[1] Mais de cinco copos

34. Modo de se alimentar

⁰[0] Não é capaz de se alimentar sozinho ¹[1] Alimenta-se sozinho, porém com dificuldade ²[2] Alimenta-se sozinho sem dificuldade

35. O senhor(a) acredita ter algum problema nutricional?

⁰[0] Acredita estar desnutrido ¹[1] Não sabe dizer ²[2] Acredita não ter problema nutricional

36. Em comparação a outras pessoas da mesma idade, como o senhor(a) considera a sua própria saúde?

⁰[0] Não muito boa ¹[0,5] Não sabe informar ²[1] Boa ³[2] Melhor

37. Circunferência do braço (CB) em cm [Entrevistador, a aferição será realizada na seção Avaliação Antropométrica]

⁰[0] CB < 21 ¹[0,5] 21 ≤ CB ≤ 22 ²[1] CB > 22

38. Circunferência da panturrilha (CP) em cm [Entrevistador, a aferição será realizada na seção Avaliação Antropométrica]

⁰[0] CP < 31 ¹[1] CP ≥ 31

Avaliação global- soma das perguntas 27 a 38 (considere os valores de dentro dos colchetes): []

Consumo Alimentar

39. Nos últimos 30 dias, o(a) Sr(a) consumiu:

Alimentos	Frequência	Quantas vezes consome	Porção	Quantidade de porções
39.1. Frutas	⁰ [0] Não ¹ [1] Diário	⁰ [0] ¹ [1] ² [2] ³ [3] ⁴ [4] ⁵ [5]	1 unidade ou 1 fatia média	
	² [2] Semanal ³ [3] Mensal	⁶ [6] ⁷ [7] ⁸ [8] ⁹ [9] ¹⁰ [10]		
39.2. Hortaliças (folhosos) cruas	⁰ [0] Não ¹ [1] Diário	⁰ [0] ¹ [1] ² [2] ³ [3] ⁴ [4] ⁵ [5]	1 prato de sobremesa	
	² [2] Semanal ³ [3] Mensal	⁶ [6] ⁷ [7] ⁸ [8] ⁹ [9] ¹⁰ [10]		
39.3. Legumes (não considerar batata, mandioca, cará e inhame)	⁰ [0] Não ¹ [1] Diário	⁰ [0] ¹ [1] ² [2] ³ [3] ⁴ [4] ⁵ [5]	1/2 prato de sobremesa	
	² [2] Semanal ³ [3] Mensal	⁶ [6] ⁷ [7] ⁸ [8] ⁹ [9] ¹⁰ [10]		
39.4. Grãos integrais (arroz integral, aveia, milho, trigo, cevada, centeio)	⁰ [0] Não ¹ [1] Diário	⁰ [0] ¹ [1] ² [2] ³ [3] ⁴ [4] ⁵ [5]	2 colheres de sopa ou 1 fatia	
	² [2] Semanal ³ [3] Mensal	⁶ [6] ⁷ [7] ⁸ [8] ⁹ [9] ¹⁰ [10]		
39.5. Peixe (assados, grelhados, ensopados (moqueca) ou cozidos)	⁰ [0] Não ¹ [1] Diário	⁰ [0] ¹ [1] ² [2] ³ [3] ⁴ [4] ⁵ [5]	1 unidade média	
	² [2] Semanal ³ [3] Mensal	⁶ [6] ⁷ [7] ⁸ [8] ⁹ [9] ¹⁰ [10]		
39.6. Refrigerantes e sucos artificial ou de caixinha (não considerar light e diet)	⁰ [0] Não ¹ [1] Diário	⁰ [0] ¹ [1] ² [2] ³ [3] ⁴ [4] ⁵ [5]	200 ml	
	² [2] Semanal ³ [3] Mensal	⁶ [6] ⁷ [7] ⁸ [8] ⁹ [9] ¹⁰ [10]		

39.7. Sal: Caso seja consumido em sua residência os produtos listados a seguir, informe a quantidade (gramas, Kg) comprada ao mês:

Produto	Quantidade	Unidade de medida
Sal		
Caldo de Carne (galinha, bacon, etc...)		
Salsicha		
Enlatados (milho, ervilha, azeitona, palmito)		
Queijo		
Linguiça		
Queijo		
Mortadela		
Pizza		
Catchup		
Mostarda		
Salame		
Presunto		

39.8. Somando a comida preparada na hora e os alimentos industrializados o(a) Sr(a) acha que o seu consumo de sal é:

⁰[0] Muito Baixo

¹[1] Baixo

²[2] Adequado

³[3] Alto

⁴[4] Muito Alto

X – SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA

Agora eu gostaria de lhe fazer algumas perguntas sobre como o(a) Sr(a) vem se sentindo em relação a alguns sentimentos no último mês (30 dias):

- | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| 40.1. O(a) Sr(a) está basicamente satisfeita com sua vida? | ⁰ [0] Sim ¹ [1] Não |
| 40.2. O(a) Sr(a) abandonou muitas das suas atividades e interesses? | ¹ [1] Sim ⁰ [0] Não |
| 40.3. O(a) Sr(a) sente que sua vida está vazia? | ¹ [1] Sim ⁰ [0] Não |
| 40.4. O(a) Sr(a) se aborrece com frequência? | ¹ [1] Sim ⁰ [0] Não |
| 40.5. O(a) Sr(a) está de bom humor na maior parte do tempo? | ⁰ [0] Sim ¹ [1] Não |
| 40.6. O(a) Sr(a) tem medo de que alguma coisa ruim vai lhe acontecer? | ¹ [1] Sim ⁰ [0] Não |
| 40.7. O(a) Sr(a) se sente feliz na maior parte do seu tempo? | ⁰ [0] Sim ¹ [1] Não |
| 40.8. O(a) Sr(a) sente que sua situação não tem saída? | ¹ [1] Sim ⁰ [0] Não |
| 40.9. O(a) Sr(a) prefere ficar em casa do que sair e fazer coisas novas? | ¹ [1] Sim ⁰ [0] Não |
| 40.10. O(a) Sr(a) se sente com mais problemas de memória do que a maioria das pessoas? | ¹ [1] Sim ⁰ [0] Não |
| 40.11. O(a) Sr(a) pensa que é maravilhoso estar viva agora? | ⁰ [0] Sim ¹ [1] Não |
| 40.12. O(a) Sr(a) se sente bastante inútil nas suas atuais circunstâncias? | ¹ [1] Sim ⁰ [0] Não |

- 40.13. O(a) Sr(a) se sente cheio(a) de energia? ⁰[0] Sim ¹[1] Não
- 40.14. O(a) Sr(a) acredita que sua situação é sem esperança? ¹[1] Sim ⁰[0] Não
- 40.15. O(a) Sr(a) pensa que a maioria das pessoas está melhor do que o(a) Sr(a)? ¹[1] Sim ⁰[0] Não

Pontuação Sintomatologia Depressiva - soma das perguntas 40.1 a 40.15: []

XI – QUALIDADE DO SONO

As seguintes perguntas são relativas aos seus hábitos de sono durante o **último mês somente**. Suas respostas devem indicar a lembrança mais exata da **maioria** dos dias e noites do último mês. Por favor, responda a todas as perguntas.

41. Durante o último mês, quando o(a) Sr(a) geralmente foi para cama à noite?

Horário usual de deitar: _____ horas _____ minutos

42. Durante o último mês, quanto tempo (em minutos) o(a) Sr(a) geralmente levou para dormir à noite:

Número de minutos: _____

43. Durante o último mês, quando o(a) Sr(a) geralmente levantou de manhã?

Horário usual de levantar: _____ horas _____ minutos

44. Durante o último mês, quantas horas de sono o(a) Sr(a) teve por noite? (Este pode ser diferente do número de horas que o(a) Sr(a) ficou na cama).

