

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

DANIELA MARTA DA SILVA

**SAÚDE CARDIOVASCULAR IDEAL E SUA RELAÇÃO COM A MORTALIDADE E
SOBREVIDA DE IDOSOS**

UBERABA - MG

2023

DANIELA MARTA DA SILVA

SAÚDE CARDIOVASULAR IDEAL E SUA RELAÇÃO COM A MORTALIDADE E
SOBREVIDA DE IDOSOS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós - Graduação *Stricto Sensu* em Atenção à Saúde, da Universidade Federal do Triângulo Mineiro como requisito 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 – MG

2023

Catálogo na fonte:
Biblioteca da Universidade Federal do Triângulo Mineiro

S579s	<p>Silva, Daniela Marta da Saúde cardiovascular ideal e sua relação com a mortalidade e sobrevida de idosos / Daniela Marta da Silva. -- 2023. 100 p. : tab.</p> <p>Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) -- Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, 2023 Orientador: Prof. Dr. Jair Sindra Virtuoso Júnior</p> <p>1. Saúde do idoso. 2. Doenças cardiovasculares. 3. Epidemiologia. 4. Envelhecimento. I. Virtuoso Júnior, Jair Sindra. II. Universidade Federal do Triângulo Mineiro. III. Título.</p> <p style="text-align: right;">CDU 613.98</p>
-------	---

DANIELA MARTA DA SILVA

SAÚDE CARDIOVASCULAR IDEAL E SUA RELAÇÃO COM A MORTALIDADE E
SOBREVIDA DE IDOSOS

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

Linha de pesquisa: Atenção à saúde das populações.

Eixo temático: Saúde do adulto e do idoso.

Uberaba, 15 de fevereiro de 2023.

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. Jair Sindra Virtuoso Júnior
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Profa. Dra. Jurema Ribeiro Luiz Gonçalves
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Profa. Dra. Cíntia Aparecida Garcia Meneguci
Universidade de Uberaba

Dedico este trabalho a Deus, aos meus pais
Geraldo e Ercília, e a minha irmã Damares Cristina
que tanto me apoiaram nas minhas escolhas e
sempre me ampararam. Esta conquista é nossa!

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela vida, por guiar o meu caminho, me inspirar, fortalecer e abrandar o meu coração nos momentos mais difíceis.

Aos meus pais, Geraldo Magela e Ercília Maria, por seus exemplos de amor, dignidade, honestidade, esforço e dedicação. O caminho que percorri foi difícil e as batalhas que venci devo à Deus e minha mãe que desde o primeiro momento me apoiou e acreditou nos meus sonhos. Ainda, agradeço por suas palavras de incentivo, conforto, ânimo, por ser paciente e compreensiva comigo.

A minha irmã Damares Cristina por ter me incentivado desde o ingresso à graduação em uma universidade federal até a Pós-Graduação *Stricto Sensu* na Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Sei que você não mediu esforço para contribuir com as minhas conquistas. Obrigada por acreditar em mim!

A Verônica Borges Kapel por sua contribuição com conselhos e ensinamentos durante a escrita do meu projeto de pesquisa de ingresso à Pós-Graduação *Stricto Sensu* depositando toda sua experiência sobre a área acadêmica.

A professora Estefânia Maria Soares Pereira, minha tutora durante a época de residência multiprofissional e supervisora do estágio docente propiciando aprendizados e vivências.

Ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Atenção à Saúde da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Aos docentes por todo ensinamento durante o primeiro ano do mestrado. Aos meus colegas de turma, aos secretários e a coordenação do programa sou grata pelo acolhimento durante essa etapa.

Aos contribuintes do Estudo Longitudinal de Saúde do Idoso de Alcobaça (ELSIA), incluindo a equipe da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Alcobaça-BA, os entrevistadores que não mediram esforços e se dedicaram integralmente durante a coleta de dados, bem como os idosos participantes que colaboraram para a concretização do estudo.

Aos professores Jurema Ribeiro Luiz Gonçalves e Joilson Meneguci pela partilha do saber e valiosas considerações com este trabalho no exame de qualificação. A professora Cíntia Garcia que juntamente com a professora Jurema aceitaram participar da banca de defesa da dissertação afim de contribuir com suas experiências na área acadêmica. E ainda, ao Sérgio Zullo por sua contribuição nesse trabalho, pela paciência e todo ensinamento.

Ao professor e orientador Jair Sidra Virtuoso Júnior pelo ensinamento, paciência, compreensão, atenção e sabedoria demonstrada nessa trajetória. Obrigada por ter me acolhido como sua aluna.

Ao Ministério da Educação e a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) pela concessão da bolsa de estudo à alunos de pós graduação à minha gratidão. À agencia de fomento, Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), pelo financiamento do ELSIA.

Por fim, à todas as pessoas que contribuíram diretamente ou indiretamente para a concretização dessa conquista! Muito obrigada!

RESUMO

O envelhecimento populacional é uma tendência mundial. Com o aumento da longevidade as doenças cardiovasculares vem apresentando maior prevalência ocasionando mortalidade e maiores ônus à saúde. Em 2010, a *American Heart Association* introduziu o conceito de saúde cardiovascular ideal, afim de reduzir a carga de doenças cardiovasculares e enfatizar a prevenção primordial. O escore de saúde cardiovascular inclui 7 métricas a saber: tabagismo, atividade física, índice de massa corporal, dieta, colesterol total, pressão arterial, glicemia. Este estudo objetivou avaliar a associação entre saúde cardiovascular ideal e a mortalidade por todas as causas em idosos residentes na zona urbana de Alcobaça, BA. Trata-se de um estudo observacional, analítico, do tipo longitudinal, a partir do “Estudo Longitudinal de Saúde do Idoso de Alcobaça (ELSIA)” e o monitoramento de óbitos no período de 5 anos. Os idosos na baseline do estudo responderam a um questionário estruturado contendo informações sociodemográficas, econômicas e de saúde, função cognitiva, dieta, níveis pressóricos, nível de atividade física, dados antropométricos e exames bioquímicos. Os dados foram tabulados e as análises foram realizadas no software Pacote Estatístico para Ciências Sociais (SPSS), versão 25.0 e o nível de significância adotado foi de 5% ($p < 0,05$). Foram realizados o teste do Qui-quadrado (χ^2), testes *de Log-rank* (Mantel-cox), *Breslow* (Generalized Wilconx) e *Tarone-Ware* e a *Curvas Receiver Operating Characteristic* (ROC) ($p < 0,05$). Foi observada baixa prevalência de saúde cardiovascular ideal em 87,6% da população estudada. Foram identificadas associações entre a métrica individual de atividade física e o status vital ($p = 0,031$), e da estratificação da saúde cardiovascular com o status vital ($p = 0,039$). Foi observado que indivíduos com pontuação abaixo do ponto de corte discriminatório (menor ou igual a 2) possuem maior risco de mortalidade por todas causas. A saúde cardiovascular está associada com a sobrevida e mortalidade em idosos. Os resultados do presente estudo podem servir de subsídio na implementação e aprimoramento de políticas públicas de promoção de saúde cardiovascular ideal visando reduzir a mortalidade prematura.

Palavras-chave: Epidemiologia. Saúde do Idoso. Envelhecimento. Doenças cardiovasculares.

ABSTRACT

Population aging is a global trend. With the increase in longevity, cardiovascular diseases have been more prevalent causing mortality and higher health burdens. In 2010, the American Heart Association introduced the concept of optimal cardiovascular health in order to reduce the burden of cardiovascular disease and emphasize primary prevention. The cardiovascular health score includes 7 metrics namely: smoking, physical activity, body mass index, diet, total cholesterol, blood pressure, blood glucose. This study aimed to evaluate the association between ideal cardiovascular health and all-cause mortality in elderly residents in the urban area of Alcobaça, BA. This is an observational, analytical, longitudinal study based on the “Longitudinal Health Study of the Elderly of Alcobaça (ELSIA)” and the monitoring of deaths over a period of 5 years. The elderly at the baseline of the study answered a structured questionnaire containing sociodemographic, economic and health information, cognitive function, diet, blood pressure levels, physical activity level, anthropometric data and biochemical tests. Data were tabulated and analyzes were performed using the Statistical Package for Social Sciences (SPSS) software, version 25.0, with a significance level of 5% (0.05). The Chi-square (χ^2) test, *Log-rank* (Mantel-cox), *Breslow* (Generalized Wilcoxon) and *Tarone-Ware* tests and *Receiver Operating Characteristic* (ROC) curves ($p < 0.05$) were performed. A low prevalence of ideal cardiovascular health was observed in 87.6% of the studied population. Associations were identified between the individual metric of physical activity and vital status ($p = 0.031$), and the stratification of cardiovascular health with vital status ($p = 0.039$). It was observed that individuals with scores below the discriminatory cutoff point (less than or equal to 2) have a higher risk of mortality from all causes. Optimal cardiovascular health is associated with survival and mortality in the elderly. The results of the present study can serve as support in the implementation and improvement of public policies to promote optimal cardiovascular health in order to reduce premature mortality.

Keywords: Epidemiology. Health of the Elderly. Aging. Cardiovascular Diseases.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Participantes incluídos no estudo, Alcobaça, BA, 2022.....	24
Figura 2 - Curva ROC para mortalidade por todas as causas de acordo com a saúde cardiovascular ideal.....	34
Figura 3 - Curvas de sobrevida previstas para mortalidade por todas as causas pelo nível de saúde cardiovascular ideal, Alcobaça, BA, 2022.....	35

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Descrição das 7 métricas de saúde cardiovascular ideal.....	16
Tabela 2 -	Características sociodemográficas, econômicas e de saúde de acordo com a saúde cardiovascular ideal e o status vital, Alcobaça, BA, 2022....	31
Tabela 3 -	Prevalência das métricas individuais, saúde cardiovascular e status vital, Alcobaça, BA, 2022.....	33
Tabela 4 -	Comparações globais para saúde cardiovascular ruim, intermediária, ideal e mortalidade por todas as causas.....	35
Tabela 5 -	Estimativa da sobrevivência de idosos a partir das métricas de saúde cardiovascular ideal, Alcobaça, BA, 2022.....	36

LISTA DE SIGLAS

AHA	<i>American Heart Association</i>
BA	Bahia
CVH	<i>Cardiovascular Health</i>
COVID 19	<i>Coronavirus disease 2019</i>
DCNT	Doenças Crônicas não Transmissíveis
DCV	Doenças Cardiovasculares
ELSIA	Estudo Longitudinal de Saúde do Idoso
IC95%	Intervalo de Confiança de 95%
IIQ	Intervalo Interquartil
IPAQ	Questionário Internacional de Atividade Física
MEEM	Mini Exame do Estado Mental
SCV	Saúde Cardiovascular
SPSS	<i>Statistical Package for Social Sciences</i>

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	15
1.1	SAÚDE CARDIOVASCULAR IDEAL.....	16
1.2	SAÚDE CARDIOVASCULAR IDEAL, MORTALIDADE E SOBREVIVÊNCIA EM ADULTOS E IDOSOS.....	18
2	JUSTIFICATIVA.....	21
3	OBJETIVOS.....	22
3.1	GERAL.....	22
3.2	ESPECÍFICOS.....	22
4	MATERIAIS E MÉTODOS.....	23
4.1	TIPO E LOCAL DE ESTUDO.....	23
4.2	POPULAÇÃO.....	23
4.2.1	Critérios de inclusão.....	23
4.2.2	Critérios de exclusão.....	23
4.3	AMOSTRA.....	24
4.4	COLETA DE DADOS.....	24
4.5	INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS DE COLETA.....	25
4.5.1	Mini exame do estado mental.....	25
4.5.2	Questionário estruturado.....	25
4.5.3	Questionário internacional de atividade física (IPAQ).....	26
4.5.4	Métricas de saúde cardiovascular ideal.....	26
4.6	VARIÁVEIS DO ESTUDO.....	28
4.7	PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS.....	29
4.8	ASPECTOS ÉTICOS.....	29
5	RESULTADOS.....	31
6	DISCUSSÃO.....	37
7	CONCLUSÃO.....	42
	REFERÊNCIAS.....	43
	ANEXO A – Questionário do ELSIA 2015.....	49
	ANEXO B – Parecer consubstanciado do comitê de ética e pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro.....	71
	ANEXO C – Parecer do comitê de ética 2020.....	72

ANEXO D – Termo de consentimento livre e esclarecimento 2015.....	75
ANEXO E – Termo de consentimento livre, após esclarecimento.....	76

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um fenômeno mundial, caracterizado pelo declínio nas taxas de mortalidade e fecundidade e aumento da expectativa de vida (UNITED NATIONS, 2017). Estima-se que em 2050 haja 426 milhões de indivíduos na faixa etária de 80 anos ou mais (UNITED NATIONS, 2019). Ainda, no Brasil, em 2060 a população com 65 anos ou mais chegará a 25,5% o equivalente a 58,2 milhões de idosos (IBGE, 2019).

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) se destacam como um grave problema de saúde pública, devido ao seu impacto na morbimortalidade e aos maiores gastos com saúde (MALTA *et al.*, 2017). Mundialmente, cerca de 45% das mortes ocorrem devido a esse grupo de doenças, sendo que mais de 17 milhões são causadas por doenças de origem cardiovascular (GBD, 2016).

A doença cardiovascular é a principal causa de mortalidade a nível global. Em 2019, no Brasil, a taxa de incidência de doença cardiovascular padronizada por idade foi de 475 por 100 mil habitantes (GDB, 2019). Ainda, os custos com admissões clínicas por problemas cardiovasculares foram exacerbadas equivalendo a R\$ 9.378.278 (OLIVEIRA *et al.*, 2022).

