

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM ATENÇÃO À SAÚDE
MESTRADO EM ATENÇÃO À SAÚDE**

LILIAM ROSANY MEDEIROS FONSECA BARCELLOS

**PREVALÊNCIA DOS TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS E SUA ASSOCIAÇÃO
COM A CAPACIDADE FUNCIONAL EM IDOSOS**

UBERABA

2018

LILIAM ROSANY MEDEIROS FONSECA BARCELLOS

**PREVALÊNCIA DOS TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS E SUA ASSOCIAÇÃO
COM A CAPACIDADE FUNCIONAL EM IDOSOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Atenção à Saúde, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como requisito parcial para obtenção do título de mestre.

Linha de Pesquisa: Atenção à Saúde das Populações.

Eixo Temático: Saúde do Adulto e do Idoso.

Orientador: Prof. Dr. Jair Sindra Virtuoso Júnior

UBERABA

2018

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

B218p Barcellos, Liliam Rosany Medeiros Fonseca
Prevalência dos transtornos mentais comuns e sua associação
com a capacidade funcional em idosos / Liliam Rosany Medeiros
Fonseca Barcellos. -- 2018.
99 f. : il., fig., tab.

Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) -- Universidade
Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, 2018
Orientador: Prof. Dr. Jair Sindra Virtuoso Júnior

1. Saúde do idoso. 2. Saúde mental. 3. Transtornos mentais. 4.
Incapacidade funcional. I. Virtuoso Júnior, Jair Sindra. II. Universi-
dade Federal do Triângulo Mineiro. III. Título.

CDU 613.98

LILIAM ROSANY MEDEIROS FONSECA BARCELLOS

PREVALÊNCIA DOS TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS E SUA ASSOCIAÇÃO
COM A CAPACIDADE FUNCIONAL EM IDOSOS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Atenção à Saúde, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como requisito parcial para obtenção do título de mestre.

Linha de Pesquisa: Atenção à Saúde das Populações.

Eixo Temático: Saúde do Adulto e do Idoso.

Uberaba, 18 de dezembro de 2018.

Banca Examinadora:

Dr. Jair Sindra Virtuoso Júnior – Orientador
Universidade Federal do Triângulo Mineiro – UFTM

Dra. Leiner Resende Rodrigues
Universidade Federal do Triângulo Mineiro – UFTM

Dr. Saulo Vasconcelos Rocha
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente ao meu Criador, Deus Forte!!! Obrigada Senhor por mais essa etapa em minha vida, graças a Ti, somente a Ti!!

Ao meu marido, Márcio, por todo o carinho, respeito, amor e companheirismo em todos os momentos. Por me incentivar a sempre fazer mais e da melhor forma possível.

Aos meus pais, Francisco e Vera, por sempre acreditarem em meu potencial quando as vezes nem eu mesma acredito, por todo apoio, sentimental e financeiro.

Aos meus amados irmãos, Wilham, Erivelton e Marcelo, essenciais em todas as etapas da minha vida. Juntamente com suas companheiras, Shirley, Karla E Renata, minhas irmãs de coração.

Aos meus lindos e amados sobrinhos, Maria Victoria e João Pedro, por cada sorriso e brincadeiras, vocês foram e são essenciais em todos os momentos.

Todo meu respeito e agradecimento aos idosos que participaram da pesquisa de Alcobaça-BA.

Aos meus amigos, Stephanie, Ana Rita, Vanessa, Luís, Mariana, Bruna e Natália. Obrigada por todo o carinho, pelo incentivo em momentos de tristeza e felicidade.

A minha querida amiga, colega de profissão, incentivadora, companheira, Érica. Muito Obrigada por tudo!!

Ao Joilson, por toda paciência, auxílio, dedicação, responsabilidade e excelência em tudo o que se propõem a fazer. Obrigada pelas várias horas de orientações!

Ao Departamento de Fisioterapia e ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde em Saúde do Idoso da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, por me proporcionarem espaço para o treinamento didático. Obrigada pela confiança! Em especial as professoras, Isabel, Lislei e Suraya, vocês foram e são essenciais na minha formação.

À Coordenação do Programa de Pós Graduação *Stricto Sensu* em Atenção à Saúde, pela soma de conhecimento através de profissionais altamente capacitados.

Juntamente com os secretários, Fábio e Daniele, por sempre serem atenciosos e prestativos e responsáveis. E a toda equipe da portaria, limpeza e pesquisa.

Ao estimado professor Vanderlei, sua dedicação e empatia são revigorantes e animadores.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior- CAPES, por acreditarem, incentivarem e investirem para formação de pesquisadores! Muito Obrigada!

Aos professores que aceitaram participar da banca de defesa, Leiner, Jurema, Saula e Taís, muito obrigada por todo o carinho.

Por fim ao meu orientador, prof. Jair. Muito obrigada por toda dedicação, pelo incentivo e exemplo de profissionalismo, educação e sabedoria. Muito Obrigada mesmo!! Que Deus abençoe a sua vida, sua família e seu trabalho!!

“Eis que até aqui nos ajudou o Senhor”.

1 Samuel 7:12

RESUMO

O estudo teve como objetivo analisar a relação dos Transtornos mentais comuns com a capacidade funcional em idosos residentes do município de Alcobaça, BA. É um estudo observacional, analítico com delineamento transversal utilizando o banco de dados do projeto ELSIA - Estudo Longitudinal de Saúde do Idoso de Alcobaça, BA. Os dados foram coletados de forma individual através de um questionário contendo questões sociodemográficas, indicadores clínicos e de saúde, comportamental e capacidade funcional. Os Transtornos mentais comuns foram avaliados através do questionário *Self Reporting Questionnaire* (SRQ-20, com ponte de corte de cinco ou mais respostas positivas. Para análise dos dados foi realizada estatística descritiva (frequência, desvio padrão e média), teste qui-quadrado (comparação da distribuição das variáveis sociodemográficas, de saúde e, clínicas, comportamentais, e capacidade funcional segundo indicativo de TMC), modelos de regressão logística de Poisson) $p \leq 0,05$ e por fim, curvas *Receiver Operating Characteristic* (ROC) para verificar os valores de sensibilidade e especificidade, no respectivo critério discriminante da capacidade funcional para o indicativo de Transtornos mentais comuns. A prevalência de Transtornos mentais comuns foi de 37,2% para ambos os sexos. Após a análise ajustada as variáveis sexo, percepção de saúde, doenças do sistema nervoso e capacidade funcional foram as que apresentaram maior prevalência de TMC. E por intermédio da curva ROC a capacidade funcional se mostrou como potencial preditor para os TMC. Os achados no presente estudo contribuem para estratégias de prevenção e intervenção para o idoso. Além de estimular novos estudos referente a essa temática.

Palavras-chave: Saúde Mental. Transtornos Mentais. Incapacidade Funcional. Idoso.

ABSTRACT

The aim of this study was to analyze the relationship between common mental disorders and functional capacity in elderly residents of the city of Alcobaça, state of Bahia. It is an observational, analytical study with a cross-sectional design using the database of the ELSIA - Longitudinal Study of the Elderly Health of Alcobaça, Bahia. Data were collected individually through a questionnaire containing sociodemographic questions, clinical and health indicators, behavioral and functional capacity. Mental Disorders were evaluated using the Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20), with a cut-off of five or more positive responses. Descriptive statistics (frequency, standard deviation and mean), chi-square test (comparison of the sociodemographic, health, and clinical, behavioral variables, and functional capacity according to common mental disorders), Poisson logistic regression models $p \leq 0.05$ and, finally, Receiver Operating Characteristic (ROC) curves to verify the values of sensitivity and specificity, in the respective discriminant criterion of the functional capacity for the indicative of Common mental disorders. The prevalence of common mental disorders was 37.2% for both sexes. After the adjusted analysis the variables gender, health perception, nervous system diseases and functional capacity were those that presented a higher prevalence of Common mental disorders. And through the ROC curve, functional capacity was shown to be a potential predictor for Common mental disorders. The findings in the present study contribute to prevention and intervention strategies for the elderly. Besides stimulating new studies related to this subject.

Keywords: Mental Health. Mental Disorders. Disabled Persons. Aged.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Modelo do processo de incapacidade funcional.....	19
Figura 2 – Modelo do desenvolvimento da incapacidade funcional.....	20
Figura 3 – Modelo do desenvolvimento da incapacidade funcional proposto pela Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF.....	20
Figura 4 – Organograma da distribuição da população e da amostra de idosos Alcobaça-BA, 2015.....	23
Figura 5- Ponto de corte da Capacidade Funcional como critério discriminante A e B para os TMC em idosos – Alcobaça, BA.....	32
Quadro 1- Doenças autorreferidas por bloco.....	24
Quadro 2- Distribuição das variáveis de estudo por blocos.....	26

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- - Distribuição da associação entre TMC e as variáveis sociodemográficas. Alcobaça, BA, 2015.....	28
Tabela 2- Razão de prevalência (RP) bruta e multivariável de acordo com a associação ao TMC. Alcobaça-BA, 2015.....	30
Tabela 3 - Distribuição das áreas sob curva ROC para ABVD e AIVD com preditor dos TMC. Alcobaça-BA, 2015.....	31

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABVD- Atividades Básicas de Vida Diária

AIVD- Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD)

BA- Bahia

CF- Capacidade Funcional

CID- Classificação Internacional de Doenças

ELSIA - Estudo Longitudinal de Saúde do Idoso de Alcobaça

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e estatística

IMC- Índice de Massa Corpórea

NAF- Nível de Atividade Física

OMS- Organização Mundial da Saúde

RP- Razões de prevalência

TMC- Transtornos Mentais Comuns

UFTM- Universidade Federal do Triângulo Mineiro

SUMARIO

1	INTRODUÇÃO.....	13
2	REFERENCIAL TEÓRICO.....	16
2.1	SAÚDE MENTAL E TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS.....	16
2.2	CAPACIDADE FUNCIONAL.....	18
3	OBJETIVO.....	21
3.1	GERAL.....	21
3.2	ESPECIFICO.....	21
4	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	22
4.1	TIPO DE ESTUDO.....	22
4.2	LOCAL DO ESTUDO.....	22
4.3	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO.....	22
4.4	COMPOSIÇÃO DA AMOSTRA.....	22
4.5	COLETA DE DADOS.....	23
4.5.1	Instrumentos de Coleta de Dados.....	24
4.5.1.2	<i>Características sociodemográficas.....</i>	24
4.5.1.3	<i>Indicadores clínicos e de saúde.....</i>	24
4.5.1.4	<i>Indicativo de Transtornos Mentais Comuns.....</i>	25
4.5.1.5	<i>Indicadores Comportamentais.....</i>	25
4.5.1.6	<i>Capacidade Funcional.....</i>	25
4.6	PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS.....	26
4.7	ASPECTOS ÉTICOS.....	27
5	RESULTADOS.....	28
6	DISCUSSÃO.....	33
7	CONCLUSÃO.....	38
	REFERENCIAS.....	39
	APÊNDICES A- Artigo produzido 1.....	48
	APÊNDICE B- Artigo produzido 2.....	67
	APÊNDICE C- INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	80
	APÊNDICE D- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E	
	ESCLARECIDO	99
	ANEXO A- PARECER DE APROVAÇÃO DO PROJETO	
	JUNTO AO CEP/UFTM	101

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, a transição demográfica ocorre de modo acelerado, com acentuado declínio da taxa de natalidade associado ao aumento da expectativa de vida (IBGE, 2014). Entre 2045-2050 Em países em desenvolvimento, como o Brasil, os recém-nascidos terão a expectativa de vida de 74 anos, enquanto nos países desenvolvidos, essa estimativa poderá chegar aos 83 anos (NAÇÕES UNIDAS, 2012).

De acordo com a Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio (PNAD) de 2013, a população idosa brasileira era composta por 26,1 milhões de pessoas, totalizando 13% da população total (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2014). Porém, estimativas apontam que a população a partir de 60 anos aumentará de 15% para 24% entre os anos de 2025 e 2050, o que representa um acréscimo de 45 milhões de pessoas idosas (NAÇÕES UNIDAS, 2012; VERAS, 2009).

O processo de envelhecimento natural é constituído de alterações em todos os sistemas do organismo, marcado pelo declínio progressivo das funções, aspectos que contribuem para a maior vulnerabilidade às doenças e deficiências. Dentre os mais diversos sistemas, o nervoso central é o mais afetado, devido as alterações nos neurotransmissores e hipotrofia cerebral, apresentando a equivalência de um para cada seis idosos na comunidade com doenças mentais (VERAS; MURPHY, 1991; KIRKWOOD, 2005; MANINI; PAHOR 2009; MORAES; MORAES; LIMA, 2010; CHIANCA, et al. 2013).

A saúde mental é parte integrante da saúde e bem-estar e inclui não apenas características individuais, mas também fatores sociais, culturais, econômicos, políticos e ambientais. Certos grupos, como os idosos possuem maior chance de terem problemas de saúde mental e, conseqüentemente, possuírem as taxas mais altas de incapacidade e mortalidade (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2013).

Em todo o mundo, no decorrer da vida, cerca de uma em cada quatro pessoas desenvolverá algum problema relacionado a saúde mental (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013), o que coloca essa questão como um importante problema de saúde pública tanto nos países desenvolvidos quanto em desenvolvimento (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2001).

O abandono, isolamento social, incapacidade para retornar as atividades produtivas são fatores que contribuem para o desenvolvimento de transtornos mentais, que por sua vez, são os principais contribuintes para desordens mentais nos idosos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002; 2004).

Os transtornos mentais não psicóticos possuem grande prevalência na população mundial e contribuem para consideráveis perdas na saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018; SKAPINAKIS et al., 2013), causadas pela soma de sintomas, como ansiedade, insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, depressão, dificuldade de concentração e queixas somáticas, que em conjunto são denominados como Transtornos Mentais Comuns (TMC) (GOLDBERG; HUXLEY, 1992).

Os TMC pode ser definido com uma condição de saúde que não preenche a identificação padrão para diagnóstico de depressão e/ou ansiedade de acordo com as classificações do V Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION, 2013) e da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1993), mas apresentam sintomas proeminentes que causam quadros de incapacidade funcional comparável ou até pior do que condições crônicas já bem estabelecidas (SANTOS, 2002).

A incapacidade funcional acomete o sistema musculoesquelético levando a perdas da funcionalidade para realização das Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD) (tomar banho, vestir-se, alimentar-se, cuidado com a higiene pessoal, ir ao banheiro, manter-se continente, andar e transferir-se) e das Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) (administrar medicamentos, preparar refeições, pagar contas, fazer compras, usar o telefone, realizar tarefas domésticas e usar o transporte) (FRONTERA, 2017; AMERICAN OCCUPATIONAL THERAPY ASSOCIATION, 2015).

Estudo de revisão sistemática e metanálise que analisou 174 estudos de 63 países, identificou uma prevalência de 37,21% para os TMC na população geral (STEEL et al., 2014). No Brasil, a prevalência em idosos variou entre 29,7% (BORIM; BARROS; BOTEGA, 2013) e 55,8% (SILVA, et al., 2018).

Um método para O teste de curva ROC teve sua origem na teoria de decisão estatística desenvolvida em meados de 1950, com intuito de avaliar a detecção de sinais em radar e na psicologia sensorial. Desde então, ela vem sendo utilizada com sucesso a uma variedade considerável de testes para diagnósticos (METZ, 1986; SWETS, et al. 1979).

Contudo, há um número limitado de estudos epidemiológicos voltados para distúrbios psiquiátricos, mesmo os existentes indicando uma alta prevalência. A lacuna se torna ainda maior na literatura quando se trata de investigações sobre os TMC na população idosa e suas repercussões na Capacidade Funcional- CF desses indivíduos (WORLD HEALTH ORGANIZATION 2002; BORIM; BARROS; BOTEGA, 2013).

A literatura disponível sobre o processo de envelhecimento frente aos aspectos físicos e de saúde mental ainda é insuficiente e o crescimento dessa população reivindica mais estímulo a realização de pesquisas sobre essa temática visando subsidiar novos caminhos de cuidado de acordo com a necessidade dos idosos. Acrescenta-se a esse contexto, a importância da busca de estimativas atualizadas sobre a prevalência do TMC, uma vez que o público idoso representar o subgrupo etário mais acometido por tal condição. O objetivo desse estudo foi analisar a relação dos TMC e sua relação com a incapacidade funcional.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 SAÚDE MENTAL E TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS

A Saúde Mental é um componente da saúde e do bem-estar que inclui não somente fatores individuais, mas também sociais, culturais, econômicos, políticos e ambientais. Grupos específicos, como os idosos, apresentam maiores chances de desenvolverem problemas de saúde mental que podem impactar nas taxas de incapacidade e mortalidade (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2013).

No âmbito da Saúde Mental investiga-se os transtornos mentais psicóticos e os não psicóticos, sendo esses últimos denominados de TMC. Trata-se de uma nomenclatura que tem como base a soma de sintomas como insônia, ansiedade, fadiga, irritabilidade, humor depressivo, dificuldade de concentração e as queixas somáticas (GOLDBERG; HUXLEY, 1992; COUTINHO; ALMEIDA FILHO; MARI, 1999; ABBASS, et al., 2014).

Embora os TMC possuam um caráter multifatorial, pois abrangem aspectos psicológicos, sociais e biológicos muitos dos transtornos mentais em saúde têm a etiologia similar (NATIONAL COLLABORATING CENTRE FOR MENTAL HEALTH, 2011). Nos diversos tipos de transtornos mentais é possível identificar fatores biológicos, químicos, endócrinos, neurofisiológicos e genéticos, que geralmente são associados a traumas precoces que ocasionam o sofrimento e/ou histórico familiar (GELDER; LÓPEZ-IBOR; ANDREASEN, 2000; MALHI; PARKER; GREENWOOD 2005; KENDLER; PRESCOTT, 1999; HEIM; NEMEROFF, 2001).

A depressão é um exemplo de transtorno mental que possui fatores de risco para o seu desenvolvimento que são: jovem, sexo feminino, menor desempenho educacional, história prévia de depressão e histórico familiar de depressão (KING et al. 2008). Alguns autores também identificaram fatores de risco semelhantes para outros tipos de transtornos, como o estresse pós-traumático, que incluem histórico familiar de transtornos, neuroticismo, déficit cognitivo, sexo feminino e trauma anterior (BREWIN; ANDREWS; VALENTINE, 2000; OZER, et al., 2003).

Algumas evidências sugerem que o neuroticismo pode influenciar nos TMC, contudo, não está claro na literatura a sua etiologia, assim como quais neurotransmissores e/ou outros mediadores químicos que possam estar envolvidos no seu desenvolvimento (NATIONAL COLLABORATING CENTRE FOR MENTAL

HEALTH, 2011). Segundo o modelo de vulnerabilidade ao estresse, questões sociais como a parte financeira, estresse no trabalho, moradia precária e isolamento são fatores de suma importância para o desenvolvimento dos TMC (NUECHTERLEIN; DAWSON, 1984; HARRIS, 2000; WEICH; LEWIS, 1998; STANSFELD et al., 1999; BRUCE; HOFF, 1994).

Um dos instrumentos mais utilizados e proposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS) na detecção dos TMC na comunidade e na atenção básica, devido a sua facilidade de uso e baixo custo, em países em desenvolvimento como o Brasil é o *Self-Reporting-Questionnaire* (SRQ-20), criado em 1980 por Harding e colaboradores e posteriormente validado no Brasil por Mari e Williams (1986) (GONÇALVES; STEIN E KAPCZINSKI, 2008). O questionário é composto por 20 questões dicotômicas, referentes aos últimos 30 dias. Para cada item é atribuído a pontuação 0 (não) ou 1 (sim) e apresenta uma sensibilidade de 83% e especificidade de 80% (MARI; WILLIAMS, 1986).

O escore é definido de acordo com o público específico do estudo: Há autores que utilizam para idosos os seguintes pontos de corte: ≥ 7 respostas positivas (ZAITUNE, et al., 2007; ROCHA, et al., 2011; GUEDES; CALVALCANTE NETO, 2014) ou ≥ 5 respostas positivas (BORIM; BARROS BOTEAGA, 2013; PINTO, et al., 2014). Scazufca et al. (2009) em estudo com 2.008 idosos, traz como aceitável o ponto de corte $\geq 4/5$ na detecção dos TMC, apresentando sensibilidade para definição de caso foi de 76,1%, especificidade = 74,6%, área sob curva ROC= 0,82.