Horas de sono por noite: _____ horas _____ minutos

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

45. Durante o último mês, com que frequência o(a) Sr(a) teve dificuldades de dormir porque o(a) Sr(a)...

45.1. Não conseguia adormecer em 30 minutos

⁰[0] Nenhuma no último mês ¹[1] < 1 vez por semana ²[2] 1 ou 2 vezes por semana ³[3] ≥ 3 vezes por semana

45.2. Acordou no meio da noite ou de manhã cedo

⁰[0] Nenhuma no último mês ¹[1] < 1 vez por semana ²[2] 1 ou 2 vezes por semana ³[3] ≥ 3 vezes por semana

45.3. Precisou levantar para ir ao banheiro

⁰[0] Nenhuma no último mês ¹[1] < 1 vez por semana ²[2] 1 ou 2 vezes por semana ³[3] ≥ 3 vezes por semana

45.4. Não conseguiu respirar confortavelmente

⁰[0] Nenhuma no último mês ¹[1] < 1 vez por semana ²[2] 1 ou 2 vezes por semana ³[3] ≥ 3 vezes por semana

45.5. Tossiu ou roncou forte

⁰[0] Nenhuma no último mês ¹[1] < 1 vez por semana ²[2] 1 ou 2 vezes por semana ³[3] ≥ 3 vezes por semana

45.6. Sentiu muito frio

⁰[0] Nenhuma no último mês ¹[1] < 1 vez por semana ²[2] 1 ou 2 vezes por semana ³[3] ≥ 3 vezes por semana

45.7. Sentiu muito calor

⁰[0] Nenhuma no último mês ¹[1] < 1 vez por semana ²[2] 1 ou 2 vezes por semana ³[3] ≥ 3 vezes por semana

45.8. Teve sonhos ruins

⁰[0] Nenhuma no último mês ¹[1] < 1 vez por semana ²[2] 1 ou 2 vezes por semana ³[3] ≥ 3 vezes por semana

45.9. Teve dor

⁰[0] Nenhuma no último mês ¹[1] < 1 vez por semana ²[2] 1 ou 2 vezes por semana ³[3] ≥ 3 vezes por semana

45.10. Outra(s) razão(ões) (problemas de sono), por favor, descreva)_____**45.10.1. Com que frequência, durante o último mês, o(a) Sr(a) teve dificuldade para dormir devido a essa razão?**

⁰[0] Nenhuma no último mês ¹[1] < 1 vez por semana ²[2] 1 ou 2 vezes por semana ³[3] ≥ 3 vezes por semana

46. Durante o último mês, como o(a) Sr(a) classificaria a qualidade do seu sono de uma maneira geral?

⁰[0] Muito Boa ¹[1] Boa ²[2] Ruim ³[3] Muito Ruim

47. Durante o último mês, com que frequência o(a) Sr(a) tomou medicamento (prescrito ou “por conta própria”) para lhe ajudar a dormir?

⁰[0] Nunca no mês passado ¹[1] < 1 vez por semana ²[2] 1 ou 2 vezes por semana ³[3] ≥ 3 vezes por semana

48. No último mês, com que frequência o(a) Sr(a) teve dificuldade de ficar acordado enquanto dirigia, comia ou participava de uma atividade social (festa, reunião de amigos, trabalho, estudo)?

⁰[0] Nenhuma no último mês ¹[1] < 1 vez por semana ²[2] 1 ou 2 vezes por semana ³[3] ≥ 3 vezes por semana

49. Durante o último mês, quão problemático foi para o(a) Sr(a) manter o entusiasmo (ânimo) para fazer as coisas (suas atividades habituais)?

⁰[0] Nenhuma dificuldade problema ¹[1] Um problema leve ²[2] Um problema razoável ³[3] Um grande problema

