

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

SUZANA APARECIDA GARCIA

**SAÚDE CARDIOVASCULAR IDEAL EM IDOSOS: PREVALÊNCIA E FATORES
ASSOCIADOS**

UBERABA

2023

SUZANA APARECIDA GARCIA

**SAÚDE CARDIOVASCULAR IDEAL EM IDOSOS: PREVALÊNCIA E FATORES
ASSOCIADOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *stricto sensu* em Atenção à Saúde, área de concentração Saúde e Enfermagem, 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: Dr. Jair S. Virtuoso Júnior

UBERABA - MG

2023

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

G211s Garcia, Suzana Aparecida
 Saúde cardiovascular ideal em idosos: prevalência e fatores
 associados / Suzana Aparecida Garcia. -- 2023.
 114 f. : il., tab.

 Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) -- Universidade
 Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, 2023
 Orientador: Prof. Dr. Jair S. Virtuoso júnior

 1. Saúde do idoso. 2. Doenças cardiovasculares. 2. Estilo de vida.
 3. Revisões Sistemáticas como Assunto. I. Virtuoso júnior, Jair S. II.
 Universidade Federal do Triângulo Mineiro. III. Título.

CDU 613.98

SUZANA APARECIDA GARCIA

SAÚDE CARDIOVASCULAR IDEAL EM IDOSOS: PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *stricto sensu* em Atenção à Saúde, área de concentração Saúde e Enfermagem, 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, 28 de abril de 2023.

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Jair Sindra Virtuoso Júnior – Orientador

Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Profa. Dra. Leiner Resende Rodrigues

Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Profa. Dra. Aldenora Laísa Paiva de Carvalho Cordeiro

Universidade Federal de Minas Gerais

Dedico este trabalho
ao meu filho João Pedro,
aos meus pais Jair e Anária,
e aos meus incentivadores
Cíntia e Joilson.

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus pais, irmãos, sobrinhas e cunhados pelo carinho, atenção e pela preocupação constante.

Ao meu filho, que esteve tão distante de mim durante estes últimos anos. Saiba que a mamãe esteve o tempo todo pensando em você.

A minha irmã, aqui como Prof. Dra. Cintia, e ao meu cunhado, aqui como Prof. Dr. Joilson, por me incentivarem e não desistirem de mim, por mais que os momentos fossem tão difíceis.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Jair Sindra Virtuoso Júnior, por me aceitar e proporcionar esta oportunidade de aprendizado científico.

Ao Programa de Pós-Graduação *stricto sensu* em Atenção à Saúde da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, e a todos os professores por acrescentarem tanto na minha jornada acadêmica.

Ao Professor Dr. Jeffer e a Professora Dra. Nayara por me acompanharem no Estágio Docente.

Aos membros da banca de qualificação e defesa, Dr. Jeffer Edi Sasaki, Dra. Leiner Resende Rodrigues e Dra. Aldenora Laísa Paiva de Carvalho Cordeiro, por ter aceitado o convite e contribuírem para o aprimoramento deste trabalho.

Ao Prefeito de Matutina Gilberto Ernane de Lima por ter consentido e apoiado a realização do Estudo Saúde do Idoso de Matutina (SIM) - Atividade Física, comportamento sedentário e desfechos de saúde em idosos em nossa cidade.

A toda equipe da UBS Êga Morato, da UBS Dr. Elton Londe, do Laboratório da Unidade Mista, aos entrevistadores matutinenses graduandos de cursos da área da saúde e aos idosos que participaram, vocês foram essenciais para o desenvolvimento do estudo.

Aos colegas do Mestrado Antônio, Francisco e Emanuela e à aluna de iniciação científica Daiane, que participaram ativamente da Revisão Sistemática e do Estudo Saúde do Idoso de Matutina.

E a Deus e a toda espiritualidade sempre me iluminando e guiando meus caminhos para que eu pudesse chegar até aqui.

RESUMO

O envelhecimento da população está ocorrendo a um ritmo cada vez mais acelerado e com isso os gastos com serviço de saúde tem elevado consideravelmente. Dentre as principais causas de morbimortalidade estão as Doenças Crônicas Não Transmissíveis, destacando-se as Doenças Cardiovasculares. A *American Heart Association* (AHA) criou o conceito de Saúde Cardiovascular Ideal (SCI) que consiste na avaliação de sete métricas de saúde, sendo quatro comportamentais (não fumar, índice de massa corporal ideal, ser fisicamente ativo, dieta saudável) e três fatores biológicos (colesterol total <200 mg/dl, pressão arterial não tratada <120/80 mmHg e glicemia de jejum não tratada <100 mg/dL). O objetivo geral deste trabalho foi verificar a prevalência e os fatores associados à SCI em idosos da comunidade. Como objetivos específicos, teve-se: 1) identificar e descrever estudos que avaliaram a prevalência da SCI em Idosos por meio de uma revisão sistemática; 2) estimar a prevalência da SCI em idosos; 3) analisar os fatores associados à SCI. Para a revisão sistemática, foram pesquisadas as bases de dados eletrônicas *PubMed*, *Web of Science* e *Scopus*, em 03/2022. Para os dois últimos objetivos, foi realizado um estudo com 277 idosos cadastrados na Estratégia de Saúde da Família do município de Matutina, MG. Os idosos aptos pelos critérios do estudo, após darem o consentimento para participar, responderam a um questionário estruturado aplicado em forma de entrevista, além de passarem pela avaliação antropométrica (peso e altura) e aferição de pressão arterial, realizaram exame laboratorial para mensuração do colesterol total e glicemia de jejum. De acordo com a revisão sistemática, a prevalência de SCI, quando considerado o ponto de corte ≥ 5 métricas, variou de 57,10% a 0,32%. O estudo original realizado indicou uma prevalência de 17,7% (n=49) para o mesmo ponto de corte de SCI. Quando analisadas as métricas de forma separada, percebe-se que a mais difícil de atingir foi a dieta (2,5%) e a métrica com o melhor resultado foi o tabagismo (88,8%). Os fatores associados a maior SCI foram maior idade ($\beta= 0,19$; $p < 0,001$), menor número de doenças ($\beta= -0,21$; $p < 0,001$), melhor autopercepção do estado de saúde ($\beta= -0,24$; $p < 0,001$), maior independência em atividades básicas da vida diária ($\beta= -0,16$; $p=0,03$). De forma indireta, as variáveis associadas a melhor SCI foram menores sintomas depressivos, mediado pela autopercepção de saúde ($\beta= -0,07$); maior participação em atividades avançadas da

vida diária, mediado pela sintomatologia depressiva e autopercepção de saúde ($\beta=0,13$). Conclui-se que é necessário a implementação de Políticas Públicas que incentivem a manutenção ideal das setes métricas elencadas pela AHA. Adicionalmente, destaca-se a importância da variável autopercepção de saúde, sendo um fator que diretamente está relacionado à SCI e para outros fatores, como sintomatologia depressiva e atividades da vida diária, que é possível de ser incentivado e estimulado por meio de ações de promoção da saúde.

Palavras-chave: doenças cardiovasculares; estilo de vida; saúde do idoso; revisão sistemática.

ABSTRACT

The aging of the population is occurring at an increasingly accelerated pace and, as a result, spending on health services has increased considerably. Among the main causes of morbidity and mortality are Chronic Noncommunicable Diseases, with emphasis on cardiovascular diseases. The American Heart Association (AHA) created the concept of Ideal Cardiovascular Health (ideal CVH), which consists of evaluating seven health metrics, four of which are behavioral (not smoking, ideal body mass index, being physically active, healthy diet) and three factors biological (total cholesterol <200 mg/dl, untreated blood pressure <120/80 mmHg and untreated fasting glucose <100 mg/dL). The general objective of this study was to verify the prevalence and factors associated with ideal CVH in elderly people in the community. As specific objectives, we had: 1) to identify and describe studies that evaluated the prevalence of ideal CVH in the elderly through a systematic review; 2) estimate the prevalence of ideal CVH in the elderly; 3) analyze the factors associated with ideal CVH. For the systematic review, the electronic databases PubMed, Web of Science and Scopus were searched on 03/2022. For the last two objectives, it was carried out with 277 elderly people registered in the Family Health Strategy in the city of Matutina, MG. The elderly eligible according to the study criteria, after giving their consent to participate, answered a structured questionnaire applied in the form of an interview, in addition to undergoing an anthropometric assessment (weight and height) and blood pressure measurement, they underwent a laboratory test to measure cholesterol total and fasting blood glucose. According to the systematic review, the prevalence of ideal CVH, when considering the cutoff point ≥ 5 metrics, ranged from 57.10% to 0.32%. The original study carried out indicated a prevalence of 17.7% (n=49) for the same ideal CVH cutoff point. When the metrics are analyzed separately, the most difficult to achieve was diet (2.5%) and the metric with the best result was smoking (88.8%). Factors associated with higher ideal CVH were older age ($\beta = 0.19$; $p < 0.001$), fewer diseases ($\beta = -0.21$; $p < 0.001$), better self-perception of health status ($\beta = -0.24$; $p < 0.001$), greater independence in basic activities of daily living ($\beta = -0.16$; $p = 0.03$). Indirectly, the variables associated with better ideal CVH were lower depressive symptoms, mediated by self-rated health ($\beta = -0.07$); greater participation in advanced activities of daily living, mediated by depressive symptoms and self-rated health ($\beta =$

0.13). It is concluded that it is necessary to implement Public Policies that encourage the ideal maintenance of the seven metrics listed by the AHA. Additionally, the importance of the self-perceived health variable is highlighted, as it is a factor that is directly related to ideal CVH and to other factors, such as depressive symptoms and activities of daily living, which can be encouraged and stimulated through promotion actions of health.