Estudos internacionais indicam uma prevalência de 37,2% de TMC na população mundial (STEEL, et al., 2014), com destaque para estudo realizado na Dinamarca onde foi identificada 51,8% de prevalência de TMC (SOEGAARD; PEDERSEN, 2012), indicando uma alta prevalência. Na Etiópia (YIMAM; KEBEDE; AZALE, 2014) e na China (LIU, 1997) a prevalência apresentou valores próximos, com 32,4% e 26%, respectivamente.

No cenário nacional, a prevalência dos TMC em idosos apresentam ampla variação, sendo identificados valores de 26,4% em Fortaleza, Ceará (COELHO FILHO; RAMOS, 1999); 29,7% em Campinas, São Paulo (BORIM; BARROS; BOTEAGA, 2013); 44,6% em Ibiá, Minas Gerais (MARTINS et al., 2016) e 55,8% em Ibicuí, Bahia (SILVA et al., 2018).

Em relação aos fatores associados ao maior índice de prevalência dos TMC, foi para o sexo feminino, aqueles com renda e nível de escolaridade mais baixos

(SILVA, et al., 2018; ROCHA, et al., 2012; McMANUS, et al., 2009; MARI; JORGE, 1997; FORTES BURGOS; NERI; CUPERTINO, 2009).

As mulheres tendem a apresentar mais sintomas de TMC devido ao alto índice de estresse e sofrimento, resultante da carga de responsabilidade familiar e social, somado ao maior risco de violência doméstica, alterações hormonais e menores oportunidades de emprego (YIMAN; KEBEDE; AZALE, 2014). As condições econômicas desfavoráveis podem contribuir para o estresse e a insegurança (LUDERMIR; MELO, 2002), enquanto um nível de escolaridade menor para morbidades psíquicas (VALLE, et al. 2009).

2.2 CAPACIDADE FUNCIONAL

A funcionalidade é o principal determinante do estado de saúde na população idosa e sua avaliação é indispensável para a manutenção da capacidade funcional. Essa pode ser entendida como a capacidade para realizar de forma eficiente e independente as atividades básicas e instrumentais de vida diária. No processo de envelhecimento normal, o indivíduo irá se deparar com limitações para realização das atividades cotidianas, podendo gerar a incapacidade funcional (VARGAS, 2001; SAMPERIO 2004; BARBOSA et al., 2014; QUINO-ÁVILA; CHACÓN-SERNA, 2018).

A divisão das Atividades da Vida Diária em (ABVD) e (AIVD) teve o seu início com os estudos de Katz (1963), Mahoney e Barthel (1965) e Lawton e Brody (1969). Em 1963 foi desenvolvido o Índice de Katz com intuito de avaliar as ABVD no idoso. Nesse instrumento foi estabelecido seis itens que são hierarquicamente relacionados, de acordo com os padrões de desenvolvimento infantil, pois, esses refletem a perda da funcionalidade no idoso nas atividades mais complexas como vestir-se, banhar-se, chegando então até a autorregulação como alimentar-se e as de excreção (KATZ, 1963).

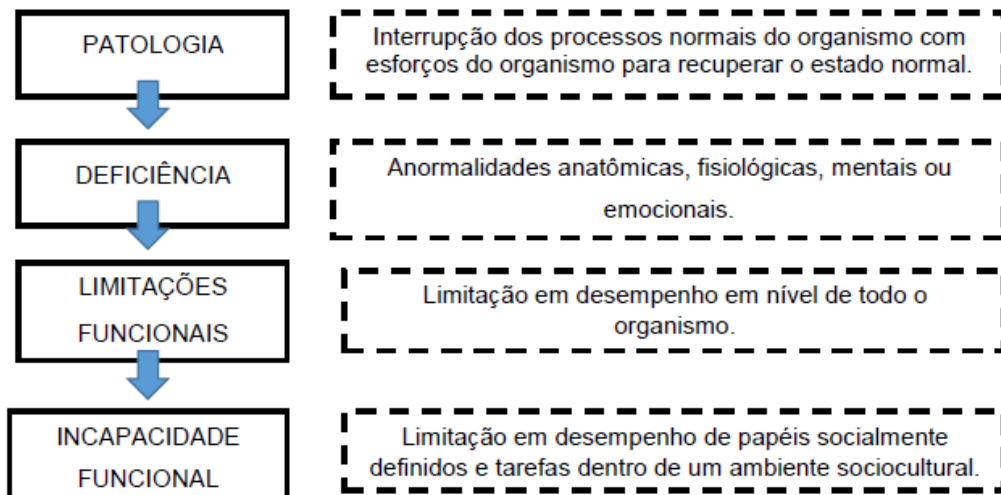
Lawton e Brody (1969) definem a avaliação funcional como uma alternativa para medir os níveis com o qual as pessoas se enquadram, em diversas áreas como a integridade física, qualidade de automanutenção, qualidade no desempenho dos papéis, estado intelectual, atividades sociais, atitudes em relação a si mesmo e ao estado emocional. Com base nesse pressuposto, desenvolveram uma escala com intuito de avaliar oito atividades instrumentais, sendo elas; preparar refeições, fazer

tarefas domésticas, lavar roupas, manusear dinheiro, usar o telefone, tomar medicações, fazer compras e utilizar os meios de transporte.

A avaliação da capacidade funcional pode ser considerada como uma eficiente base para uma avaliação geriátrica (PAIXÃO, REICHENHEIM, 2005). Os quesitos avaliados são amplos e interdisciplinares referentes ao estado de saúde, o que permitem verificar as diversas dimensões, condições de saúde, relações sociais, ambiente físico, condições demográficas, socioeconômicas, culturais e psicológicas.

Existem modelos teóricos que buscam caracterizar a etiologia da incapacidade funcional durante o envelhecimento. Em 1965, Nagi, desenvolve o modelo inicial para explicar esse processo da incapacidade funcional no idoso, destacando algumas fases que contribuem para a incapacidade. O autor afirma que a doença é a primeira causa que irá contribuir para as limitações funcionais (Figura 1) ocasionando a incapacidade funcional, com foco no modelo médico (NAGI, 1965).

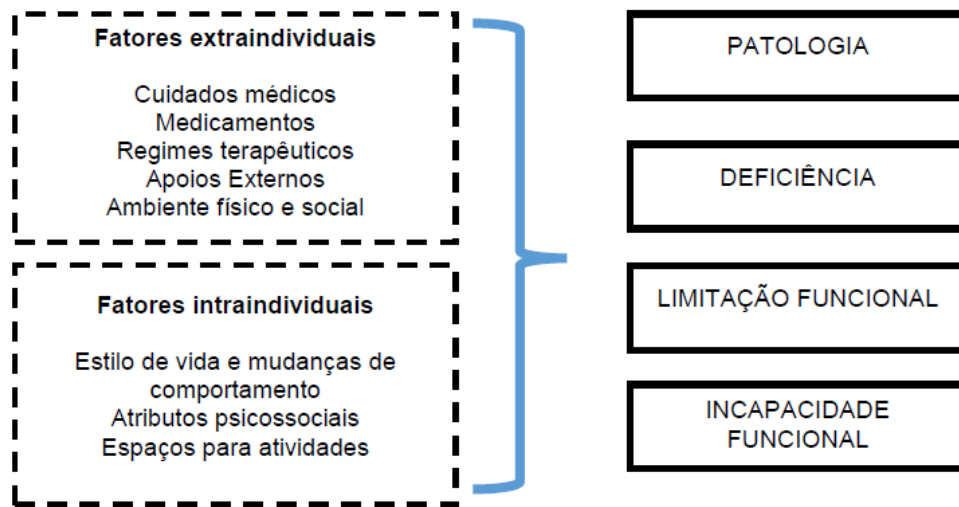
Figura 1 – Modelo do processo de incapacidade funcional



Fonte: NAGI, 1965

Verbrugge e Jette (1994) a partir do modelo de Nagi (1965), acrescentaram fatores de risco que podem contribuir no processo entre a doença e a incapacidade (VERBRUGGE; JETTE, 1994) (Figura 2).

Figura 2 – Modelo do desenvolvimento da incapacidade funcional

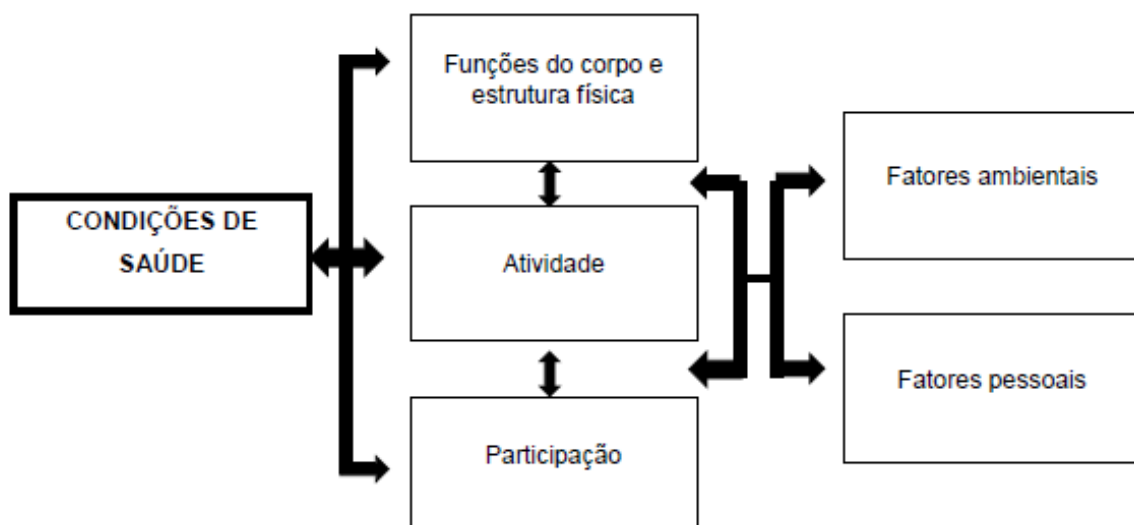


Fonte: (VERBRUGGE; JETTE, 1994).

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde-CIF, desenvolvida pela OMS para aplicação em vários aspectos da saúde, considerando corpo, atividades e participação como componentes da funcionalidade e da incapacidade (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2004).

No intuito de se obter uma abordagem biopsicossocial, a CIF desenvolveu um modelo com uma síntese dos aspectos de saúde biológicos, individuais e sociais SAMPAIO et al., 2005) (Figura 3).

Figura 3 – Modelo do desenvolvimento da incapacidade funcional proposto pela Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF



Fonte: ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2014

3 OBJETIVO

3.1 GERAL

- Investigar a prevalência dos TMC e sua associação com a capacidade funcional em pessoas idosas.

3.2 ESPECÍFICOS

- Artigo 1: analisar a relação dos Transtornos mentais comuns com a incapacidade funcional em idosos residentes do município de Alcobaça, BA.
- Artigo 2: determinar os critério discriminante da incapacidade funcional nos domínios das ABVD e AIVD para os TMC idosos.

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo observacional, analítico com delineamento transversal utilizando o banco de dados do projeto ELSIA - Estudo Longitudinal de Saúde do Idoso de Alcobaça, BA.

4.2 LOCAL DO ESTUDO

O presente estudo foi desenvolvido no município de Alcobaça, localizado no Sul do Estado da Bahia, região Nordeste do Brasil. O Índice de Desenvolvimento Humano Médio (IDHM) de Alcobaça é de 0,608, em 2010, o que situa esse município na faixa de Desenvolvimento Humano Médio (IDHM entre 0,600 e 0,699). A dimensão que mais contribui para o IDHM do município é a longevidade, com índice de 0,771 (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO, 2010). De acordo com o último Censo do IBGE, a população total do município é de 21.319 habitantes, dos quais 2.047 correspondem as pessoas com 60 anos ou mais, e desses, 1.024 representam o total de idosos residentes na área urbana do município (DATASUS, 2010).

4.3 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

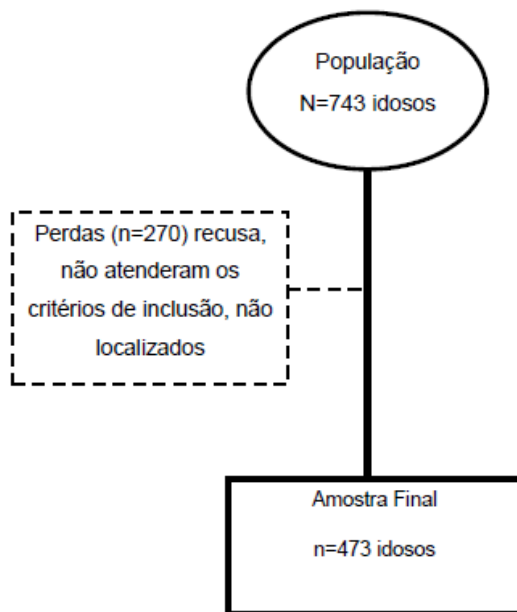
Os critérios de exclusão adotados foram: pontuar abaixo de 12 pontos no Mini Exame de Estado Mental, desenvolvido originalmente por Folstein, Folstein e McHugh (1975) e adaptado para população brasileira por Almeida (1998); apresentar dificuldade grave na acuidade visual e auditiva; fazer uso de cadeiras de rodas; possuir sequelas graves decorrentes de acidentes vasculares cerebrais com perda localizada de força e indivíduos em estado terminal.

4.4 COMPOSIÇÃO DA AMOSTRA

Os 743 idosos foram convidados para participarem do estudo, sendo os mesmos cadastrados na Estratégia de Saúde da Família na zona urbana do município

de Alcobaça. Desses, 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 (Figura 4).

Figura 4 – Organograma da distribuição da população e da amostra de idosos Alcobaça- BA, 2015.



Fonte: Dos Autores, 2018

4.5 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada no período de julho a outubro de 2015. Precedendo a fase da coleta de dados foi realizado contato prévio com o secretário de saúde e agentes de saúde do município de Alcobaça, com o propósito de aproximar o estudo da gestão municipal de saúde e identificar os idosos cadastrados na Estratégia de Saúde da Família. Após a autorização da Secretária Municipal de Saúde e das Unidades de Saúde, foi realizado o levantamento das informações dos idosos (idade, sexo e endereço).

No segundo momento foi aplicado um questionário estruturado multidimensional, contendo informações sociodemográficas, indicadores de saúde e variáveis comportamentais, por meio de entrevista individual, conduzido por estudantes e profissionais da área da saúde. Na sequência foram realizados os agendamentos para os testes de aptidão física e análise bioquímica, variáveis essas não utilizadas no presente estudo.

4.5.1 Instrumentos de Coleta de Dados

4.5.1.1 Características sociodemográficas

Foi utilizado um questionário estruturado com questões referentes à faixa etária (60-69; >70 anos), sexo (masculino; feminino), ao estado civil (solteiro/separado/divorciado; casado/vivendo com parceiro; viúvo), à situação ocupacional (aposentado; trabalho remunerado) e anos de estudo (< de 1 ano; > de 1 ano).

4.5.1.2 Indicadores clínicos e de saúde

Para verificar a percepção de saúde, foi utilizada uma escala da autoavaliação do estado de saúde UNITED STATE DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 1996), que possui quatro categorias, sendo que para o presente estudo, essa escala foi recategorizada em dois níveis: percepção negativa e percepção positiva.

As condições de saúde dos idosos incluíram a presença de doenças autorreferidas (sim; não) e organizadas de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID-10), por blocos (Quadro 1):

Quadro 1- Doenças autorreferidas por bloco

Aparelho Circulatório: problemas cardíacos, hipertensão arterial, AVE/derrame, hipercolesterolemia, circulação, varizes, doença de chagas.
Sistema Osteomuscular: reumatismo/artrite/artrose, dores coluna/lombar, osteoporose, dores musculares.
Metabólicas: Diabetes Mellitus. Hipotireoidismo.

Sistema Nervoso: Enxaqueca.

Fonte: Dos Autores, 2018

O Índice de Massa Corpórea (IMC), avaliado por meio da relação das variáveis antropométricas e de peso e estatura (Kg/m^2) foi categorizado em baixo peso; normal; sobrepeso; obesidade. Foi avaliado a quantidade de medicamentos em uso (nenhum, 1-2 e 3 ou mais) e se o idoso esteve hospitalizado/internado nos últimos três meses.

4.5.1.3 Indicativo de Transtornos Mentais Comuns

O instrumento utilizado para avaliação foi o *Self Reporting Questionnaire* (SRQ-20), já validado para população idosa (SCAZUFCA, et al., 2009). Trata-se de um questionário com 20 questões abordando sintomas físicos e psíquicos, que tem por objetivo identificar casos psiquiátricos não psicóticos. A pontuação varia de 0 (nenhuma probabilidade) a 20 (extrema probabilidade). O ponto de corte adotado para esse estudo, para determinação de TMC, baseou-se em outros estudos, onde o ponto de corte foi de cinco ou mais respostas positivas (BORIM; BARROS; BOTEGA, 2013; GONÇALVES; STEIN; KAPCZINSKI, 2008; PINTO, et al., 2014; SCAZUFCA, et al., 2009).

4.5.1.4 Indicadores Comportamentais

- Nível de Atividade Física (NAF): Foi utilizada a versão longa do *International Physical Activity Questionnaire* (IPAQ) (ROSENBERG, et al., 2008), adaptado para idosos brasileiros (BENEDETTI; MAZO; BARROS, 2004; BENEDETTI et al., 2007). Esse estudo optou por utilizar o domínio atividade de lazer/recreação, que foi analisado de forma dicotômica, classificando os idosos em ativos (≥ 150 min/sem) e insuficientemente ativos (< 150 min/sem), conforme recomendação da OMS (2010). O ponto de corte adotado ≥ 150 minutos de atividade física moderada ou 75 minutos x 2 de atividade física vigorosa (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010).

- Questões referentes ao uso de tabaco (sim; não) e bebidas alcoólicas (sim; não).

4.5.1.5 Capacidade Funcional

Para a capacidade dos idosos em executarem suas atividades básicas e intermediárias foi utilizado o questionário de ABVD pela Escala de Katz, elaborada por Katz (1963) e adaptado à realidade brasileira (LINO et al., 2008). O instrumento analisa as limitações para realizar as atividades de autocuidado como: tomar, banho, vestir-se, alimentar-se, ir ao banheiro, deitar e levantar-se da cama, comer e controlar os esfíncteres uretral e anal. Adotou-se o ponto de corte de ≥ 1 para idoso considerados com dependentes nas ABVD.

Na avaliação da incapacidade funcional nas AIVD foi utilizada a Escala de Lawton e Brody (1969) adaptada para o Brasil (SANTOS; VIRTUOSO JÚNIOR, 2008). Esse questionário aborda questões referentes ao uso de telefone, capacidade de realizar compras de alimentos, roupas e outras necessidades pessoais, preparo da própria refeição, limpeza e arrumação da casa, manipulação de medicamentos e cuidar das próprias finanças. Ambas as variáveis, ABVD e AIVD, foram analisadas de forma dicotômica, como independente ou dependente. Adotou-se o ponto de corte de ≤ 13 pontos para idosos considerados dependentes.

4.6 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram tabulados no software Epidata versão 3.1, com implementação do processo de validação por dupla entrada (digitação). Em seguida o banco foi exportado para o *software SPSS® Statistics 21.0* para os procedimentos de análises exploratórias e inferenciais.

Para a análise estatística as variáveis foram distribuídas em blocos (Quadro 1). Para a caracterização da amostra foram utilizados procedimentos da estatística descritiva (frequência, desvio padrão e média). A comparação da distribuição das variáveis sociodemográficas, de saúde e, clínicas, comportamentais, e capacidade funcional segundo indicativo de TMC₇ foi realizada por meio do teste qui-quadrado.

Quadro 2- Distribuição das variáveis de estudo por blocos

BLOCOS	VARIÁVEIS
1- Sociodemográficos	Faixa etária, sexo, estado civil, à situação ocupacional, e anos de estudo

2- Indicadores Clínicos e de Saúde	Percepção de saúde, doenças autorreferidas do aparelho circulatório, sistema osteomuscular, metabólicas e sistema nervoso, IMC, uso de medicamentos, e hospitalizações.
3- Comportamentais	Uso de tabaco e bebida alcoólica e o Nível de atividade Física no Lazer.
4- Limitações na Capacidade Funcional	ABVD e AIVD

Fontes: Dos Autores, 2018

Após essa análise inicial, todas as variáveis que apresentaram o valor de $p \leq 0,05$ foram submetidas ao Teste de qui-quadrado de Pearson para serem calculadas as razões de prevalência (RP) e Intervalos de Confiança a 95%. Por fim, as variáveis por blocos, que apresentaram $p \leq 0,20$ foram candidatas a análise ajustada, por meio do teste de regressão de *Poisson* com variância robusta.