Dentre as principais razões associadas a incidência de doenças cardiovasculares (DCV), destacam-se a falta de adesão a estilos de vida saudáveis, como a prática regular de atividade física, dieta alimentar e cessação/redução do tabagismo e alcoolismo, controle do peso corporal, pressão arterial, níveis glicêmicos e lipídicos (PRÉCOMA *et al.*, 2019).

O envelhecimento populacional destaca a necessidade de atenção para as DCNT que ocorrem nos idosos em especial as DCV que ocasionam limitações e incapacidades além de propiciar menor qualidade de vida (HIRISCAU *et al.*, 2022; PRINCE *et al.*, 2015).

O controle dos fatores de risco por meio de intervenções de saúde implementadas pelos órgãos governamentais pode prevenir as DCV (MARTINEZ *et al.*, 2020). A prevenção primordial tem sido apontada como essencial na promoção de saúde cardiovascular (SCV) e na redução da mortalidade, já que visa prevenir o desenvolvimento de fatores de risco cardiovascular e contribui com o aumento da expectativa de vida sem deficiências (GAYE *et al.*, 2017).

Em 2010, a *American Heart Association* (AHA) estabeleceu recomendações baseadas em fatores comportamentais e de saúde (ausência/cessação do tabagismo, índice de massa corporal adequado, atividade física moderada a rigorosa, dieta balanceada, colesterol total, pressão arterial e glicemia de jejum em níveis adequados) com o objetivo de melhorar a SCV, bem como reduzir a incidência e mortalidade por DCV (LLOYD-JONES *et al.*, 2010). Dessa forma, estudos evidenciaram a importância do alcance dos fatores em níveis ideais de SCV e seus efeitos sobre os desfechos de saúde (GAYE *et al.*, 2017).

Diante do exposto, considerando o contexto do envelhecimento populacional, a incidência e mortalidade de idosos por DCV, conhecer a prevalência de SCV ideal e sua associação com a sobrevivência e mortalidade de idosos de uma população brasileira é fundamental para subsidiar o direcionamento de políticas públicas no Brasil.

1.1 SAÚDE CARDIOVASCULAR IDEAL

Em 2010, a *American Heart Association* definiu novas metas para a promoção da SCV e prevenção de DCV. Além disso, introduziu o conceito de “Saúde Cardiovascular Ideal” considerando a presença simultânea de quatro comportamentos de saúde (ausência de tabagismo, índice de massa corporal $<25\text{kg/m}^2$, atividade física moderada ou vigorosa, dieta saudável), e três fatores biológicos (colesterol total, níveis pressóricos e glicemia de jejum inferiores aos valores recomendados em indivíduos sem tratamento medicamentoso), descritos na Tabela 1 (LLOYD-JONES *et al.*, 2010).

Tabela 1 - Descrição das 7 métricas de saúde cardiovascular ideal

Crítérios	Níveis considerados ideais
Tabagismo Atual	Nunca ter fumado ou ter parado há mais de 12 meses
Índice de Massa Corporal	$< 25 \text{ kg/m}^2$
Atividade Física	≥ 150 min/sem intensidade moderada ou ≥ 75 min/sem intensidade vigorosa ou combinadas
Escore da Dieta Saudável	4–5 Componentes
Colesterol Total	$< 200\text{mg/dl}^*$
Pressão Arterial	$<120/<80 \text{ mmHg}^*$
Glicemia de Jejum	$< 100 \text{ mg/dl}^*$

Fonte: Lloyd-Jones, 2010

Nota: Os valores foram considerados para adultos com mais de 20 anos de idade.

*Valores sem tratamento medicamentoso.

O alcance de um número maior de métricas de SCV pode prover benefícios aos indivíduos (GUO; ZHANG, 2017). Conforme as métricas de SCV aumentam o risco de mortalidade diminui e ainda, níveis ideais de SCV estão associados ao menor risco de ocorrência de DCV (DONG *et al.*, 2019).

O estado de SCV é definido como ideal na presença de 5 a 7 métricas, intermediária de 3 a 4 métricas e ruim de 0 a 2 métricas, sendo que um perfil intermediário é considerado um fator protetor para doenças de origem cardiovascular (RAMÍREZ-VELEZ *et al.*, 2018). Contudo, alguns pesquisadores utilizaram o escore em uma faixa compreendida de 0 a 14 (MOK *et al.*, 2018).

Diversos estudos vêm identificando a baixa prevalência de SCV ideal na comunidade urbana e rural (MACLAGAN; TU, 2015; YOUNUS *et al.*, 2016; HAN *et al.*, 2021). Como exemplo, em um estudo realizado em 27 cidades do Brasil, observou-se que 3,4% da população apresentou perfil cardiovascular ideal (MATOZINHOS *et al.*, 2017). A baixa prevalência da SCV ideal está associada com a incidência de DCV, sintomatologia depressiva, declínio cognitivo e mortalidade por todas as causas (ESPAÑA-ROMERO *et al.*, 2013; ISIOZOR *et al.*, 2021; MACLAGAN; TU, 2015; SAMIERI *et al.*, 2018).

E ainda, apresentar métricas ideais de SCV ideal apresentam relação positiva com redução da incidência de demência e doenças cerebrovasculares em idosos (CHO *et al.*, 2022). As doenças cerebrovasculares impactam nos custos hospitalares, qualidade de vida e sobrevida. Alcançar níveis ideais pode ser um fator protetor para doenças cerebrovasculares (GAYE *et al.*, 2017).

O estado de SCV pode alternar de acordo com a idade. Indivíduos do sexo masculino e idosos apresentaram frequências mais altas de SCV ruim quando comparados com mulheres e adultos jovens (PENG *et al.*, 2018).

No que tange as métricas de SCV, na população adulta e idosa o tabagismo apresentou maior prevalência de estado ideal (YOUNUS *et al.*, 2016; PENG *et al.*, 2018). A inclusão de políticas governamentais de controle do tabaco pode explicar a baixa prevalência de tabagismo e o alcance dessa métrica de SCV ideal (VIRANI *et al.*, 2020).

Em contrapartida, dentre as métricas de SCV, a dieta é a mais difícil de ser atingida (YOUNUS *et al.*, 2016). A dieta é uma rede de inúmeros fatores envolvendo diversos alimentos e seus nutrientes e ainda, apresenta desafios na precisão de sua medida (LLOYD-JONES *et al.*, 2010).

As recomendações alimentares quando não são contempladas, em especial quando relacionadas aos maus hábitos em destaque ao alto consumo de alimentos ultraprocessados, podem alterar os níveis glicêmicos, índice de massa corporal, colesterol, triglicérides, pressão arterial o que justifica a prevalência de excesso de peso, diabetes, hipertensão arterial sistêmica e dislipidemias (TAYLOR *et al.*, 2010).

Manter estilo de vida saudáveis, como exemplo uma alimentação balanceada, atividade física, não fumar, não ingerir bebida alcóolica ou fazer seu uso limitado são meios importantes para reduzir a carga de doenças e mortalidade (LOEF; WALACH, 2012). Além disso, possuir níveis ideais de índice de massa corporal podem colaborar positivamente no aumento da sobrevida e redução da mortalidade (DEL BRUTTO *et al.*, 2022).

A adesão a hábitos de vida saudável como dieta, prática de exercícios físico, não fumar, não ingerir bebida alcóolica ou fazer seu uso limitado foi associada com o declínio de 40% na mortalidade por todas as causas em uma população chinesa (ZHANG *et al.*, 2021).

O alcance das métricas individuais é de suma importância, pois as evidências disponíveis indicam que menores riscos de DCV e mortalidade por todas as causas estão relacionadas com altos escores de SCV ideal (GUO; ZHANG, 2017).

1.2 SAÚDE CARDIOVASCULAR IDEAL, MORTALIDADE E SOBREVIDA EM ADULTOS E IDOSOS

Diante da realidade em relação a mortalidade por DCV e a origem do conceito de “Saúde Cardiovascular Ideal”, pesquisas vêm sendo publicadas a fim de realçar a prevalência de saúde cardiovascular ideal em diversas populações da zona urbana e rural (MACLAGAN; TU, 2015; YOUNUS *et al.*, 2016; MATOZINHOS *et al.*, 2017; DEL BRUTTO *et al.*, 2022).

Em adultos e idosos de uma zona rural, o controle das métricas de SCV impactam positivamente na redução da mortalidade prematura, em especial para aqueles com cinco métricas ideais (1,23 por 100 pessoas-95% CI: 0,24-2,21) (DEL BRUTTO *et al.*, 2022). Resultados semelhantes foram observados em um estudo longitudinal multicêntrico com indivíduos de ambos os sexos e idosos de uma população urbana (GAYE *et al.*, 2017).

A SCV ideal vêm sendo associada a mortalidade por todas as causas na velhice (GAYE *et al.*, 2017). A presença de SCV ideal foi associada a um risco 45% menor de mortalidade por todas as causas e 75% menor de mortalidade cardiovascular (MICHOS; KHAN, 2021).

Em idosos e muito idosos o status elevado de SCV está relacionado ao menor risco de DCV (YANG *et al.*, 2021). Em contrapartida, indivíduos que têm SCV ruim estão susceptíveis a eventos cardiovasculares e mortalidade por todas as causas (GAYE *et al.*, 2020). Pesquisadores verificaram que indivíduos adultos com 4-7 métricas de SCV tiveram um risco 54% menor de mortalidade por todas as causas quando comparados com aqueles com 0-2 métricas ideais (ZHOU *et al.*, 2018).

O maior alcance das métricas de SCV, ao longo da vida, está associado a melhores desfechos de saúde na terceira idade (SHAH *et al.*, 2015). Estudiosos observaram que o escore alto de SCV ideal é fator de proteção para DCV (MIAO *et al.*, 2015). Indivíduos na meia-idade que possuem SCV ideal ao longo do tempo possui menor risco de DCV e seus subtipos (doença cardíaca coronária, eventos cerebrovasculares,, insuficiência cardíaca congestiva e doença arterial periférica), bem como menor risco de mortalidade por todas as causas na velhice (CORLIN *et al.*, 2020).

De acordo com Dong *et al.* (2019), o alcance de um número maior de métricas de SCV aumenta a sobrevida, reduz o risco de DCV e mortalidade por todas as causas. Cada categoria do escore de SCV foi associada a chances reduzidas de 47% de DCV e cada 1 ponto a mais no escore a chances reduzidas de 18% (MIAO *et al.*, 2015).

Além disso, apresentar níveis intermediários e ideais de SCV foram associadas a menores riscos para desfechos de DCV e mortalidade por todas as causas (HADAEGH *et al.*, 2022). Em um estudo de base populacional, indivíduos adultos com quatro ou mais métricas de SCV apresentaram menores riscos de doença cardiovascular incidente quando comparados com aqueles com zero ou uma métrica de SCV (hazard ratio, 0,29; IC 95% = 0,17, 0,52; $p < 0,001$) (OMMERBORN *et al.*, 2016). Tal, desfecho também foi observado em um estudo realizado com idosos (KIM *et al.*, 2021).

A cada período vivido com SCV intermediária ou ideal foi associado a riscos menores de desfechos cardiometabólicos ou mortalidade por todas as causas (CORLIN *et al.*, 2020).

Isiozor *et al.* (2021) em seu estudo acerca da associação entre SCV ideal e risco de morte súbita cardíaca e mortalidade por todas as causas em indivíduos de meia-idade (42 a 60 anos) observaram que os riscos reduziram conforme o aumento do número de métricas de SCV no intervalo de 2 a 7 métricas. Em idosos, o risco de morte súbita cardíaca reduziu consistentemente com o aumento do alcance das métricas de SCV (KIM *et al.*, 2021).

Nesse sentido, verifica-se que as métricas e o nível de SCV refletem sobre a incidência de DCV, sobrevida e mortalidade por todas as causas (DONG *et al.*, 2019). No entanto, ainda permanece obscuro o ponto de corte discriminatório de SCV ideal para a prevenção da mortalidade por todas as causas.

Além disso, até onde sabemos, os estudos identificaram associações do escore de SCV ideal com a mortalidade por todas as causas, em grandes centros (GAYE, *et.al.*, 2020), na população chinesa (Dong *et. al.* 2019), da América do Norte (GAYE, *et. al.*, 2017) e do Sul (DEL BRUTTO *et al.*, 2022). Ainda não se sabe os efeitos da SCV ideal sobre a mortalidade por todas as causas em uma população idosa e heterogênea da comunidade brasileira.

2 JUSTIFICATIVA

Com o aumento da expectativa de vida as DCNT vêm apresentando maior prevalência, especialmente as DCV (FIGUEIREDO; CECCON; FIGUEIREDO, 2016). As DCV ocasionam incapacidade e limitações ao bem estar dos indivíduos, bem como exercem impacto financeiro relacionados às despesas com tratamento, cuidado e assistência. Além disso, constituem o maior ônus para a saúde no mundo, sendo a principal causa de morte (OMS, 2021).

A prevenção das DCV e o controle dos fatores de risco modificáveis podem ocasionar benefícios à população. O alcance de níveis ideais de SCV é uma estratégia capaz de exercer controle da mortalidade por todas as causas e risco de doenças cardíacas (FANG, 2016).

Ainda que para muitos seja um trabalho árduo o aumento de 1 ponto nas métricas de SCV, pode ocasionar reduções substanciais no risco de DCV e mortalidade geral (GUO; ZHANG, 2017).