50. O(a) Sr(a) tem um(a) parceiro [espos(a)] ou colega de quarto?⁰[0] Não (*vá para questão 52 – Qualidade de vida*)¹[1] Sim, mas em outro quarto²[2] Sim, mas não na mesma cama³[3] Sim, na mesma cama**51. Esse parceiro(a) ou colega de quarto lhe disse que o(a) Sr(a) teve no último mês:****51.1. Ronco forte:**⁰[0] Nenhuma no último mês
semana¹[1] < 1 vez por semana²[2] 1 ou 2 vezes por semana³[3] ≥ 3 vezes por**51.2. Longas paradas na respiração enquanto dormia:**⁰[0] Nenhuma no último mês
semana¹[1] < 1 vez por semana²[2] 1 ou 2 vezes por semana³[3] ≥ 3 vezes por**51.3. Contrações ou puxões nas pernas enquanto o(a) Sr(a) dormia:**⁰[0] Nenhuma no último mês
semana¹[1] < 1 vez por semana²[2] 1 ou 2 vezes por semana³[3] ≥ 3 vezes por**51.4. Episódios de desorientação ou confusão durante o sono:**⁰[0] Nenhuma no último mês
semana¹[1] < 1 vez por semana²[2] 1 ou 2 vezes por semana³[3] ≥ 3 vezes por**51.5. Outras alterações (inquietações) enquanto o(a) Sr(a) dorme; por favor, descreva**⁰[0] Nenhuma no último mês
semana¹[1] < 1 vez por semana²[2] 1 ou 2 vezes por semana³[3] ≥ 3 vezes por**XII – QUALIDADE DE VIDA**

Por favor, agora eu quero que o(a) Sr(a) me diga um pouco mais sobre sua saúde HOJE.

52. Mobilidade:¹[1] Não tem problemas em andar²[2] Tem problemas leves em andar³[3] Tem problemas moderados em andar⁴[4] Tem problemas graves em andar⁵[5] Não consegue andar**53. Cuidados pessoais:**¹[1] Não tem problemas para se lavar ou se vestir

²[2] Tem problemas leves para se lavar ou se vestir

³[3] Tem problemas moderados para se lavar ou se vestir

⁴[4] Tem problemas graves para se lavar ou se vestir

⁵[5] É incapaz de se lavar ou se vestir sozinho(a)

54. Atividades habituais (ex. trabalho, estudos, atividades domésticas, atividades em família ou de lazer):

¹[1] Não tem problemas em realizar as suas atividades habituais

²[2] Tem problemas leves em realizar as suas atividades habituais

³[3] Tem problemas moderados em realizar as suas atividades habituais

⁴[4] Tem problemas graves em realizar as suas atividades habituais

⁵[5] É incapaz de realizar as suas atividades habituais

55. Dor/Mal-estar:

¹[1] Não tem dores ou mal-estar

²[2] Tem dores ou mal-estar leves

³[3] Tem dores ou mal-estar moderados

⁴[4] Tem dores ou mal-estar graves

⁵[5] Tem dores ou mal-estar extremos

56. Ansiedade/Depressão:

¹[1] Não está ansioso(a) ou deprimido(a)

²[2] Está levemente ansioso(a) ou deprimido(a)

³[3] Está moderadamente ansioso(a) ou deprimido(a)

⁴[4] Está gravemente ansioso(a) ou deprimido(a)

⁵[5] Está extremamente ansioso(a) ou deprimido(a)

57. Escala Analógica visual

Nós gostaríamos de saber o quão boa ou ruim a sua saúde está HOJE. Esta escala é numerada de 0 a 100. 100 significa a melhor saúde que o(a) Sr(a) possa imaginar e 0 significa a pior saúde que o(a) Sr(a) possa imaginar.

Indique como a sua saúde está HOJE. *[Entrevistador, mostre a escala ao entrevistado]* Pontuação do entrevistado:

As afirmações que vou lhe fazer agora estão relacionadas como o(a) Sr(a) se sente ultimamente.