Para determinar os valores de sensibilidade e especificidade, no respectivo critério discriminante da capacidade funcional para o indicativo de TMC, por meio das curvas *Receiver Operating Characteristic* (ROC), foi realizada a análise no programa estatístico *MedCalc* versão 16.2.1.

Inicialmente, foi identificada a área total sob a curva ROC entre as ABVD e AIVD para indicativo de TMC. Quanto maior a área sob a curva ROC, maior o poder discriminatório da Capacidade Funcional para TMC. Utilizou-se (IC) a 95%.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

De acordo com os princípios éticos preconizados pela Resolução n°. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, esse projeto foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro e aprovado sob o parecer n° 966.983/2015. Todos os idosos que participaram do projeto, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE D).

5 RESULTADOS

Entre os 473 sujeitos entrevistados, a prevalência de TMC foi de 37,2% (IC95%). Sendo mais acentuada em mulheres (44,6%), mais longevos (40,6%), viúvos (47,7%), entre os sem trabalho remunerado (39,8%), com menor anos de estudo (44,4%) (Tabela 1).

Quanto aos indicadores clínicos e de saúde, 39,1% dos idosos com TMC referiram apresentar algum problema de saúde. Idosos com morbidades do sistema nervoso (77,3%), obesos (48,0%), que faziam uso de 3 medicamentos ou mais (46,4%), com histórico de hospitalização no último ano (51,3%), percepção negativa de saúde (47,0%) foram os que apresentaram os maiores escores associados ao TMC (Tabela 1).

Foi observado que os idosos que relataram algum problema de saúde (39,1%) e aqueles com morbidades do sistema nervoso, obesos, com histórico de hospitalização no último ano, que faziam uso de três ou mais medicamentos e tinham uma percepção mais pessimista do estado de saúde apresentaram maior probabilidade de acometimento por TMC.

Referente a associação entre idosos com TMC e o uso do tabaco, da bebida alcoólica e o Nível de Atividade Física, constatou-se que nenhuma das três variáveis apresentou associação com os TMC (Tabela1).

Na análise bivariada foi identificada associação entre TMC com as ABVDs e AIVDs (Tabela 01).

Tabela 1- Distribuição da associação entre TMC e as variáveis sociodemográficas, indicadores de saúde, variáveis comportamentais e limitações na capacidade funcional. Alcobaça-BA, 2015.

Variável	Sem TMC n (%)	Com TMC (n %)	Valor de p
Sexo			
Masculino	133 (75,1%)	44 (24,9%)	0,001
Feminino	164 (55,4%)	132 (44,6%)	
Faixa etária			
60 a 69 anos	171 (65,5%)	90 (34,5%)	0,173
Mais de 70 anos	126 (59,6%)	86 (40,6%)	
Estado Civil			
Solteiro/divorciado/ Separado (a)	81 (64,8%)	44 (35,2%)	0,014
Casado (a)	147 (67,7%)	70 (32,3%)	
Viúvo (a)	68 (52,3%)	62 (47,7%)	
Ocupação			

Trabalho remunerado	78 (71,6%)	31 (28,4%)	0,031
Sem trabalho remunerado	219 (60,2%)	145 (39,8%)	
Anos de estudo			
≤ 1 ano	55, 6% (96)	44,4% (95)	0,010
>1 ano	196 (67,4%)	95 (32,6%)	
Percepção de Saúde			
Positiva	137 (79,7%)	35 (20,3%)	0,001
Negativa	159 (53,0%)	141 (47,0%)	
Doenças do Aparelho circulatório			
Não	92 (76,0%)	29 (24,0%)	0,001
Sim	205 (58,2%)	147 (41,8%)	
Doenças Osteomuscular			
Não	183 (73,8%)	65 (26,2%)	0,001
Sim	114 (50,7%)	111 (49,3%)	
Doenças do Sistema Metabólico			
Não	239 (65,8%)	124 (34,2%)	0,013
Sim	58 (52,7%)	52 (47,3%)	
Doenças do Sistema Nervoso			
Não	292 (64,7%)	159 (35,3%)	0,001
Sim	5 (22,7%)	17 (77,3%)	
IMC			
Baixo Peso	7 (63,6%)	4 (36,4%)	
Normal	106 (68,4%)	49 (31,6%)	0,038
Sobrepeso	114 (64,8%)	49 (31,6%)	
Obeso	64 (52,0%)	59 (48,0%)	
Medicamentos			
Nenhum	73 (73,7%)	26 (26,3%)	0,001
1 a 2	113 (67,7%)	54 (32,3%)	0,001
3 ou mais	111 (53,6%)	96 (46,4%)	
Hospitalização			
Não	258 (65,6%)	135 (34,4%)	0,004
Sim	39 (48,8%)	41 (51,3%)	
Tabagismo			
Não	258 (61,9%)	159 (38,1%)	0,259
Sim	39 (69,6%)	17 (30,4%)	
Uso de bebida alcoólica			
Não	238 (61,8%)	147 (38,2%)	0,360
Sim	59 (67,0%)	29 (33,0%)	
Atividade Física no Lazer			
Insuficientemente ativo	55 (69,6%)	24 (30,4%)	0,169
Suficientemente ativo	242 (61,4%)	152 (38,6%)	
ABVD			
Independentes	251 (68,6%)	115 (31,4%)	< 0,000
Dependentes	46 (43,0%)	61 (57,0%)	
AIVD			
Independentes	105 (35,4%)	30 (17%)	< 0,000
Dependentes	192 (64,6%)	146 (83%)	

Fonte: Dos Autores, 2019

Após a análise multivariada as variáveis sexo, percepção de saúde, doenças do sistema nervoso e incapacidade funcional mantiveram-se associadas aos TMC.

Tabela 2- Razão de prevalência (RP) bruta e multivariável de acordo com a associação ao TMC. Alcobaça-BA, 2015.

Variável	RP e IC Bruta	Valor de p	RP e IC Ajustada	Valor de p
Sexo				
Masculino	1	0,001	1	0,009
Feminino	1,79 (1,27-2,52)		1,63(1,12-2,55)	
Faixa etária				
60 a 69 anos	1	0,281		
Mais de 70 anos	1,17(0,87-1,57)			
Estado Civil				
Solteiro/divorciado/ Separado (a)	1	0,069	1	
Casado (a)	0,91 (0,62- 1,33)		1,01(0,69-1,49)	0,704
Viúvo (a)	1,35 (0,92- 0,19)		1,16(0,78-1,73)	
Ocupação				
Trabalho remunerado	1	0,089		0,529
Sem trabalho remunerado	1,40 (0,95-2,06)		1,14(0,76-1,71)	
Anos de estudo				
>1 ano	1	0,042	1	0,188
≤ 1 ano	0,73(0,54-0,98)		0,81(0,59-1,10)	
Percepção de Saúde				
Positiva	1	<0,000	1	0,002
Negativa	2,31(1,59-3,34)		1,82(1,23-2,69)	
Doenças do Aparelho circulatório				
Não	1	0,006	1	0,448
Sim	1,74(1,17-2,59)		1,22(0,72-2,05)	
Doenças Osteomuscular				
Não	1	<0,000	1	0,119
Sim	1,88(1,38-2,55)		1,30(0,93-1,82)	
Doenças do Sistema Metabólico				
Não	1	0,049	1	0,812
Sim	1,38(1,00-1,91)		1,04(0,73-1,48)	
Doenças do Sistema Nervoso				
Não	1	0,0002	1	0,045
Sim	2,19(1,32-3,61)		1,69(1,01-2,84)	
IMC				
Baixo Peso	1		1	
Normal	0,86(0,31-2,40)		0,88(0,31-2,47)	
Sobrepeso	0,96(0,35-2,66)	0,156	0,96(0,34-2,66)	0,862
Obeso	1,31(0,47-3,63)		1,05(0,37-2,93)	

Fonte: Dos Autores, 2019

Na tabela 6, pode-se observar as áreas sob as curvas ROC com seus respectivos intervalos de confiança, sensibilidade e especificidade para capacidade funcional como fator discriminador para os TMC em idosos. Foram construídas curvas ROC para ABVD e AIVD. A maior área foi observada para as AIVD (0,63).

Tabela 3 - Distribuição das áreas sob curva ROC para ABVD e AIVD com preditor dos TMC. Alcobaça-BA, 2015.

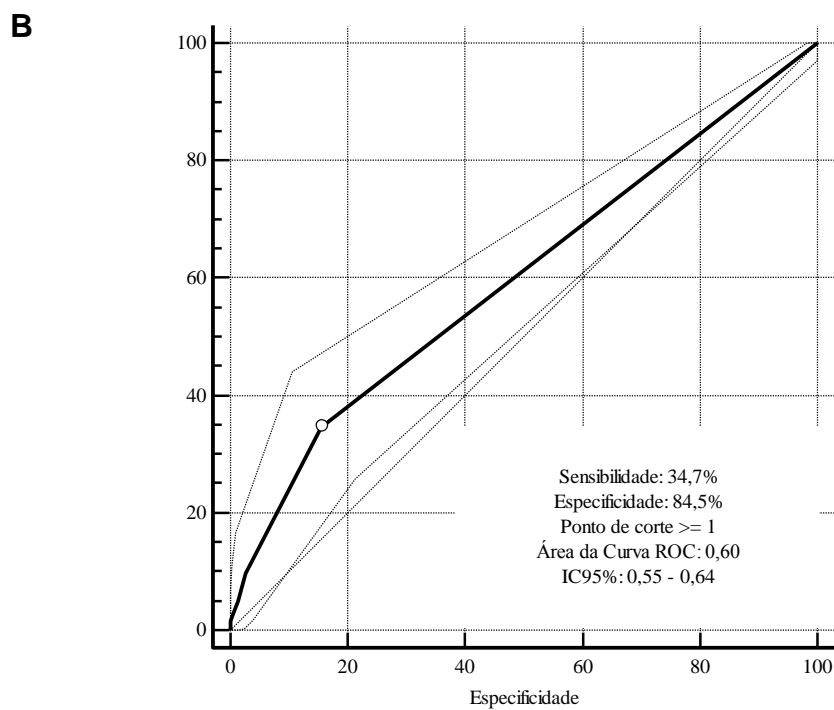
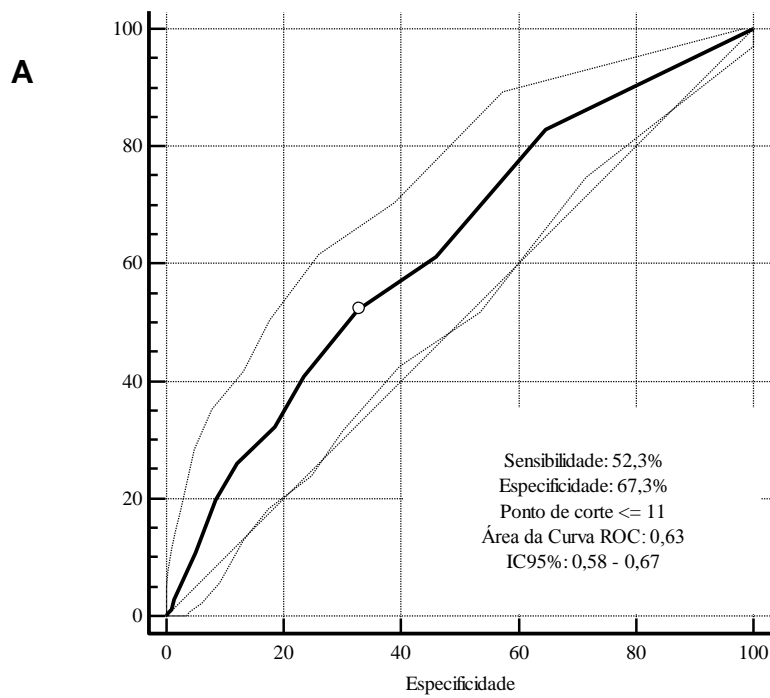
	Área sob a curva ROC*	IC 95%	Sensibilidade	Especificidade
ABVD	0,60	0,55-0,64	34,7%	84,5%
AIVD	0,63	0,58-0,67	52,3%	67,3%

* DELONG; DELONG; CLARKE-PEARSON, 1988.

Fonte: Dos Autores, 2018

Os pontos de corte das ABVD e AIVD como critério discriminante para os TMC podem ser visualizados na Figura 5. O critério discriminante determinado para os TMC foi ≥ 1 ponto para as ABVD e ≤ 11 para as AIVD.

Figura 5- Ponto de corte da Capacidade Funcional como critério discriminante A e B para os TMC em idosos – Alcobaça, BA.



A) ABVD

B) AIVD

Fonte: Dos Autores, 2018

6 DISCUSSÃO

É notório a preocupação com a saúde mental dos idosos. Os estudos voltados a essa temática, têm como objetivo conhecer a situação de saúde vivenciada por esse público, além dos fatores associados ao adoecimento psíquico, para assim auxiliar nas ações de preservação da saúde mental no processo de envelhecimento (ROCHA et al., 2011).

Estudos de transtornos mentais não psicóticos e não direcionados a demência, ainda são escassos no Brasil, principalmente aqueles associados a funcionalidade do idoso. Dessa forma, o presente estudo fornece informações quanto a prevalência dos TMC e sua associação com a capacidade funcional em uma amostra populacional de idosos brasileiros, de ambos os sexos e não institucionalizados.

Dentre os resultados apresentados observa-se que a prevalência dos TMC nesse estudo (37,2%), foi similar a algumas pesquisas nacionais, como em Campinas, São Paulo (29,7%) (BORIM; BARROS BOTEGA, 2013) e eira de Santana, Bahia (32,1%) (ROCHA, et al., 2012). Em investigações realizadas no municípios de Ibiaí no estado de Minas Gerais (MARTINS, et al. 2016) e em Ibicuí no estado da Bahia (SILVA, et al., 2018), os resultados da prevalência dos TMC foi de de 44,6% e 55,8% respectivamente, com valores mais expressivos no público idoso.

A prevalência de TMC da população mundial, segundo uma revisão sistemática e meta-análise, do período de 1980 a 2013 com 174 artigos, sobre os TMC, foi 37,2%, achado similar aos estudos do Brasil (STEEL, et al., 2014; BORIM; BARROS BOTEGA, 2013; COELHO FILHO; RAMOS, 1999; ROCHA, et al., 2012).

A elevada prevalência de TMC nos idosos traduz na necessidade de ações de preservação da saúde mental que sejam efetivas para esse subgrupo etário. Uma vez que, estima-se que em 2060, 1 em cada 4 brasileiros terá mais de 65 anos de idade (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2013). O que reforça a importância de enfatizar Políticas de Saúde que assegurem um envelhecimento com qualidade de vida, com ações focadas na saúde mental e profissionais aptos a reconhecer e tratar os TMC (PATELL; KLEINMAN, 2003).

Nesse estudo as variáveis sexo, percepção de saúde, doenças do sistema nervoso e capacidade funcional foram as que apresentaram maior prevalência de TMC, mesmo quando controlada para outras características sociodemográficas e de saúde.

É possível observar similaridade entre os achados, tanto nacionais (ROCHA, et al. 2012; ARAGÃO, et al. 2017) quanto internacionais (SOEGAARD; PEDERSEN, 2012; YIMAM; KEBEDE; AZALE, 2014) quanto a prevalência de acordo com o sexo. Indivíduos do sexo feminino tiveram um percentual maior quando comparados aos do sexo masculino. Nesse estudo, a porcentagem equivale a 44,6%, porém, em outros estudos os valores chegam a variar de 34,3% (McMANUS, et al., 2009) a 66, 9% (SILVA, et al., 2018).

Esses resultados podem ser explicados pelo pressuposto de que mulheres tendem a relatar sua situação de saúde com maior frequência do que os homens (CARMO, et al., 2018). Além disso, a presença da sobrecarga na jornada de trabalho formal e atividades domésticas, a responsabilidade no cuidado e educação dos filhos, a desvalorização e violência podem contribuir para o cansaço, estresse, sofrimento e conflitos. Ressalta-se que as mulheres suportam uma carga mais acentuada de doenças crônicas, que contribui para um maior declínio funcional (LUCCHESI, et al., 2014; ROCHA, et al., 2012; MARTINS, et al. 2016; ROCHA, et al., 2010; SILVA, et al., 2018; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998; BARRETO, et al., 2004).

Quanto a percepção da saúde, o presente estudo verificou uma associação negativa entre a interpretação do idoso frente ao seu estado de saúde e os TMC, representando 47% do total da amostra. O achado corrobora com resultados de outros estudos onde a autoavaliação subjetiva do estado de saúde negativo foi associado a presença de TMC (BARROS, et al. 2008; BORIM; BARROS BOTEGA, 2013).

Esse fato pode ser explicado pelo processo de envelhecimento vivenciado pelo idoso. Esse processo vem acompanhado de alterações fisiológicas, funcionais e mentais, que por vezes são associadas com o aumento do número de doenças e de incapacidades funcionais (LIANG, et al., 2007; DE SALVO, et al., 2009). A percepção negativa do estado de saúde, que por vezes, pode estar associada ao fato de envelhecer e não propriamente de ter alguma doença ou incapacidade, parece interferir diretamente na percepção do estado de saúde, concomitantemente contribuindo para os TMC.

Dentre as doenças do estudo (aparelho circulatório, osteomusculares, sistema metabólico e do sistema nervoso), a única que se manteve associada aos TMC, foi a do sistema nervoso que engloba a enxaqueca. O que pode ser explicado pelo fato das condições de sofrimento psíquico gerado pelos TMC. No estudo realizado por Carmo

et al. (2018) em Salvador- Bahia, com mulheres, a prevalência dos TMC foi associada a uma maior porcentagem de sintomas somáticos de dores de cabeça (49,4%).

A enxaqueca ocorre por crises repetitivas de dores de cabeça, que podem ocorrer com períodos variados, ou seja, alguns indivíduos podem ter poucas crises e outros, diversos episódios por mês. Trata-se de uma dor envolvendo metade da cabeça, que piora com a prática de qualquer atividade física, além de náuseas, vômitos e desconforto à luminosidade e a sons altos estão frequentemente associados ao episódio da crise (STEFANE et al., 2012).

Observa-se que na literatura ainda não está claro se os TMC podem contribuir para a ocorrência de enxaqueca, ou se a enxaqueca, poderá favorecer o aparecimento dos TMC. O que se sabe é que tais transtornos possuem um forte impacto sobre a qualidade de vida das pessoas, pois estão associados a várias características crônicas e incapacitantes (WHITEFORD, et al., 2013). Sugere-se dessa forma, que esses fatores possam contribuir negativamente para a diminuição e/ou isenção das diversas atividades físicas, mentais e sociais que poderiam ser realizadas pelo público idoso.

A redução da função física é própria do envelhecimento e por vezes limita a capacidade funcional. Mas em alguns casos, além dessa redução, esse processo pode estar associado a comorbidades, que levam a uma perda ainda maior da funcionalidade (GUIMARAES, et al., 2004; NOGUEIRA; MIRANDA, 2012). Segundo Botes et al. (2018), quanto mais tempo o indivíduo tem determinada doença, maior será a diminuição da funcionalidade, além do elevado custo com os cuidados à saúde.

Nesse estudo foi possível identificar uma associação da presença de TMC com a incapacidade funcional nas ABVD e AIVD. Os achados corroboram com estudos de Fortes-Burgos, Neri e Cupertino (2009) onde o avançar da idade do idoso está interligado com a perda de sua autonomia e independência para a realização de suas atividades diárias, concomitantemente levando a impactos expressivos na saúde mental.

A maior prevalência de TMC no idosos dependentes foi nas AIVD. Tal fato pode ser explicado porque as perdas da funcionalidade começam nas atividades intermediárias, que exigem maior integridade física e cognitiva, para depois afetar as básicas, de forma hierárquica (MILLÁN-CALENTI, et al., 2010; SANTOS; PAVARINI, 2011; FREITAS, et al., 2012). Sugere-se então que tal achado corrobora com o pensamento de que as perdas da funcionalidade influenciam os TMC.

A capacidade funcional refere-se a condição para desempenhar as atividades de vida diária (AVD) que englobam as ABVD, AIVD e AAVD e configuram-se como um dos indicadores mais importantes sobre o estado de saúde do idoso (AIJANSEPPA et al., 2005; RISMAN, 2010; ALVES et al., 2007; COSTA et al., 2017).

A incapacidade para realizar as atividades diárias levam ao isolamento social, contribuindo para a possibilidade do aumento dos sintomas dos TMC, como sintomas somáticos, depressivos e ansiosos, dentre outros (BORIM; BARROS BOTEGA, 2013). Sugere-se que quanto mais dependência o idoso possua para realizar tais atividades essenciais no seu dia-a-dia maior será a probabilidade de desenvolver os TMC.