Acredita-se que a identificação do nível de SCV, sobrevida e mortalidade de idosos, a possível relação entre essas variáveis, e o ponto de corte discriminatório para a prevenção da mortalidade por todas as causas, possa contribuir para o direcionamento de estratégias, medidas e ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e, consequentemente, na melhora da qualidade de vida de idosos.

E ainda, constata-se a importância de estudos que investiguem a mortalidade e sobrevida de idosos comunitários e quais os fatores relacionados, especialmente a nível de atenção básica, pois os resultados poderão contribuir com o aprimoramento de ações e projetos executados por profissionais habilitados que atuam com ênfase em ações voltadas para a longevidade com qualidade de vida. Além disso, a partir dos resultados do estudo, os gestores de saúde poderão planejar, delinear, deliberar estratégias e ações a serem executadas com a população idosa.

Diante do exposto e problematizando que o alcance de níveis ideais de SCV pode trazer repercussões na qualidade vida do idoso propiciando menores taxas de incidência de DCV e por conseguinte incapacidades ocasionadas pela doença, além da mortalidade, surgiram as seguintes questões de pesquisa: (1) Existe alguma relação entre a SCV ideal e a mortalidade de idosos da zona urbana de Alcobaça-BA? (2) Idosos que possuem alto escore de SCV possuem maior tempo de sobrevida? (3) Quais são os efeitos das classificações de SCV na mortalidade por todas as causas?

3 OBJETIVOS

3.1 GERAL

Avaliar a associação entre saúde cardiovascular ideal e a mortalidade por todas as causas em idosos da zona urbana de Alcobaça, BA.

3.2 ESPECÍFICOS

- I. Caracterizar a população do estudo segundo as variáveis sociodemográficas, econômicas e de saúde.
- II. Analisar a associação entre métricas individuais, escores de saúde cardiovascular e a mortalidade por todas as causas;
- III. Determinar o critério discriminante da saúde cardiovascular sobre a prevenção da mortalidade por todas as causas.
- IV. Comparar os efeitos das classificações da saúde cardiovascular na mortalidade por todas as causas;

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 TIPO E LOCAL DE ESTUDO

Trata-se de um estudo do tipo observacional, analítico e com delineamento longitudinal, a partir do baseline do “Estudo Longitudinal de Saúde do Idoso de Alcobaça (ELSIA)” e o monitoramento de óbitos no período de 5 anos.

4.2 POPULAÇÃO

O município de Alcobaça está localizado no estado da Bahia, Região Nordeste do Brasil. A população está estimada em 22.509 pessoas no ano de 2021 (IBGE, 2021). Segundo o último censo realizado, a população total do município era de 21.271 indivíduos, destes 2.047 com 60 anos ou mais representando 9,6% da população total (IBGE, 2021).

4.2.1 Critérios de inclusão

Participaram do estudo indivíduos com 60 anos ou mais, de ambos os sexos, residentes na área urbana do município e cadastrados na Estratégia de Saúde da Família (ESF) de Alcobaça-BA.

4.2.2 Critérios de exclusão

Foram excluídos do estudo indivíduos em cuidados paliativos, em fase de estado terminal ou comatosos, acamados, cadeirantes, com sequelas de Acidente Vascular Cerebral (AVC) impossibilitados na execução parcial ou total das atividades de vida diária, com doenças mentais, deficiência auditiva, cognitiva e na linguagem, que não permitiam o entendimento, diálogo com o pesquisador e o preenchimento dos instrumentos de coleta, bem como aqueles que não compareceram à coleta de sangue comprometendo a avaliação da glicemia.

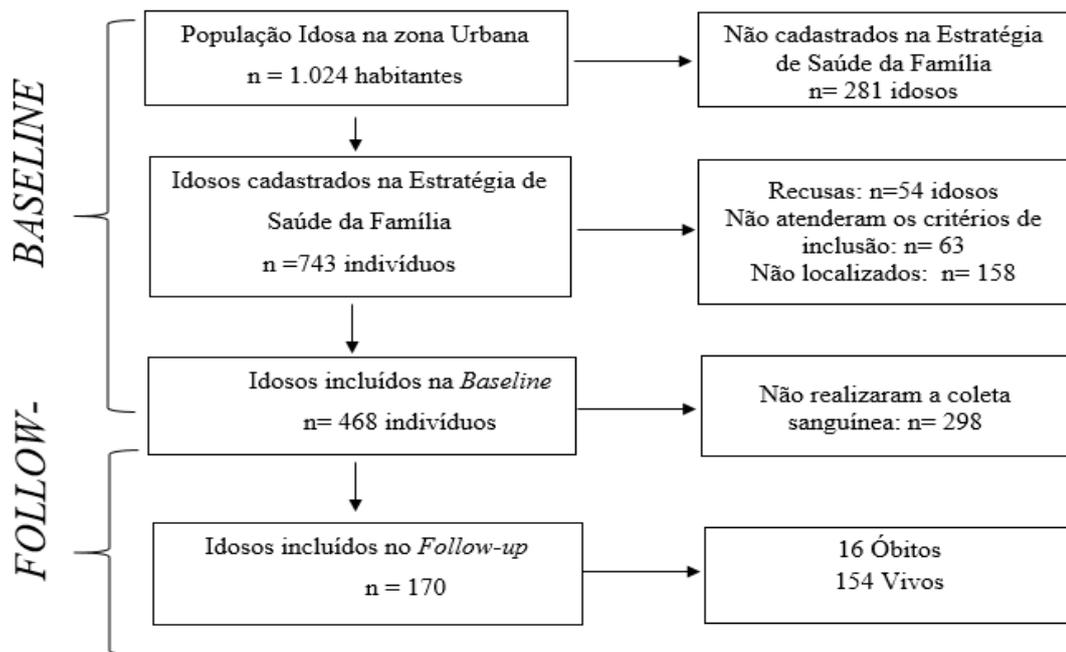
O declínio cognitivo dos idosos foi detectado através do Mini Exame do Estado Mental–MEEM adaptado para população brasileira (BERTOLUCCI *et al.*, 1994) ao apresentar pontuação <12, a deficiência auditiva e de linguagem foram percebidas previamente pelo pesquisador.

4.3 AMOSTRA

O tamanho da amostra foi estabelecido conforme o levantamento de dados na Secretária de Saúde de Alcobaça-BA correspondendo a 743 idosos cadastrados na Estratégia de Saúde da Família e localizados por meio de endereços, números de telefone pessoal ou de familiares obtidos na secretaria de saúde, bem como informações de vizinhos e/ou parentes.

Os idosos, foram convidados a participar do estudo a partir de um termo de esclarecimento e os interessados responderam o questionário da pesquisa correspondendo a 468 idosos. Contudo, dos entrevistados apenas 170 indivíduos foram incluídos no estudo, pois participaram da coleta sanguínea (Figura 1).

Figura 1 – Participantes incluídos no estudo, Alcobaça, BA, 2015-2020.



Fonte: Da Autora, 2022

4.4 COLETA DE DADOS

Os dados foram obtidos por meio da primeira onda do estudo ELSIA de julho a outubro de 2015 e através do acompanhamento que seguiu por 5 anos até 29 de fevereiro de 2020.

Em um primeiro momento, os idosos foram abordados em seu domicílio por indivíduos devidamente treinados e conduzidos a um local, do domicílio, reservado, protegido,

confortável, arejado e iluminado para serem esclarecidos sobre a pesquisa e seus objetivos por meio de um termo de esclarecimento. Os idosos interessados em participar da pesquisa foram orientados a assinar o termo de consentimento livre e esclarecido.

Posteriormente, os idosos responderam a um questionário composto por informações sociodemográficas, econômicas e de saúde, função cognitiva, nível de atividade física, dados antropométricos, níveis pressóricos e exames bioquímicos (ANEXO A).

Ademais, para realizar o exame bioquímico os participantes da pesquisa foram orientados a ficarem 12 horas em jejum antes de comparecer na Unidade Básica de Saúde do município para que fosse realizada a coleta sanguínea por indivíduos devidamente treinados. A análise bioquímica foi realizada no Laboratório Municipal Nova Filosofia (LACEN/BA), em um analisador próprio (modelo BIO-2000) através do método enzimático colorimétrico.

Os participantes foram acompanhados até o momento do óbito, perda no acompanhamento ou final da segunda onda do estudo (29 de fevereiro de 2020). As informações referente aos óbitos foram obtidas por meio de relatos dos familiares com apresentação do atestado de óbito, cartório municipal (Cartório de RCPN de Alcobaça) e/ou consulta pública na página eletrônica do Tribunal de Justiça do Estado da Bahia, bem como acompanhamento telefônico.

4.5 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS DE COLETA

4.5.1 Mini exame de estado mental

O MEEM é um instrumento pautado na avaliação do nível de cognição mental dos indivíduos foi validado no Brasil por Bertolucci et al. (1994), além de outros autores brasileiros. O MEEM contém perguntas relacionadas à orientação para tempo e local, memória imediata, atenção e cálculo, evocação, linguagem e capacidade construtiva visual (BERTOLUCCI *et al.*, 1994) (ANEXO A).

4.5.2 Questionário estruturado

As características sociodemográficas e de saúde foram avaliadas através de um questionário estruturado aplicado em forma de entrevista individual. Como características sociodemográficas foram avaliados o sexo (masculino e feminino), idade em anos completos, estado civil (casado, divorciado; viúvo; solteiro), escolaridade estratificada em anos de estudo

(nenhum, 1 a 4, ≥ 5), renda familiar (< 1 , 1 a 3, > 3 salário mínimos).

Em relação as características de saúde foram observadas, a partir de uma lista, as doenças autorreferidas relacionadas ao sistema circulatório, respiratório, digestivo, geniturinário, osteomuscular e nervoso, bem como doenças sistêmicas (neoplasias), metabólicas, ocular, auditiva, infecciosas e parasitárias entre outras (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2000) (ANEXO A).

4.5.3 Questionário internacional de atividade física (IPAQ)

O IPAQ validado para população idosa brasileira (BENEDETTI; MAZO; BARROS, 2004; BENEDETTI *et al.*, 2007) apresenta questões acerca da prática de atividade física em uma semana normal, regularmente, com intensidade vigorosa a moderada e duração de pelo menos 10 minutos contínuos. E ainda, avalia 4 dimensões de atividade física sendo no trabalho, como meio de transporte, atividade doméstica, recreação/esporte, exercício e de lazer (ANEXO A).

4.5.4 Métricas de saúde cardiovascular ideal

A avaliação da SCV ideal foi realizada segundo o proposto pela *American Heart Association*, que refere à existência de quatro comportamentos de saúde (ausência de tabagismo, índice de massa corporal $< 25 \text{ kg/m}^2$, atividade física moderada ou vigorosa, dieta saudável), e três fatores biológicos (colesterol total, níveis pressóricos e glicemia de jejum inferiores aos valores recomendados em indivíduos sem tratamento medicamentoso). Dessa forma foram considerados níveis ideais: ausência de tabagismo ou cessação há mais de 12 meses, índice de massa corporal $< 25 \text{ kg/m}^2$, nível de atividade física com intensidade moderada ($\geq 150 \text{ min/sem}$) ou vigorosa ($\geq 75 \text{ min/sem}$) ou combinadas, dieta saudável (4-5 componentes avaliados), colesterol total $< 200 \text{ mg/dl}$, níveis pressóricos $< 120 / < 80 \text{ mmHg}$, glicemia de jejum $< 100 \text{ mg/dl}$. Contudo, o valor referente ao colesterol total, pressão arterial e glicemia de jejum assim representados em condições de indivíduos sem tratamento medicamentoso (LLOYD-JONES *et al.*, 2010).

Afim de avaliar a SCV dos indivíduos foram utilizadas perguntas inerentes ao questionário estruturado do estudo ELSIA, conforme cada critério estabelecido pela *American Heart Association*, sendo:

- a) Tabagismo: classificado como ideal conforme as respostas “Não, nunca”, “Não, parou há 12 meses ou mais” para a pergunta “O(a) Sr(a) fuma?” e ruim se “Sim”.
- b) Índice de massa corporal: classificado em ideal quando $< 25 \text{ kg/m}^2$ e ruim $\geq 25 \text{ kg/m}^2$, o IMC foi calculado através da operação de divisão entre o peso (quilograma) e a altura (metro) ao quadrado. O peso e a estatura foram aferidos por meio de uma balança com estadiômetro integrado.
- c) Atividade física: o nível de atividade física (NAF) foi avaliado pela versão longa do IPAQ. A população foi categorizada quanto ao NAF em ideal (≥ 150 min/semana) e ruim (<150 min/semana) através da somatória entre dois fatores, considerando o primeiro fator como tempo de atividade física vigorosa multiplicado por dois e o segundo o tempo de atividade física moderada (BENEDETTI; MAZZO; BARROS, 2004; BENEDETTI *et al.*, 2007).
- d) Dieta: foi avaliada por meio do consumo de frutas, hortaliças e legumes, grãos e integrais, peixes, refrigerantes e sucos artificiais ou de caixinha nos 30 dias anteriores à realização da coleta e avaliados pela frequência de consumo (“não consome”; “diário”; “semanal”; “mensal”), quantidade de vezes consumida e em uma escala de “0 e 10” de conforme a porção preestabelecida. Dessa forma, foram dicotomizados em:
- frutas, hortaliças e legumes: considerado ideal o consumo igual ou superior a 4,5 xícaras por dia e ruim o consumo inferior a 4,5 xícaras por dia.
 - peixes: classificado como ideal o consumo igual ou superior a 200 gramas por semana e como ruim menor que 200 gramas por semana.
 - grãos integrais: considerado como ideal o consumo igual ou superior a três porções de 28,35 gramas/dia e ruim menor que três porções de 28,35 gramas/dia.
 - refrigerantes, sucos artificiais ou de caixinha: classificado como ideal quando o consumo semanal for igual ou inferior a 1000 mL, ou seja consumo ≤ 5 copos de 200 ml/semana, e ruim quando superior aos valores considerados como ideais.
- O consumo de sal foi avaliado de acordo com a pergunta “Somando a comida preparada na hora e os alimentos industrializados o(a) Sr(a) acha que o seu consumo de sal é:” - “Muito Baixo”, “Baixo”, “Adequado” (ideal), “Alto” e “Muito Alto” (ruim), conforme o proposto por Velasquez-Melendez et al. (2015). Foi atribuído 1 ponto na métrica da dieta por aqueles que atingiram 4 a 5 componentes do escore.
- e) Colesterol total: considerado como ideal os valores inferiores a 200 mg/dl e ruim o igual ou superior a 200 mg/dl, após a interpretação do resultado proveniente do exame de sangue.