	Concordo Plenamente	Concordo	Discordo	Discordo Plenamente
58.1. Em geral, o(a) Sr(a) está satisfeito(a) consigo mesmo(a).	4[4]	3[3]	2[2]	1[1]
58.2. Às vezes, o(a) Sr(a) acha que o(a) Sr(a) não serve para nada.	1[1]	2[2]	3[3]	4[4]
58.3. O(a) Sr(a) sente que tem um tanto de boas qualidades.	4[4]	3[3]	2[2]	1[1]
58.4. O(a) Sr(a) é capaz de fazer coisas tão bem quanto a maioria das outras pessoas.	4[4]	3[3]	2[2]	1[1]
58.5. O(a) Sr(a) sente que não tem muito do que se orgulhar.	1[1]	2[2]	3[3]	4[4]
58.6. Às vezes, o(a) Sr(a) realmente se sente inútil.	1[1]	2[2]	3[3]	4[4]
58.7. O(a) Sr(a) sente que é uma pessoa de valor, igual às outras pessoas.	4[4]	3[3]	2[2]	1[1]
58.8. O(a) Sr(a) gostaria de ter mais respeito por si mesmo(a).	1[1]	2[2]	3[3]	4[4]
58.9. Quase sempre o(a) Sr(a) está inclinado(a) a achar que é um(a) fracassado(a).	1[1]	2[2]	3[3]	4[4]
58.10. O(a) Sr(a) tem uma atitude positiva em relação a si mesmo(a).	4[4]	3[3]	2[2]	1[1]

Pontuação Autoestima - soma das perguntas 58.1 a 58.10: []

XIV – INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS

59. Estado Civil:

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

60. Até que série o(a) Sr(a) estudou na escola. Informar a última série com aprovação.

⁰[0] Analfabeto ¹[1] Primário Incompleto ²[2] Primário completo/ Ginásial Incompleto ³[3] Ginásial completo/ colegial incompleto ⁴[4] Colegial completo/ Superior incompleto ⁵[5] Superior completo

61. Quantos anos de estudo? _____ [Anotar a série do último grau aprovado, conforme a pergunta anterior, Caso o entrevistado seja analfabeto escreva "0"] [entrevistador calcule os anos de estudo após a entrevista]

62. Qual é a sua ocupação atual?

⁰[0] Aposentado, mas trabalha ¹[1] Só aposentado ²[2] Do lar ³[3] Pensionista ⁴[4] Trabalho remunerado

63. Atualmente o(a) Sr(a) vive com quem?

⁰[0] Mora só ¹[1] Só o cônjuge ²[2] + filhos ³[3] + netos ⁴[4] outros _____

64. Quantas pessoas vivem com o(a) Sr(a) na mesma residência? _____ número de pessoas [contando com o(a) Sr(a)].

[Entrevistador caso a resposta da questão 63 seja a primeira opção [0], anote 1 no número de pessoas]

64.1. Dentre as pessoas que vivem na mesma residência que o(a) Sr(a), há algum com idade ≤ 1 ano? ¹[1] Sim ⁰[0] Não

65. Cor ou Raça

⁰[0] Branca

¹[1] Preta/Negro

²[2]Parda

³[3] Amarela/Asiático

⁴[4] Indígena

66. Qual a renda mensal da família?

66.1. Valor: _____ reais

66.2. Salários mínimos: _____

Agora vou fazer algumas perguntas sobre itens do domicílio para efeito de classificação econômica. Todos os itens de eletroeletrônicos que vou citar devem estar funcionando, incluindo os que estão guardados. Caso não estejam funcionando, considere apenas se tiver intenção de consertar ou repor nos próximos seis meses.