No intuito de verificar os pontos de corte para as ABVD e AIVD como critério discriminante do TMC foi realizado o teste de curva ROC. Nesse teste é possível identificar qual o valor ideal para ser utilizado na explicação da incapacidade funcional com os TMC. O teste de curva ROC teve sua origem na teoria de decisão estatística desenvolvida em meados de 1950, com intuito de avaliar a detecção de sinais em radar e na psicologia sensorial. Desde então, ela vem sendo utilizada com sucesso a uma variedade considerável de testes para diagnósticos (METZ, 1986; SWETS, et al. 1979).

Sugere-se com bases nos resultados que, o ponto de corte para as ABVD sob os TMC é de 1 ou mais pontos. Ou seja, aqueles indivíduos que apresentam dependência para pelo menos em uma das questões do questionário de ABVD está mais suscetível a apresentar os TMC. Para as AIVD, o ponto de corte como critério discriminante para os TMC foi possuir escore igual ou maior do que 11 pontos.

Sugere-se que a incapacidade funcional se mostrou como potencial preditor para os TMC, uma vez que os pontos de corte estabelecidos ≥ 1 (ABVD) e ≤ 11 (AIVD) para os TMC por intermédio da curva ROC permitem elucidar os valores como preditores para o indicativo de TMC em idosos. É possível destacar ainda que, as AIVD possuem uma maior área sob a curva ROC (0,63) quando comparada às ABVD (0,60).

A escassez de recomendações de pontos de corte para capacidade funcional nos TMC dificulta a comparação dos resultados deste estudo. Contudo, os pontos de corte aqui estabelecidos contribuirão para preencher a lacuna existente na literatura referente a relação da incapacidade funcional com os TMC em idosos. Esses resultados descritos apresentam estimativas de referência para possíveis

intervenções populacionais com intuito de preservar a funcionalidade e a saúde mental do idoso.

A limitações do estudo são referentes ao delineamento transversal, que dificulta o avanço na relação de causa e efeito entre as variáveis, o uso de questionário por meio das medidas de autopercepção que podem subestimar ou superestimar algumas informações encontradas com relação à baixa escolaridade e aspectos motivacionais dos participantes. Contudo, os avaliadores do estudo passaram por treinamento no intuito de minimizar as interferências motivacionais e até mesmo de sincronizar as explicações durante a entrevista às possíveis dúvidas dos entrevistados em face da variação de escolaridade.

7 CONCLUSÃO

A prevalência dos TMC em idosos foi de 37,2%, com associação ao sexo feminino, má percepção da saúde, doenças do sistema nervoso e capacidade funcional. Ademais, a incapacidade funcional nas ABVD e AIVD mostraram-se como discriminadores dos TMC. Sugere-se novos estudos para subsidiar ações preventivas e de intervenção para o público idoso referente a essa temática.

REFERENCIAS

- ABBASS, Allan A. et al. Short-term psychodynamic psychotherapies for common mental disorders. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, 2014.
- AIJANSEPPA, Sinikka et al. Physical functioning in elderly Europeans: 10 year changes in the north and south: the HALE project. **J. Epidemiol Comm Health**, v. 59, p. 413-419, 2005.
- AIRES, M.; PASKULIN, L. M.; MORAIS, E.P. Functional capacity of elderly: comparative study in three regions of Rio Grande do Sul. **Rev Latinoam Enferm**, v. 18, n. 1, p. 11-17, 2010.
- ALVES, Luciana Correia et al. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 8, p.1924-1930, 2007.
- ALVES, L.C.; LEITE I.C.; MACHADO, C. J. Conceituando e mensurando a incapacidade funcional da população idosa: uma revisão de literatura. **Cienc Saude Colet**, v. 13, n. 4, p.1199-1207, 2008.
- ALMEIDA, O. P. Mini-exame do estado mental e o diagnóstico de demência no Brasil. **Arq Neuropsiquiatr**, v. 56, n. 3, p. 605-612, 1998;56.
- AMERICAN OCCUPATIONAL THERAPY ASSOCIATION. Estrutura da prática da Terapia Ocupacional: domínio & processo. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 26, p. 1-49, 2015.
- AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders - DSM-5**. 5th.ed. Washington: American Psychiatric Association, 2013.
- ARAGÃO, Ellen Ingrid Souza et al. Distintos padrões de apoio social percebido e sua associação com doenças físicas (hipertensão, diabetes) ou mentais no contexto da atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 7, p.2367-2374, 2017.
- BARBOSA, Bruno Rossi et al. Avaliação da capacidade funcional dos idosos e fatores associados a incapacidade. **Cien Saude Colet**, v. 19, n. 8, p. 3317-3325, 2014.
- BARRETO, S.M.; GIATTI, L.; KALACHE, A. Gender inequalities in health among Brazilian older adults. **Pan American J Pub Health**, v. 16, n. 2, p. 110-117, 2004.
- BARROS M. B. A., et al. As dimensões da saúde: inquérito populacional em Campinas. **Editora Hucitec**, p. 143-52, 2008.
- BENEDETTI, T. B.; MAZO, G. Z.; BARROS, M. DE. Aplicação do Questionário Internacional de Atividades Físicas para avaliação do nível de atividades físicas de mulheres idosas: validade concorrente e reprodutibilidade teste-reteste. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**, [Brasília]. v. 12, n. 1, p. 25–34, 2004.

- BENEDETTI, T. R. B; ANTUNES, P. DE C; RODRIGUEZ-AÑEZ, C. R; MAZO, G. Z; PETROSKI, E. L. Reprodutibilidade e validade do Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ) em homens idosos. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, São Paulo, 13 (1): 11–6, 2007.
- BORIM, Flávia Silva Arbex; BARROS, Marilisa Berti de Azevedo; BOTEGA, Neury José. Transtorno mental comum na população idosa: pesquisa de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 7, p.1415-1426, 2013.
- BOTES, Riaan et al. Relative contribution of various chronic diseases and multi-morbidity to potential disability among Dutch elderly. **BMC Health Services Research**, v. 18, n. 24, 2018.
- BREWIN C. R.; ANDREWS B.; VALENTINE J.D. Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 68, p. 748–766, 2000.
- BRUCE, M.L.; HOFF, R. A. Social and physical health risk factors for first-onset major depressive disorder in a community sample. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, v. 29, p. 165–171, 1994.
- BUSCH, Telma de Almeida et al. Factors associated with lower gait speed among the elderly living in a developing country: a cross-sectional population-based study. **BMC Geriatr**, v. 15, n. 1, 2015.
- CAMARGOS, Mirela Castro Santos; PERPÉTUO, Ignez Helena Oliva; MACHADO, Carla Jorge. Expectativa de vida com incapacidade funcional em idosos em São Paulo, Brasil. **Rev Panam Salud Pública**, v. 17 n. 5, p. 379- 386, 2005.
- CARMO, Maria B. Barreto et al. Screening for common mental disorders using the SRQ-20 in Brazil: what are the alternative strategies for analysis? **Revista Brasileira de Psiquiatria**. v. 40, n. 115–122, 2018.
- CHIANCA, Tânia Couto Machado et al. Prevalência de quedas em idosos cadastrados em um Centro de Saúde de Belo Horizonte-MG. **Rev Bras Enferm**, v. 66, n. 2, p. 234-240, 2013.
- COELHO FILHO, J. M.; RAMOS, L. R. Epidemiologia do envelhecimento no nordeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. **Rev Saúde Pública**, v. 33, p. 445-453, 1999.
- COSTA, Sônia Mara Gusmão et al. Funcionalidade em idosos: revisão integrativa da literatura. **Revista ibero-americana de saúde e envelhecimento**, v. 3, n.2, p. 942 - 953, 2017.
- COUTINHO, Evandro da Silva Freire; ALMEIDA FILHO, Naomar; MARI, Jair de Jesus. Fatores de risco para morbidade psiquiátrica menor: resultados de um estudo transversal em três áreas urbanas no Brasil. **Rev Psiquiatr Clinica**, v. 26, p. 246-56, 1999.

DAVID NDETEI, M. et al. **The African text book of clinical psychiatry and mental health**. Nairobi, 2006.

DELONG, E. R.; DELONG, D. M.; CLARKE-PEARSON, D. L. Comparing the Areas under Two or More Correlated Receiver Operating Characteristic Curves: A Nonparametric Approach. **Biometrics**, v. 44, n. 3, p. 837, 1988.

DE SALVO, K.B. et al. Health care expenditure prediction with a single item, self-rated health measure. **Med Care**, v. 47, p. 440-447, 2009.

FIORINI, Juliana Scopel. **Estresse no trabalho e transtornos mentais comuns em participantes ELSA-Brasil**. Tese (Doutorado em Epidemiologia) Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de Pós Graduação em Epidemiologia, 2015.

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. **J Psychiatric Res**, v. 12, p. 189-198, 1975.

FORTES-BURGOS, Andréa Cristina Garofe; NERI, Anita Liberalesso; CUPERTINO, Ana Paula Fabrino Bretas. Eventos de vida estressantes entre idosos brasileiros residentes na comunidade. **Estud. Psicol**, v. 14, n. 1, p. 69-75, 2009.

FREITAS, Roberta Souza et al. Capacidade funcional e fatores associados em idosos: estudo populacional. **Acta Paul Enferm**, v. 25, n.6, p. 933-939, 2012.

FRONTERA, Walter R. Physiologic changes of the musculoskeletal system with aging: a brief Review. **Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America**, v. 28, n 4, p. 705-711, 2017.

GELDER, M. G.; LÓPEZ-IBOR, J. J.; ANDREASEN, N. New Oxford Textbook of Psychiatry. **Oxford: Oxford University Press**, p. 711-719, 2000.

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

GOLLIN, Carol E. et al. A prospective study of predictors of adherence to combination antiretroviral medication. **J Gen Intern Med**, v. 17, n. 10, p. 756-765, 2002.

GONÇALVES, Daniel Maffasioli; STEIN, Airton Tetelbon; KAPCZINSKI, Flavio. Avaliação de desempenho do Self-Reporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 2, p.380-390, 2008.

GUEDES, M. S.; CALVACANTE NETO, J. L. Transtorno Mental Comum e Imagem Corporal de Idosas do Nordeste Brasileiro. **Estud. interdiscipl. Envelhec**, v. 20, n. 3, p. 819-831, 2015.

GUIMARAES, Laiz Helena de Castro Toledo et al. Avaliação da capacidade funcional de idosos em tratamento fisioterapêutico. **Revista Neurociências**. São Paulo, v. 12, n. 3, 2004.

HARDING, T. W. et al. Mental disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four developing countries. **Psychol Med**, v. 10, p. 231-241, 1980.

HARRIS, T. Where Inner and Outer Worlds Meet: Psychosocial Research in the Tradition of George W. **Brown**, p. 1-52, 2000.

HEIM, C.; NEMEROFF, C. B. The role of childhood trauma in the neurobiology of mood and anxiety disorders: preclinical and clinical studies. **Biological Psychiatry**, v. 49, p. 1023–1039, 2001.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Projeção da População por Sexo e Idade: 2000 – 2060**. Revisão 2013. Disponível em: <https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2013/default.shtm>. Acesso em 19/10/2018.

KATZ, Sidney et al. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. **JAMA**, v.185, n. 12, p. 914-919, 1963.

KAWAMOTO, R.; YOSHIDA, O.; OKA, Y. Factors related to functional capacity in community-dwelling elderly. **Geriatr Gerontol Int**. v. 4, p.105-10, 2004.

KENDLER, L.; PRESCOTT, C. A population-based twin study of lifetime major depression in men and women. **Archives of General Psychiatry**, v. 56, p. 39-44, 1999.

KING, Michael et al. Development and Validation of an International Risk Prediction Algorithm for Episodes of Major Depression in General Practice Attendees. **Archives Of General Psychiatry**, v. 65, n. 12, p.1368-1376, 2008.

KIRKWOOD, T. B. L. A systematic look at an old problem: as life expectancy increases, a systemsbiology approach is needed to ensure that we have a healthy old age. **Nature**, v. 451, n. 7, p. 644-647, 2008.

LAWTON, M.P.; BRODY, E. M. Assessment of Older People: Self Maintaining and Instrumental Activities of Daily Living. **Gerontologist**, v.9, p. 179-186, 1969.

LIANG, J. et al. Interwining courses of functional status and subjective health among older Japanese. **J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci**, v. 62, p. 340-348, 2007.

LINO, V. T. S. et al. Cross-cultural adaptation of the Independence in Activities of Daily Living Index (Katz Index). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 1, p. 103–112, 2008.

LIU, C.Y. Depressive disorders among older residents in a Chinese rural community. **Psychol Med**, v. 27, n. 4, p. 943, 1997.

LUDERMIR, Ana Bernarda; MELO FILHO, Djalma A de. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. **Revista de Saúde Pública**, v. 36, n. 2, p.213-221, 2002.

- LUCCHESE, R. et al. Prevalência de transtorno mental comum na atenção primária. **Acta Paul de Enferm**, v. 27, n. 3, p. 200-207, 2014.
- MACIEL, Álvaro Campos Cavalcanti; GUERRA, Ricardo Oliveira. Influence of biopsychosocial factors on the functional capacity of the elderly living in Brazil's Northeast. **Rev Bras Epidemiol**, v. 10, n. 2, p. 178-189, 2007.
- MCMANUS, S. et al. Adult Psychiatric Morbidity in England, 2007: Results of a Household Survey. **Leicester: Department of Health Sciences**, 2009.
- MAHONEY, F.I.; BARTHEL, D. Functional evaluation: the Barthel Index. *Md. State Med J*, v. 14, p. 61-65, 1965.
- MALHI, G. S.; PARKER, G. B.; GREENWOOD, J. Structural and functional models of depression: from sub-types to substrates. **Acta Psychiatrica Scandinavica.**, v. 111, p. 94-105, 2005.
- MANINI, T.M.; PAHOR, M. Physical activity and maintaining physical function in older adults. **Br J Sports Med**. v.43, n. 1, p. 28-31, 2009.
- MARI, J. J.; JORGE, M. R. Transtornos psiquiátricos na clínica geral. **Psychiatry On-line Brazil**, v. 2, 1997.
- MARI, J. J.; WILLIAMS, P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo. **Br J Psychiatry**, v. 148, p. 23-26, 1986.
- MARTINS, Ana Maria Eleutério de Barros Lima et al. Associação entre transtornos mentais comuns e condições subjetivas de saúde entre idosos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21 n. 11 p. 3387-3398, 2016.
- MATSUDO, Sandra Mahecha. Avaliação do idoso: Física & funcional. **Midiograf**, p.125, 2000.
- METZ, C.E. **Statistical Analysis of ROC Data in Evaluating Diagnostic Performance. Multiple Regression Analysis: Applications in the Health Sciences**, number 13, edited by Donald E. Herbert and Raymond H. Myers. American Institute of Physics, p.365-384, 1986.
- MILLÁN-CALENTI, José C. et al. Prevalence of functional disability in activities of daily living (ADL), instrumental activities of daily living (IADL) and associated factors, as predictors of morbidity and mortality. **Arch Gerontol Geriatr**, v. 50, n. 3, p. 306-310, 2010.
- MORAES, E.N.; MORAES, F.L.; LIMA, S. P. P. Características biológicas e psicológicas do envelhecimento. **Rev Med Minas Gerais**, v. 20, n. 1, p. 67-73, 2010.
- NAÇÕES UNIDAS. Help Age International. **Envelhecimento no Século XXI: Celebração e Desafio**. Nova York; Londres. 2012. Disponível em: <https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Portuguese-Exec-Summary_0.pdf>. Acesso em: 02 de Setembro de 2018.

NAGI, S. Z. Some conceptual issues in disability and rehabilitation. In: M. B. Sussman, ed. Washington, D.C.: Sociology and Rehabilitation. **American Sociological Association**, 1965.

NAKANO, Márcia Mariko et al. Physical Performance, Balance, Mobility, and Muscle Strength Decline at Different Rates in Elderly People. **J. Phys. Ther. Sci**, v. 26, p. 583–586, 2014.

NATIONAL COLLABORATING CENTRE FOR MENTAL HEALTH. Common Mental Health Disorders: Identification and Pathways to Care. **British Psychological Society**, 2011.

NOGUEIRA, B. M. S.; MIRANDA, M. A. L. Promoção do Envelhecimento Saudável: Avaliando a capacidade funcional dos idosos. **Com. Ciências Saúde**, v. 23, n. 4, p. 313-325, 2012.

NUECHTERLEIN, K.H.; DAWSON, M. E. A heuristic vulnerability/stress model of schizophrenic episodes. **Schizophrenia Bulletin**, v. 10, p. 300-312, 1984.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID-10. 1993. Disponível em: <www.datasus.gov.br/cid10/v2008/cid10.ht... Acesso em: 12 nov. 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde**. Direção Geral da Saúde. Lisboa, 2004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Global Recommendations on Physical Activity for Health, janeiro 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Plano de Ação para Saúde Mental 2013-2020**. Genebra, 2013.

OZER, E. J. et al. Predictors of post-traumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis. **Psychological Bulletin**, v. 129, p. 52-73, 2003.

PAIXÃO JUNIOR, Carlos Montes; REICHENHEIM, Michael E. A review of functional status evaluation instruments in the elderly. **Cad Saúde Pública**. v. 21, n. 1, p. 7-19, 2005.

PATELL; Vikram; KLEINMAN, Arthur. Poverty and common mental disorders in developing countries. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 81, n. 3. 2003.

PATRÍCIO, Karina Pavão et al. O segredo da longevidade segundo as percepções dos próprios longevos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 4, p.1189-1198, 2008.

PEREIRA, A. R.; MORITA, M.; BARROS, M. B. A. Transtorno mental comum. In: Barros M. B. A et al. As dimensões da saúde: inquérito populacional em Campinas. São Paulo: **Editora Hucitec**, p. 143-52, 2008.

PINTO, Lélia Lessa Teixeira et al. Nível de atividade física habitual e transtornos mentais comuns entre idosos residentes em áreas rurais. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 17, n. 4, p.819-828, 2014.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. **Atlas de desenvolvimento humano no Brasil**, 2010. Disponível em: <http://www.pnud.org.br/atlas/textos_analiticos/index.php>. Acesso em 10 de Setembro de 2018.

QUINO- ÁVILA, L. C.; CHACÓN-SERNA, M. J. Capacidad funcional relacionada con actividad física del adulto mayor en Tunja, Colombias. **Horiz. Sanitario**, v.17, n.1, 2018.

RANTANEN, Taina et al. Muscle strength as a predictor of onset of ADL dependence in people aged 75 years. **Aging Clin Exp Res**, v. 14, p. 10-15, 2002.

RISMAN A. Envelhecimento: um processo multideterminado e multideterminante? **Rev. Portal Divulg**, v. 1, n. 26, 2010.

ROCHA, Saulo Vasconcelos et al. Prevalência de transtornos mentais comuns entre residentes em áreas urbanas de Feira de Santana, Bahia. **Rev Bras Epidemiol**, v. 13, n. 4, p. 630-640, 2011.

ROCHA, Saulo Vasconcelos et al. Prevalência de transtornos mentais comuns entre idosos residentes em município do Nordeste do Brasil. **Rev. salud pública**, v.14, n.4, p.620-629, 2012.

SCAZUFCA, Márcia et al. Validity of the self reporting questionnaire – 20 in epidemiological studies with older adults: results from São Paulo ageing & health study. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol**, v. 44, n. 3, p. 247-254, 2009.

SKAPINAKIS, Petros et al. Prevalence and sociodemographic associations of common mental disorders in a nationally representative sample of the general population of Greece. **Bmc Psychiatry**, v. 13, n. 1, p.2-14, 2013.

STANSFELD, S. A, et al. Work characteristics predict psychiatric disorder: prospective results from the Whitehall II study. **Occupational and Environmental Medicine**, v. 56, p. 302-307, 1999.

STEEL, Zachary et al. The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980–2013. **International Journal of Epidemiology**, v. 43, n. 2, p. 476-493, 2014.

STEFANE, Thais et al. Influência de tratamentos para enxaqueca na qualidade de vida: revisão integrativa de literatura. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 65, n. 2, p.353-360, abr. 2012.

SAMPAIO, R. F.; MANCINI, M. C.; GONÇALVES, G. G. P.; BITTENCOURT, N. F. N.; MIRANDA, A. D.; FONSECA, S. T. Aplicação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) na prática clínica do fisioterapeuta. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, v. 9, n. 2, p. 129-136, 2005.

SAMPERIO, J. La actividad física y el deporte en el adulto mayor. **Bases fisiológicas**, 2004.