Keywords: cardiovascular diseases; lifestyle; health of the elderly; systematic review.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Fluxograma da população e participantes do estudo, Matutina, 2022	25
Figura 2 - Modelo hipotético dos fatores associados a saúde cardiovascular ideal.....	32
Figura 3 - Fluxograma do processo de seleção dos estudos para Revisão Sistemática.....	34
Figura 4 – Número de métricas em nível ideal em idosos de Matutina, MG, 2022.....	67
Figura 5 - Prevalência de Saúde Cardiovascular Ideal em idosos, Matutina, MG, 2022.....	68
Figura 6 - Modelo inicial dos fatores associados à saúde cardiovascular ideal de idosos, Matutina, MG, 2022.....	69
Figura 7 - Modelo final dos fatores associados à saúde cardiovascular ideal de idosos, Matutina, MG, 2022.....	70

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Estratégias de buscas aplicadas em cada base de dados.....	22
Tabela 2 - Características descritivas dos estudos incluídos sobre a saúde cardiovascular ideal em idosos.....	35
Tabela 3 - Prevalência da saúde cardiovascular total em idosos residentes da comunidade	41
Tabela 4 - Prevalência da métrica de saúde cardiovascular ideal - tabagismo em idosos residentes na comunidade.....	44
Tabela 5 - Prevalência da métrica de saúde cardiovascular ideal - IMC em idosos residentes na comunidade.....	46
Tabela 6 - Prevalência da métrica de saúde cardiovascular ideal - dieta em idosos residentes na comunidade.....	48
Tabela 7 - Prevalência da métrica de saúde cardiovascular ideal – atividade física em idosos residentes na comunidade.....	52
Tabela 8 - Prevalência da métrica de saúde cardiovascular ideal – hipertensão arterial em idosos residentes na comunidade.....	57
Tabela 9 - Prevalência da métrica de saúde cardiovascular ideal – colesterol em idosos residentes na comunidade.....	60
Tabela 10 - Prevalência da métrica de saúde cardiovascular ideal – glicose em idosos residentes na comunidade.....	62
Tabela 11 - Caracterização dos participantes quanto às variáveis sociodemográficas, saúde e comportamental, Matutina, 2022.....	65
Tabela 12 - Frequência das métricas de saúde cardiovascular ideal em idosos de Matutina, 2022.....	67
Tabela 13 - Características dos participantes para as variáveis incluídas no modelo, Matutina, MG, 2022.....	69

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEP	Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
AHA	<i>American Heart Association</i>
AAVD	Atividades avançadas da vida diária
ABVD	Atividades básicas da vida diária
AIVD	Atividades instrumentais da vida diária
DCNT	Doenças crônicas não transmissíveis
DCV	Doenças cardiovasculares
DLP	Dislipidemias
DM	Diabetes Mellitus
DP	Desvio padrão
ELSA	Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto
ESPIN	Estado de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPAC	International Physical Activity Questionnaire
MEEM	Mini Exame do Estado Mental
mm/Hg	Milímetros de mercúrio
IMC	Índice de Massa Corpórea
NAF	Nível de Atividade Física
OMS	Organização Mundial de Saúde
PA	Pressão Arterial
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
SCI	Saúde Cardiovascular Ideal
SIM	Saúde do Idoso de Matutina
SPSS	<i>Statistical Package for Social Sciences</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
1.1 SAÚDE CARDIOVASCULAR IDEAL E SUAS MÉTRICAS	15
1.2 SAÚDE CARDIOVASCULAR IDEAL E ENVELHECIMENTO	16
2 JUSTIFICATIVA	19
3 OBJETIVOS	20
3.1 OBJETIVO GERAL	20
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	20
4 MATERIAIS E MÉTODOS	21
4.1 ESTUDO DE REVISAO SISTEMÁTICA	21
4.1.1 Protocolo de Registro	21
4.1.2 Critérios de elegibilidade	21
4.1.3 Fontes de informação e estratégias de buscas	21
4.1.4 Seleção dos estudos e extração dos dados	22
4.2 ESTUDO OBSERVACIONAL	23
4.2.1 Tipo de estudo	23
4.2.2 Local do Estudo e População	23
4.2.3 Coleta dos dados	25
4.2.4 Instrumentos	26
4.2.4.1 Aspectos sociodemográficos	26
4.2.4.2 Mini-Exame Estado Mental validado	26
4.2.4.3 Saúde Cardiovascular Ideal	27
4.2.4.4 Percepção do estado de saúde	28
4.2.4.5 Número de doenças	29
4.2.4.6 Sintomatologia depressiva	29
4.2.4.7 Atividades Instrumentais da vida diária	29
4.2.4.8 Atividades básicas da vida diária	30
4.2.4.9 Atividades avançadas da vida diária	30
4.2.4.10 Tempo de sono	30
4.2.4.11 Tempo sentado	31
4.2.5 Análise dos dados	31
5 RESULTADOS	33
5.1 ESTUDO DE REVISAO SISTEMÁTICA	33
5.2 ESTUDO OBSERVACIONAL	65
5.2.1 Caracterização dos idosos	65

5.2.2 Prevalência de Saúde Cardiovascular Ideal.....	66
5.2.3 Fatores associados.....	68
6 DISCUSSÃO	71
6.1 ESTUDO DE REVISAO SISTEMÁTICA	71
6.2 ESTUDO OBSERVACIONAL	72
7 CONCLUSÕES	77
REFERÊNCIAS	78
ANEXOS	88
ANEXO A - Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro	88
ANEXO B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.....	89
ANEXO C – Questionário SIM.....	94

1 INTRODUÇÃO

A população está envelhecendo a um ritmo cada vez mais acelerado, sendo que há um aumento dos grupos etários mais velhos e uma diminuição dos grupos mais jovens (BÁRRIOS; MARQUES; FERNANDES, 2020). Essa importante alteração na pirâmide etária mundial, tanto em países desenvolvidos, quanto naqueles em desenvolvimento implicam em profundas mudanças epidemiológicas e novos desafios para os sistemas de saúde (CANÊDO; LOPES; LOURENÇO, 2018). No Brasil, o processo de envelhecimento tem ocorrido em um cenário de grande magnitude e impacto sobre as doenças crônicas e infecciosas associadas a iniquidades socioeconômicas acentuadas (BARROS; GOLDBAUM, 2018).

Ao considerar os altos gastos com serviços de saúde entre os idosos, verifica-se que estão relacionados ao perfil de morbidade, caracterizado pela maior prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) (REIS; NORONHA; WAJNMAN, 2016). A Organização Mundial da Saúde (OMS) descreve que um pequeno conjunto de fatores de risco responde pela maioria das mortes por DCNT e por uma importante fração da carga de doenças (WHO, 2011). Tabagismo, uso abusivo de bebidas alcoólicas, inatividade física e alimentação não saudável representam os principais fatores de risco relacionados à morbimortalidade por DCNT (WHO, 2018).

Dentre as DCNT, destaca-se as doenças cardiovasculares (DCV), que são consideradas as principais causas de morte prematura e incapacidade crônica. No mundo, estima-se 523 milhões de casos de doenças cardiovasculares em 2019, sendo o número de mortes pela doença chegando a 18,6 milhões (ROTH et al., 2020). As doenças cardiovasculares, principalmente a doença isquêmica do coração e o acidente vascular cerebral, são a principal causa de mortalidade global e um dos principais contribuintes para a deficiência (ROTH et al., 2020).

Para combatê-las, a *American Heart Association (AHA)* lançou o “2020 Impact Goal” e o conceito de saúde cardiovascular ideal. A combinação dos critérios da saúde cardiovascular ideal constitui-se da presença simultânea de quatro fatores comportamentais de saúde (não fumar, índice de massa corporal $<25 \text{ kg/m}^2$, atividade física nos níveis desejados, dieta de acordo com as recomendações atuais das diretrizes), e três fatores biológicos (colesterol total não tratado $<200 \text{ mg/dL}$, pressão

arterial não tratada <120/<80 mmHg e glicemia de jejum <100 mg/dL) (LLOYD-JONES et al., 2010).

Estudos têm mostrado que indivíduos em estado de saúde cardiovascular ideal apresentam menor incidência de DCV e aumento da expectativa de vida, quando comparados aos que estão em situação de saúde ruim (LLOYD-JONES et al., 2010; YANG et al., 2012).

Tem sido verificado que a promoção da saúde cardiovascular melhora a longevidade saudável por meio da prevenção de inúmeras doenças e condições crônicas, incluindo o câncer, demência, diabetes, doença renal terminal e doença pulmonar obstrutiva crônica (RASMUSSEN-TORVIK et al., 2013; VIRANI et al., 2021).