- f) Glicemia em jejum: foi medida após análise sanguínea e categorizada segundo os valores a saber: <100 mg/dl (ideal) e ≥ 100 mg/dl (ruim).
- g) Pressão arterial: após cinco minutos de repouso, a pressão arterial foi aferida por indivíduos treinados através um esfigmomanômetro digital e os valores obtidos foram classificados em ideal ($<120/80$ mmHg) e ruim ($\geq 120/80$ mmHg).

Em relação ao colesterol total, glicemia de jejum e pressão arterial, não foram considerados ideais os valores semelhantes aos critérios estabelecidos quando obtidos de indivíduos em tratamento medicamentoso. Para cada condição em nível ideal foi atribuído a pontuação 1 e o indicador de SCV variou de 0 a 7 pontos conforme a somatória dos valores conferidos em cada métrica.

4.6 VARIÁVEIS DO ESTUDO

Sociodemográficas: sexo (masculino e feminino), idade em anos completos, estado civil (casado, divorciado; viúvo; solteiro), escolaridade estratificada em anos de estudo (nenhum, 1 a 4, ≥ 5).

Econômicas: renda familiar < 1 , 1 a 3, e > 3 salário mínimos..

Saúde: presença ou ausência de doenças autorreferidas.

Saúde Cardiovascular: obtido através do resultado da avaliação das 7 métricas propostas pela *American Heart Association* (LLOYD-JONES *et al.*, 2010), no qual os indivíduos foram classificados com SCV ideal ao contemplarem 5 a 7 métricas, intermediária de 3 a 4 métricas e ruim de 0 a 2 métricas (RAMÍREZ-VELEZ *et al.*, 2018).

Mortalidade por todas as causas: determinada através do acompanhamento telefônico, informações de familiares com apresentação do atestado de óbito, informações obtidas do cartório municipal (Cartório de RCPN de Alcobaça) e/ou consulta pública na página eletrônica do Tribunal de Justiça do Estado da Bahia. O tempo de acompanhamento foi calculado do início do inquérito até o óbito.

Sobrevida: obtida por meio da somatória do tempo (contabilizado em meses) relacionado ao início da inclusão do participante no estudo até o momento do óbito, censura, ou final do estudo.

4.7 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados foram tabulados em uma planilha do software Epidata, versão 3.1b e processados em dupla etapa para posterior conferência e verificação da existência de registros duplicados. As análises foram realizadas no software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 25.0.

Na análise descritiva, afim de atender o primeiro objetivo específico, as variáveis categóricas foram expressas pelas suas frequências absolutas e relativas, e as variáveis quantitativas com medidas de tendência central e de dispersão.

Em relação ao primeiro objetivo específico, a associação da SCV ideal, mortalidade e sobrevida com as características sociodemográficas, econômicas e de saúde de idosos foram realizadas através do teste do Qui-quadrado (χ^2). Além disso, o presente teste foi utilizado para verificar a associação entre SCV ideal, mortalidade e sobrevida de idosos brasileiros, afim de atender o objetivo geral da pesquisa, e para verificar a associação entre métricas individuais, escores de saúde cardiovascular e a mortalidade por todas as causas, no intuito de atender o segundo objetivo específico da pesquisa.

No que tange ao terceiro objetivo específico, o critério discriminante da SCV ideal sobre a prevenção da mortalidade por todas as causas foi determinado através das Curvas Receiver Operating Characteristic (ROC). Foi identificada a área total sob a curva ROC entre a métrica de SCV ideal para a ausência de mortalidade. Quanto maior a área sob a curva ROC, maior o poder discriminatório da SCV ideal para a ausência de mortalidade. Foi considerado IC a 95%.

Para atender o quarto objetivo específico, a comparação dos efeitos das classificações da SCV ideal na mortalidade por todas as causas foi inspecionada graficamente através do gráfico de Kaplan-Meier e dos testes de *Log-rank* (Mantel-cox), *Breslow* (Generalized Wilconx) e *Tarone-Ware*, para as variáveis SCV e tempo de óbito.

4.8 ASPECTOS ÉTICOS

A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro pelo parecer de no 966/2015 - CAAE: 41401015.0.0000.515 (ANEXO B) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado da Bahia - CAAE:15135019700000057 (ANEXO C) e seguiu os princípios éticos conforme a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Os idosos foram abordados e esclarecidos sobre a pesquisa por meio de um Termo de Esclarecimento (ANEXO D) e os interessados em participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido após esclarecimento (ANEXO E).

Os participantes foram identificados através de códigos numéricos, com intuito de preservar a identidade dos mesmos. Os dados estão arquivados e, serão mantidos até determinado período, posteriormente, serão incinerados, sob a responsabilidade do pesquisador.

5 RESULTADOS

Participaram do estudo 170 idosos, representando 36,3% dos elegíveis no estudo de base, com idade de 69,2 anos \pm 8,20, a maioria do sexo feminino (67,1%), raça preta (40%), casados (45,3%), com renda familiar de no mínimo 3 salários (52,9%), aposentados e pensionista (72,4%), com um a quatro anos de estudos (38,2%), ausência de problema de saúde (89,4%) e estado de saúde regular (57,6%). Dos participantes, 154 (90,5%) possuíam status vital vivo e 16 (9,5%) vieram a óbito no período de acompanhamento. Não houve diferença estatística nas características sociodemográficas, econômicas e de saúde, conforme a condição de SCV ideal e o status vital (Tabela 2).

Tabela 2 – Características sociodemográficas, econômicas e de saúde de acordo com a saúde cardiovascular ideal e o status vital, Alcobaça, BA, 2015-2020.

	SCV Ideal			<i>p</i>	Status Vital		
	Total <i>n</i> (%)	SIM <i>n</i> (%)	NÃO <i>n</i> (%)		Vivo <i>n</i> (%)	Faleceu <i>n</i> (%)	<i>p</i>
Sexo				0,624			1,000
Feminino	114 (67,1)	13 (11,4)	101 (88,6)		103(90,3)	11 (8,7)	
Masculino	56 (32,9)	8 (14,3)	48 (88,5)		51 (91,1)	5 (8,9)	
Raça				0,586			0,302
Branco	53 (31,2)	7 (13,2)	46 (86,8)		47 (88,7)	6 (11,3)	
Preto	68 (40,0)	10 (14,7)	58 (85,3)		60 (88,2)	8 (11,8)	
Pardo	49 (28,8)	4 (8,2)	45 (91,8)		47 (96,0)	2 (4,0)	
Anos de estudo				0,639			0,509
\geq 5 anos	43 (25,3)	5 (11,6)	38 (88,4)		38 (88,4)	5 (11,6)	
1 a 4 anos	65 (38,2)	10 (15,4)	55 (84,6)		61 (93,8)	4 (6,2)	
Nenhum	62 (36,5)	6 (9,7)	56 (90,3)		55 (88,7)	7 (11,3)	
Ocupação				0,471			0,270
Aposentado e pensionista	123 (72,4)	16 (13)	107 (87)		109 (88,6)	14 (11,4)	
Aposentado e trabalho remunerado	37 (21,8)	5 (13,5)	32 (86,5)		37 (100)	0 (0)	
Do lar	10 (5,9)	0 (0)	10 (100)		8 (80)	2 (20)	

Estado Conjugual				0,627		0,891
Casado	77 (45,3)	11 (14,3)	66 (85,7)		69 (89,6)	8 (10,4)
Solteiro/divorciado/separado	53 (31,2)	7 (13,2)	46 (86,8)		49 (92,4)	4 (7,6)
Viúvo	40 (23,5)	3 (7,5)	37 (92,5)		36 (90)	4 (10)
Renda familiar				0,859		0,377
> 3 salários	30 (17,7)	4 (13,3)	26 (86,7)		26 (13,3)	4 (86,7)
1 a 3 salários	90 (52,9)	12 (13,3)	78 (86,7)		84 (93,3)	6 (6,7)
< 1 salário	50 (29,4)	5 (10)	45 (90)		44 (88)	6 (12)
Problema de saúde				1,000		1,000
Sim	18 (10,6)	2 (11,1)	16 (88,9)		17 (94,5)	1 (5,5)
Não	152 (89,4)	19 (12,5)	133 (87,5)		137 (90,2)	15 (9,8)
Estado de saúde				0,944		0,656
Excelente a boa	52 (30,6)	7 (13,5)	45 (86,5)		48 (92,4)	4 (7,6)
Regular	98 (57,6)	12 (12,3)	86 (87,7)		89 (90,8)	9 (9,2)
Ruim	20 (11,8)	2(10)	18 (90)		17 (85)	3 (15)

Legenda: saúde cardiovascular- SCV

Fonte: Elaborada pela Autora, 2022

A média de métricas de SCV foi de $3,14 \pm 1,21$, entre os avaliados, sendo predominante o alcance de três e quatro métricas de SCV (57,1%). Entre as métricas, o tabagismo foi a de maior alcance em nível ideal (87,1%). Em contrapartida, o IMC, dieta e pressão arterial apresentaram-se como métricas de difícil alcance. Houve diferença estatística entre a métrica individual de atividade física e as métricas estratificadas de SCV sobre a mortalidade por todas as causas (Tabela 3).

Tabela 3 - Prevalência das métricas individuais, saúde cardiovascular e status vital, Alcobaça, BA, 2015-2020.

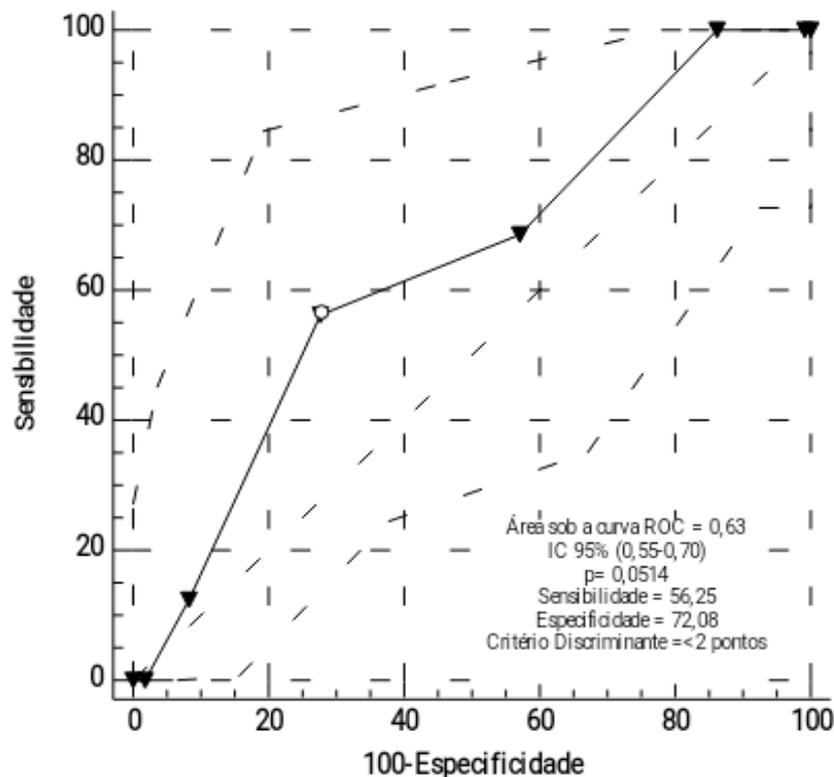
Variáveis	Total n (%)	Vivo n (%)	Falecido n (%)	P
Tabagismo				0,133
Fuma ou parou há menos de 12 meses	22 (12,9)	18 (81,8)	4 (18,2%)	
Não fuma ou parou há mais de 12 meses	149 (87,1)	136 (91,2)	12 (8,8%)	
Índice de Massa Corporal (IMC)				
>= 25 kg/m ²	114 (67,1)	104 (91,2)	10 (8,8)	0,781
< 25 kg/m ²	56 (32,9)	50 (89,3)	6 (10,7)	
Atividade física				0,031
< 150 min/sem	71 (41,8)	60 (84,5)	11 (15,5)	
>= 150 min/sem	99 (58,2)	94 (95)	5 (5)	
Dieta saudável				0,529
< 4 componentes da dieta	135 (79,4)	121 (89,6)	14 (10,4)	
4 ou 5 componentes da dieta	35 (20,6)	33 (94,2)	2 (5,8)	
Glicemia				0,067
>= 100	78 (45,9)	67 (85,8)	11 (14,2)	
< 100	92 (54,1)	87 (94,6)	5 (5,4)	
Colesterol				0,304
>= 200	86 (50,6)	80 (93)	6 (7)	
< 200	84 (49,4)	74 (88,1)	10 (11,9)	
Pressão arterial				0,695
>= 120-80	151 (88,8)	137 (90,7)	14 (9,3)	
< 120-80	19 (11,2)	17 (89,5)	2 (10,5)	
SCV				
Ideal (5 a 7)	21 (12,4)	21 (100)	0 (0)	0,039
Intermediário (3 a 4)	97 (57,1)	90 (92,8)	7 (7,2)	
Ruim (0 a 2)	52 (30,6)	43 (82,6)	9 (17,4)	

Legenda: saúde cardiovascular- SCV

Fonte: Elaborada pela Autora, 2022

A Figura 2 apresenta a curva ROC verificando a associação entre as métricas de SCV e a mortalidade por todas as causas. A curva ROC demonstra o aumento da mortalidade nos participantes com baixas pontuações de SCV. Indivíduos abaixo do ponto discriminatório (menor ou igual a 2) apresentam risco para mortalidade por todas as causas.