SANTOS, A.A.; PAVARINI S.C. Functionality of elderly people with cognitive impairments in different contexts of social vulnerability. **Acta Paul Enferm**, v. 24, n. 4, p. 520-526, 2011.

SANTOS, M. E. S. B. **Transtornos mentais comuns em pacientes com AIDS que fazem uso de anti-retrovirais no Estado de São Paulo, Brasil**. Dissertação (Mestrado). São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2002.

SANTOS, R.L.; VIRTUOSO JÚNIOR, J. S. Confiabilidade da versão Brasileira da Escala de Atividades Instrumentais da vida Diária. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 21, n. 4, p. 290-296, 2008.

SILVA, Paloma Alves dos Santos da et al. Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados entre idosos de um município do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 2, p.639-646, 2018.

SOEGAARD, H.J.; PEDERSEN, P. Prevalence of Common Mental Disorders among Incident Individuals on Long-Term Sickness Absence When Compensating for Non-Participation. **Psychology**, v. 3, n.9, p. 818-824, 2012.

SWETS, J. A. et al. Assesment of Diagnostic Technologies. *Science*, v. 205, p. 753–759, 1979.

UNITED STATE DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. **Physical activity and Health: A Report of the Surgeon General**. Atlanta: Department of Health and Human Services. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, 1996.

VALLE, Estevão Alves et al. Estudo de base populacional dos fatores associados ao desempenho no Mini Exame do Estado Mental entre idosos: Projeto Bambuí. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 4, p.918-926, 2009.

VARGAS, Pedro Carazo. Actividad física y capacidad funcional en el adulto mayor: El taekwondo como alternativa de mejoramiento. **Revista educación**, v. 25, n. 2, p. 125-135, 2001.

VERAS, Renato. Modelos contemporâneos no cuidado à saúde: novos desafios em decorrência da mudança do perfil epidemiológico da população brasileira. **Revista Us**. n. 51, p.72-85, 2001.

VERAS, R. P.; MURPHY, E. The ageing of the third world: tackling the problems of community surveys. Part I. Brazil a young country grows old. **Int J Geriatric Psychiatry**, v. 6, p. 619-627, 2005.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev. Saúde Pública**. v. 43, n. 3, p. 548-54., 2009.

VERBRUGGE, L. M.; JETTE, A. M. The disablement process. **Social Science &**

Medicine, v. 38, n. 1, p. 1-14. 1994.

WEICH, S.; LEWIS, G. Poverty, unemployment and common mental disorders: population based study. **British Medical Journal**, v. 317, p. 115-119, 1998.

WHITEFORD, Harvey A. et al. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the global burden of disease Study 2010. **Lancet**, v. 382, n. 9904, p. 1575-1586, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Women, Ageing and health. Achieving health across the life span**. Geneva. 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)**. Geneva, 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World health report, Mental Health: new understanding, new hope**. Geneva, 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Reducing stigma and discrimination against older people with mental disorders**. Geneva 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The World Health Report 2001. Mental health: new understanding**. 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Gender in Mental Health Research**. Geneva, Switzerland, 2004. Disponível em: <<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43084/9241592532.pdf?sequence=1&ua=1>>. Acesso em 15 de Setembro de 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Mental Health Action Plan 2013-2020**. Geneva: WHO; 2013. Disponível em: <<http://apps.who.int/iris/>>. Acesso em 20 de Setembro de 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **What is Mental Health?** 2013. Disponível em: <<http://www.who.int/features/qa/62/en/>>. Acesso em 20 de Setembro de 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Mental disorders**. April, 2018. Disponível em: <<http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>>. Acesso em 25 de Setembro de 2018.

YIMAM, K.; KEBEDE, Y.; AZALE, T. Prevalence of Common Mental Disorders and Associated Factors among Adults in Kombolcha Town, Northeast Ethiopia. **J Depress Anxiety**, v.1, n. 7, 2014.

ZAITUNE Maria Paula do Amaral et al. Fatores associados ao sedentarismo no lazer em idosos, Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 6, p.1329-1338, 2007.

APÊNCIDE A

ARTIGO 1:

Prevalência dos Transtornos Mentais Comuns e sua associação com a incapacidade funcional em idosos

Resumo:

A literatura disponível sobre o processo de envelhecimento frente aos aspectos físicos e de saúde mental ainda é insuficiente e o crescimento dessa população reivindica mais estímulo a realização de pesquisas sobre essa temática visando subsidiar novos caminhos de cuidado de acordo com a necessidade dos idosos. Assim, o objetivo do estudo é analisar a relação dos Transtornos mentais comuns com a incapacidade funcional em idosos residentes do município de Alcobaça, BA. Para análise dos dados foram utilizados procedimentos da-estatística descritiva (frequência, desvio padrão e média), teste qui-quadrado e análise multivariada (regressão de Poisson) com $p \leq 0,05$. A prevalência de Transtornos mentais comuns foi de 37,2% (IC95%) para ambos os sexos. Após a análise ajustada as variáveis sexo ($p=0,009$), percepção de saúde ($p=,002$), doenças do sistema nervoso ($p=0,045$) e incapacidade funcional (ABVD $p=0,024$ e AIVD $p=0,032$) foram as que apresentaram maior prevalência de TMC. Os achados no presente estudo contribuem para estratégias de prevenção e intervenção para o idoso. Contudo, sugere-se novos estudos para subsidiar ações preventivas e de intervenção para o público idoso nesse contexto.

Palavras-chave: Transtornos Mentais. Incapacidade Funcional. Idoso.

Introdução

A Saúde Mental é um problema de saúde pública em países desenvolvidos e em desenvolvimento (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2001). No decorrer da vida, cerca de uma em cada quatro pessoas, no mundo, desenvolverá algum problema relacionado a saúde mental (GOLIN et al., 2002; DAVID et al., 2006). Nos idosos, um dos principais contribuintes para as desordens mentais são os transtornos mentais (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002; 2004).

Os transtornos mentais não psicóticos possuem grande prevalência na população mundial e contribuem para consideráveis perdas na saúde, representando um dos principais contribuintes para o aumento de morbidade e incapacidade no mundo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017; VIGO; THORNICROFT; ATUN, 2016; ALONSO; CHATTERJI; HE, 2013; SKAPINAKIS et al., 2013).

Dentre os transtornos mentais temos, a soma de sintomas, como ansiedade, insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, depressão, dificuldade de concentração e queixas somáticas, que são denominados como Transtornos Mentais Comuns (TMC) (GOLDBERG; HUXLEY, 1992).

Os TMC podem ser definidos como uma condição de saúde que não preenche a identificação padrão para diagnóstico de depressão e/ou ansiedade de acordo com as classificações do V Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION, 2013) e da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1993), mas apresentam sintomas proeminentes que causam quadros de incapacidade funcional comparável ou até pior do que em condições crônicas já bem estabelecidas (SANTOS, 2002).

A prevalência de TMC é elevada tanto em estudos nacionais (variando de 21,3% (RIBEIRO, et al. 2018) a 44,6% (MATINS, et al. 2016) e internacionais, (variando de 20% na Mombasa, Quênia (HUSAIN, et al. 2016) e 49,5% na Groelândia (LYNGE, et al. 2004). Entre a população idosa a presença de TMC varia de 29,7% em Campinas-SP a 44,6% em Ibicuí-BA (SILVA, et al. 2018). Fatores como sexo feminino (WHO, 2017; SILVA 2018), longevos (ROCHA et al., 2012) renda (ROCHA, et al, 2010) baixa escolaridade (LUCCHESI, et al. 2014; PATELL, et al. 2006), tabagismo (COSTA; LUDERMIR, 2005), doença crônica (JENKINS, et al. 2010; BORIM; BARROS; BOTEGA,

2013) podem aumentar a probabilidade de aparecimento de sintomas de TMC ao longo dos anos.

A exposição a esses sintomas pode repercutir na redução da capacidade de realização das atividades do cotidiano. A perda da independência advinda da incapacidade funcional, podendo acometer o sistema musculoesquelético dificultando a realização das atividades básicas de vida diária (ABVD) (tomar banho, vestir-se, alimentar-se, cuidado com a higiene pessoal, ir ao banheiro, manter-se continente, andar e transferir-se) e das atividades instrumentais de vida diária (AIVD) (administrar medicamentos, preparar refeições, pagar contas, fazer compras, usar de telefone, realizar tarefas domésticas e usar de transporte) (FRONTERA, 2017; AMERICAN OCCUPATIONAL THERAPY ASSOCIATION, 2015).

É fato que no Brasil há estudos epidemiológicos voltados para os TMC em idosos. Contudo, há uma lacuna quando se trata de investigações sobre suas repercussões na incapacidade funcional, mesmo com indicativo de contribuição para incapacidades (SANTOS, 2002; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002; BORIM; BARROS; BOTEGA, 2013).

A literatura disponível sobre o processo de envelhecimento frente aos aspectos físicos e de saúde mental ainda é insuficiente e o crescimento dessa população reivindica mais estímulo a realização de pesquisas sobre essa temática visando subsidiar novos caminhos de cuidado de acordo com a necessidade dos idosos.

Acrescenta-se a esse contexto, a importância da busca de estimativas atualizadas sobre a prevalência dos TMC, uma vez que é um problema de saúde mental com prevalência considerável no público idoso. Dessa forma, o objetivo desse estudo foi verificar a prevalência e associação dos TMC com a incapacidade funcional no idoso.

Metodologia

Trata-se de um estudo observacional, analítico com delineamento transversal de abordagem quantitativa, utilizando o banco de dados do projeto Estudo Longitudinal de Saúde do Idoso de Alcobaça-BA.

Alcobaça está localizada ao Sul do Estado da Bahia, região Nordeste do Brasil. O Índice de Desenvolvimento Humano Médio (IDHM) é de 0,608. A dimensão que mais contribui para o IDHM do município é a longevidade, com índice de 0,771 (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO, 2010). De acordo com o último Censo do IBGE, a população total do município era de 21.319 habitantes, dos quais 2.047 correspondiam as pessoas com 60 anos ou mais, e desses, 1.024 representavam o total de idosos residentes na área urbana do município (DATASUS, 2010).

Todos os 743 idosos, com idade superior a 60 anos, cadastrados nas 10 Estratégias Unidades de Saúde da Família (BRASIL, 2015) na zona urbana do município de Alcobaça, foram convidados para participarem do estudo. Destes, 54 (7,2%) idosos recusaram a participar da pesquisa, 58 (7,8%) foram excluídos por não atenderem aos critérios de inclusão e 158 (21,2%) não foram localizados depois de três tentativas, resultando numa amostra final de 473 (63,6%) sujeitos.

Os critérios de exclusão foram pontuar abaixo de 12 pontos no Mini Exame de Estado Mental segundo critérios de escolaridade (ALMEIDA, 1998), apresentar dificuldade grave na acuidade visual e auditiva; fazer uso de cadeiras de rodas; possuir sequelas graves decorrentes de acidentes vasculares cerebrais com perda localizada de força e estar em estado terminal.

A coleta de dados foi realizada no período de julho a outubro de 2015, mediante a realização de um contato prévio com o secretário de saúde e agentes de saúde do município de Alcobaça, para identificação dos idosos cadastrados nas Estratégias de Saúde da Família. Após a autorização e levantamento dos idosos foram realizados os procedimentos para coleta, que incluiu a aplicação de um questionário multidimensional com informações sociodemográficas, indicadores de saúde e variáveis comportamentais, na forma de entrevista individual, por estudantes e profissionais da área da saúde.

Para análise dos TMC foi utilizado o instrumento *Self Reporting Questionnaire* (SRQ-20), já validado para população idosa no Brasil (SCAZUFCA, et al., 2009). Trata-se de um questionário com 20 questões abordando sintomas físicos e psíquicos, que tem por objetivo identificar casos psiquiátricos não psicóticos. A pontuação varia de 0 (nenhuma probabilidade) a 20 (extrema probabilidade). O ponto de corte adotado

para esse estudo, para a determinação de TMC, baseou-se em outro estudo, onde o ponto de corte foi de cinco ou mais respostas positivas (SCAZUFCA et al., 2009).

Para as questões comportamentais, socioodemográficas e de saúde, foram utilizados os seguintes instrumentos:

- Nível de atividade física (NAF) foi utilizada a versão longa do *International Physical Activity Questionnaire* (IPAQ) (ROSENBERG et al., 2008), adaptado para idosos brasileiros (BENEDETTI; MAZO; BARROS, 2004; BENEDETTI et al., 2007). Esse estudo optou por utilizar o domínio atividade de lazer/recreação, que foi analisada de forma dicotômica, classificando os idosos em ativos (≥ 150 min/sem) e insuficientemente ativos (< 150 min/sem), conforme recomendação da OMS (2010). O ponto de corte adotado foi de ≥ 150 minutos de atividade física moderada ou 75 minutos x 2 de atividade física vigorosa (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010).

- Capacidade dos idosos em executarem suas atividades básicas e instrumentais, foi utilizado o questionário de ABVD pelo Índice de Katz (LINO et al., 2008) que analisa as limitações para realizar atividades de autocuidado como: tomar, banho, vestir-se, alimentar-se, ir ao banheiro, deitar-se e levantar-se da cama, comer e controlar o esfíncter uretral e anal). Adotou-se o ponto de corte de ≥ 1 para idosos considerados com dependência nas ABVD.

Para analisar as AIVD foi utilizada a versão adaptada do Escala de Lawton e Brody (SANTOS; VIRTUOSO JÚNIOR, 2008). Esse questionário aborda questões referentes ao uso de telefone, uso de condução, compras de alimentos, roupas e outras necessidades pessoais, preparo da própria refeição, limpeza e arrumação da casa, manipulação de medicamentos e cuidar das próprias finanças. Ambas as variáveis, ABVD e AIVD, foram analisadas de forma dicotômica, como independente ou dependente, adotando o ponto de corte de ≤ 13 para idosos considerados dependentes nas AIVD.

- Instrumento com características sociodemográficas, indicadores de saúde, percepção da saúde e condições comportamentais. Os dados sociodemográficos referem-se à faixa etária (60-69; >70 anos), sexo (masculino; feminino), estado civil (solteiro/separado/divorciado; casado/vivendo com parceiro; viúvo), situação ocupacional (aposentado; trabalho remunerado) e anos de estudo ($<$ de 1 ano; $>$ de 1 ano).

Quanto a percepção de saúde, foi utilizada uma escala da autoavaliação do estado de saúde de estudos internacionais (UNITED STATE DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 1996), onde há quatro categorias. Para o presente estudo, essa escala foi recategorizada em dois níveis: percepção negativa e percepção positiva.

As condições de saúde dos idosos referentes à presença de doenças autorreferidas foram organizadas de acordo com a CID-10, da seguinte forma:

- **Aparelho Circulatório:** problemas cardíacos, hipertensão arterial, AVE/derrame, hipercolesterolemia, circulação, varizes, doença de chagas.
- **Sistema Osteomuscular:** reumatismo/artrite/artrose, dores coluna/lombar, osteoporose, dores musculares.
- **Metabólicas:** diabetes *mellitus*. Hipotireoidismo.
- **Sistema Nervoso:** Enxaqueca.

Quando ao Índice de Massa Corpórea (IMC) foi categorizado em baixo peso, normal, sobrepeso e obesidade. O uso de medicamentos foi analisado referente a quantidade utilizada (nenhum, 1-2 e 3 ou mais). Referente à hospitalização, investigou-se a ocorrência de hospitalização/internação (sim; não). Para as questões comportamentais, as perguntas abordaram o uso de tabaco (sim; não) e bebidas alcoólicas (sim; não). Essas variáveis foram analisadas de forma dicotômica: presença ou ausência de doenças.

Para a análise estatística, as variáveis foram distribuídas em blocos. O primeiro bloco sociodemográfico, foi composto pelas variáveis: faixa etária, sexo, estado civil, situação ocupacional e anos de estudo. O segundo bloco de condições de saúde incluiu: percepção de saúde, presença de doenças autorreferidas do aparelho circulatório, sistema osteomuscular, metabólicas e sistema nervoso, IMC, uso de medicamentos e hospitalizações. O terceiro bloco foi formado pelas variáveis comportamentais: uso de tabaco e bebida alcoólica e o Nível de Atividade Física no Lazer. O quarto e último bloco foi formado pelas ABVD e AIVD.

Para análise dos dados foi criado um banco no aplicativo Epidata versão 3.1, para implementação do processo de validação por dupla entrada (digitação). Em

seguida o banco foi importado para o programa *software SPSS® Statistics 21.0* para a realização das análises exploratórias e inferencial.

Para a análise estatística, as variáveis foram distribuídas em sociodemográficas (bloco 1), indicadores clínicos e de saúde (bloco 2), comportamentais (bloco 3) e limitações na capacidade funcional (bloco 4).

Para a caracterização da amostra foram utilizadas estatísticas descritivas (frequência, desvio padrão e média). A comparação da distribuição das variáveis sociodemográficas, de saúde, clínicas, comportamentais e capacidade funcional segundo indicativo de TMC foi realizada através do teste qui-quadrado.

Após essa análise inicial, todas as variáveis que apresentaram o valor de $p \leq 0,05$ foram submetidas ao Teste de qui-quadrado de Pearson para serem calculadas as razões de prevalência (RP) e Intervalos de Confiança a 95%. As variáveis por blocos, que apresentaram $p \leq 0,20$ foram candidatas a análise ajustada, através do teste de regressão de *Poisson* com variância robusta.

De acordo com os princípios éticos preconizados pela Resolução n°. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, esse projeto foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro e aprovado sob o parecer n° 966.983/2015. Todos os idosos que participaram do projeto assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados

Entre os 473 sujeitos entrevistados, a prevalência de TMC foi de 37,2% (IC95%). Sendo mais acentuada em mulheres (44,6%), mais longevos (40,6%), viúvos (47,7%), entre os sem trabalho remunerado (39,8%), com menor anos de estudo (44,4%) (Tabela 1).

Quanto aos indicadores clínicos e de saúde, 39,1% dos idosos com TMC referiram apresentar algum problema de saúde. Idosos com morbidades do sistema nervoso (77,3%), obesos (48,0%), que faziam uso de 3 medicamentos ou mais (46,4%), com histórico de hospitalização no último ano (51,3%), percepção negativa de saúde (47,0%) foram os que apresentaram os maiores escores associados ao TMC (Tabela 1).

Foi observado que os idosos que relataram algum problema de saúde (39,1%) e aqueles com morbidades do sistema nervoso, obesos, com histórico de hospitalização no último ano, que faziam uso de três ou mais medicamentos e tinham uma percepção mais pessimista do estado de saúde apresentaram maior probabilidade de acometimento por TMC.

Referente a associação entre idosos com TMC e o uso do tabaco, da bebida alcoólica e o Nível de Atividade Física, constatou-se que nenhuma das três variáveis apresentou associação com os TMC (Tabela1).

Na análise bivariada foi identificada associação entre TMC com as ABVDs e AIVDs (Tabela 01).

Tabela 1- Distribuição da associação entre TMC e as variáveis sociodemográficas, indicadores de saúde, variáveis comportamentais e limitações na capacidade funcional. Alcobaça-BA, 2015.