1.1 SAÚDE CARDIOVASCULAR IDEAL E SUAS MÉTRICAS

As DCV, atualmente, são consideradas como a maior causa de morte e de anos de vida perdidos ajustados por incapacidade (DALY) no Brasil (MALTA et al., 2020). Segundo a Pesquisa nacional de Saúde, em 2013, a prevalência das doenças cardiovasculares na população adulta brasileira (≥ 18 anos) era de 4,2%, aumentando de forma crescente nos grupos de maior idade da população, sendo a prevalência de DCV entre idosos de 11,4% (THEME FILHA et al., 2015).

Os principais fatores de risco para desenvolvimento dessas doenças são: Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus (DM), Obesidade, Sedentarismo, Dislipidemias (DLP), Tabagismo e Etilismo (VOS et al., 2017). As altas prevalências das doenças cardiovasculares (DCV) são consequências das alterações nos hábitos de vida da população (THOMAS et al., 2018).

Considerando o elevado impacto das doenças cardiovasculares na população, a *American Heart Association (AHA)* desenvolveu o conceito de saúde cardiovascular ideal, definida como a presença de comportamentos de saúde ideais (não fumar, índice de massa corporal (IMC) < 25 kg/m, prática de atividade física em níveis adequados e dieta de acordo com as recomendações da diretriz) e fatores de saúde ideais (colesterol total não tratado < 200 mg/dL, pressão arterial não tratada < 120/80 mmHg e glicemia em jejum < 100 mg/dL) (LLOYD-JONES et al., 2010).

Resultante da dificuldade de se atingir estes níveis, a AHA sugere utilizar uma classificação mais ampliada, classificando a saúde cardiovascular ideal em: ideal (5 a 7 métricas), intermediária (3 a 4 métricas) e ruim (0 a 2 métricas), sendo que um perfil

de saúde cardiovascular intermediário já é considerado um fator protetor para as doenças cardiovasculares (RAMÍREZ-VÉLEZ et al., 2020).

Uma revisão sistemática apresentou resultados de 14 coortes dos EUA, em que a prevalência de seis a sete métricas de saúde cardiovascular ideal variava de apenas 0,5% em uma população de afro-americanos a 12% em trabalhadores em uma organização de saúde do sul da Flórida. Fora dos Estados Unidos, a prevalência mais baixa foi encontrada em um estudo iraniano (0,3%) e a maior em uma grande empresa chinesa (15%). Estes estudos indicam que a presença de seis a sete desses fatores em níveis ideais foi associada à redução de 70 a 89% na incidência de doenças cardiovasculares, comparado aos grupos que atingem nenhum ou apenas um deles (YOUNUS et al., 2016).

Um outro estudo, realizado em 27 cidades brasileiras, por meio de inquérito telefônico, apontou que apenas 3,4% da população apresentou níveis ideais de saúde cardiovascular ideal. Neste mesmo estudo, verificou-se que as mulheres, os mais jovens, os mais escolarizados, os residentes da região Centro-Oeste e os homens residentes na região Sul apresentaram melhor saúde cardiovascular ideal, porém a prevalência foi considerada baixa. Os piores resultados foram encontrados nas regiões Norte e Nordeste (MATOZINHOS et al., 2017).

1.2 SAÚDE CARDIOVASCULAR IDEAL E ENVELHECIMENTO

O envelhecimento populacional é uma tendência mundial irreversível. Estima-se que o número de pessoas com 65 anos ou mais em todo o mundo mais do que duplique, passando de 761 milhões em 2021 para 1,6 bilhão em 2050. Além disso, o número de pessoas com 80 anos está crescendo ainda mais rápido. Em 2021, 1 em cada 10 pessoas em todo o mundo tinha 65 anos ou mais. Em 2050, essa faixa etária projetada representará 1 em cada 6 pessoas em todo o mundo (DEPARTMENT OF ECONOMIC AND SOCIAL AFFAIRS, 2023).

O aumento na proporção de pessoas idosas representa maiores demandas de cuidados e serviços para o sistema de saúde e conseqüentemente uma elevação dos gastos com internações por DCNT associadas ao processo de envelhecimento (BÁRRIOS; MARQUES; FERNANDES, 2020; VERAS; OLIVEIRA, 2018). O envelhecimento, por si só, é considerado um fator de risco para o desenvolvimento e

progressão das DCNT, a exemplo das doenças cardiovasculares, câncer, diabetes mellitus do tipo 2 e demência (MARINHO; PASSOS; FRANÇA, 2016).

Estudo utilizando os dados do Estudo de Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento (SABE), realizado no município de São Paulo, analisou a mudança na prevalência de DCV entre 2000 e 2010 e sua associação com os fatores socioeconômicos e fatores de risco em idosos. Foi observado um aumento geral na prevalência de DCV em idosos no município de São Paulo na última década, apresentando prevalências iguais a 17,9% em 2000, 22,2% em 2006 e 22,9% em 2010. A presença de DCV apresentou associação com maior faixa etária, histórico de tabagismo e presença de diabetes e hipertensão arterial, sendo observada uma associação inversa entre a presença de DCV e a ingestão de álcool (MASSA; DUARTE; CHIAVEGATTO, 2019).

As evidências mostram que indivíduos que não possuem resultados ideais para esse escore apresentam maior risco de desenvolverem eventos cardiovasculares e outros agravos, como o declínio da função cognitiva (SABIA et al., 2019), a doença renal (HAN et al., 2016) e menor qualidade de vida (ALLEN et al., 2015). Por outro lado, aqueles que apresentam maior número de fatores da saúde cardiovascular ideal em nível ideal associaram-se ao menor risco de eventos cardiovasculares (GAYE et al., 2017; GUO; ZHANG, 2017; ZHOU et al., 2018), o que reforça a importância dessas métricas e a sua utilização em nível individual e populacional para o desenvolvimento de ações preventivas.

Considerando que a população idosa é bastante heterogênea, que suas características são influenciadas pela trajetória de vida e que o desenvolvimento das DCNT acometem com menor frequência e gravidade naqueles com uma trajetória mais saudável (FREITAS; LOYOLA FILHO; LIMA-COSTA, 2011; PEREIRA; BARRETO; PASSOS, 2008), torna-se importante investigar a prevalência de saúde cardiovascular ideal em idosos e analisar suas métricas a fim de definir quais são as melhores intervenções a serem utilizadas, baseadas nas práticas baseadas em evidências, estruturando políticas públicas de saúde para que sejam mais efetivas para a população idosa.

No Brasil, dados do Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto - ELSA demonstraram que a pior saúde cardiovascular ideal está associada ao maior risco de depressão (BRUNONI et al., 2019). Adicionalmente, em estudo parte do ELSA, que analisou as características sociodemográficas associadas à saúde cardiovascular ideal, foi verificado que idosos apresentam piores resultados (MACHADO et al., 2018).

Especificamente em idosos, tem sido verificado, que os piores resultados de saúde cardiovascular ideal estão associados à fragilidade (GRACIANI et al., 2016), incapacidade funcional (GARCÍA-HERMOSO et al., 2017) e força muscular (RAMÍREZ-VÉLEZ et al., 2020), o que demonstra a necessidade ainda maior de atenção a essa população. Neste sentido, conhecer a saúde cardiovascular ideal em idosos e suas métricas em uma população específica, poderá contribuir para estimar o número de pessoas em alto risco. Além disso, os resultados podem auxiliar no desenvolvimento de ações de prevenção e aumentar a intensidade de estratégias não-farmacológicas para prevenção de doenças cardiovasculares.

2 JUSTIFICATIVA

Investigações epidemiológicas que permitem avaliar a saúde cardiovascular da população são essenciais para o direcionamento de políticas públicas promotoras de hábitos de vida saudável (THOMAS et al., 2018). No contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), a Atenção Primária à Saúde (APS) é considerada o nível de atenção mais apropriado e com maior capilaridade para se investir em melhoria da identificação e do rastreio dos indivíduos potencialmente em risco, contribuindo para a sua saúde integral (MOREIRA et al., 2020).

O Ministério da Saúde, no final de 2019, instituiu o Programa Previne Brasil com a implementação de sete indicadores para monitoramento do acesso e a qualidade dos serviços prestados pelas equipes da atenção primária no ano de 2020. Destes sete indicadores, dois estão diretamente relacionados com a saúde cardiovascular ideal, são eles: percentual de pessoas hipertensas com pressão arterial aferida em cada semestre e percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada (BRASIL, 2019). Posteriormente, o Ministério da Saúde lançou o Programa Incentivo de Atividade Física na Atenção Primária à Saúde, cujo objetivo é implementar as ações por meio da contratação de profissionais de educação física e aquisição de materiais de consumo a fim de melhorar o cuidado das pessoas com DCNT (BRASIL, 2021).

Estratégias de prevenção em nível populacional vão além do sistema de saúde para a arena da saúde pública, o que tem implicações importantes para as estratégias de implementação da saúde cardiovascular ideal. Pequenas mudanças a nível populacional geram importantes resultados nos índices de DCV (LLOYD-JONES et al., 2010).

Sendo assim, acredita-se que conhecer o panorama da saúde cardiovascular ideal em idosos e suas métricas, poderá contribuir para estimar o número de pessoas em alto risco, o que irá auxiliar no desenvolvimento de ações de prevenção e aumentar a intensidade de estratégias não farmacológicas para maior proteção dos indivíduos em alto risco.