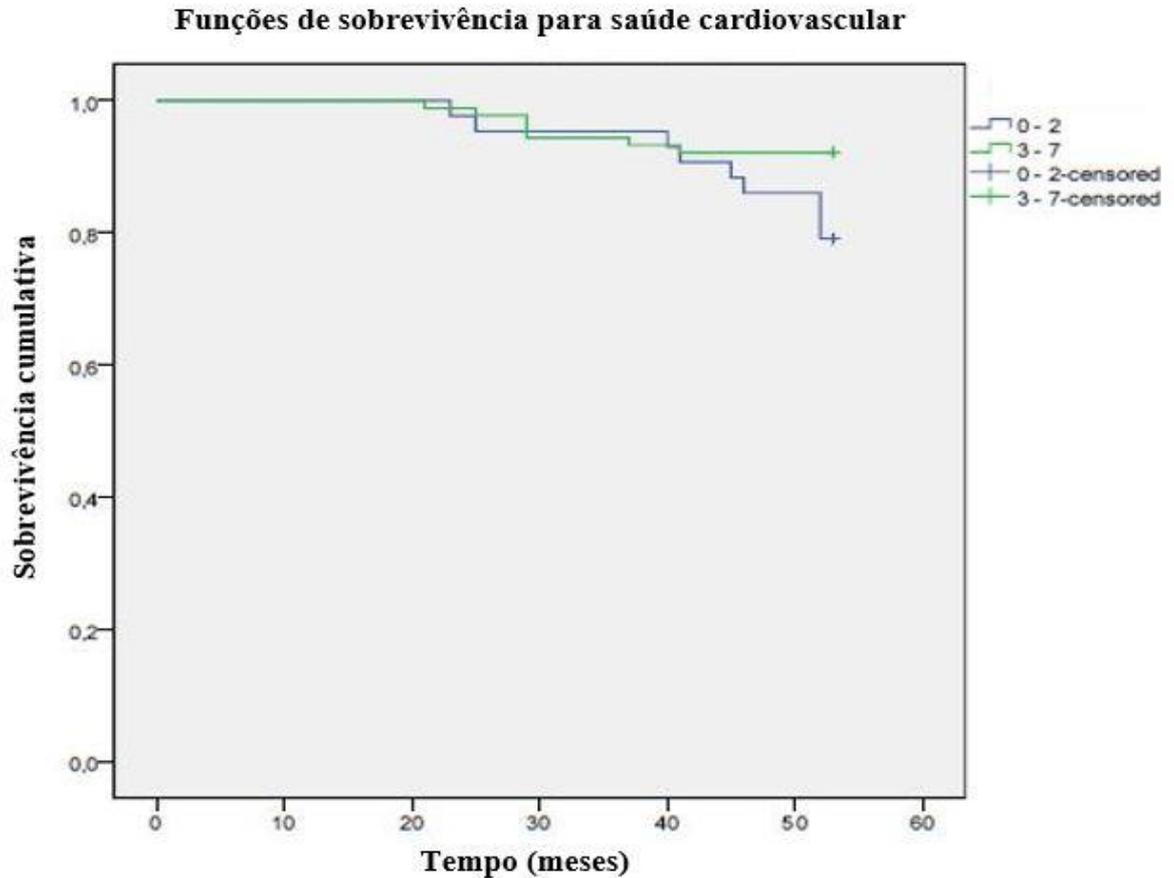
Figura 2 - Curva ROC para mortalidade por todas as causas de acordo com a saúde cardiovascular ideal, Alcobaça, BA, 2015-2020.



Fonte: Da Autora, 2022

Nos primeiros meses as curvas de Kaplan-Meier apresentam comportamentos semelhantes, porém após o quadragésimo mês há um descolamento entre as curvas indicando uma diminuição gradual do risco de morte por todas as causas associada a um melhor estado de SCV (Figura 3).

Figura 3 – Curvas de sobrevida previstas para mortalidade por todas as causas pelo nível de saúde cardiovascular ideal, Alcobaça, BA, 2015-2020.



Fonte: Da Autora, 2022

A Tabela 4 apresenta as comparações globais dos testes de *Log Rank*, *Breslow* e *Tarore-Ware* para SCV ruim, intermediária, ideal e mortalidade por todas as causas evidenciando a diferença estatística entre os grupos.

Tabela 4 - Comparações globais para saúde cardiovascular ruim, intermediária, ideal e mortalidade por todas as causas, Alcobaça-BA, 2015-2020.

Combinações SCV e mortalidade			
	Qui-quadrado	df	Sig.
Log Rank	4,301	1	0,038
Breslow	3,957	1	0,047
Tarona-Ware	4,128	1	0,042

Legenda: saúde cardiovascular- SCV

Fonte: Elaborada pela Autora, 2022

Na Tabela 5, está evidenciado que a estimativa é limitada ao maior tempo de sobrevivência em idosos com métricas de SCV intermediária a ideal.

Tabela 5 - Estimativa da sobrevivência de idosos a partir das métricas de saúde cardiovascular ideal, Alcobaça-BA, 2015-2020.

Combinações SCV e mortalidade IC 95%				
	Estimativa	Erro padrão	Limite inferior	Limite superior
SCV				
0-2	50,651	1,007	48,677	52,625
3-7	51,202	0,679	49,872	52,532
Total	51,203	0,564	49,918	52,127

Legenda: saúde cardiovascular- SCV

Fonte: Elaborada pela Autora, 2022

6 DISCUSSÃO

O presente estudo realizado com idosos brasileiros identificou o predomínio de mulheres na amostra e baixa prevalência de SCV ideal. E ainda, nas distribuições das características sociodemográficas, econômicas e de saúde foram observadas baixas frequências de SCV ideal por categoria investigada.

Estudiosos demonstraram escores reduzidos de SCV ideal em mulheres, bem como risco para DCV no grupo educacional com pouco tempo de estudo e em indivíduos com menores rendas (GAYE *et al.*, 2017; KIM *et al.*, 2021).

Neste estudo, o alcance de níveis intermediários e ideais de status de SCV é benéfico à população idosa. A mortalidade foi mais precoce entre aqueles com métricas de SCV ruim. O maior alcance nas métricas de SCV foram associadas a um menor risco de mortalidade por todas as causas. Além disso, possuir pelo menos níveis intermediários de SCV foi associado como critério discriminante para a prevenção da mortalidade por todas as causas.

As associações entre as mudanças no status de SCV, DCV incidentes e mortalidade na população idosa foram relatadas na literatura demonstrando a relação consistente entre a melhora de uma métrica composta de SCV e o declínio do risco de doença cardiovascular e mortalidade (YANG *et al.*, 2021).

Estudos longitudinais verificaram que indivíduos que possuíam status de SCV ruim e ao longo do tempo tinham SCV intermediária/ideal apresentaram menor risco de doença cardiovascular e mortalidade por todas as causas (GAYE, *et.al.*, 2020). Além disso, um maior alcance de níveis intermediários e ideais de métricas de SCV foram associadas a menores riscos para piores desfechos de saúde (HADAEGH *et al.*, 2022). Segundo Ramírez-Velez et al. (2018) é considerado um fator de proteção para DCV obter pelo menos um perfil de SCV intermediário ao longo do tempo.

Na população estudada, a prevalência de uma SCV ideal é uma meta a ser atingida. A maioria dos idosos alcançaram o escore de 3 a 4 métricas. Os achados corroboram com outros estudos a nível global demonstrando que a prevalência de SCV ideal ainda é baixa (VELASQUEZ-MELENDZ *et al.*, 2015; MATOZINHOS *et al.*, 2017; YOUNUS *et al.*, 2016).

O alcance das métricas individuais é fundamental para obter uma SCV ideal (GUO; ZHANG, 2017). No presente estudo, observou-se que os idosos possuem maior desempenho no alcance das métricas individuais intituladas tabagismo e atividade física. O tabagismo foi a métrica de maior alcance na população estudada e a ausência do hábito de fumar apresentou maior prevalência em idosos com status vital vivo.

Na literatura, o alcance da métrica de tabagismo apresentou alta prevalência, sendo que mais de 50% da população de um estudo de revisão atingiu níveis ideais quando comparada com as demais métricas (YOUNUS *et al.*, 2016) . A relação entre tabagismo e risco de doença cardiovascular já é conhecida e os benefícios da cessação e ausência do uso do tabaco são numerosos (VIRANI *et al.*, 2020). Idosos com níveis intermediário a ideal de SCV e alcance nas métricas individuais de tabagismo apresentaram melhor função cognitiva (GARCÍA-HERMOSO *et al.*, 2018).

A prática de atividade física pode ter um impacto importante nas funções físicas, mentais e de saúde dos idosos, promovendo bem estar e uma longevidade saudável (MCPHEE *et al.*, 2016). Nossos achados acerca do alcance da métrica de atividade física corroboram com estudos realizados sobre SCV na população idosa (JIN *et al.*, 2017).

Ainda, os achados em relação a métrica da dieta demonstram a importância de potencializar intervenções em saúde que enfatizem sobre a prática de se alimentar de forma saudável e seus benefícios. De acordo com estudos na literatura, dentre as métricas de SCV ideal, a dieta é a mais difícil de ser alcançada devido a mudanças de comportamento alimentar (YOUNUS *et al.*, 2016; PENG *et al.*, 2018). Todavia a importância de uma alimentação saudável se destaca na manutenção de um peso corporal adequado à altura, bem como níveis de índice de massa corporal satisfatórios (DEL BRUTTO *et al.*, 2022).

As recomendações de alimentação saudável quando não são contempladas estão relacionadas a alterações nos valores de IMC, LDL-colesterol elevado, HDL-c diminuído, triglicérides, bem como a incidência de DCNT (JAYEDI *et al.*, 2020). Estudiosos observaram que apresentar piores níveis de índice de massa corporal estão associados a piores desfechos de saúde e mortalidade (DEL BRUTTO *et al.*, 2022).

Os efeitos adversos de um hábito alimentar inadequado pautado na ingestão excessiva de gorduras saturadas, trans, colesterol, açúcares e sódio, já vem sendo descritos na literatura, principalmente quanto à incidência de DCV (BRUINS *et al.*, 2019). Os padrões alimentares com baixa ingestão de sódio podem contribuir com a prevenção e controle da hipertensão arterial (CASTRO *et al.*, 2015). A pressão arterial elevada se destaca dentre os fatores que contribuem

com a incidência por morte por DCV e com a incidência de doenças cerebrovasculares (BRUINS *et.al*,2019).

Os resultados demonstram que das métricas a pressão arterial apresentou-se como de difícil alcance. Corroborando com nossos resultados, pesquisadores observaram em seu estudo que 78% dos participantes não possuíam níveis ideais de pressão arterial e apresentaram risco de mortalidade por todas as causas (JIN *et al.*, 2017).

As modificações de comportamentos de hábitos de vida pouco saudáveis são fundamentais no alcance da métrica de SCV ideal acarretando benefícios associados à qualidade de vida, bem como menores riscos de incidência de DCNT e mortalidade por todas as causas (JANKOVIC *et al.*, 2021).

Os nossos achados demonstram que alcançar abaixo de 3 métricas de SCV indica maior vulnerabilidade à mortalidade precoce por todas as causas. Nosso estudo, acompanha outros presentes na literatura que identificaram mortalidade precoce e eventualidades adversas em indivíduos com baixo escore de SCV. O alcance de baixos escores de SCV ideal ao longo do tempo por indivíduos na terceira idade, foram associados com risco para demência, declínio cognitivo, DCV e mortalidade imatura (SAMIERI *et al.*, 2018; ISIOZOR *et al.*, 2021).

A incidência de mortalidade por todas as causas na população idosa esteve relacionada com o menor alcance das métricas de SCV e conseqüentemente a diminuição dos ganhos na expectativa da população (BUNDY, *et. al.*, 2021). Os achados do presente estudo demonstram que indivíduos com o alcance de até 2 métricas de SCV apresentam risco de mortalidade por todas as causas. A SCV em níveis ideal tem sido associada constantemente a melhores desfechos de saúde em indivíduos, especialmente para aqueles com alcance de pelo menos 3 a 4 métricas (HADAEGH *et al.*, 2022). Números mais altos de fatores de SCV foram associados a chances reduzidas em 11% da mortalidade por todas as causas em adultos e idosos (GUO; ZHANG, 2017).

Nossos achados indentificaram maior risco de mortalidade por todas as causas em indivíduos com pior alcance nas métricas de SCV. Além disso, demosntram que idosos abaixo do ponto de corte discriminatórios (menor ou igual a 2) apresentaram maior risco de mortalidade prematura sendo indispensável o manejo de estratégias para o controle desse desfecho. Estudiosos verificaram que indivíduos com alcance de até 2 métricas de SCV possuíam maior risco de mortalidade por todas as casuas e desfechos cardiovasculares (DONG, *et.al*, 2019; GAYE *et.al.*, 2020).