Variável	Sem TMC n (%)	Com TMC (n %)	Valor de p
Sexo			
Masculino	133 (75,1%)	44 (24,9%)	0,001
Feminino	164 (55,4%)	132 (44,6%)	
Faixa etária			
60 a 69 anos	171 (65,5%)	90 (34,5%)	0,173
Mais de 70 anos	126 (59,6%)	86 (40,6%)	
Estado Civil			
Solteiro/divorciado/ Separado (a)	81 (64,8%)	44 (35,2%)	0,014
Casado (a)	147 (67,7%)	70 (32,3%)	
Viúvo (a)	68 (52,3%)	62 (47,7%)	
Ocupação			
Trabalho remunerado	78 (71,6%)	31 (28,4%)	0,031
Sem trabalho remunerado	219 (60,2%)	145 (39,8%)	
Anos de estudo			
≤ 1 ano	55,6% (96)	44,4% (95)	0,010
>1 ano	196 (67,4%)	95 (32,6%)	
Percepção de Saúde			
Positiva	137 (79,7%)	35 (20,3%)	0,001
Negativa	159 (53,0%)	141 (47,0%)	
Doenças do Aparelho circulatório			
Não	92 (76,0%)	29 (24,0%)	0,001
Sim	205 (58,2%)	147 (41,8%)	
Doenças Osteomuscular			
Não	183 (73,8%)	65 (26,2%)	0,001
Sim	114 (50,7%)	111 (49,3%)	
Doenças do Sistema Metabólico			
Não	239 (65,8%)	124 (34,2%)	0,013
Sim	58 (52,7%)	52 (47,3%)	
Doenças do Sistema Nervoso			
Não	292 (64,7%)	159 (35,3%)	0,001
Sim	5 (22,7%)	17 (77,3%)	
IMC			
Baixo Peso	7 (63,6%)	4 (36,4%)	

	Normal	106 (68,4%)	49 (31,6%)	0,038
	Sobrepeso	114 (64,8%)	49 (31,6%)	
	Obeso	64 (52,0%)	59 (48,0%)	
Medicamentos				
	Nenhum	73 (73,7%)	26 (26,3%)	0,001
	1 a 2	113 (67,7%)	54 (32,3%)	0,001
	3 ou mais	111 (53,6%)	96 (46,4%)	
Hospitalização				
	Não	258 (65,6%)	135 (34,4%)	0,004
	Sim	39 (48,8%)	41 (51,3%)	
Tabagismo				
	Não	258 (61,9%)	159 (38,1%)	0,259
	Sim	39 (69,6%)	17 (30,4%)	
Uso de bebida alcoólica				
	Não	238 (61,8%)	147 (38,2%)	0,360
	Sim	59 (67,0%)	29 (33,0%)	
Atividade Física no Lazer				
	Insuficientemente ativo	55 (69,6%)	24 (30,4%)	0,169
	Suficientemente ativo	242 (61,4%)	152 (38,6%)	
ABVD				
	Independentes	251 (68,6%)	115 (31,4%)	< 0,000
	Dependentes	46 (43,0%)	61 (57,0%)	
AIVD				
	Independentes	105 (35,4%)	30 (17%)	< 0,000
	Dependentes	192 (64,6%)	146 (83%)	

Fonte: Dos Autores, 2019

Após a análise multivariada as variáveis sexo, percepção de saúde, doenças do sistema nervoso e incapacidade funcional mantiveram-se associadas aos TMC.

Tabela 2- Razão de prevalência (RP) bruta e multivariável de acordo com a associação ao TMC. Alcobaça-BA, 2015.

Variável	RP e IC _{Bruta}	Valor de p	RP e IC _{Ajustada}	Valor de p
Sexo				
Masculino	1	0,001	1	0,009
Feminino	1,79 (1,27-2,52)		1,63(1,12-2,55)	
Faixa etária				
60 a 69 anos	1	0,281		
Mais de 70 anos	1,17(0,87-1,57)			
Estado Civil				
Solteiro/divorciado/ Separado (a)	1	0,069	1	
Casado (a)	0,91 (0,62- 1,33)		1,01(0,69-1,49)	0,704
Viúvo (a)	1,35 (0,92- 0,19)		1,16(0,78-1,73)	
Ocupação				
Trabalho remunerado	1	0,089		0,529
Sem trabalho remunerado	1,40 (0,95-2,06)		1,14(0,76-1,71)	
Anos de estudo				
>1 ano	1	0,042	1	0,188
≤ 1 ano	0,73(0,54-0,98)		0,81(0,59-1,10)	
Percepção de Saúde				
Positiva	1	<0,000	1	0,002
Negativa	2,31(1,59-3,34)		1,82(1,23-2,69)	

Doenças do Aparelho circulatório				
Não	1	0,006	1	0,448
Sim	1,74(1,17-2,59)		1,22(0,72-2,05)	
Doenças Osteomuscular				
Não	1	<0,000	1	0,119
Sim	1,88(1,38-2,55)		1,30(0,93-1,82)	
Doenças do Sistema Metabólico				
Não	1	0,049	1	0,812
Sim	1,38(1,00-1,91)		1,04(0,73-1,48)	
Doenças do Sistema Nervoso				
Não	1	0,0002	1	0,045
Sim	2,19(1,32-3,61)		1,69(1,01-2,84)	
IMC				
Baixo Peso	1		1	
Normal	0,86(0,31-2,40)		0,88(0,31-2,47)	
Sobrepeso	0,96(0,35-2,66)	0,156	0,96(0,34-2,66)	0,862
Obeso	1,31(0,47-3,63)		1,05(0,37-2,93)	

Fonte: Dos Autores, 2019

Tabela 2- Razão de prevalência (RP) bruta e multivariável de acordo com a associação ao TMC. Alcobaça-BA, 2015.

Variável	RP e IC Bruta	Valor de p	RP e IC Ajustada	Valor de p
Medicamentos				
Nenhum	1		1	
1 a 2	1,23(0,77-1,96)	0,013	0,93(0,53-1,61)	0,900
3 ou mais	1,76(1,14-2,72)		1,00(0,56-1,79)	
Hospitalização				
Não	1	0,025	1	0,107
Sim	1,49(1,05-2,11)		1,34(0,93-1,94)	
Tabagismo				
Não	1	0,372		
Sim	0,79(0,48-1,31)			
Uso de bebida alcoólica				
Não	1,15(0,77-1,72)	0,469		
Sim	1			
Atividade Física no Lazer				
Insuficientemente ativo	1	0,277		
Suficientemente ativo	1,27(0,82-1,95)			
ABVD				
Independentes	1	<0,000	1	
Dependentes	1,81(1,33-2,47)		1,46(1,05-2,04)	0,024
AIVD				
Independentes	1	<0,000	1	
Dependentes	1,95(1,39-2,73)		1,44(1,03-2,02)	0,032

Fontes: Dos Autores, 2019

DISCUSSÃO

Estudos de transtornos mentais não psicóticos e não direcionados a demência, quando associados a funcionalidade do idoso são escassos. Dessa forma, o presente estudo fornece informações quanto a prevalência dos TMC e sua associação com a incapacidade funcional em uma amostra populacional de idosos brasileiros, de ambos os sexos e não institucionalizados.

Os resultados do presente estudos mostraram que a prevalência de TMC foi elevada, aproximadamente 1 em cada 4 idosos apresentaram TMC. Investigações conduzidas no Brasil mostraram resultados divergentes, variando entre 26,4% em Fortaleza-CE (COELHO FILHO; RAMOS, 1999), 29,7% em Campinas-SP (BORIM; BARROS BOTEGA, 2013), 32,1 % Feira de Santana-BA (ROCHA, et al., 2010), 44,6% em Ibiaí-MG (MARTINS et al., 2016) e 55,8% (SILVA et al., 2018). Essa variação nos resultados nacionais podem ser advindas das regiões estudadas e dos pontos de corte diferentes (5/7) (Silva, et al. 2018; Rocha, et al. 2012)

A prevalência da população mundial, segundo uma revisão sistemática e meta-análise, do período de 1980 a 2013 com 174 artigos, sobre os TMC, foi 37,2%, achado igual aos estudos do Brasil (STEEL, et al., 2014). Em estudos com idosos, os valores similares aos estudos nacionais, 26% na China, (LIU,1997), 32, 4% na Etiópia (YIMAM; KEBEDE; AZALE, 2014), e 51,8% na Dinamarca (SOEGAARD; PEDERSEN, 2012).

Esses dados confirmam a necessidade de ações de saúde mental a nível nacional e mundial que sejam efetivas para o público idoso. Uma vez que, estima-se que em 2060, 1 em cada 4 brasileiros terá mais de 65 anos de idade (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2013). O que reforça a importância de enfatizar Políticas de Saúde que assegurem um envelhecimento com qualidade de vida, com ações focadas na saúde mental e profissionais aptos a reconhecer e tratar os TMC (PATELL; KLEINMAN, 2003).

Nesse estudo as variáveis sexo, percepção de saúde, doenças do sistema nervoso e incapacidade funcional foram as que apresentaram maior prevalência dos TMC após a análise ajustada.

É possível observar similaridade entre os achados, tanto nacionais (ROCHA et al., 2012; ARAGÃO et al., 2017) quanto internacionais (SOEGAARD; PEDERSEN, 2012; YIMAM; KEBEDE; AZALE, 2014) quanto a prevalência de acordo com o sexo. Indivíduos do sexo feminino tiveram um percentual maior quando comparados aos do sexo masculino. Nesse estudo, a porcentagem equivale a 44,6%, porém, em outros

estudos os valores chegam a variar de 34,3% (McMANUS et al., 2009) a 66, 9% (SILVA et al., 2018).

Esses resultados podem ser explicados pelo pressuposto de que sintomas indicativos dos TMC são mais frequentes no sexo feminino (WHO, 2017) e porque as mulheres tendem a relatar sua situação de saúde com maior frequência do que os homens (CARMO et al., 2018). Além disso, a presença da sobrecarga na jornada de trabalho formal e atividades domésticas, a responsabilidade no cuidado e educação dos filhos, a desvalorização e violência podem contribuir para o cansaço, estresse, sofrimento e conflitos. Ressalta-se que as mulheres suportam uma carga mais acentuada de doenças crônicas, que contribui para um maior declínio funcional (LUCCHESI et al., 2014; ROCHA et al., 2012; MARTINS et al., 2016; ROCHA et al., 2010; SILVA et al., 2018; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998; BARRETO et al., 2004).

Quanto a percepção da saúde, o estudo traz uma associação pessimista entre a interpretação do idoso frente ao seu estado de saúde e os TMC, representando 47% do total da amostra ($p < 0,001$), semelhante há outros estudos onde a autoavaliação subjetiva do estado de saúde foi negativo associado aos TMC (PEREIRA; MORITA; BARROS, 2008; BORIM; BARROS BOTEGA, 2013).

Esse fato pode ser explicado pelo processo de envelhecimento vivenciado pelo idoso que vem acompanhado de alterações fisiológicas, funcionais e mentais, que frequentemente são associadas com o aumento do número de doenças e de incapacidades funcionais (LIANG, et al., 2007; DE SALVO, et al., 2009). Sugere-se dessa forma, que a percepção negativa do estado de saúde, que pode estar associada ao fato de envelhecer e não propriamente de ter alguma doença ou incapacidade, parece interferir diretamente na percepção do estado de saúde, concomitantemente contribuindo para os TMC.

Dentre as doenças do estudo (aparelho circulatório, osteomusculares, sistema metabólico e do sistema nervoso), a única que se manteve associada aos TMC foi a do sistema nervoso que engloba a enxaqueca. O achado pode ser explicado pelas condições de sofrimento psíquico gerado pelos TMC. No estudo de Carmo et al. (2018) a prevalência dos TMC foi associada a uma maior porcentagem de sintomas somáticos de dores de cabeça (49,4%).

Stefane et al. (2012) traz que a enxaqueca ocorre por crises repetitivas de dores de cabeça, que podem ocorrer com períodos variados, ou seja, alguns

indivíduos podem ter poucas crises e outros, diversos episódios por mês. Trata-se de uma dor envolvendo metade da cabeça, que piora com a prática de qualquer atividade física, além de náuseas, vômitos e desconforto à luz e sons altos estão frequentemente associados ao episódio da crise.

Observa-se que na literatura ainda não está claro se os TMC podem contribuir de forma significativa para a enxaqueca, ou se a enxaqueca poderá favorecer o aparecimento dos TMC. O que se sabe é que os transtornos possuem um forte impacto sobre a qualidade de vida das pessoas, pois estão associados a várias características crônicas e incapacitantes (WHITEFORD et al., 2013). Sugere-se dessa forma, que esses fatores podem contribuir negativamente para a diminuição e/ou isenção das diversas atividades físicas, mentais e sociais que poderiam ser realizadas pelo público idoso.

A redução da função física é própria do envelhecimento e por vezes limita a capacidade funcional. Mas em alguns casos, além dessa redução, esse processo pode estar associado a comorbidades, que levam a uma perda ainda maior da funcionalidade (GUIMARAES et al., 2004; NOGUEIRA; MIRANDA, 2012). Segundo Botes et al. (2018), quanto mais tempo o indivíduo tem determinada doença, maior será a diminuição da funcionalidade, além dos custos com a saúde.

Nesse estudo foi possível identificar uma associação significativa entre os TMC e a capacidade funcional para as ABVD ($p < 0,024$) e AIVD ($p < 0,032$). Com o avançar dos anos observa-se uma considerável perda de autonomia e independência entre os indivíduos, que pode estar associado ao processo natural (senescência) ou patológico (senilidade) (FORTES-BRUGOS; NERI; CUPERTINO, 2009). Esse estado patológico pode ser estimulado por condições como os acometimentos psíquicos.

A maior prevalência de TMC nos idosos dependentes foi nas AIVD (83%). Tal fato pode ser explicado porque as perdas da funcionalidade começam nas atividades instrumentais, que exigem maior integridade física e cognitiva, para depois afetar as básicas, de forma hierárquica (MILLÁN-CALENTI et al., 2010; SANTOS; PAVARINI, 2011; FREITAS et al., 2012). Sugere-se então que tal achado corrobora com o pensamento de que as perdas da funcionalidade podem estar associadas aos TMC. A incapacidade para realizar as atividades diárias levam ao isolamento social, contribuindo para a possibilidade do aumento dos sintomas dos TMC, como sintomas somáticos, depressivos e ansiosos, dentre outros (BORIM; BARROS BOTEGA, 2013). Sugere-se que quanto mais dependência o idoso possua para realizar essas

atividades essenciais no seu dia-a-dia, maior será a probabilidade de desenvolver os TMC.

O presente estudo reforça a necessidade de estudos nessa temática envolvendo os TMC e a incapacidade funcional, uma vez que, houve associação significativa. Além disso, os escassos estudos na literatura permitem inferir a importância dessa temática para subsidiar ações voltadas para a Saúde Mental e Incapacidade Funcional para um envelhecimento saudável.

A limitações do estudo são referentes ao delineamento transversal, que dificulta o avanço na relação de causa e efeito entre as variáveis; o uso de questionário por meio das medidas de autopercepção que podem subestimar ou superestimar algumas informações encontradas com relação à baixa escolaridade e aspectos motivacionais dos participantes.

Contudo, os avaliadores do estudo passaram por treinamento no intuito de minimizar as interferências motivacionais e até mesmo de sincronizar as explicações durante a entrevista às possíveis dúvidas dos entrevistados em face da variação de escolaridade. A temática do estudo, até o presente momento representar uma lacuna existente tanto em estudos nacionais quanto internacionais, o que contribui para novos estudos afim de subsidiar ações de saúde para população idosa.

Conclusão

A prevalência dos TMC em idosos apresentou valores de prevalência significativos em idosos associando-se ao sexo feminino, má percepção da saúde, doenças do sistema nervoso e com a incapacidade funcional. Contudo, sugere-se novos estudos para subsidiar ações preventivas e de intervenção para o público idoso nesse contexto.

Referências

ALMEIDA, O. P. Mini-exame do estado mental e o diagnóstico de demência no Brasil. **Arq Neuropsiquiatr**, v. 56, n. 3, p. 505-612, 1998.

ALONSO, J.; CHATTERJI, S.; HE, Y. The burdens of mental disorders: global perspectives from the WHO World Mental Health Surveys. **Cambridge University Press**; 2013.

AMERICAN OCCUPATIONAL THERAPY ASSOCIATION. Estrutura da prática da Terapia Ocupacional: domínio & processo. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 26, p. 1-49, 2015.

AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders** - DSM-5. 5th.ed. Washington: American Psychiatric Association, 2013.

ARAGÃO, Ellen Ingrid Souza et al. Distintos padrões de apoio social percebido e sua associação com doenças físicas (hipertensão, diabetes) ou mentais no contexto da atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 7, p.2367-2374, 2017.

BARRETO, S.M.; GIATTI, L.; KALACHE, A. Gender inequalities in health among Brazilian older adults. **Pan American J Pub Health**, v. 16, n. 2, p. 110-117, 2004.

BENEDETTI, T. B.; MAZO, G. Z.; BARROS, M. DE. Aplicação do Questionário Internacional de Atividades Físicas para avaliação do nível de atividades físicas de mulheres idosas: validade concorrente e reprodutibilidade teste-reteste. *Revista Brasileira de Ciência e Movimento*, [Brasília]. v. 12, n. 1, p. 25–34, 2004.

BENEDETTI, T. R. B; ANTUNES, P. DE C; RODRIGUEZ-AÑEZ, C. R; MAZO, G. Z; PETROSKI, E. L. Reprodutibilidade e validade do Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ) em homens idosos. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, São Paulo, 13 (1): 11–6, 2007.

BORIM, Flávia Silva Arbex; BARROS, Marilisa Berti de Azevedo; BOTEGA, Neury José. Transtorno mental comum na população idosa: pesquisa de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 7, p.1415-1426, 2013.

BOTES, Riaan et al. Relative contribution of various chronic diseases and multi-morbidity to potential disability among Dutch elderly. **BMC Health Services Research**, v. 18, n. 24, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES.2015. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/equipeba.def>. Acesso em 24/01/2019.

CARMO, Maria B. Barreto et al. Screening for common mental disorders using the SRQ-20 in Brazil: what are the alternative strategies for analysis? **Revista Brasileira de Psiquiatria**. v. 40, n. 115–122, 2018.

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

COSTA, A. G.; LUDERMIR, A. B. Transtornos mentais comuns e apoio social: estudo em comunidade rural da Zona da Mata de Pernambuco, Brasil. **Cad Saude Publica**, v. 21, p. 73-79, 2005.

DE SALVO, K.B. et al. Health care expenditure prediction with a single item, self-rated health measure. **Med Care**, v. 47, p. 440-447, 2009.

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. **J Psychiatric Res**, v. 12, p. 189-198, 1975.

FREITAS, Roberta Souza et al. Capacidade funcional e fatores associados em idosos: estudo populacional. **Acta Paul Enferm**, v. 25, n.6, p. 933-939, 2012.

FRONTERA, Walter R. Physiologic changes of the musculoskeletal system with aging: a brief Review. **Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America**, v. 28, n 4, p. 705-711, 2017.

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

GONÇALVES, Daniel Maffasioli; STEIN, Airton Tetelbon; KAPCZINSKI, Flavio. Avaliação de desempenho do Self-Reporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 2, p.380-390, 2008.

GUIMARAES, Laiz Helena de Castro Toledo et al. Avaliação da capacidade funcional de idosos em tratamento fisioterapêutico. **Revista Neurociências**. São Paulo, v. 12, n. 3, 2004.

INGE, Lynge et al. Common mental disorders among patients in primary health care in Greenland. **Journal International of Circumpolar Health**, v. 63, p. 377-383, 2004.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Projeção da População por Sexo e Idade: 2000 – 2060**. Revisão 2013. Disponível em: <https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2013/default.shtm>. Acesso em 19/10/2018.

JENKINS, R. et al. Common mental disorders and risk factors in urban Tanzania. **Int J Environ Res Public Health**. v. 7, n. 6, p. 2543-2558, 2010.

KATZ, Sidney et al. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. **JAMA**, v.185, n. 12, p. 914-919, 1963.

LAWTON, M.P.; BRODY, E. M. Assessment of Older People: Self Maintaining and Instrumental Activities of Daily Living. **Gerontologist**, v.9, p. 179-186, 1969.

LIANG, J. et al. Interwining courses of functional status and subjective health among older Japanese. **J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci**, v. 62, p. 340-348, 2007.

LINO, V. T. S. et al. Cross-cultural adaptation of the Independence in Activities of Daily Living Index (Katz Index). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 1, p. 103–112, 2008.

- LIU, C. Y. Depressive disorders among older residents in a Chinese rural community. **Psychol Med**, v. 27, n. 4, 1997.
- LUCCHESI, R. et al. Prevalência de transtorno mental comum na atenção primária. **Acta Paul de Enferm**, v. 27, n. 3, p. 200-207, 2014.
- MARI, J. J.; WILLIAMS, P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo. **Br J Psychiatry**, v. 148, p. 23-26, 1986.
- MARTINS, Ana Maria Eleutério de Barros Lima et al. Associação entre transtornos mentais comuns e condições subjetivas de saúde entre idosos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21 n. 11 p. 3387-3398, 2016.
- MCMANUS, S. et al. Adult Psychiatric Morbidity in England, 2007: Results of a Household Survey. **Leicester: Department of Health Sciences**, 2009
- MILLÁN-CALENTI, José C. et al. Prevalence of functional disability in activities of daily living (ADL), instrumental activities of daily living (IADL) and associated factors, as predictors of morbidity and mortality. **Arch Gerontol Geriatr**, v. 50, n. 3, p. 306-310, 2010.
- NOGUEIRA, B. M. S.; MIRANDA, M. A. L. Promoção do Envelhecimento Saudável: Avaliando a capacidade funcional dos idosos. **Com. Ciências Saúde**, v. 23, n. 4, p. 313-325, 2012.
- NUSRAT, Husain et al. Prevalence of Common Mental Disorders and its Association with Life Events and Social Support in Mothers Attending a Well-Child Clinic: Findings from Mombasa, Kenya. **SAGE**. V. 6, p. 1-9, 2016.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID-10**. 1993. Disponível em: <www.datasus.gov.br/cid10/v2008/cid10>. Acesso em 12 Setembro de 2018.
- PATELL, Vikram; KLEINMAN, Arthur. Poverty and common mental disorders in developing countries. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 81, n. 3, 2003.
- PATEL Vikram. Risk factors for common mental disorders in women. Population-based longitudinal study. **Br J Psychiatry**, v. 189, p. 547-555, 2006.
- PEREIRA, A. R.; MORITA, M.; BARROS, M. B. A. Transtorno mental comum. In: Barros M. B. A et al. As dimensões da saúde: inquérito populacional em Campinas. São Paulo: **Editora Hucitec**, p. 143-52, 2008.
- PINTO, Lélia Lessa Teixeira et al. Nível de atividade física habitual e transtornos mentais comuns entre idosos residentes em áreas rurais. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 17, n. 4, p.819-828, 2014.
- Melck Kelly Piastrelli Ribeiro Reinaldo José Gianini Moisés Goldbaum Chester Luiz Galvão Cesar. Equidade na cobertura dos gastos com saúde pelo Sistema Único de Saúde de pessoas com indicativos de transtornos mentais comuns no município de São Paulo. *Rev BRas epidemiol.* v. 21, 2018.