Vale ressaltar que o presente estudo foi realizado no município de Matutina, em Minas Gerais e que no ano de 2010 o contingente de pessoas com 60 anos ou mais, correspondia a 18,6% da população total (IBGE, 2010). Trata-se de um recorte populacional que reitera o avanço da população idosa no Brasil.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

- Verificar a prevalência e os fatores associados à saúde cardiovascular ideal em idosos da comunidade.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar e descrever estudos que avaliaram a prevalência da Saúde Cardiovascular Ideal em Idosos;
- Estimar a prevalência da saúde cardiovascular ideal em idosos, em um município do interior de Minas Gerais.
- Analisar os fatores associados à saúde cardiovascular ideal em idosos, em um município do interior de Minas Gerais.

4 MATERIAIS E MÉTODOS

Para atender os objetivos da presente dissertação, foram realizados dois estudos, sendo um estudo de revisão sistemática e um estudo observacional, do tipo analítico com delineamento transversal, de base populacional.

4.1 ESTUDO DE REVISAO SISTEMÁTICA

4.1.1 Protocolo de Registro

O estudo de revisão sistemática registrada na base de dados PROSPERO (*International Prospective Register of Systematic Reviews*) sob o número CRD42022316146 e conduzida a partir da seguinte pergunta: Qual a prevalência da saúde cardiovascular ideal e/ou suas métricas em idosos residentes na comunidade?

4.1.2 Critérios de elegibilidade

Como critérios de elegibilidade, foram considerados estudos transversais ou de bases longitudinais que tiveram como objetivo avaliar a saúde cardiovascular ideal em idosos. Foram adotados como critérios de elegibilidade a apresentação da prevalência de saúde cardiovascular ideal e/ou de suas métricas, realizados com a população idosa com idade ≥ 60 anos ou com informações estratificadas para faixa etária correspondente, residentes na comunidade. Não houve restrição quanto a data de publicação. Foram excluídos estudos realizados em populações que apresentassem condições específicas de saúde e aqueles publicados em idioma chinês.

4.1.3 Fontes de informação e estratégias de buscas

Em relação às fontes de informação e estratégias de buscas, foram realizadas buscas nas bases de dados eletrônicas *PubMed*, *Web of Science* e *Scopus*, em 19 de março de 2022. As estratégias de buscas, utilizadas em cada base de dados, são apresentadas na tabela 1, tendo como referência a combinação de descritores relacionados à saúde cardiovascular ideal e idosos.

Tabela 1 - Estratégias de buscas aplicadas em cada base de dados.

Base de dados	Estratégia de busca
PubMed	((("Ideal cardiovascular health"[Text Word]) OR ("Life's Simple 7"[Text Word])) OR ("Optimal Cardiovascular Health"[Text Word])) OR ("Better cardiovascular health"[Text Word]) AND ((((((aged[MeSH Terms]) OR (elderly[Text Word])) OR (aging[MeSH Terms])) OR ("oldest old"[Text Word])) OR ("older adults"[Text Word])) OR ("older people"[Text Word])))
Web of Science	((TS=("Ideal cardiovascular health")) OR TS=("Life's Simple 7")) OR TS=("Optimal Cardiovascular Health") OR TS=("Better cardiovascular health") (((TS=(aged)) OR TS=(elderly)) OR TS=("older adults")) OR TS=("older people")
Scopus	(TITLE-ABS-KEY (aged) OR TITLE-ABS-KEY (elderly) OR TITLE-ABS-KEY ("older adults") OR TITLE-ABS-KEY ("older people") AND TITLE-ABS-KEY ("ideal cardiovascular health") OR TITLE-ABS-KEY ("life's simple 7") OR TITLE-ABS-KEY ("optimal cardiovascular health") OR TITLE-ABS-KEY ("better cardiovascular health")

Fonte: Elaborado pela Autora, 2023.

O processo de busca dos estudos foi realizado por dois pesquisadores (S.A.G e A.P.S.O) de forma independente.

4.1.4 Seleção dos estudos e extração dos dados

A triagem realizada pelos pesquisadores (S.A.G e A.P.S.O), seguiu as seguintes etapas: 1) identificação do título, com exclusão dos estudos duplicados; 2) leitura dos títulos; 3) leitura dos resumos; 4) leitura dos artigos na íntegra. Foram incluídos na presente revisão, os estudos que apresentaram as prevalências de saúde cardiovascular ideal e/ou suas métricas ou informações que possibilitassem seus cálculos. Os casos de discordância foram resolvidos em consenso ou decisão de um terceiro pesquisador (C.A.G.M).

Foi utilizado uma planilha padronizada no Microsoft Excel para extração dos dados, sendo realizada por dois revisores (S.A.G e A.P.S.O), que tiveram acesso de forma independente e os casos de divergência resolvidos por um terceiro revisor (C.A.G.M). Os dados extraídos incluíram características dos estudos (autores/ano; país de realização do estudo; parte de estudo maior; tipo do estudo; tamanho da amostra; idade/faixa etária e características da amostra), instrumentos para coleta de dados, pontos de corte e prevalências de saúde cardiovascular ideal e/ou suas métricas.

4.2 ESTUDO OBSERVACIONAL

4.2.1 Tipo de estudo

Em relação ao estudo observacional, do tipo analítico com delineamento transversal, de base populacional, a presente dissertação faz parte do estudo Saúde do Idoso de Matutina (SIM) – Atividade Física, comportamento sedentário e desfechos de saúde em idosos, um estudo de base populacional, que foi realizado para avaliar as condições de saúde dos idosos residentes em Matutina, MG.

O estudo SIM é coordenado pelo Núcleo de Estudos em Atividade Física & Saúde da Universidade Federal do Triângulo Mineiro em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Matutina-MG. O projeto foi apresentado para a equipe de gestão do município, sendo explicado os objetivos, além dos critérios de inclusão e exclusão dos idosos. A pesquisa seguiu os princípios éticos presentes na resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. O Estudo SIM foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Parecer: 5.157.992 (ANEXO A). Para participação, os idosos consentiram, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO B).

4.2.2 Local do Estudo e População

O estudo foi realizado no município de Matutina, localizado no estado de Minas Gerais, na mesorregião Triângulo Mineiro/Alto Paranaíba (IBGE, 2020). A população do município, de acordo com o levantamento IBGE, 2010, é de 3.761 pessoas, sendo 701 pessoas com 60 anos ou mais, o que representa 18,6% da população total.

Os participantes elegíveis para o estudo foram todos os indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos completos no momento da pesquisa, de ambos os sexos, residentes na zona rural e urbana do município de Matutina, MG e cadastrados na Estratégia de Saúde da Família, sendo que a cidade de Matutina possui uma cobertura de 100% da população na Estratégia de Saúde da Família.

No mês de dezembro de 2021, as Agentes Comunitárias de Saúde forneceram a lista de idosos cadastrados no município, o que resultou num total de 939 indivíduos no início do estudo. Para o cálculo amostral, considerou-se como referencial os 939 indivíduos elegíveis, com idade ≥ 60 anos, residentes na comunidade, cadastrados na

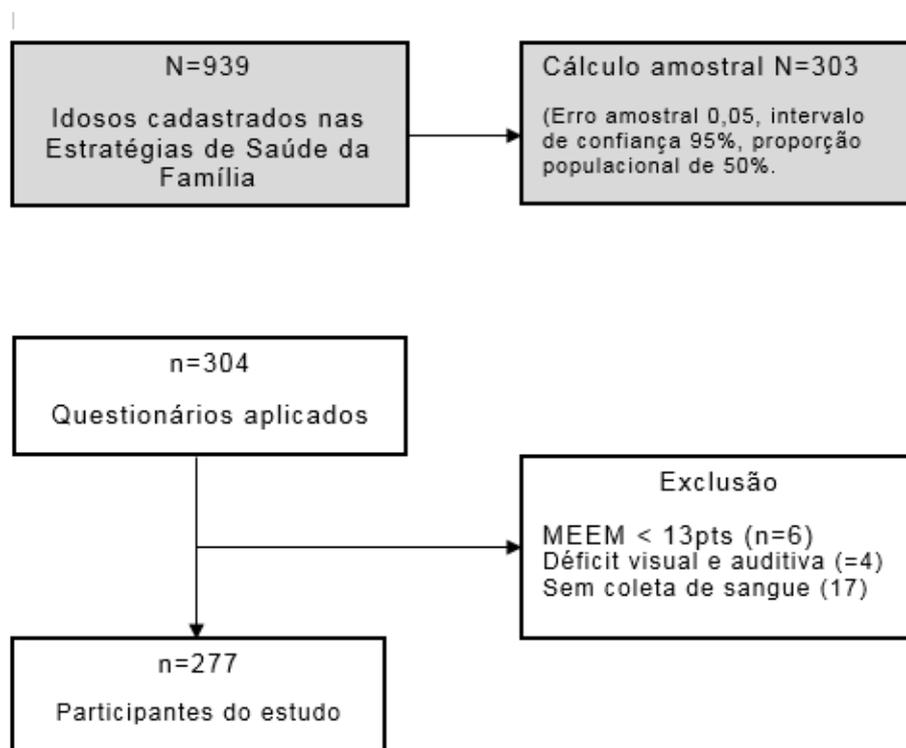
Estratégia Saúde da Família do município de Matutina, MG, e os parâmetros: erro amostral de 0,05, intervalo de confiança de 95% e proporção populacional de 50%. Dessa forma, o cálculo da amostra mínima resultou em 273 indivíduos. Para compensar eventuais perdas, aumentou-se a estimativa de tamanho amostral em 10%, perfazendo uma amostra necessária de 303 indivíduos (ARANGO, 2009).