Alcançar e viver com melhor SCV ideal está associado a menor incidência de mortalidade geral (KIM *et al.*, 2021). Ainda, uma SCV ideal está relacionada a uma expectativa média de vida ganha em homens e mulheres sugerindo que uma SCV ideal está correlacionada com a longevidade saudável (XU; ZHANG; CAO, 2022).

As estratégias de promoção da saúde devem ser enfatizadas e priorizadas, uma vez que baixos escores de SCV ideal está associado com a incidência de DCV, psicossomáticas, cognitivas e mortalidade por todas as causas (ESPAÑA-ROMERO *et al.*, 2013; ISIOZOR *et al.*, 2021; MACLAGAN; TU, 2015; SAMIERI *et al.*, 2018).

A promoção de comportamentos saudáveis ao longo da vida é primordial e potencialmente benéfico. Estudiosos verificaram que o alcance e manutenção ao longo do tempo com melhores escores de SCV está relacionado com menores riscos de desenvolver DCNT como hipertensão e diabetes, bem como DCV (CORLIN *et al.*, 2020). E ainda, um status de SCV elevado está relacionado com a diminuição da incidência de mortalidade por todas as causas em idosos (GAYE *et al.*, 2017; YANG *et al.*, 2021).

A adesão a um estilo de vida saudável, como cessação/redução do tabagismo, atividade física, dieta saudável, peso adequado, pode reduzir o risco de morte em mulheres de meia-idade e idosas (COLPANI *et al.*, 2018). Estilos de vida pouco saudáveis estão associados a maiores chances de mortalidade por DCV e seus subtipos (ZHANG *et al.*, 2021).

O presente estudo é o primeiro que busca relacionar os parâmetros de SCV ideal com a mortalidade em uma população idosa de um município no extremo sul da Bahia demonstrando a baixa prevalência de SCV nessa população, bem como a mortalidade prematura em indivíduos com baixos níveis de SCV.

Acredita-se que abordagem de uma alimentação balanceada, prática de atividade física, cessação/redução do tabagismo, e a importância do controle glicêmico, pressóricos, lipídicos e manutenção de um peso adequado durante ações de educação em saúde, bem como a abordagem do assunto de forma clara e lúdica, com linguagem acessível, de acordo com as especificidades da população devem incentivar a mudança de comportamento de estilo de vida e por conseguinte o alcance em níveis ideais de SCV, aumento da sobrevida e redução do risco de mortalidade por todas as causas.

As limitações do nosso estudo estão relacionadas a mensuração da ingestão alimentar dos últimos 30 dias, o que pode ter levado a um viés de memória do entrevistado. Além disso, o uso de instrumentos de autorrelato durante a coleta de dados podem ter ocasionado alterações nos resultados. A coleta de informações para a interpretação quanto ao alcance das métricas de SCV ter sido realizada apenas no início do inquérito torna difícil observar alterações de

comportamento de saúde ao longo do tempo, bem como antes do óbito. O quantitativo de indivíduos que não realizaram a coleta sanguínea, bem como as perdas de acompanhamento podem ter reduzido a heterogeneidade da população e conseqüentemente nos resultados.

No entanto, os pontos fortes se destacam por nossos resultados indicarem elevada especificidade do instrumento de SCV ideal com a mortalidade, demonstrando que para aqueles idosos com melhores escores de SCV ideal, os resultados são mais confiáveis. A mensuração ocorreu de forma objetiva dos níveis glicêmicos, pressóricos, colesterol, índice de massa corporal, por indivíduos devidamente treinados. Além disso, por ser um estudo longitudinal com seguimento por 5 anos, permitiu análises apuradas das modificações ocasionadas ao longo do tempo na população estudada.

7 CONCLUSÃO

As pessoas com melhores escores para a SCV tendem a ter maiores níveis de escolaridade e melhor estado de saúde. A prevalência de saúde cardiovascular ideal é baixa na população estudada tornando-se imprescindível intervenções que englobam ações em saúde para a melhoria desse desfecho. Dentre as métricas de SCV, o tabagismo apresentou maior alcance e, a atividade física apresentou associação com o status vital indicando melhor desfecho de saúde conforme o alcance dessa métrica.

A mortalidade por todas as causas está associada com os níveis de saúde cardiovascular e demonstram a mortalidade prematura em indivíduos com saúde cardiovascular ruim. O alcance das métricas de saúde cardiovascular abaixo do ponto de corte discriminatório está relacionado com o aumento do risco de mortalidade geral. Ainda, obter níveis intermediários a ideais de saúde cardiovascular ocasionam efeitos positivos sobre a prevenção da mortalidade por todas as causas.

O conhecimento desses dados é fundamental e demonstram que as ações de saúde devem ser enfatizadas e aprimoradas. As ações pautadas na melhoria da qualidade de vida dos indivíduos podem impactar positivamente na saúde pública e trazer benefícios à população como exemplo uma longevidade saudável. Nossos achados poderão fornecer apoio no rastreamento dos principais fatores associados ao status de SCV dos idosos residentes no extremo sul da Bahia, bem como auxiliar no direcionamento de estratégias na atenção básica a fim de executar ações para o alcance nas métricas de SCV, especialmente as que estão relacionadas com fatores de risco modificáveis para DCNT e doenças cardiovasculares.

REFERÊNCIAS

- BENEDETTI, T. R. B.; MAZO, G. Z.; BARROS, M. V. G. 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**, v. 12, n. 1, p. 25–34, 2004. Disponível em: <https://portalrevistas.ucb.br/index.php/RBCM/article/view/538>. Acesso: 09 set. 2021.
- BENEDETTI, T. R. B. et al. Reprodutibilidade e validade do Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ) em homens idosos. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v. 13, n. 1, p. 11-16, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbme/a/qMfYbx6NVfKKFyKZLSnBJgH/?lang=pt>. Acesso: 09 set. 2021.
- BERTOLUCCI, P. H. F. et al. The Mini Mental-State-Examination in an outpatient population-influence of literacy. **Arquivos de Neuro-psiquiatria**, São Paulo, SP, v. 52, n. 1, p. 1-7, 1994. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/anp/a/Sv3WMxHYxDkkgmcN4kNfVTv/?lang=pt>. Acesso: 09 set. 2021.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE, DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília (DF): Cadernos de Atenção Básica nº 19, 2006. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_saude_pessoa_idosa_n19.pdf. Acesso: 09 set. 2021.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Informações de Saúde. Estatísticas Vitais** Brasília: MS, 2016.
- BUNDY, Joshua D. et al. Estimated impact of achieving optimal cardiovascular health among US adults on cardiovascular disease events. **Journal of the American Heart Association**, v. 10, n. 7, p. e019681, 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33761755/>. Acesso em: 20 ago. 2022.
- BRUINS, M. J.; VAN DAEL, P.; EGGERSDORFER, M. The role of nutrients in reducing the risk for noncommunicable diseases during aging. **Nutrients**, v. 11, n. 1, p. 85, 2019. Disponível em: <https://www.mdpi.com/2072-6643/11/1/85#B6-nutrients-11-00085>. Acesso em: 26 jan. 2022.
- CASTRO, I; WACLAWOVSKY, G; MARCADENTI, A. Nutrition and physical activity on hypertension: implication of current evidence and guidelines. **Current hypertension reviews**, v. 11, n. 2, p. 91-99, 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25921545/>. Acesso em: 26 jan. 2022.
- CHO, S. et al. Association of cardiovascular health with the risk of dementia in older adults. **Scientific reports**, v. 12, n. 1, p. 1-11, 2022. Disponível em: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1038/s41598-022-20072-3.pdf>. Acesso em: 14 set. 2021.
- COLPANI, V. et al. Lifestyle factors, cardiovascular disease and all-cause mortality in middle-aged and elderly women: a systematic review and meta-analysis. **European journal of epidemiology**, v. 33, n. 9, p. 831-845, 2018. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10654-018-0374-z>. Acesso: 12 set. 2021.

CORLIN, L. et al. Association of the duration of ideal cardiovascular health through adulthood with cardiometabolic outcomes and mortality in the Framingham Offspring Study. **JAMA cardiology**, v. 5, n. 5, p. 549- 556, 2020. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamacardiology/fullarticle/2762493>. Acesso: 12 set. 2021.

DEL BRUTTO, O. H. et al. Life's simple 7 and all-cause mortality. A population-based prospective cohort study in middle-aged and older adults of Amerindian ancestry living in rural Ecuador. **Preventive Medicine Reports**, v. 25, p. 101668, 2022. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34976705/>. Acesso: 20 set. 2022

DONG, Y. et al. Ideal Cardiovascular Health Status and Risk of Cardiovascular Disease or All-Cause Mortality in Chinese Middle-Aged Population. **Angiology**, v. 70, n. 6, p. 523-529, 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30458624/>. Acesso em: 13 set. 2021.

ESPAÑA-ROMERO, V. et al. A prospective study of ideal cardiovascular health and depressive symptoms. **Psychosomatics**, v. 54, n. 6, p. 525-535, 2013. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24012292/>. Acesso em: 14 set. 2021.

FANG, N.; JIANG, M.; FAN, Y. Ideal cardiovascular health metrics and risk of cardiovascular disease or mortality: a meta-analysis. **International journal of cardiology**, v. 214, p. 279-283, 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27085116/>. Acesso em: 10 set. 2021.

FIGUEIREDO, A, E. B.; CECCON, R. F.; FIGUEIREDO, J. H. C. Doenças crônicas não transmissíveis e suas implicações na vida de idosos dependentes. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 77-88, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/n4nH53DFx39SRCC3FkHDyzy/?lang=pt>. Acesso em: 12 set. 2021.

GBD 2019 Viewpoint Collaborators. Five Insights From the Global Burden of Disease Study 2019. **The Lancet**, v. 396, n. 10258, p. 1135-1159, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33069324/>. Acesso em: 18 set. 2021.

GBD 2016 Brazil Collaborators. Burden of Disease in Brazil, 1990-2016: A Systematic Subnational Analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. **The Lancet**, v. 392, n. 10149, p. 760-775, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30037735/>. Acesso em: 10 de set.2021.

GARCÍA-HERMOSO, A. et al. Prevalence of ideal cardiovascular health and its association with cognitive function in older adults: The Chilean National Health Survey (2009–2010). **Rejuvenation Research**, v. 21, n. 4, p. 333-340, 2018. Disponível em: <https://www.liebertpub.com/doi/abs/10.1089/rej.2017.1984>. Acesso em: 12 set. 2021.

GAYE, B. et al. Association of changes in cardiovascular health metrics and risk of subsequent cardiovascular disease and mortality. **Journal of the American Heart Association**, v. 9, n. 19, p. e017458, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32985301/>. Acesso em: 11 set. 2021.

GAYE, B. et al. Ideal cardiovascular health, mortality, and vascular events in elderly subjects: the three-city study. **Journal of the American College of Cardiology**, v. 69, n. 25, p. 3015-3026, 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28641790/>. Acesso em: 11 set. 2021.

GUO, L.; ZHANG, S. Association between ideal cardiovascular health metrics and risk of cardiovascular events or mortality: a meta-analysis of prospective studies. **Clinical cardiology**, v. 40, n. 12, p. 1339-1346, 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29278429/>. Acesso em: 11 set. 2021.

HADAEGH, F. et al. Ideal Cardiovascular Health Status and Risk of Cardiovascular Disease and All-Cause mortality: Over a decade follow-up in the Tehran Lipid and Glucose Study. **Frontiers in cardiovascular medicine**, p. 2088, 2022. Disponível em: <https://europepmc.org/article/med/35990976>. Acesso em: 11 set. 2021.

HAN, X. et al. Sex disparities in cardiovascular health metrics among rural-dwelling older adults in China: a population-based study. **BMC geriatrics**, v. 21, n. 1, p. 1-10, 2021. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12877-021-02116-x>. Acesso em: 11 set. 2021.

HIRISCAU, E. I. et al. Exploring the Relationship between Frailty, Functional Status, Polypharmacy, and Quality of Life in Elderly and Middle-Aged Patients with Cardiovascular Diseases: A One-Year Follow-Up Study. **International journal of environmental research and public health**, v. 19, n. 4, p. 2286, 2022. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35206472/>. Acesso em: 18 ago. 2022.

IBGE (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA). **IBGE Cidades**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/> Acesso em 09 set. 2021.

IBGE (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA). **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira**. Rio de Janeiro: IBGE, 2016. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101892.pdf>. Acesso em: 09 set. 2021.

IBGE (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA). **Projeções e estimativas da população do Brasil e das Unidades da Federação**. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/> Acesso em: 09 set. 2021.

ISIOZOR, M. N. et al. Association between ideal cardiovascular health and risk of sudden cardiac death and all-cause mortality among middle-aged men in Finland. **European journal of preventive cardiology**, v. 28, n.3, p. 294-300, and 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33891691/>. Acesso em: 15 set. 2021.

JANKOVIĆ, J. et al. Demographic and socioeconomic inequalities in ideal cardiovascular health: A systematic review and meta-analysis. **PloS one**, v. 16, n. 8, p. e0255959, 2021. Disponível em: <https://europepmc.org/article/MED/34379696>. Acesso em: 06 de ago. 2022.

JAYEDI, A. et al. Healthy and unhealthy dietary patterns and the risk of chronic disease: an umbrella review of meta-analyses of prospective cohort studies. **British Journal of Nutrition**, v. 124, n. 11, p. 1133-1144, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/S0007114520002330>. Acesso em: 15 set. 2021.