ROCHA, Saulo Vasconcelos et al. Prevalência de transtornos mentais comuns entre residentes em áreas urbanas de Feira de Santana, Bahia. **Rev Bras Epidemiol**, v. 13, n. 4, p. 630-640, 2010.

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

ROCHA, Saulo Vasconcelos et al. Prevalência de transtornos mentais comuns entre idosos residentes em município do Nordeste do Brasil. **Rev. salud pública**, v.14, n.4, p.620-629, 2012.

SANTOS, A.A; PAVARINI S.C. Functionality of elderly people with cognitive impairments in different contexts of social vulnerability. **Acta Paul Enferm**, v. 24, n. 4, p. 520-526, 2011.

SANTOS, M. E. S. B. **Transtornos mentais comuns em pacientes com AIDS que fazem uso de anti-retrovirais no Estado de São Paulo, Brasil**. Dissertação (Mestrado). São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2002.

SANTOS, R.L.; VIRTUOSO JÚNIOR, J. S. Confiabilidade da versão Brasileira da Escala de Atividades Instrumentais da vida Diária. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 21, n. 4, p. 290-296, 2008.

SCAZUFCA, Márcia et al. Validity of the self reporting questionnaire – 20 in epidemiological studies with older adults: results from São Paulo ageing & health study. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol**, v. 44, n. 3, p. 247-254, 2009.

SKAPINAKIS, Petros et al. Prevalence and sociodemographic associations of common mental disorders in a nationally representative sample of the general population of Greece. **Bmc Psychiatry**, v. 13, n. 1, p.2-14, 2013.

STEEL, Zachary et al. The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980–2013. **International Journal of Epidemiology**, v. 43, n. 2, p. 476-493, 2014.

STEFANE, Thais et al. Influência de tratamentos para enxaqueca na qualidade de vida: revisão integrativa de literatura. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 65, n. 2, p.353-360, abr. 2012.

SILVA, Paloma Alves dos Santos da et al. Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados entre idosos de um município do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 2, p.639-646, 2018.

SOEGAARD, H.J.; PEDERSEN, P. Prevalence of Common Mental Disorders among Incident Individuals on Long-Term Sickness Absence When Compensating for Non-Participation. **Psychology**, v. 3, n.9, p. 818-824, 2012.

UNITED STATE DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. **Physical activity and Health: A Report of the Surgeon General**. Atlanta: Department of Health and Human Services. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, 1996.

WHITEFORD, Harvey A. et al. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the global burden of disease Study 2010. *Lancet*, v. 382, n. 9904, p. 1575-1586, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Women, Ageing and health. Achieving health across the life span.** Geneva. 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF).** Geneva, 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Reducing stigma and discrimination against older people with mental disorders.** Geneva 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Gender in Mental Health Research.** Geneva, Switzerland, 2004. Disponível em: <<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43084/9241592532.pdf?sequence=1&ua=1>>. Acesso em 15 de Setembro de 2018.

WHO. **Depression and Other Common Mental Disorders.** Geneva: WHO, 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Mental disorders.** April, 2018. Disponível em: <<http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>>. Acesso em 25 de Setembro de 2018.

YIMAM, K.; KEBEDE, Y.; AZALE, T. Prevalence of Common Mental Disorders and Associated Factors among Adults in Kombolcha Town, Northeast Ethiopia. **J Depress Anxiety**, v.1, n. 7, 2014.

APÊNCIDE B

ARTIGO 2

Incapacidade Funcional como fator discriminante para os Transtornos Mentais Comuns em Idosos

Resumo:

O presente estudo teve por objetivo determinar os critério discriminante da incapacidade funcional nos domínios das ABVD e AIVD para os TMC idosos. Trata-se de estudo observacional, analítico com delineamento transversal de abordagem quantitativa, utilizando o banco de dados do projeto Estudo Longitudinal de Saúde do Idoso-ELSIA de Alcobaça-BA. A amostra compreendeu 473 pessoas, de ambos os sexos, com idade ≥ 60 anos. Para coleta das informações foram aplicados questionários abordando questões multidimensional (informações sociodemográficas e indicadores de saúde, incapacidade funcional (ABVD e AIVD) e dos TMC, na forma de entrevista individual. Após esse procedimento foram realizadas a caracterização das variáveis (média e frequência) e posteriormente o teste Qui-quadrado. Os valores de sensibilidade e especificidade, assim como os respectivos pontos de das ABVD e AIVD para a presença de TMC foram identificados por meio das curvas *Receiver Operating Characteristic* (ROC). A incapacidade funcional se mostrou como potencial preditor para os TMC, uma vez que os pontos de corte estabelecidos ≥ 1 (ABVD) e ≤ 11 (AIVD) para os TMC por intermédio da curva ROC permitem elucidar os valores como preditores para o indicativo de TMC em idosos. Assim, é possível indicar que a incapacidade funcional pode predizer a presença de TMC em idosos.

Palavras-chave: Incapacidade Funcional. Transtornos mentais. Idoso.

Introdução

A longevidade é um fenômeno mundial, que é permeado por questões sociais, culturais e epidemiológicas. O público com 80 anos ou mais representa a proporção de maior crescimento nos países do mundo. Contudo, a prevalência de doenças e incapacidades também cresce na mesma proporção (KIRWOOD, 2008; PATRICIO, et al. 2008).

Essas incapacidades interferem diretamente no desempenho das atividades básicas e instrumentais da vida diária do idoso, que somadas fazem referência a capacidade funcional (RANTANEN, et al. 2002; NAKANO, et al. 2014).

A capacidade Funcional é constituída pela análise do nível de independência para realização das Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD) e das Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD). É um importante indicador do estado de saúde do idoso, pois avalia quesitos amplos e interdisciplinares referentes ao estado de saúde, o que permite verificar as diversas dimensões, condições de saúde, relações sociais, ambiente físico, condições demográficas, socioeconômicas, culturais e psicológicas (PAIXÃO; REICHENHEIM, 2005).

Outro agravante nessa faixa etária, é a maior chance de desenvolver problemas de saúde mental, que por sua vez, interferem diretamente nas incapacidades e mortalidade. O fato do envelhecimento está acompanhado de abandono, isolamento social, incapacidade para retornar as atividades produtivas são contribuintes para o desenvolvimento de transtornos mentais comuns (TMC), que por sua vez, são uns dos principais fatores para desordens mentais nos idosos (WHO, 2002; WHO, 2004).

Esses transtornos, também conhecidos como não psicóticos, são compostos de sintomas, como ansiedade, insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, depressão, dificuldade de concentração e queixas somáticas (GOLDBERG; HUXLEY, 1992; BORIM; BARROS BOTEGA, 2013).

Quanto maior a dependência para realizar as atividades diárias, maior será a possibilidade do aumento dos sintomas dos TMC (BORIM; BARROS BOTEGA, 2013). Assim, tornar se necessário um a investigação para identificação da associação da capacidade funcional sob os TMC. Há escassez de estudos com intuito de verificar os níveis de sensibilidade, especificidade e acurácia da capacidade funcional em detectar sintomas dos TMC.

Tendo em vista o exposto, este estudo teve como objetivo determinar os critérios discriminante da incapacidade funcional nos domínios das ABVD e AIVD para os TMC idosos.

Metodologia

Estudo observacional, analítico com delineamento transversal de abordagem quantitativa, utilizando o banco de dados do projeto Estudo Longitudinal de Saúde do Idoso-ELSIA de Alcobaça-BA.

Todos os 743 idosos, com idade superior a 60 anos, cadastrados na Estratégia de Saúde da Família na zona urbana do município de Alcobaça, foram convidados para participarem do estudo. Destes, 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.

Os Critérios de exclusão Pontuar abaixo de 12 pontos no Mini Exame de Estado Mental, desenvolvido originalmente por Folstein, Folstein e McHugh (1975) e adaptado para população brasileira por Almeida (1998). Apresentar dificuldade grave na acuidade visual e auditiva; uso de cadeiras de rodas; sequelas graves decorrentes de acidentes vasculares cerebrais com perda localizada de força e em estado terminal.

Para coleta das informações foram aplicados questionários abordando questões multidimensional (informações sociodemográficas e indicadores de saúde, capacidade funcional (ABVD e AIVD) e dos TMC, na forma de entrevista individual, realizada por estudantes e profissionais da área da saúde previamente treinados.

Quanto as Características sociodemográficas foi utilizado um questionário estruturado com questões referentes à faixa etária (60-69; >70 anos), ao sexo (masculino; feminino), estado civil (solteiro/separado/divorciado; casado/vivendo com parceiro; viúvo), à situação ocupacional (aposentado; trabalho remunerado) e anos de estudo (< de 1 ano; > de 1 ano).

Para as estimativas da capacidade funcional foram utilizados dois questionários, um para as ABVD, foi utilizado a Escala de Katz (1963), validada no Brasil por Lino, et al. (2008), que verifica as limitações para realizar as atividades de autocuidado como: tomar, banho, vestir-se, alimentar-se, ir ao banheiro, deitar e

levantar-se da cama, comer e controlar os esfíncteres uretral e anal (LINO et al., 2008).

E para as AIVD, utilizando a Escala de Lawton e Brody (1969) adaptada para o Brasil (SANTOS; VIRTUOSO JÚNIOR, 2008). Esse questionário aborda questões referentes ao uso de telefone, uso de condução, compras de alimentos, roupas e outras necessidades pessoais, preparo da própria refeição, limpeza e arrumação da casa, manipulação de medicamentos e cuidar das próprias finanças.

Para análise dos TMC foi utilizado o instrumento *Self Reporting Questionnaire* (SRQ-20), já validado para população idosa (SCAZUFCA, et al., 2009). Trata-se de um instrumento é recomendado pela OMS para estudos realizados na comunidade e na atenção básica à saúde, e devido a sua facilidade de uso e baixo custo é o ideal para países em desenvolvimento como o Brasil (GONÇALVES; STEIN; KAPCZINSKI; 2008).

Trata-se de um questionário com 20 questões abordando sintomas físicos e psíquicos, que tem por objetivo identificar casos psiquiátricos não psicóticos. A pontuação varia de 0 (nenhuma probabilidade) a 20 (extrema probabilidade). O ponto de corte adotado para esse estudo, para determinação de TMC, baseou-se em outros estudos, onde o ponto de corte foi de cinco ou mais respostas positivas (BORIM; BARROS; BOTEGA, 2013; GONÇALVES; STEIN; KAPCZINSKI, 2008; PINTO, et al., 2014; SCAZUFCA, et al., 2009).

As análises estatísticas foram realizadas no programa estatístico MedCalc versão 16.2.1. A caracterização das variáveis foi apresentada em média e frequência. Para comparar a distribuição das variáveis segundo os sexos utilizou-se o teste Qui-quadrado. Os valores de sensibilidade e especificidade, assim como os respectivos pontos de das ABVD e AIVD para a presença de TMC foram identificados por meio das curvas *receiver operating characteristic* (ROC).

Inicialmente, foi identificada a área total sob a curva ROC entre ABVD e posteriormente para as AIVD para a presença dos TMC. Quanto maior a área sob a curva ROC, maior o poder discriminatório da capacidade funcional para a presença de TMC. Utilizou-se intervalo de confiança (IC) a 95%. Na sequência, foram calculadas a sensibilidade e a especificidade, além dos pontos de corte para ABVD e AIVD para a presença de dos TMC.

Foram seguidos os princípios éticos presentes da Resolução nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Os protocolos de pesquisa foram avaliados e aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (Parecer nº. 966/2015). Todos os idosos que participaram do projeto, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados

Entre os 473 sujeitos entrevistados, foram de 285 eram mulheres (62,4%) e 172 homens (37,6%), dos quais representaram uma prevalência de 37,2% para os TMC em ambos os sexos. As demais características da população, conforme a prevalência dos TMC, poderá ser vista na Tabela 1.

Tabela 1- Distribuição da associação entre TMC e as variáveis sociodemográficas, indicadores de saúde. Alcobaça-BA, 2015.

Variável	Sem TMC n(%)	Com TMC (n %)	Valor de p
Sexo			
Masculino	133 (75,1%)	44 (24,9%)	0,001
Feminino	164 (55,4%)	132 (44,6%)	
Faixa etária			
60 a 69 anos	171 (65,5%)	90 (34,5%)	0,173
Mais de 70 anos	126 (59,6%)	86 (40,6%)	
Estado Civil			
Solteiro/divorciado/ Separado (a)	81 (64,8%)	44 (35,2%)	0,014
Casado (a)	147 (67,7%)	70 (32,3%)	
Viúvo (a)	68 (52,3%)	62 (47,7%)	
Ocupação			
Trabalho remunerado	78 (71,6%)	31 (28,4%)	0,031
Sem trabalho remunerado	219 (60,2%)	145 (39,8%)	
Anos de estudo			
≤ 1 ano	55,6% (96)	44,4% (95)	0,010
>1 ano	196 (67,4%)	95 (32,6%)	
Percepção de Saúde			
Positiva	137 (79,7%)	35 (20,3%)	0,001
Negativa	159 (53,0%)	141 (47,0%)	
Doenças do Aparelho circulatorio			
Não	92 (76,0%)	29 (24,0%)	0,001
Sim	205 (58,2%)	147 (41,8%)	
Doenças Osteomuscular			
Não	183 (73,8%)	65 (26,2%)	0,001
Sim	114 (50,7%)	111 (49,3%)	

Doenças do Sistema Metabólico				
	Não	239 (65,8%)	124 (34,2%)	0,013
	Sim	58 (52,7%)	52 (47,3%)	
Doenças do Sistema Nervoso				
	Não	292 (64,7%)	159 (35,3%)	0,001
	Sim	5 (22,7%)	17 (77,3%)	
IMC				
	Baixo Peso	7 (63,6%)	4 (36,4%)	0,038
	Normal	106 (68,4%)	49 (31,6%)	
	Sobrepeso	114 (64,8%)	49 (31,6%)	
	Obeso	64 (52,0%)	59 (48,0%)	
Medicamentos				
	Nenhum	73 (73,7%)	26 (26,3%)	0,001
	1 a 2	113 (67,7%)	54 (32,3%)	
	3 ou mais	111 (53,6%)	96 (46,4%)	
Hospitalização				
	Não	258 (65,6%)	135 (34,4%)	0,004
	Sim	39 (48,8%)	41 (51,3%)	

Fonte: Dos Autores, 2018

Na tabela 2, pode-se observar as áreas sob as curvas ROC com seus respectivos intervalos de confiança, sensibilidade e especificidade para capacidade funcional como fator preditor para os TMC em idosos. Foram construídas curvas ROC para ABVDs e AIVDs. A maior área foi observada para as AIVDs (0,63).

Tabela 2 - Distribuição das áreas sob curva ROC para ABVD e AIVD com preditor dos TMC. Alcobaça-BA, 2015.

	Área sob a curva ROC*	IC 95%	Sensibilidade	Especificidade
ABVD	0,60	0,55-0,64	34,7%	84,5%
AIVD	0,63	0,58-0,67	52,3%	67,3%

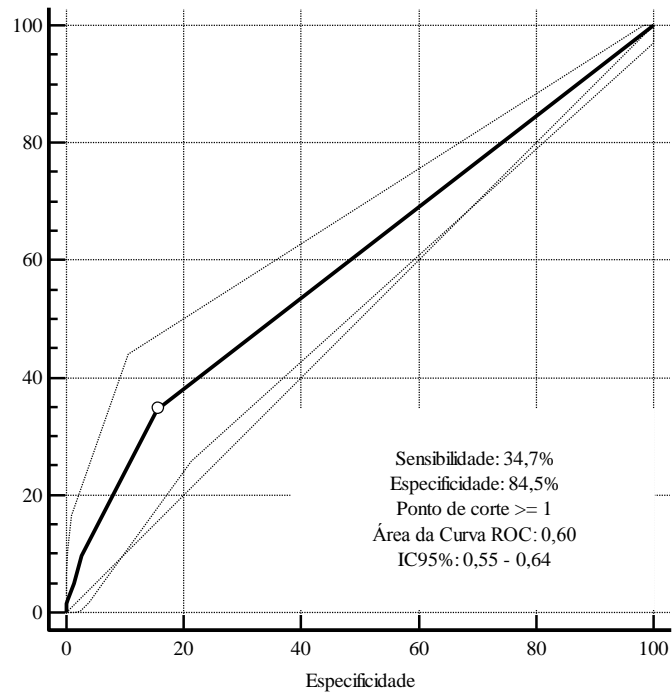
* DELONG; DELONG; CLARKE-PEARSON, 1988.

Fonte: Dos Autores, 2018

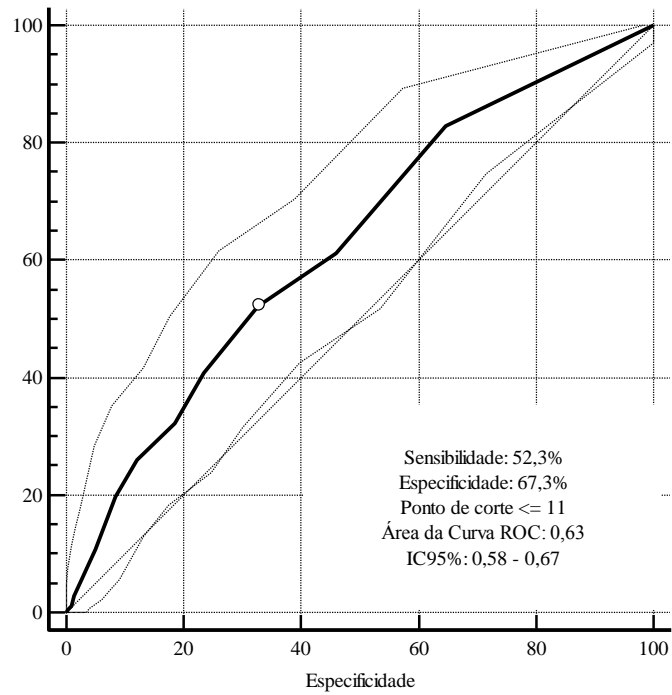
Os pontos de corte das ABVDs e AIVDs como critério discriminante para os TMC podem ser visualizados na Figura 1. Nas ABVDs, o ponto de corte determinado para os TMC foi ≥ 1 e para as AIVDs foi ≤ 11 .

Figura 1- Ponto de corte da Capacidade Funcional como critério discriminante A e B para os TMC em idosos – Alcobaça, BA.

A



B



A) ABVD

B) AIVD

Fonte: Dos Autores, 2018

Discussão

O intuito do estudo foi determinar os respectivos pontos de corte da incapacidade funcional nos domínios das ABVD e AIVD para os TMC idosos. Para atingir tal finalidade foi realizado o teste de curva ROC. Nesse teste é possível identificar qual o valor ideal para ser utilizado na identificação da associação da capacidade funcional sob os TMC.

Sugere-se com bases nos resultados que, o ponto de corte para as ABVD sob os TMC é de ≥ 1 . Ou seja, se o indivíduo apontar dependência para pelo menos uma das questões do questionário de ABVD poderá ser considerado como indicativo para os TMC.

Para as AIVD, no teste de curva de ROC, o ponto de corte foi ≤ 11 pontos, diferente ao utilizado no estudo, menor do que 13 pontos. Assim, sugere-se que, de acordo com o teste de curva ROC, a pontuação mais sensível das AIVD para o indicativo de TMC seria o indivíduo apontar igual a 11 pontos ou menos.