Para participação no estudo, os idosos do município foram convidados pelos agentes comunitários de saúde em visitas domiciliares, divulgação por moto som, rádio e redes sociais. Inicialmente a equipe já identificou que 73 idosos seriam excluídos, devido aos critérios de elegibilidade do estudo. Houve 6 recusas de idosos em responder os questionários.

Os critérios de exclusão foram os seguintes: a) estar acamado, b) estar hospitalizado, c) possuir déficit visual ou auditivo que dificultasse a aplicação do questionário, d) ser residente em Instituição de Longa Permanência e e) disfunções neurológicas ou que não atingirem pontuação mínima no Mini Exame do Estado Mental (MEEM), de acordo com a escolaridade, conforme proposto por Bertolucci et al. (1994).

Foram aplicados 304 questionários e destes, 6 foram excluídos por não atingir a pontuação mínima do MEEM, 4 foram excluídos devido a déficit visual ou auditivo que dificultasse a aplicação do questionário e 17 foram excluídos por não apresentarem os resultados de exame Glicemia e Colesterol. Finalmente, um total de 277 indivíduos foram incluídos no presente estudo, conforme a Figura 1 mostra abaixo:

Figura 1 – Fluxograma da população e participantes do estudo realizado em Matutina, MG, 2022.



Fonte: Elaborado pela Autora, 2023.

4.2.3 Coleta dos dados

O levantamento dos dados ocorreu nos meses de janeiro e fevereiro de 2022. Em parceria com a secretaria municipal de saúde do município, por meio do auxílio dos agentes comunitários de saúde, os idosos elegíveis foram localizados pelos pesquisadores, sendo informados dos objetivos da pesquisa e realizados os agendamentos.

O procedimento de coleta de dados ocorreu de forma individual, em três momentos. Inicialmente, uma entrevista face a face foi realizada utilizando um questionário composto por questões sobre aspectos sociodemográficos (sexo, idade, anos de estudo), comportamentais (não fumar, atividade física nos níveis desejados e dieta saudável), construído a partir de instrumentos previamente validados para população idosa brasileira (ANEXO C).

Em um segundo momento, foram coletadas as medidas antropométricas, níveis pressóricos e agendado a data e horário para a coleta do exame de sangue. Posteriormente, em um terceiro momento, foi realizada a coleta de sangue no

laboratório para análise do colesterol total e da glicemia de jejum. As amostras de sangue foram obtidas com os indivíduos em jejum de 12 horas. Após a centrifugação, foram obtidas amostras de soro para determinação da concentração de glicose de jejum (mg/dL) e colesterol total (mg/dL), pelo método enzimático colorimétrico.

A equipe de entrevistadores foi composta por profissionais de saúde do município e acadêmicos da área da saúde previamente treinados.

Para todas as etapas foram adotadas as medidas de biossegurança, devido ao Estado de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) pela COVID-19 que perdurou de 03 de fevereiro de 2020 (BRASIL, 2020) à 22 de maio de 2022 (BRASIL, 2022). A equipe de pesquisadores e os idosos utilizaram máscara de proteção facial; os materiais utilizados para avaliação antropométrica e aferição de pressão arterial foram higienizados com álcool 70%; foi preconizado o distanciamento de acordo com as regras impostas no âmbito do município de Matutina, MG foi disponibilizado álcool em gel para os participantes em todas as etapas do estudo (MATUTINA, 2021).

4.2.4 Instrumentos

4.2.4.1 Aspectos sociodemográficos

As características sociodemográficas avaliadas foram: sexo (feminino; masculino), faixa etária (60-69; 70-79; ≥80 anos) e anos de estudos (0; 1-3; ≥4 anos).

4.2.4.2 Mini Exame Estado Mental validado

Para identificação dos idosos elegíveis para participação no estudo a partir da avaliação cognitiva, foi aplicado o instrumento Mini Exame do Estado Mental (MEEM), proposto por Folstein, Folstein e Mchugh (1975) e traduzido e validado no Brasil por Bertolucci et al. (1994). Este instrumento é composto por questões agrupadas em sete categorias, sendo: orientação temporal, orientação espacial, registro de três palavras, atenção e cálculo, recordação das três palavras, linguagem e capacidade construtiva visual. O MEEM foi um dos critérios de exclusão dos idosos para participação no presente estudo, caso não alcançassem a pontuação mínima de 13 pontos (LEBRÃO; LAURENTI, 2005).

4.2.4.3 Saúde Cardiovascular Ideal

A avaliação da saúde cardiovascular ideal foi realizada segundo o proposto pela AHA, que considera quatro fatores comportamentais (tabagismo, IMC, atividade física e dieta) e três fatores biológicos (colesterol total, pressão arterial e glicemia de jejum) que permitiram classificar a saúde cardiovascular (LLOYD-JONES et al., 2010):

a) tabagismo: conforme a pergunta “O(a) Sr(a). fuma?” foram consideradas as respostas “Não, nunca”, “Não, parou há 12 meses ou mais” (ideal), ou “Não, parou há menos de 12 meses” e “Sim” (ruim).

b) índice de massa corporal: o IMC foi calculado a partir da massa corporal (kg) dividido pela estatura (m) ao quadrado, mensurados por meio da utilização de uma balança e um estadiômetro. O IMC foi classificado em $< 25 \text{ kg/m}^2$ (ideal) ou $\geq 25 \text{ kg/m}^2$ (ruim).

c) atividade física: o nível de atividade física (NAF) foi avaliado pela versão longa do questionário IPAQ (BENEDETTI; MAZO; BARROS, 2004; BENEDETTI et al., 2007). O questionário apresenta questões relacionadas à prática de atividades físicas em uma semana habitual, incluindo atividades de intensidade moderada à vigorosa em períodos de ao menos 10 minutos contínuos. O questionário avalia quatro domínios de atividade física distintos: trabalho, transporte, atividades domésticas e recreação/esporte/lazer. O NAF foi determinado pelo somatório do tempo de atividade física, sendo considerado $\geq 150 \text{ min/semana}$ (ideal) e $< 150 \text{ min/semana}$ (ruim).

d) dieta: a dieta foi avaliada pelo consumo alimentar dos últimos 30 dias da realização da coleta. As frutas, hortaliças e legumes; peixes; grãos e integrais; refrigerantes e sucos artificiais ou de caixinha foram analisados pela frequência de consumo “Não consome”; “Diário”; “Semanal”; “Mensal”, e o número de vezes em que consome entre “0 e 10” de acordo com a porção preestabelecida. O consumo de sal foi medido por uma questão.

- Frutas, hortaliças e legumes: $\geq 4,5$ xícaras por dia (ideal) e $< 4,5$ xícaras por dia (ruim);
- Peixes: \geq duas porções de 100g por semana (ideal) e $<$ duas porções de 100g por semana (ruim);
- Grãos integrais: \geq três porções de 28,35 gramas por dia (ideal) e $<$ três porções de 28,35 gramas por dia (ruim);

- Refrigerantes, sucos artificiais ou de caixinha: ≤ 5 copos de 200ml por semana (ideal) e > 5 copos de 200ml por semana (ruim).

O consumo de sal foi medido com base no proposto por Velasquez-Melendez et al. (2015), pela 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).

Foi realizada a somatória dos componentes da dieta e quando atingido quatro ou cinco componentes em níveis ideais a métrica dieta foi considerada ideal.

e) colesterol total: a análise do nível de colesterol total foi realizada por meio do exame de sangue. Foram considerados os valores $<200\text{mg/dl}$ (ideal) e $\geq 200\text{mg/dl}$ (ruim).

f) glicemia em jejum: a análise do sangue foi realizada para medir o nível de glicose, e os valores de glicemia em jejum foram categorizados em $<100\text{mg/dl}$ (ideal) e $\geq 100\text{mg/dl}$ (ruim).

g) pressão arterial: a PA foi aferida por meio do método auscultatório após cinco minutos de repouso. Os valores foram classificados em $<120/80$ mmHg (ideal) e $\geq 120/80$ mmHg (ruim).

Para as categorias consideradas ideais foram considerados apenas indivíduos sem tratamento medicamentoso.

Além de considerar cada uma das setes métricas, foi calculado o escore da saúde cardiovascular ideal. Foi atribuído 1 na presença do critério ideal e 0 na ausência, podendo o escore variar de 0 (nenhum componente ideal) a 7 (todos os componentes ideais), quanto maior a pontuação, melhor a Saúde Cardiovascular Ideal.

A Classificação utilizada foi de SC Ruim aos que obtiveram a pontuação de 0 – 2 pontos, SC Intermediária 3 – 4 pontos e SC Ideal, os indivíduos que apresentarem escore ≥ 5 (LEMKE et al., 2022; RAMÍREZ-VÉLEZ et al., 2020).