JIN, Y. et al. Overall cardiovascular health is associated with all-cause and cardiovascular disease mortality among older community-dwelling men and women. **Journal of aging and health**, v. 29, n. 3, p. 437-453, 2017. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0898264316635590>. Acesso em: 15 set. 2021.

KIM, M. et al. Changes in cardiovascular health status and risk of sudden cardiac death in older adults. **Yonsei medical journal**, v. 62, n. 4, p. 298, 2021. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8007437/>. Acesso em: 15 set. 2022.

LLOYD-JONES, D. M. et al. Defining and setting national goals for cardiovascular health promotion and disease reduction: the American Heart Association's strategic impact goal through 2020 and beyond. **Circulation**, v. 121, n. 4, p. 586–613, 2010. Disponível em: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/circulationaha.109.192703>. Acesso em: 10 set. 2021.

LOEF, M.; WALACH, H. The combined effects of healthy lifestyle behaviors on all cause mortality: a systematic review and meta-analysis. **Preventive medicine**, v. 55, n. 3, p. 163-170, 2012. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0091743512002666>. Acesso em: 10 set. 2021.

MACLAGAN, L. C.; TU, J.V. Using the concept of ideal cardiovascular health to measure population health: a review. **Current opinion in cardiology**, v. 30, n. 5, p. 518-524, 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26196659/>. Acesso em: 08 de ago 2021.

MCPHEE, J. S. et al. Physical activity in older age: perspectives for healthy ageing and frailty. **Biogerontology**, v. 17, n. 3, p. 567-580, 2016. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10522-016-9641-0>. Acesso em: 10 set. 2021.

MALTA, D. C. et al. Mortality due to noncommunicable diseases in Brazil, 1990 to 2015, according to estimates from the Global Burden of Disease study. **Sao Paulo Medical Journal**, v. 135, n.3, p. 213-221, 2017. Acesso em: 09 ago.2021.

MARTINEZ, R. et al. Trends in premature avertable mortality from non-communicable diseases for 195 countries and territories, 1990–2017: a population-based study. **The Lancet Global Health**, v. 8, n. 4, p. e511-e523, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32199120/>. Acesso em: 15 ago. 2021.

MATOZINHOS, F. P. et al. Cardiovascular health in Brazilian state capitals. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 25, e2971, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/rlae/a/Lzg5YJZhJ7pz8V4J7Bk6g7R/?lang=en>. Acesso em: 16 set. 2021.

MIAO, C. et al. Cardiovascular health score and the risk of cardiovascular diseases. **PLoS One**, v. 10, n. 7, p. e0131537, 2015. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0131537>. Acesso em: 16 set. 2021.

MICHOS, E. D.; KHAN, S. S. Further understanding of ideal cardiovascular health score metrics and cardiovascular disease. **Expert review of cardiovascular therapy**, v. 19, n. 7, p. 607-617, 2021. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/14779072.2021.1937127>. Acesso em: 16 set. 2021.

MOK, Yejin et al. American Heart Association's Life's Simple 7 at middle age and prognosis after myocardial infarction in later life. **Journal of the American Heart Association**, v. 7, n. 4, p. e007658, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29455158/>. Acesso em: 10 de ago. 2022.

OLIVEIRA, G. M. M. *et al.* Estatística Cardiovascular–Brasil 2021. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 118, n.1, p. 115-373, 2022. Disponível em: <https://abccardiol.org/article/estatistica-cardiovascular-brasil-2021/> . Acesso em: 08 de ago.2022.

OMMERBORN, M. J. et al. Ideal cardiovascular health and incident cardiovascular events: the Jackson Heart Study. **American journal of preventive medicine**, v. 51, n. 4, p. 502-506, 2016. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S074937971630202513>. Acesso em: 16 set. 2021.

PRINCE, M. J. et al. The burden of disease in older people and implications for health policy and practice. **The Lancet**, v. 385, n. 9967, p. 549-562, 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25468153/>. Acesso em: 14 set. 2021.

PENG, Y. et al. Prevalence of the cardiovascular health status in adults: A systematic review and meta-analysis. **Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases**, v. 28, n. 12, p. 1197-1207, 2018. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0939475318302503>. Acesso em: 16 set. 2021.

PRÉCOMA, D. B. et al. Updated Cardiovascular Prevention Guideline of the Brazilian Society of Cardiology - 2019. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 113, n. 4, p. 787–891, 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31691761/>. Acesso em 14 de set. 2021.

RAMÍREZ-VÉLEZ, R. et al. Ideal cardiovascular health and incident cardiovascular disease among adults: a systematic review and meta-analysis. **Mayo Clinic Proceedings**, v. 93, n. 11, p. 1589-1599, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30274906/>. Acesso em: 16 set. 2021.

SAMIERI, C. et al. Association of cardiovascular health level in older age with cognitive decline and incident dementia. **JAMA**, v. 320, n.7, p.657–664, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30140876/>. Acesso em: 16 set. 2021.

SHAH, A. M. et al. Ideal cardiovascular health during adult life and cardiovascular structure and function among the elderly. **Circulation**, v. 132, n. 21, p. 1979-1989, 2015. Disponível em: <https://www.ahajournals.org/doi/full/10.1161/CIRCULATIONAHA.115.017882>. Acesso em: 16 set. 2021.

TAYLOR, J. R. et al. Relationships of BMI to cardiovascular risk factors differ by ethnicity. **Obesity**, v.18, n.8, p. 1638-1645, 2010. Disponível em: <https://onlinebrary.wiley.com/doi/full/10.1038/oby.2009.407>. Acesso em: 16 set. 2021.

UNITED NATIONS. **World population prospects: key findings and advance tables**. New York: United Nations, 2017. Disponível em: <https://population.un.org/wpp/Publications/>. Acesso: 12 set. 2021.

UNITED NATIONS. **World Population Prospects: The Highlights**. New York: United Nations, 2019. Disponível em: https://population.un.org/wpp/Publications/Files/WPP2019_Highlights.pdf. Acesso: 12 set. 2021.

VELASQUEZ-MELENDZ, G. et al. Prevalência de saúde cardiovascular ideal na população brasileira - Pesquisa Nacional de Saúde (2013). **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, supl. 2, p. 97-108, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/FFVjkBgY3HjLLXgF9LVPjgw/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 14 set. 2021.

VIRANI, S. S. et al. Heart Disease and Stroke Statistics—2020 Update: A Report from the American Heart Association. **Circulation**, v. 141, n. 9, e139–e596, 2020. Disponível em: <https://www.ahajournals.org/doi/full/10.1161/CIR.0000000000000757>. Acesso: 12 set. 2021.

XU, C.; ZHANG, P.; CAO, Z. Cardiovascular health and healthy longevity in people with and without cardiometabolic disease: a prospective cohort study. **EClinicalMedicine**, v. 45, p. 101329, 2022. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S258953702000591>. Acesso em: 14 set. 2021.

YANG, P. et al. Changes in cardiovascular risk factors and cardiovascular events in the elderly population. **Journal of the American Heart Association**, v. 10, n. 11, p. e019482, 2021. Disponível em: <https://www.ahajournals.org/doi/full/10.1161/JAHA.120.019482>. Acesso: 12 set. 2021.

YOUNUS, A. et al. A systematic review of the prevalence and outcomes of optimal cardiovascular health in populations in the United States and other countries. In: **Procedimentos da Clínica Mayo**. Elsevier, p. 649-670, 2016. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0025619616000756>. Acesso em: 15 set. 2021.

ZHANG, X. et al. Healthy lifestyle behaviours and all-cause and cardiovascular mortality among 0.9 million Chinese adults. **International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity**, v. 18, n. 1, p. 1-11, 2021. Disponível em: <https://ijbnpa.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12966-021-01234-4>. Acesso em: 14 set. 2021.

ZHANG, Y. et al. Combined lifestyle factors, all-cause mortality and cardiovascular disease: a systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. **J Epidemiol Community Health**, v. 75, n. 1, p. 92-99, 2021. Disponível em: <https://jech.bmj.com/75/1/92.abstract>. Acesso em: 14 set. 2021.

ZHOU, L. et al. Ideal cardiovascular health metrics and its association with 20-year cardiovascular morbidity and mortality in a Chinese population. **J Epidemiol Community Health**, v. 72, n. 8, p. 752-758, 2018. Disponível em: <https://jech.bmj.com/content/72/8/752.abstract>. Acesso em: 14 set. 2021.

ANEXO A – Questionário do ELSIA 2015



Realização



Secretaria Municipal de Saúde

Apoio



LABORATÓRIO
MUNICIPAL DE
REFERÊNCIA
REGIONAL NOVA
FILOSOFIA – REDE
LACEN TEIXEIRA
DE FREITAS/BA



Localização GPS

**II – FUNÇÃO CONGNITIVA**

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

Variável	Pontos	Pontuação
Orientação		
Que dia é hoje do mês?	1	<i>1 ponto para cada resposta certa. Considere correta até 1h a mais ou a menos em relação à hora real /local.</i>
Em que mês estamos?	1	
Em que ano estamos?	1	
Em que dia da semana estamos?	1	
Qual a hora aproximada?	1	
Em que local nós estamos? (<i>sentido mais amplo, ex. casa, UBS</i>)	1	
Que local é este aqui? (<i>local específico, ex. sala, cozinha</i>)	1	
Em que bairro nós estamos ou qual o nome da rua próxima?	1	
Em que cidade nós estamos?	1	
Em que estado nós estamos?	1	
Memória Imediata: Eu vou dizer três palavras e o(a) Sr(a) irá repeti-las a seguir:		<i>1 ponto para cada palavra repetida na primeira tentativa e (0) para resposta errada. Repita até as 3 palavras serem entendidas ou no máximo de 5 tentativas.</i>
Carro, vaso, tijolo	3	
Atenção e cálculo: subtração de setes seriadamente		<i>Considere 1 ponto para cada resultado correto. Considere correto se o examinado espontaneamente se autocorrige.</i>
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		<i>1 ponto para cada uma das palavras evocadas corretamente.</i>
Carro, vaso, tijolo	3	
Linguagem		<i>1 ponto para cada resposta certa.</i>
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	<i>1 ponto para cada etapa correta. Se o sujeito pedir ajuda no meio da tarefa não dê dicas.</i>
Ler e obedecer: mostre a frase escrita “Feche os olhos” e peça para o indivíduo fazer o que está sendo mandado.	1	<i>1 ponto se correto. Não auxilie se pedir ajuda ou se só ler a frase sem realizar o comando.</i>
Escreva uma frase:	1	<i>1 ponto se correto. 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</i>

			<i>correção não são considerados erros gramaticais ou ortográficos</i>
Copie o desenho: 	1		<i>Considere apenas se houver 2 pentágonos interseccionados (10 ângulos) formando uma figura de quatro lados ou com dois ângulos</i>
Total	30		<i>Se a pontuação for 11 ou menos, não continue a entrevista.</i>

III – FATORES RELACIONADOS À SAÚDE

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

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

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

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

⁰[0] Não ¹[1] Sim

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

Aparelho circulatório	⁰ [0] Não	¹ [1] 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
			Problemas renais		
Doença de Chagas	⁰ [0] Não	¹ [1] Sim	(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 (faringite, tosse, gripe)	⁰ [0] Não	¹ [1] Sim	Doenças de olhos	⁰ [0] Não	¹ [1] Sim
Sistema Osteomuscular	⁰ [0] Não	¹ [1] Sim	Transtornos visuais	⁰ [0] Não	¹ [1] Sim
Reumatismo/ artrite/ artrose	⁰ [0] Não	¹ [1] Sim	Sistema nervoso	⁰ [0] Não	¹ [1] Sim
Dores coluna/ lombar	⁰ [0] Não	¹ [1] Sim	Enxaqueca	⁰ [0] Não	¹ [1] Sim
Osteoporose	⁰ [0] Não	¹ [1] Sim	Sangue	⁰ [0] Não	¹ [1] Sim
Dores musculares	⁰ [0] Não	¹ [1] Sim	Anemia	⁰ [0] Não	¹ [1] Sim
Metabólicas	⁰ [0] Não	¹ [1] Sim	Infecções e parasitárias	⁰ [0] Não	¹ [1] Sim
Diabetes Mellitus	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: _____

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 receitados:²[2] sem ajuda (na identificação do nome do remédio, no seguimento da dose e horário);¹[1] com alguma ajuda (toma, se alguém preparar ou quando é lembrado(a) para tomar os remédios);⁰[0] ou, não consegue tomar por si os remédios receitados.**15.7 O(a) Sr(a) lida com suas próprias finanças:**²[2] sem ajuda (assinar cheques, pagar contas, controlar saldo bancário, receber aposentadoria ou pensão);¹[1] com alguma ajuda (lida com dinheiro para as compras do dia a dia, mas necessita de ajuda para controle bancário e pagamento de contas maiores e/ou recebimento da aposentadoria);⁰[0] ou, não consegue mais lidar com suas finanças.*Pontuação ABVD - soma das perguntas 14.1 a 14.6: []***V – BARREIRAS PARA PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA**

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

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

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

VI – NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA E COMPORTAMENTO SEDENTÁRIO

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

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

Para responder as questões lembre que:

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

Seção 1- Atividade Física no Trabalho

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

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

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

⁰[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**.