67.1. Por favor, informe se em sua casa/apartamento existem os seguintes itens e a quantidade que possui:

Itens possuídos	Quantidade				
	0	1	2	3	4 ou +
67.1.1. Banheiros (<i>considerar todos os banheiros e lavabos com vaso sanitário, incluindo os de empregada, localizados fora de casa e os da(s) suíte(s)</i>)	⁰ [0]	³ [3]	⁷ [7]	¹⁰ [10]	¹⁴ [14]
67.1.2. Empregados domésticos (<i>considerar aqueles que trabalham pelo menos cinco dias por semana</i>)	⁰ [0]	³ [3]	⁷ [7]	¹⁰ [10]	² [2]
67.1.3. Automóveis (<i>considere apenas automóveis de passeio exclusivamente para uso particular</i>)	⁰ [0]	³ [3]	⁵ [5]	⁸ [8]	¹¹ [11]
67.1.4. Microcomputador (<i>Considerar os computadores de mesa, laptops, notebooks e netbooks; desconsidere tablets, palms ou smartphones</i>)	⁰ [0]	³ [3]	⁶ [6]	⁸ [8]	¹¹ [11]
67.1.5. Lava louça	⁰ [0]	³ [3]	⁶ [6]	⁶ [6]	⁶ [6]
67.1.6. Geladeira	⁰ [0]	² [2]	³ [3]	⁵ [5]	⁵ [5]
67.1.7. Freezer (<i>aparelho independente ou parte da geladeira duplex</i>)	⁰ [0]	² [2]	⁴ [4]	⁶ [6]	⁶ [6]
67.1.8. Lava roupa (<i>tanquinho não deve ser considerado</i>)	⁰ [0]	² [2]	⁴ [4]	⁶ [6]	⁶ [6]
67.1.9. DVD (<i>considere o acessório doméstico capaz de reproduzir mídias no formato DVD ou outros formatos mais modernos, incluindo videogames, computadores, notebooks; desconsidere o DVD de automóvel</i>)	⁰ [0]	¹ [1]	³ [3]	⁴ [4]	⁶ [6]
67.1.10. Microondas	⁰ [0]	² [2]	⁴ [4]	⁴ [4]	⁴ [4]
67.1.11. Motocicleta (<i>Não considerar motocicletas usadas exclusivamente para atividades profissionais</i>)	⁰ [0]	¹ [1]	³ [3]	³ [3]	³ [3]
67.1.12. Secadora de roupa (<i>considere aqui também lava roupa com a função de secar</i>)	⁰ [0]	² [2]	² [2]	² [2]	² [2]

67.2. Qual é o grau de instrução do chefe da família? Considere como chefe da família a pessoa que contribui com a maior parte da renda do domicílio.

⁰ [0]	Analfabeto / Primário incompleto / Analfabeto/Fundamental 1 Incompleto
¹ [1]	Primário completo / Ginásial incompleto / Fundamental 1 Completo / Fundamental 2 Incompleto
² [2]	Ginásial completo / Colegial incompleto / Fundamental 2 Completo / Médio Incompleto
⁴ [4]	Colegial completo / Superior incompleto / Médio Completo / Superior Incompleto
⁷ [7]	Superior completo

67.3. Serviços públicos

67.3.1. Água encanada (Rede geral de distribuição pública)	⁰ [0] Não	⁴ [4] Sim
67.3.2. Rua asfaltada/pavimentada (paralelepípedo)	⁰ [0] Não	² [2] Sim

XV – IMAGEM CORPORAL

Gostaria de fazer algumas perguntas sobre a sua percepção corporal. [Entrevistador, confira se a imagem a ser mostrada é correspondente ao sexo do entrevistado]

68.1. Qual a silhueta que mais se assemelha ao(à) Sr(a)?

¹[1] ²[2] ³[3] ⁴[4] ⁵[5] ⁶[6] ⁷[7] ⁸[8] ⁹[9]

68.2. Qual a silhueta que o(a) Sr(a) considera ideal para sua idade hoje?

¹[1] ²[2] ³[3] ⁴[4] ⁵[5] ⁶[6] ⁷[7] ⁸[8] ⁹[9]

69. O(a) Sr(a) está satisfeito(a) com seu peso?

¹[1] Sim ⁰[0] Não

69.1. Se não, por quê? _____

70. No último ano, o senhor (a) perdeu mais do que 4,5 Kg sem intenção (isto é, sem dieta ou exercício)?

¹[1] Sim ⁰[0] Não

XVI – DADOS ANTROPOMÉTRICOS

71. Massa Corporal: _____ kg

72. Estatura: _____ cm

73. Circunferências:73.1. Braço: _____ cm
cm

73.2. Cintura: _____ cm

73.3. Quadril: _____

73.4. Coxa: _____ cm

73.5. Panturrilha: _____ cm

XVII – NÍVEIS PRESSÓRICOS**74. Pressão Arterial:**

74.1. Sistólica _____ mmHg

74.2. Diastólica _____ mmHg

XVIII – DESEMPENHO FÍSICO**75. Teste de equilíbrio:**

75.1. Os pés lado a lado durante 10 segundos:¹[1] Sim ⁰[0] Não _____ segundos

75.2. Um pé ao lado da metade do outro pé durante 10 segundos:¹[1] Sim ⁰[0] Não _____ segundos

75.3. Um pé na frente do outro:¹[1] Sim ⁰[0] Não _____ segundos

Pontuação do teste

¹[1] se o participante conseguiu permanecer 10 segundos com os pés lado a lado, mas foi incapaz de manter a posição um pé ao lado da metade do outro pé por 10 segundos.