4.2.4.4 Percepção do estado de saúde

A percepção de saúde foi avaliada por meio de uma única questão: “Em geral, o(a) Sr(a) diria que sua saúde está:” tendo como opções de respostas a) Muito Boa, b) Boa, c) Regular, d) Ruim e e) Muito ruim. Para análise, as respostas foram

recodificadas em dois níveis: percepção positiva (Excelente/Muito Boa e Boa) e percepção negativa da saúde: (Regular, Ruim e Muito Ruim).

4.2.4.5 Número de doenças

O número de doenças autorreferidas foi avaliado a partir de uma lista de doenças relacionadas aos aparelhos circulatório, respiratório, osteomuscular, digestivo e geniturinário, metabólicas, neoplasia, doenças do ouvido, doenças de olhos, sistema nervoso, sangue e infecciosas e parasitárias (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2000). A partir do número de doenças autorreferidas, os idosos foram classificados em: 0 a 1 e 2 ou mais.

4.2.4.6 Sintomatologia depressiva

A sintomatologia depressiva foi avaliada por meio da versão reduzida da Escala de Depressão Geriátrica (*Geriatric Depression Scale - GDS-15*) (YESAVAGE; SHEIKH, 1986), traduzida e validada para população brasileira (ALMEIDA; ALMEIDA, 1999). O escore total para a GDS-15 pode variar de 0 a 15 pontos, sendo que quanto maior a pontuação, pior a gravidade da sintomatologia depressiva. O ponto de corte adotado para presença de sintomatologia depressiva foi de seis pontos ou mais (ALMEIDA; ALMEIDA, 1999).

4.2.4.7 Atividades Instrumentais da vida diária

A capacidade funcional para atividades instrumentais da vida diária (AIVD) foi avaliada pela Escala de Atividades Instrumentais da Vida Diária (LAWTON; BRODY, 1969), adaptada para a população idosa brasileira (SANTOS; VIRTUOSO JÚNIOR, 2008). A pontuação total foi dada pela soma de todas as atividades, podendo ser de 0 a 14. Quanto menor a pontuação pior é a capacidade funcional para realização de AIVD. Aqueles idosos que apresentaram dificuldade parcial ou total em pelo menos uma atividade, foram considerados dependentes (NUNES et al., 2017).

4.2.4.8 Atividades básicas da vida diária

A incapacidade nas atividades básicas da vida diária (ABVD) foi avaliada por meio da Escala de Independência em Atividades da Vida Diária (KATZ et al., 1963), adaptada para a população idosa brasileira (LINO et al., 2008) que discrimina atividades de autocuidado, como, tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro, deitar e levantar da cama, comer e controle das funções de urinar e/ou evacuar. Para análise dos dados foi considerado o escore total de dependência na escala, variando de 0 (independente) a 12 (totalmente dependente). Foram considerados independente aqueles sem dificuldade para realização das atividades e dependente os que apresentaram dificuldade para realização de uma ou mais atividades.

4.2.4.9 Atividades avançadas da vida diária

E as atividades avançadas da vida diária (AAVD) foram avaliadas por meio de 13 perguntas de natureza social, com respostas: nunca fiz, parei de fazer, ainda faço (RIBEIRO; NERI, 2012). Para o presente estudo, considerou-se o número total de atividades que cada idoso relatou ainda fazer, sendo que quanto maior o número de atividades, maior a participação. Foram considerados com maior participação aqueles que realizavam quatro ou mais atividades e, com menor participação, os idosos que relataram ainda fazer três ou menos atividades (OLIVEIRA et al., 2015).

4.2.4.10 Tempo de sono

A medida do tempo despendido de sono noturno foi realizada por meio de uma única questão, parte do Índice de Qualidade do sono de *Pittsburg* (BUYSSE et al., 1989), traduzido e validado para brasileiros (PSQI-BR) (BERTOLAZI et al., 2011): “Durante o último mês, quantas horas de sono você teve por noite?”. Os idosos foram classificados, de acordo com a *National Sleep Foundation* (HIRSHKOWITZ et al., 2015), com tempo de sono adequado (7 a 8 horas) e não adequado (menor que 7 horas e maior que 8 horas).

4.2.4.11 Tempo sentado

O tempo sentado total, min/dia, foi determinado a partir da média ponderada do tempo sentado em um dia de semana e um dia de final de semana: $[(\text{tempo sentado em um dia de semana} \times 5 + \text{tempo sentado em um dia de final de semana} \times 2) / 7]$ avaliado de acordo com o IPAQ. Os idosos foram categorizados em dois grupos, de acordo com percentil 75: comportamento sedentário excessivo (\geq percentil 75) e comportamento sedentário moderado/baixo ($<$ percentil 75), conforme previamente realizado em outros estudos (MENEGUCI et al., 2015).

4.2.5 Análise dos dados

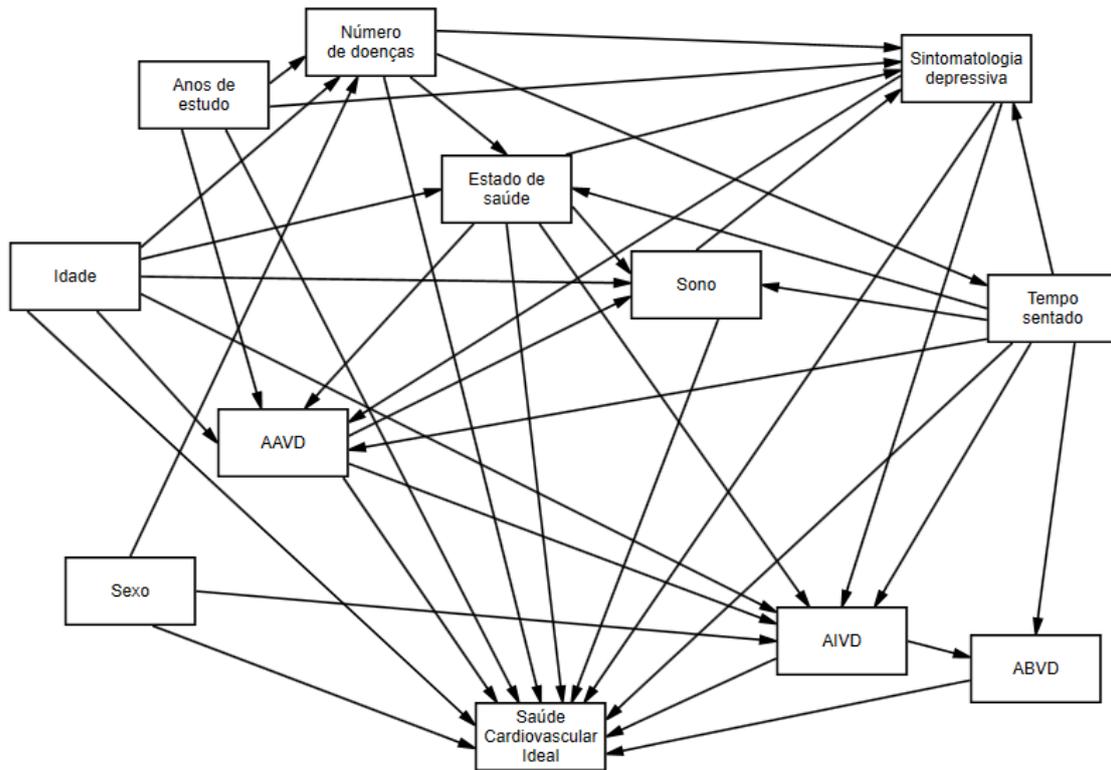
Os dados do presente estudo foram inseridos no *software* Epidata versão 3.1, em dupla digitação. Para caracterização dos participantes, foram realizados os procedimentos de estatística descritiva, distribuição da frequência (absoluta e relativa), cálculo de medida de tendência central (média e mediana) e de dispersão (amplitude de variação, desvio-padrão e intervalo de confiança) para as variáveis analisadas.

Para analisar os fatores associados à saúde cardiovascular ideal foi realizada a análise de trajetórias (MAROCO, 2014), que possibilitou identificar as estimativas dos efeitos diretos e indiretos das variáveis sociodemográficas, saúde e comportamentais para a saúde cardiovascular ideal. Neste sentido, foi elaborado um modelo hipotético (Figura 2).

Para a análise da qualidade de ajuste do modelo foram considerados os seguintes parâmetros: teste do Qui-Quadrado (χ^2) cujo valor deveria ser maior que 0,05 para indicar ajuste adequado, valor da estatística de ajustamento de *Goodness of Fit Index* (GFI) $\geq 0,95$; *Comparative Fit Index* (CFI) $\geq 0,95$; *Tucker-Lewis Index* (TLI) $\geq 0,90$ e *Root Mean Error of Approximation* (RMSEA) $\leq 0,05$ (MARÔCO, 2014).

Os resultados foram apresentados por meio de coeficientes de regressão estandardizados diretos e indiretos. Os coeficientes estandardizados indiretos foram obtidos por meio da multiplicação dos coeficientes das trajetórias diretas entre as variáveis. O efeito indireto foi considerado significativo quando as trajetórias entre os mediadores foram significativas (MARÔCO, 2014). A análise foi realizada no *software* *Analysis of Moment Structures* (AMOS), versão 24.