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

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

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

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

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

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

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

_____ minutos ⁰[0] Nenhum - **Vá para a seção 2.**

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

Seção 2 - Atividade Física como meio de Transporte

Pontuação da seção 1 - (17.2.1. + 17.2.2. + 17.1.3.) = _____ 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 1 - (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 1 - (17.4.1. + 17.4.2. +17.4.3.) = _____ min/sem

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Seção 5 – Tempo Sentado

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

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

Dia de semana (um dia)	Tempo (horas/min)		
	Manhã	Tarde	Noite

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

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

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

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

VII – AUTOEFICÁCIA PARA PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA

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

Para responder as questões abaixo considere:

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

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

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

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

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

VIII – TRANSTORNO MENTAL COMUM

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

- | | | |
|---|----------------------|----------------------|
| 20.1. Tem dores de cabeça frequentemente? | ⁰ [0] Não | ¹ [1] Sim |
| 20.2. Tem falta de apetite? | ⁰ [0] Não | ¹ [1] Sim |
| 20.3. Dorme mal? | ⁰ [0] Não | ¹ [1] Sim |
| 20.4. Assusta-se com facilidade? | ⁰ [0] Não | ¹ [1] Sim |
| 20.5. Tem tremores nas mãos? | ⁰ [0] Não | ¹ [1] Sim |
| 20.6. Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)? | ⁰ [0] Não | ¹ [1] Sim |
| 20.7. Tem má digestão? | ⁰ [0] Não | ¹ [1] Sim |
| 20.8. Tem dificuldade de pensar com clareza? | ⁰ [0] Não | ¹ [1] Sim |
| 20.9. Tem se sentido triste ultimamente? | ⁰ [0] Não | ¹ [1] Sim |

20.10. Tem chorado mais do que de costume?	⁰ [0] Não	¹ [1] Sim
20.11. Encontra dificuldade de realizar, com satisfação, suas tarefas diárias?	⁰ [0] Não	¹ [1] Sim
20.12. Tem dificuldade para tomar decisões?	⁰ [0] Não	¹ [1] Sim
20.13. Seu trabalho diário lhe causa sofrimento?	⁰ [0] Não	¹ [1] Sim
20.14. É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	⁰ [0] Não	¹ [1] Sim
20.15. Tem perdido o interesse pelas coisas?	⁰ [0] Não	¹ [1] Sim
20.16. O(a) Sr(a) se sente pessoa inútil em sua vida?	⁰ [0] Não	¹ [1] Sim
20.17. Tem tido ideia de acabar com a vida?	⁰ [0] Não	¹ [1] Sim
20.18. Sente-se cansado(a) o tempo todo?	⁰ [0] Não	¹ [1] Sim
20.19. Tem sensações desagradáveis no estômago?	⁰ [0] Não	¹ [1] Sim
20.20. O(a) Sr(a) se cansa com facilidade?	⁰ [0] Não	¹ [1] Sim

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

IX – AVALIAÇÃO NUTRICIONAL

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

Triagem

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

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

22. Perda de peso nos últimos três meses:

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

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

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

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

⁰[0] Sim ²[2] Não

25. Problemas neuropsicológicos:

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

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

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

Avaliação global

Triagem - soma das perguntas 21 a 26: []

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 legumes ou ovos?

¹[1] Sim ²[2] Não

31.3. Carne, peixe ou aves todos os dias?

¹[1] Sim ²[2] Não

Pontuação questão 31:

⁰[0,0] Nenhuma ou uma resposta sim entre as questões 32.1, 32.2 e 32.3

¹[0,5] Duas respostas sim entre as questões 32.1, 32.2 e 32.3

²[1,0] Três respostas sim entre as questões 32.1, 32.2 e 32.3

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

⁰[0] Não ¹[1] Sim

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

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

34. Modo de se alimentar

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

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

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

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

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

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

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

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

⁰[0] CP < 31 ¹[1] CP ≥ 31

Avaliação global

Soma das perguntas 27 a 38 (considere os valores de dentro dos colchetes): []

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

Alimentos	Frequência	Quantas vezes consome	Porção	Quantidade de porções
39.1. Frutas	⁰ [0] Não ¹ [1] Diário ² [2] Semanal 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 ¹ [1] Diário ² [2] Semanal 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 ¹ [1] Diário ² [2] Semanal 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 ¹ [1] Diário ² [2] Semanal 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 ¹ [1] Diário ² [2] Semanal 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 ¹ [1] Diário ² [2] Semanal 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 Plenamente	Discordo
58.1. Em geral, o(a) Sr(a) está satisfeito(a) consigo mesmo(a).	4[4]	3[3]	2[2]	1[1]
58.2. Às vezes, o(a) Sr(a) acha que o(a) Sr(a) não serve para nada.	1[1]	2[2]	3[3]	4[4]
58.3. O(a) Sr(a) sente que tem um tanto de boas qualidades.	4[4]	3[3]	2[2]	1[1]
58.4. O(a) Sr(a) é capaz de fazer coisas tão bem quanto a maioria das outras pessoas.	4[4]	3[3]	2[2]	1[1]
58.5. O(a) Sr(a) sente que não tem muito do que se orgulhar.	1[1]	2[2]	3[3]	4[4]
58.6. Às vezes, o(a) Sr(a) realmente se sente inútil.	1[1]	2[2]	3[3]	4[4]
58.7. O(a) Sr(a) sente que é uma pessoa de valor, igual às outras pessoas.	4[4]	3[3]	2[2]	1[1]
58.8. O(a) Sr(a) gostaria de ter mais respeito por si mesmo(a).	1[1]	2[2]	3[3]	4[4]
58.9. Quase sempre o(a) Sr(a) está inclinado(a) a achar que é um(a) fracassado(a).	1[1]	2[2]	3[3]	4[4]
58.10. O(a) Sr(a) tem uma atitude positiva em relação a si mesmo(a).	4[4]	3[3]	2[2]	1[1]

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

XIV – INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS**59. Estado Civil:**

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

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

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

61. Quantos anos de estudo? _____

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

62. Qual é a sua ocupação atual?

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

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

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

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

[contando com o(a) Sr(a)]. [Entrevistador caso a resposta da questão 63 seja a primeira opção [0], anote 1 no número de pessoas]

64.1. Dentre as pessoas que vivem na mesma residência que o(a) Sr(a), há algum com idade ≤ 1 ano?¹[1] Sim ⁰[0] Não**65. Cor ou Raça**⁰[0] Branca ¹[1] Preta/Negro ²[2]Parda ³[3] Amarela/Asiático ⁴[4] Indígena**66. Qual a renda mensal da família?****66.1. Valor:** _____ reais**66.2. Salários mínimos:** _____

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

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

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

67.2. 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 Incompleto¹[1] Primário completo / Ginásial incompleto / Fundamental 1 Completo / Fundamental 2 Incompleto²[2] Ginásial completo / Colegial incompleto / Fundamental 2 Completo / Médio Incompleto⁴[4] Colegial completo / Superior incompleto / Médio Completo / Superior Incompleto⁷[7] Superior completo**67.3. Serviços públicos****67.3.1. Água encanada (Rede geral de distribuição pública)**⁰[0] Não⁴[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

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 _____segundos

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

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

Pontuação do teste

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

81. Força de 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. Triglicerídeos (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): _____

**ANEXO B – Parecer consubstanciado do comitê de ética e pesquisa da Universidade
Federal do Triângulo Mineiro**



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

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

Pesquisador: JAIR SINDRA VIRTUOSO JUNIOR

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 41401015.0.0000.5154

Instituição Proponente: Universidade Federal do Triangulo Mineiro

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 966.983

Data da Relatoria: 25/02/2015

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

relevante

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

termos apresentados.

TCLE - pesquisador atendeu as recomendações do colegiado do CEP.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

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

Situação do Parecer:

Aprovado

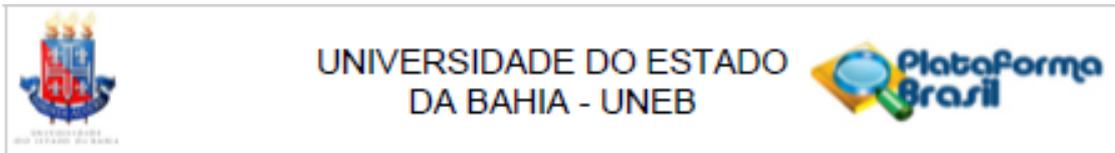
Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

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

ANEXO C – Parecer do comitê de ética 2020



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

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

Pesquisador: BRUNO DE FREITAS CAMILO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 15135019.7.0000.0057

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.471.114

Apresentação do Projeto:

O protocolo de pesquisa trata se de um projeto de vinculado ao criso de

Objetivo da Pesquisa:

os objetivos apresentados são condizentes com a metodologia proposta.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos e Benefícios informados conforme orienta a Resolução nº 466/12.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

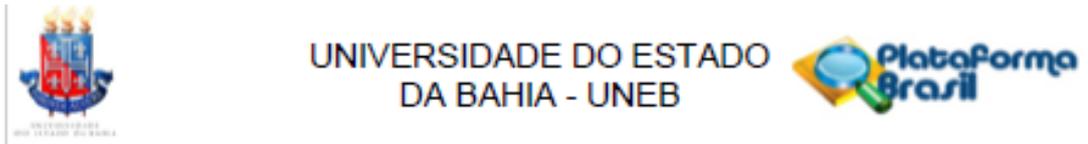
Pesquisa relevante e exequível.

A metodologia proposta bem como os critérios de inclusão e exclusão e cronograma são compatíveis com os objetivos propostos no projeto.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

As declarações apresentadas são condizentes com as Resoluções que norteiam a pesquisa envolvendo seres humanos. Os pesquisadores envolvidos com o desenvolvimento do projeto apresentam declarações de compromisso com o desenvolvimento do projeto em consonância com a Resolução 466/12 CNS/MS, bem como com o compromisso com a confidencialidade dos participantes da pesquisa e as autorizações das instituições proponente e coparticipante.

O TCLE apresentado possui uma linguagem clara e acessível aos participantes da pesquisa e atende ao disposto na resolução 466/12 CNS/MS contendo todas as informações necessárias ao



Continuação do Parecer: 3.471.114

esclarecimento do participante sobre a pesquisa bem como os contatos para a retirada de dúvidas sobre o processo

Recomendações:

Recomendamos ao pesquisador atenção aos prazos de encaminhamento dos relatórios parcial e/ou final. Informamos que de acordo com a Resolução CNS/MS 466/12 o pesquisador responsável deverá enviar ao CEP- UNEB o relatório de atividades final e/ou parcial anualmente a contar da data de aprovação do projeto.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

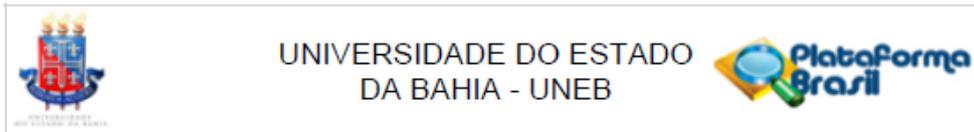
Após a análise com vista à Resolução 466/12 CNS/MS o CEP/UNEB considera o projeto como APROVADO para execução, tendo em vista que apresenta benefícios potenciais a serem gerados com sua aplicação e representa risco mínimo aos participantes, respeitando os princípios da autonomia, da beneficência, não maleficência, justiça e equidade.

Considerações Finais a critério do CEP:

Após a análise com vista à Resolução 466/12 CNS/MS o CEP/UNEB considera o projeto como APROVADO para execução, tendo em vista que apresenta benefícios potenciais a serem gerados com sua aplicação e representa risco mínimo aos sujeitos da pesquisa tendo respeitado os princípios da autonomia dos participantes da pesquisa, da beneficência, não maleficência, justiça e equidade. Informamos que de acordo com a Resolução CNS/MS 466/12 o pesquisador responsável deverá enviar ao CEP- UNEB o relatório de atividades final e/ou parcial anualmente a contar da data de aprovação do projeto.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1361398.pdf	26/06/2019 00:29:32		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_ELSIA_ALTERACAO.pdf	26/06/2019 00:27:20	BRUNO DE FREITAS CAMILO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_completo_para_submissao_ao_CEP_UNEB_ELSIA.pdf	30/05/2019 22:43:08	BRUNO DE FREITAS CAMILO	Aceito
Outros	Instrumento_de_coleta_de_dados_EL	30/05/2019	BRUNO DE	Aceito



Continuação do Parecer: 3.471.114

Outros	SIA.pdf	11:57:17	CAMILO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	5_Termo_de_concordancia_com_o_desenvolvimento_da_pesquisa_ELSIA.pdf	30/05/2019 11:50:08	BRUNO DE FREITAS CAMILO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	3_Termo_de_confidencialidade_ELSIA.pdf	30/05/2019 11:49:30	BRUNO DE FREITAS CAMILO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	2_Termo_de_autorizacao_institucional_da_proponente_ELSIA.pdf	30/05/2019 11:49:07	BRUNO DE FREITAS CAMILO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	1_Termo_de_compromisso_do_pesquisador_ELSIA.pdf	30/05/2019 11:47:27	BRUNO DE FREITAS CAMILO	Aceito
Folha de Rosto	4_Folha_de_Rosto_da_Plataforma_Brasil_ELSIA.pdf	30/05/2019 11:43:47	BRUNO DE FREITAS CAMILO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SALVADOR, 26 de Julho de 2019

Assinado por:
Aderval Nascimento Brito
(Coordenador(a))

ANEXO D – Termo de consentimento livre e esclarecimento 2015

**Ministério da Educação
Universidade Federal do Triângulo Mineiro – Uberaba – MG
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

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

TERMO DE ESCLARECIMENTO

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

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

ANEXO E – Termo de consentimento livre, após esclarecimento



**Ministério da Educação
Universidade Federal do Triângulo Mineiro – Uberaba – MG
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP**

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) 9983918

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