²[2] se o participante conseguiu permanecer 10 segundos com a posição de um pé ao lado da metade do outro pé, mas menos de 2 segundos com a posição de um pé na frente do outro.

³[3] se o participante conseguiu permanecer entre 3-9 segundos com um pé na frente do outro.

⁴[4] se o participante conseguiu realizar o teste completo de 10 segundos de um pé na frente do outro pé.

76. Flexibilidade de membro superior (alcançar as costas): _____ cm

77. Flexibilidade de membro inferior (sentar e alcançar na cadeira): _____ cm

78. Caminhada de 2,44m: _____ tempo em segundos

79. Caminhada de 4,57m: _____ tempo em segundos

80. Sentar e levantar da cadeira 5 vezes sem a ajuda das mãos: ¹[1] Sim ⁰[0] Não

80.1. Sentar e levantar da cadeira 5 repetições seguidas: _____ segundos

80.2. Sentar e levantar da cadeira: _____ (nº de repetições em 30 segundos)

81. Força de prensão manual: _____ KgF

82. Flexões de antebraço: _____ repetições em 30 segundos.

83. Ir e vir 2,44 m: _____ segundos

84. Marcha estacionária de 2 minutos: _____ repetições de passadas.

XIX – EXAME BIOQUÍMICO

85. Glicemia (mg/dl): _____

86. Triglicérides (mg/dl): _____

87. HDL – Colesterol (mg/dl):

88. Colesterol Total (mg/dl): _____

89. BDNF (pg/ml): _____

90. D-dímero (mg/L): _____

91. PCR (mg/L): _____

92. Leucócitos (mm^3): _____

Entrevistador: _____

Muito Obrigado(a)!

Horário de Término: ____ h ____ min

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto: Estudo Longitudinal de Saúde do Idoso de Alcobaça – ELSIA

TERMO DE ESCLARECIMENTO

Você está sendo convidado (a) a participar do Estudo Longitudinal de Saúde do Idoso de Alcobaça, BA (ELSIA). Os avanços na área das ocorrem através de estudos como este, por isso a sua participação é importante. O objetivo deste estudo é analisar a associação entre aspectos sociodemográficos, comportamentais e as condições de saúde dos idosos residentes no município de Alcobaça, Bahia, e caso você aceite participar, será necessário responder um questionário, realizar testes de desempenho físico, participar de uma avaliação antropométrica e coleta sanguínea. Você poderá ter algum desconforto quando receber uma picada para colher o sangue do seu braço.

Você poderá obter todas as informações que quiser e poderá não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem prejuízo no seu atendimento. Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro, mas terá a garantia de que todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não serão de sua responsabilidade. Seu nome não aparecerá em qualquer momento do estudo, pois você será identificado com um número.

Eu, _____, li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo e qual procedimento a que serei submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão e que isso não afetará meu tratamento. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro por participar do estudo. Eu concordo em participar do estudo.

Alcobaça, BA//.....

ANEXO A
PARECER DE APROVAÇÃO DO PROJETO JUNTO AO CEP/UFTM



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Estudo Longitudinal de Saúde do Idoso de Alcobaça, BA - ELSIA

Pesquisador: JAIR SINDRA VIRTUOSO JUNIOR

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 41401015.0.0000.5154

Instituição Proponente: Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 966.983

Data da Relatoria: 25/02/2015

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

relevante

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

termos apresentados.

TCLE - pesquisador atendeu as recomendações do colegiado do CEP.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

De acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12, o CEP-UFTM manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa proposto.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovado em reunião do colegiado do CEP em 27/02/2015.

UBERABA, 27 de Fevereiro de 2015

Assinado por:
Marly Aparecida Spadotto Balarin
(Coordenador)