Dessa forma, no presente estudo, utilizou-se o poder potencial do teste para verificar se a incapacidade funcional teria potencialidade preditora para os TMC. Sugere-se que a incapacidade funcional se mostrou como potencial preditor para os TMC, uma vez que os pontos de corte estabelecidos ≥ 1 (ABVD) e ≤ 11 (AIVD) para os TMC por intermédio da curva ROC permitem elucidar os valores como preditores para o indicativo de TMC em idosos. É possível destacar ainda que, as AIVD possuem uma maior área sob a curva ROC (0,63) quando comparada às ABVD (0,60).

É notório na literatura o poder indicativo da incapacidade funcional para o estado de saúde do idosos. Uma vez que, a manutenção eficaz da capacidade funcional estará interligada com a autonomia, a independência física e mental, contribuindo como fator protetor para os TMC (VERAS, 2001). Mas a escassez de recomendações de pontos de corte para capacidade funcional nos TMC dificulta a comparação dos resultados deste estudo.

Contudo, os pontos de corte aqui estabelecidos contribuirão para preencher a lacuna existente na literatura referente a incapacidade funcional nos TMC em idosos. Esses resultados descritos apresentam estimativas de referência para possíveis diagnósticos ou sintomatologia e intervenções populacionais com intuito de preservar a funcionalidade e a saúde mental do idoso.

O presente estudo apresentou limitações quanto ao uso de questionário por meio das medidas de autopercepção que podem subestimar ou superestimar algumas

informações encontradas com relação à baixa escolaridade e aspectos motivacionais dos participantes. Contudo, os avaliadores do estudo passaram por treinamento no intuito de minimizar as interferências motivacionais e até mesmo de sincronizar as explicações durante a entrevista às possíveis dúvidas dos entrevistados em face da variação de escolaridade.

Conclusão

Através dos resultados obtidos no estudo é possível indicar que a incapacidade funcional pode prever a presença de TMC em idosos. Quanto ao ponto de corte necessário para discriminar os TMC, sugere-se ≥ 1 para as ABVD e ≤ 11 para as AIVD.

Referências

ALMEIDA, O. P. Mini-exame do estado mental e o diagnóstico de demência no Brasil. **Arq Neuropsiquiatr**, v. 56, n. 3, p. 505-612, 1998.

BORIM, Flávia Silva Arbex; BARROS, Marilisa Berti de Azevedo; BOTEGA, Neury José. Transtorno mental comum na população idosa: pesquisa de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 7, p.1415-1426, 2013.

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. **J Psychiatric Res**, v. 12, p. 189-198, 1975.

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

GONÇALVES, Daniel Maffasioli; STEIN, Airton Tetelbon; KAPCZINSKI, Flavio. Avaliação de desempenho do Self-Reporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 2, p.380-390, 2008.

KATZ, Sidney et al. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. **JAMA**, v.185, n. 12, p. 914-919, 1963.

KIRKWOOD, T. B. L. A systematic look at an old problem: as life expectancy increases, a systemsbiology approach is needed to ensure that we have a healthy old age. **Nature**, v. 451, n. 7, p. 644-647, 2008.

LAWTON, M.P.; BRODY, E. M. Assessment of Older People: Self Maintaining and Instrumental Activities of Daily Living. **Gerontologist**, v.9, p. 179-186, 1969.

LINO, V. T. S. et al. Cross-cultural adaptation of the Independence in Activities of Daily Living Index (Katz Index). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 1, p. 103–112, 2008.

MARI, J. J.; WILLIAMS, P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo. **Br J Psychiatry**, v. 148, p. 23-26, 1986.

METZ, C.E. **Statistical Analysis of ROC Data in Evaluating Diagnostic Performance. Multiple Regression Analysis: Applications in the Health Sciences**, number 13, edited by Donald E. Herbert and Raymond H. Myers. American Institute of Physics, p.365-384, 1986.

NAKANO, Márcia Mariko et al. Physical Performance, Balance, Mobility, and Muscle Strength Decline at Different Rates in Elderly People. **J. Phys. Ther. Sci**, v. 26, p. 583–586, 2014.

PAIXÃO JUNIOR, Carlos Montes; REICHENHEIM, Michael E. A review of functional status evaluation instruments in the elderly. **Cad Saúde Pública**. v. 21, n. 1, p. 7-19, 2005.

PATRÍCIO, Karina Pavão et al. O segredo da longevidade segundo as percepções dos próprios longevos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 4, p.1189-1198, 2008.

PINTO, Lélia Lessa Teixeira et al. Nível de atividade física habitual e transtornos mentais comuns entre idosos residentes em áreas rurais. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 17, n. 4, p.819-828, 2014.

RANTANEN, Taina et al. Muscle strength as a predictor of onset of ADL dependence in people aged 75 years. **Aging Clin Exp Res**, v. 14, p. 10-15, 2002.

SANTOS, R.L.; VIRTUOSO JÚNIOR, J. S. Confiabilidade da versão Brasileira da Escala de Atividades Instrumentais da vida Diária. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 21, n. 4, p. 290-296, 2008.

SCAZUFCA, Márcia et al. Validity of the self reporting questionnaire – 20 in epidemiological studies with older adults: results from São Paulo ageing & health study. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol**, v. 44, n. 3, p. 247-254, 2009.

SWETS, J. A. et al. Assessement of Diagnostic Technologies. *Science*, v. 205, p. 753–759, 1979.

VERAS, Renato. Modelos contemporâneos no cuidado à saúde: novos desafios em decorrência da mudança do perfil epidemiológico da população brasileira. **Revista Us**. n. 51, p.72-85, 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The World Health Report 2001. Mental health: new understanding.** 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Gender in Mental Health Research.** Geneva, Switzerland, 2004. Disponível em:
<<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43084/9241592532.pdf?sequence=1&ua=1>>. Acesso em 15 de Setembro de 2018.

APÊNDICE C- INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS



Realização



Apoio




LABORATÓRIO MUNICIPAL DE REFERÊNCIA REGIONAL
NOVAFILOSOFIA-REDE LACENTEIXEIRA DE FREITAS/B



ESTUDO LONGITUDINAL DE SAÚDE DO IDOSO DE ALCOBAÇA

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			<p>1 ponto para cada resposta certa.</p> <p>Considere correta até 1h a mais ou a menos em relação à hora real /local</p>
Que dia é hoje do mês?	1		
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 e o(a) Sr(a) irá repeti-las a seguir:			<p>1 ponto para cada palavra repetida na primeira tentativa e (0) para resposta errada.</p> <p>Repita até as 3 palavras serem entendidas ou no máximo de 5 tentativas.</p>
Carro, vaso, tijolo	3		
Atenção e Cálculo: subtração de setes seriadamente			<p>Considere 1 ponto para cada resultado correto.</p> <p>Considere correto se o examinado espontaneamente se autocorrigir.</p>
100 – 7 = 93	1		
93 – 7 = 86	1		
86 – 7 = 79	1		
79 – 7 = 72	1		
72 – 7 = 65	1		
Evocação: Quais as três palavras ditas anteriormente			<p>1 ponto para cada uma das palavras evocadas corretamente</p>
Carro, vaso, tijolo	3		
Linguagem			<p>1 ponto para cada resposta certa</p> <p>1 ponto para cada etapa correta. Se o sujeito pedir ajuda no meio da tarefa não dê dicas.</p> <p>1 ponto se correto. Não auxilie se pedir ajuda ou se só ler a frase sem realizar o comando</p> <p>1 ponto se correto.</p> <p>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</p> <p>Considere apenas se houver 2 pentágonos interseccionados (10 ângulos) formando uma figura de quatro lados ou com dois ângulos</p>
Nomear um relógio	1		
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		
Ler e obedecer: mostre a frase escrita “Feche os olhos” e peça para o indivíduo fazer o que está sendo mandado.	1		
Escreva uma frase	1		
Copie o desenho: 	1		
Total	30		<p>Se a pontuação for 11 ou menos, não continue a entrevista.</p>

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] Sim	Aparelho digestivo	⁰ [0] Não ¹ [1] 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] Sim
Varizes	⁰ [0] Não ¹ [1] Sim	Incontinência urinária	⁰ [0] Não ¹ [1] Sim
Doença de Chagas	⁰ [0] Não ¹ [1] Sim	Problemas renais (cálculo renal e infecção urinária)	⁰ [0] Não ¹ [1] Sim
Aparelho respiratório	⁰ [0] Não ¹ [1] 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 (rinite, 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	Infecções 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

8. O(a) Sr(a) faz uso de medicamentos de forma contínua? [entrevistador: considere todos os dias ou de forma regular. Somente considere medicamentos receitados pelo médico ou outro profissional da saúde]

⁰[0] Não ¹[1] Sim

9. Quantos remédios o(a) Sr(a) usa atualmente? [entrevistador: contabilize apenas os medicamentos de uso contínuo, caso não faça uso de medicamentos coloque "0"], _____ (quantidade).

10. Descreva o nome dos medicamentos de uso contínuo:

Nome do medicamento (princípio ativo)	Para qual doença usa este medicamento?

11. O(a) Sr(a) fuma? *[Entrevistador inclua qualquer tipo de cigarro]*

⁰[0] Não, nunca ¹[1] Não, parou há 12 meses ou mais (≥ 12 meses) ²[2] Não, parou há menos de 12 meses ³[3] Sim

12. O(a) Sr(a) já fez uso de bebidas alcoólicas (cerveja, vinho dentre outras) de modo frequente (pelo menos 1 vez por semana)?

⁰[0] Não ¹[1] Sim

13. Ainda faz uso de tais bebidas?

⁰[0] Não ¹[1] Sim, 1 a 2 dias por semana ²[2] Sim, 3 a 4 dias por semana ³[3] Sim, de 5 a 6 dias por semana
⁴[4] Sim, todos os dias (inclusive sábado e domingo) ⁵[5] Não se aplica *[Caso responda não na questão 12]*

IV – ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA (AVD)

Gostaria de perguntar o(a) Sr(a) sobre algumas das atividades da vida diária, coisas que necessitamos 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 esfinteriano 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 prescritos:

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 prescritos.

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] Não 1[1] Sim
16.7. Porque a saúde do(a) Sr(a) é muito ruim para a prática de atividade física.	°[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] Não 1[1] Sim
16.9. Porque o(a) Sr(a) teve experiências desagradáveis com exercícios físicos.	°[0] Não 1[1] Sim
16.10. Porque não existem instalações adequadas perto da sua casa para realizar atividade física.	°[0] Não 1[1] Sim
16.11. Porque o(a) Sr(a) precisa descansar e relaxar no seu tempo livre.	°[0] Não 1[1] Sim
16.12. Porque o(a) Sr(a) é muito preguiçoso(a) ou desmotivado(a).	°[0] Não 1[1] Sim
16.13. Porque o(a) Sr(a) tem medo de se machucar, cair ou prejudicar sua saúde.	°[0] Não 1[1] Sim
16.14. Porque o(a) Sr(a) não gosta de atividade física.	°[0] Não 1[1] Sim
16.15. Porque o(a) Sr(a) não tenho roupas ou equipamentos adequados para realizar atividade física.	°[0] Não 1[1] Sim
16.16. Porque o(a) Sr(a) não consegue dar continuidade ou desiste logo.	°[0] Não 1[1] Sim
16.17. Porque o(a) Sr(a) está muito gordo(a) ou muito magro(a).	°[0] Não 1[1] Sim
16.18. Porque o(a) Sr(a) não tem energia.	°[0] Não 1[1] Sim
16.19. Porque o(a) Sr(a) não acredita que atividade física faça bem.	°[0] Não 1[1] Sim
16.20. Porque o(a) Sr(a) sente falta de segurança no ambiente (violência) para praticar atividade física.	°[0] Não 1[1] Sim
16.21. Porque o clima é desfavorável (chuva, frio, calor) para realizar atividade física.	°[0] Não 1[1] Sim
16.22. Porque o(a) Sr(a) tem incontinência urinária.	°[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] Sim 1[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**.

- 7.12. 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							

- 7.13. 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							

- 7.14. 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							

7.4.3. 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] 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] Não | ¹ [1] Sim |
| 18.2. ... quando o(a) Sr(a) está de mau humor? | °[0] Não | ¹ [1] Sim |
| 18.3. ... quando o(a) Sr(a) está sem tempo? | °[0] Não | ¹ [1] Sim |
| 18.4. ... quando o(a) Sr(a) está com muito frio? | °[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 ² [2] Semanal	¹ [1] Diário ³ [3] Mensal	⁰ [0] ¹ [1] ² [2] ³ [3] ⁴ [4] ⁵ [5] ⁶ [6] ⁷ [7] ⁸ [8] ⁹ [9] ¹⁰ [10]	1 unidade ou 1 fatia média
39.2. Hortaliças (folhosos) cruas	⁰ [0] Não ² [2] Semanal	¹ [1] Diário ³ [3] Mensal	⁰ [0] ¹ [1] ² [2] ³ [3] ⁴ [4] ⁵ [5] ⁶ [6] ⁷ [7] ⁸ [8] ⁹ [9] ¹⁰ [10]	1 prato de sobremesa
39.3. Legumes (não considerar batata, mandioca, cará e inhame)	⁰ [0] Não ² [2] Semanal	¹ [1] Diário ³ [3] Mensal	⁰ [0] ¹ [1] ² [2] ³ [3] ⁴ [4] ⁵ [5] ⁶ [6] ⁷ [7] ⁸ [8] ⁹ [9] ¹⁰ [10]	1/2 prato de sobremesa
39.4. Grãos integrais (arroz integral, aveia, milho, trigo, cevada, centeio)	⁰ [0] Não ² [2] Semanal	¹ [1] Diário ³ [3] Mensal	⁰ [0] ¹ [1] ² [2] ³ [3] ⁴ [4] ⁵ [5] ⁶ [6] ⁷ [7] ⁸ [8] ⁹ [9] ¹⁰ [10]	2 colheres de sopa ou 1 fatia
39.5. Peixe (assados, grelhados, ensopados (moqueca) ou cozidos)	⁰ [0] Não ² [2] Semanal	¹ [1] Diário ³ [3] Mensal	⁰ [0] ¹ [1] ² [2] ³ [3] ⁴ [4] ⁵ [5] ⁶ [6] ⁷ [7] ⁸ [8] ⁹ [9] ¹⁰ [10]	1 unidade média
39.6. Refrigerantes e sucos artificial ou de caixinha (não considerar light e diet)	⁰ [0] Não ² [2] Semanal	¹ [1] Diário ³ [3] Mensal	⁰ [0] ¹ [1] ² [2] ³ [3] ⁴ [4] ⁵ [5] ⁶ [6] ⁷ [7] ⁸ [8] ⁹ [9] ¹⁰ [10]	200 ml

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 ¹[1] Um problema leve ²[2] Um problema razoável ³[3] Um grande problema

50. O(a) Sr(a) tem um(a) parceiro [esposo(a)] ou colega de quarto?

⁰[0] Não (*vá para questão 52 – Qualidade de vida*)

¹[1] Sim, mas em outro quarto ²[2] Sim, mas não na mesma cama ³[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 ¹[1] < 1 vez por semana ²[2] 1 ou 2 vezes por semana ³[3] ≥ 3 vezes por semana

51.2. Longas paradas na respiração enquanto dormia:

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

51.3. Contrações ou puxões nas pernas enquanto o(a) Sr(a) dormia:

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

51.4. Episódios de desorientação ou confusão durante o sono:

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

51.5. Outras alterações (inquietações) enquanto o(a) Sr(a) dorme; por favor, descreva _____

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

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 andar

²[2] Tem problemas leves em andar

³[3] Tem problemas moderados em andar

⁴[4] Tem problemas graves em andar

⁵[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: _____

XIII – AUTOESTIMA

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 Incompleto ¹[1] Primário Incompleto ²[2] Primário completo/Ginasial 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 (considerar todos os banheiros e lavabos com vaso sanitário, ir.)	⁰ [0]	³ [3]	⁷ [7]	¹⁰ [10]	¹⁴ [14]
67.1.2. Empregados domésticos (considerar aqueles que trabalham pelo menos cinco dias por semana)	⁰ [0]	³ [3]	⁷ [7]	¹⁰ [10]	² [2]
67.1.3. Automóveis (considere apenas automóveis de passeio exclusivamente para u.)	⁰ [0]	³ [3]	⁵ [5]	⁸ [8]	¹¹ [11]
67.1.4. Microcomputador (Considerar os computadores de mesa, laptops, notebooks e netbooks; desconsidere tablets, palms ou smartphones)	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 (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	⁰ [0]	² [2]	⁴ [4]	⁶ [6]	⁶ [6]
67.1.8. Lava roupa (tanquinho não deve ser considerado)	⁰ [0]	² [2]	⁴ [4]	⁶ [6]	⁶ [6]
67.1.9. DVD (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)	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 (Não considerar motocicletas usadas exclusivamente para a)	⁰ [0]	¹ [1]	³ [3]	³ [3]	³ [3]
67.1.12. Secadora de roupa (considere aqui também lava roupa com a função de secar)	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

Pontuação da classificação econômica – soma das perguntas 67.1.1 a 67.3.2: []

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 **IMC:** _____ Kg/m²

73. Circunferências:

73.1. Braço: _____ cm **73.2. Cintura:** _____ cm **73.3. Quadril:** _____ cm

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 _____ segundos75.2. Um pé ao lado da metade do outro pé durante 10 segundos: ¹[1] Sim ⁰[0] Não _____ segundos75.3. 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: _____ (n° de repetições em 30 segundos)

81. Força de preensão 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): _____

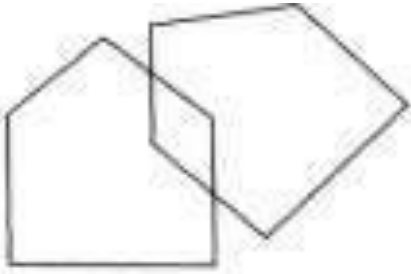
91. PCR (mg/L): _____ 92. Leucócitos (mm³): _____

Entrevistador: _____

Muito Obrigado(a)!

Horário de Término: _____ h _____ min

Desenho



Frase

APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



Ministério da Educação
Universidade Federal do Triângulo Mineiro –
Uberaba – MG Comitê de Ética em Pesquisa - CEP
Rua Madre Maria José, 122 – Abadia - 38025-100-Uberaba-MG

Telefax (0**34)3318-5776 - E-mail:
cep@pesgpg.uftm.edu.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO 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 da saúde ocorrem através de estudos como este, por isso a sua participação é importante. O conhecimento aprofundado da saúde da população de Alcobaça irá auxiliar no desenvolvimento de programas de intervenção para população de risco identificada, contribuindo assim para melhoria das condições de saúde dos idosos. 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. Caso você aceite participar da pesquisa, será realizada uma entrevista onde você responderá um questionário com perguntas sobre seus dados pessoais (idade, escolaridade e situação conjugal), problemas de saúde (presença de doenças, hospitalizações, ocorrência de queda, consumo de tabaco e álcool), sintomas depressivos, atividades do dia-a-dia, e sobre as atividades físicas que realiza durante a semana. Você também irá precisar realizar alguns testes de desempenho físico (sentar e levantar da cadeira, caminhar durante 2 minutos), medir a circunferência da cintura e quadril, medir o peso e da estatura e realizar alguns exames de sangue (para verificar o colesterol, o triglicérides, leucócitos), que será coletada em sua própria residência por uma biomédica, após um período em jejum de 10 horas. Durante o exame de sangue 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.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, APÓS ESCLARECIMENTO

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

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//.....

Assinatura do voluntário ou seu responsável legal

Documento de Identidade

Assinatura do pesquisador responsável

Assinatura do pesquisador orientador

Telefone de contato dos pesquisadores

Jair Sindra Virtuoso Junior: (34) 9105 - 5979

Douglas de Assis Teles Santos: (73) 3263 – 8050 ou (73) 99839187

Em caso de dúvida em relação a esse documento, você pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro pelo telefone (34) 3318-5776

ANEXO A-PARECER DE APROVAÇÃO DO PROJETO JUNTO AO CEP/UFTMUNIVERSIDADE FEDERAL DO
TRIÂNGULO MINEIRO - MG**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA****Título da Pesquisa:** Estudo Longitudinal de Saúde do Idoso de Alcobaga, BA - ELSIA**Pesquisador:** JAIR SINDRA VIRTUOSO JUNIOR**Área Temática:****Versão:** 2**CAAE:** 41401015.0.0000.5154**Instituição Proponente:** Universidade Federal do Triangulo Mineiro**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio**DADOS DO PARECER****Número do Parecer:** 906.983**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)