Figura 2 - Modelo hipotético dos fatores associados à saúde cardiovascular ideal.



Fonte: Elaborado pela Autora, 2023.

5 RESULTADOS

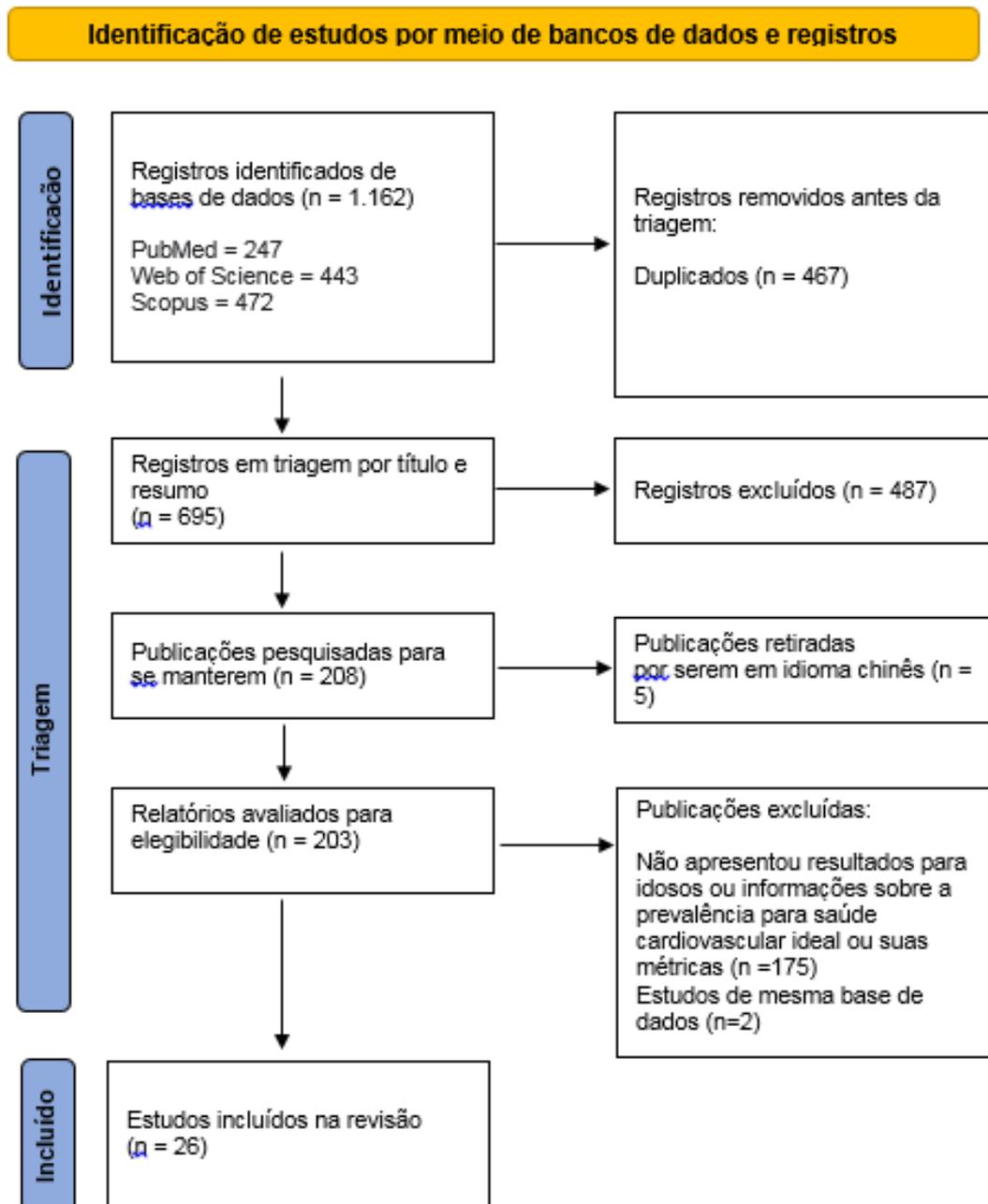
5.1 ESTUDO DE REVISAO SISTEMÁTICA

Em relação ao estudo de revisão sistemática, a busca nas bases de dados totalizou 1162 artigos identificados por meio da busca manual, sendo que 467 duplicados foram removidos. Restaram 695 artigos para o processo de triagem, sendo 487 excluídos após a leitura do título e resumo. Foram lidos na íntegra um total de 208 estudos, sendo que destes, cinco foram excluídos por estarem em idioma chinês e 175 por não apresentarem resultados para idosos (≥ 60 anos) ou não apresentarem a prevalência para saúde cardiovascular ideal ou suas métricas. Assim, 28 artigos foram incluídos na extração dos dados, no entanto, dois tratavam da mesma fonte de dados. Portanto, 26 estudos foram incluídos na presente revisão sistemática (Figura 3). Dos 26 estudos incluídos, as principais características encontradas são apresentadas na Tabela 2. As 26 publicações incluídas na revisão sistemática abrangeram 384.403 idosos. Quanto ao desenho dos estudos, 50% foram transversais.

Os estudos tiveram seus dados coletados entre os anos de 1992 à 2017, sendo publicados de 2012 a 2022; (n=1; 3,8%), 2013 (n=3; 11,5%), 2014 (n=1; 3,8%), 2015 (n=1; 3,8%), 2016 (n=3; 11,5%), 2017 (n=3; 11,5%), 2018 (n=6; 23,0%), 2019 (n=2; 7,6%), 2021 (n=4; 15,3%) e 2022 (n=2; 7,6%). Em relação à amostra estudada, a maioria dos estudos considerou a idade igual ou maior que 65 anos e o número de participantes foi desde 121 (KÖNIG et al., 2018) à 208.673 (YANG et al., 2021), sendo que num dos estudos, não foi apresentado o n para idosos (NGUYEN et al., 2018).

Quanto ao local do estudo, tivemos 8 estudos (30%) desenvolvidos nos Estados Unidos, 4 estudos (15%) na China, 2 estudos (7,6%) na Sérvia, 2 estudos (7,6%) na Alemanha, seguidos de 1 estudo (3,8%) no Brasil, Chile, Coreia, Espanha, França, Índia, Itália, Peru, Suécia e no trio Argentina, Chile e Uruguai. 80% dos estudos fazem parte de uma pesquisa maior.

Figura 3 - Fluxograma do processo de seleção dos estudos para revisão sistemática.



Fonte: Elaborado pela autora, 2023.

Tabela 2 - Características descritivas dos estudos incluídos sobre a saúde cardiovascular ideal em idosos.

Autor/ano	Local	Estudo maior	Desenho do estudo	Ano de Coleta	Amostra (n° idosos)	Idade	Características da população
Benziger et al. (2018)	Peru	CRONICAS	Coorte prospectivo	2010	759	≥ 65 anos	Adultos com idade ≥35 anos em quatro locais peruanos: Lima (capital do Peru, litoral urbano, altamente urbanizado), Puno urbano e rural (ambos de alta altitude) e Tumbes (litoral sem rural).
Fang et al. (2012)	Estados Unidos	Sistema de Vigilância de Fatores de Risco Comportamentais (pesquisa telefônica estadual)	Transversal	2009	97.965	≥ 65 anos	População com telefone fixo dos 50 estados dos EUA e o Distrito de Columbia.
García-Hermoso et al. (2018)	Chile	Pesquisa Nacional de Saúde do Chile	Coorte	2009 - 2010	460	>65	Participantes não institucionalizados
Gaye et al. (2017)	França	Three-City Study	Prospectivo observacional	1999-2001	8.077	≥ 65 anos	Indivíduos com idade de 65 anos ou mais recrutados em listas eleitorais de 3 grandes cidades francesas (Bordeaux, Dijon e Monte Pelée).
Graciani et al. (2016)	Espanha	Não apresenta	Coorte prospectivo	2008-2010	1.745 idosos	≥60 anos	População adulta não institucionalizada da Espanha
González et al. (2016)	Estados Unidos	Estudo de Saúde da Comunidade Hispânica/Estudo dos Latinos (HCHS/SOL)	Coorte prospectiva multiétnico	2008-2011	1377 idosos	65 A 74	Adultos hispânicos/latinos residentes na comunidade de 4 grandes cidades dos EUA (Bronx, NY; Chicago, IL; Miami, Flórida; e San Diego, CA).

Tabela 2 - Características descritivas dos estudos incluídos sobre a saúde cardiovascular ideal em idosos.

							(continuação)
Autor/ano	Local	Estudo maior	Desenho do estudo	Ano de Coleta	Amostra (n° idosos)	Idade	Características da população
Guo et al. (2021)	Estados Unidos	Projeto de Envelhecimento Washington Heights-Inwood Columbia (WHICAP)	Coorte prospectivo multiétnico	1992, 1999 e 2009	1987	≥65 anos	Idosos beneficiários do Medicare com 65 anos ou mais, diversidade socioeconômica e racial e residentes no norte de Manhattan.
Gupta et al. (2017)	Índia	Não apresenta	Estudo multicêntrico	2006 a 2010	1380	>60	Indivíduos urbanos de classe média com idades entre 20 e 75 anos de 11 cidades da Índia
Janković et al. (2019)	Sérvia	Pesquisa Nacional de Saúde	Transversal	2013	2556	≥65 anos	População da Sérvia
Janković et al. (2014)	Sérvia	Pesquisa Nacional de Saúde	Transversal	2010	988	≥65 anos	População adulta da República de Srpska (RS), Bósnia e Herzegovina
Jin et al. (2017)	Itália	Estudo InCHIANTI	Estudo prospectivo de base populacional	1998 a 2000	928 idosos	≥65 anos	Idosos de duas cidades: Greve in Chianti e Bagno a Ripoli na Toscana, Itália.
König et al. (2018)	Alemanha	Berlin Aging Study (BASE, 1990-93) e no Berlin Aging Study II (BASE-II, 2009- 2014).	Transversal	BASE, 1990-93 BASE-II 2009- 2014	121	BASE 70-84 anos BASE II > 60 anos	BASE - Residentes dos antigos distritos de Berlim Ocidental BASE II + uma amostra de conveniência da grande Berlim área metropolitana

Tabela 2 - Características descritivas dos estudos incluídos sobre a saúde cardiovascular ideal em idosos.

(continuação)

Autor/ano	Local	Estudo maior	Desenho do estudo	Ano de Coleta	Amostra (n idosos)	Idade	Características da população
Kulshreshtha et al. (2013)	Estados Unidos	REGARDS (Reasons for Geographic and Racial Differences in Stroke)	Coorte de base populacional	2003 e 2007	13.807	>65	Participantes identificados a partir de listas comercialmente disponíveis de residentes dos EUA e recrutados através de um e-mail seguido de telefonemas.
Lee et al. (2019)	China	Não apresenta	Observacional multicêntrico transversal	2013	552	>65	Idosos matriculados em 15 centros de idosos não governamentais de Hong Kong
Lemke et al. (2022)	Alemanha	Berlin Aging Study II - Base II	Transversal	2009 - 2014	1396	>60	Indivíduos residentes da área metropolitana da grande Berlim
Liu et al. (2021)	China	China Hainan Centenarian Cohort e China Hainan Oldest-old Cohort	Transversal	2014-2016	1800	>80	Idosos longevos e centenários
Nguyen et al. (2018)	Estados Unidos	Não apresenta	Transversal	2011 - 2017	Não apresenta n para idosos > 65 anos	>65	Veteranos dos EUA inscritos no Million Veteran Program (MVP)

Tabela 2 - Características descritivas dos estudos incluídos sobre a saúde cardiovascular ideal em idosos.

(continuação)

Autor/ano	Local	Estudo maior	Desenho do estudo	Ano de Coleta	Amostra (n° idosos)	Idade	Características da população
Patterson et al. (2016)	Estados Unidos	Não apresenta	Transversal	2013-2014	242 idosos (tabagismo) 62 idosos (IMC) 155 idosos (atividade física) 248 idosos (dieta) 50 idosos (PA) 61 idosos (glicose)	> 60 anos	Americanos asiáticos, maiores de 18 anos recrutados a partir de encontros comunitários, feiras de saúde e outras oficinas educativas sobre saúde realizadas pelo Centro de Saúde Asiática e Saúde Comunitária em áreas urbanas de Nova Jérssia e da grande Filadélfia
Sengelov et al. (2018)	Estados Unidos	Estudo ARIC	Coorte prospectiva de base comunitária	2011-2013	6034	67 - 91 anos	Adultos de 4 comunidades dos EUA (Condado de Forsyth, Carolina do Norte; Jackson, Mississippi; subúrbio de Minneapolis, Minnesota; e Condado de Washington, Maryland)
Seron et al. (2018)	Argentina, Chile e Uruguai	Estudo CESCAS I	Transversal	2011-2012	1183	65-74	Participantes de 35 a 75 anos de duas cidades argentinas (Bariloche e Marcos Paz), uma cidade chilena (Temuco) e uma cidade uruguaia (Pando - Barros Blancos), residente permanente das cidades por pelo menos 6 meses por ano

Tabela 2 - Características descritivas dos estudos incluídos sobre a saúde cardiovascular ideal em idosos.

(continuação)

Autor/ano	Local	Estudo maior	Desenho do estudo	Ano de Coleta	Amostra (n idosos)	Idade	Características da população
Speh et al. (2021)	Suécia	Estudo Nacional Sueco de base populacional sobre Envelhecimento e Cuidados em Kungsholmen (SNAC-K)	Coorte	2001-2004	1950	≥60 anos	Pessoas vivas e elegíveis que tinham ≥60 anos e viviam na ilha de Kungsholmen, no centro de Estocolmo
Velasquez-Melendez et al. (2015)	Brasil	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios	Transversal de base populacional	2013	6082	≥ 60 anos	Setores censitários, domicílios e moradores com 18 anos ou mais
Wei et al. (2022)	Estados Unidos	National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES)	Transversal	2011 A 2014	2585	≥60 ANOS	População civil não institucionalizada dos EUA
Yang et al. (2021)	Coréia	Korea National Health Insurance Service-Senior	Coorte	2002 A 2014	208.673	60 a 74 anos (idosos) e ≥75 anos (muito idosos)	População idosa asiática do homepage do National Health Insurance Data Sharing Service do NHIS
Zeng et al. (2013)	China	Estudo DREHM	Transversal, multicêntrico e de base populacional	2009 a 2012	430	≥ 65 anos	População urbana com idade ≥20 anos até 85 anos de Pequim e Hangzhou
Zhang et al. (2013)	China	Estudo Kailuan	Coorte prospectivo	2006-2007	21.320	≥ 60 anos	Funcionários, ≥18 anos - 98 anos (incluindo aposentados) do Grupo Kailuan, na cidade de Tangshan, uma grande cidade moderna a sudeste de Pequim

Fonte: Elaborado pela Autora, 2023.

Em relação a prevalência de saúde cardiovascular total (tabela 3), verificou-se que todos os estudos seguiram as sete métricas propostas pela *American Heart Association* (não fumar, IMC <25kg/m², atividade física nos níveis desejados, dieta saudável, colesterol total não tratado <200mg/dl pressão arterial não tratada <120/80mmHg e glicemia de jejum <100mg/dL) (LLOYD-JONES et al., 2010).

Percebe-se que o método de avaliação, o ponto de corte e a classificação não foram idênticos nos estudos. A maioria dos estudos considerou o cumprimento de cinco a sete métricas como alcance de saúde cardiovascular ideal, considerando aqui também os estudos em que o ponto de corte estava entre 10-14 pontos, visto que pontuava em 2 pontos para as métricas adequadas.

Quanto aos quatro estudos cuja prevalência de saúde cardiovascular ideal foi calculada com a presença de sete métricas, três estudos não atingiram a saúde cardiovascular ideal e um estudo somente 2,2% dos entrevistados atingiu as sete métricas desejadas (FANG et al., 2012).

Tabela 3 - Prevalência da saúde cardiovascular total em idosos residentes da comunidade.

Autor/ano	Saúde Cardiovascular Ideal Total		
	Ponto de corte	N idosos	Prevalência
Benziger et al. (2018)	5–7 métricas	759	12,10%
Fang et al. (2012)	Todas as 7 métricas	97.965	2,20%
García-Hermoso et al. (2018)	5–7 métricas	5 métricas - 44 6 métricas - 2	5 métricas - 9,6% 6 métricas - 0,4%
Gaye et al. (2017)	≥5 métricas	369	5%
Graciani et al. (2016)	≥3 métricas	796	46%
González et al. (2016)	≥4 Ideal	176	12,8%
Guo et al. (2021)	10 a 14 pontos	341	17,2%
Gupta et al. (2017)	6-7 métricas	15	1,10%
Janković et al. (2019)	6-7 métricas	26	1,00%
Janković et al. (2014)	7 métricas	0	0,00%
Jin et al. (2017)	Não avaliado	-	Não avaliado
König et al. (2018)	10-14 pontos	BASE: 8 BASE II: 21	BASE 6,6% BASE II 17,4%
Kulshreshtha et al. (2013)	10 -14 pontos	518	3,70%
Lee et al. (2019)	10-14 pontos	315	57,10%
Lemke et al. (2022)	10-14 pontos	445	31,9%
Liu et al. (2021)	6/7 métricas	169	9,40%
Nguyen et al. (2018)	Análise por métrica	-	5 métricas - 0,3% 6 métricas - 0,02% 7 métricas - 0%

Tabela 3 - Prevalência da saúde cardiovascular total em idosos residentes da comunidade.

(continuação)

Autor/ano	Saúde Cardiovascular Ideal Total		
	Ponto de corte	N idosos	Prevalência
Patterson et al. (2016)	Análise por métrica	-	-
Sengelov et al. (2018)	Análise por métrica	-	-
Seron et al. (2018)	7 métricas	1183	0,00%
Speh et al. (2021)	9-14 pontos	642	32,90%
Velasquez-Melendez et al. (2015)	7 métricas	6	0,10%
Wei et al. (2022)	0 a 14 pontos, com pontuações mais altas indicando melhor saúde cardiovascular	0 atingiram 7 métricas	5 métricas - 4,6% 6 métricas - 1% 7 métricas 0%
Yang et al. (2021)	5 ou mais	Idosos (60 a 74 anos) - 9643 Muito idosos (≥ 75 anos) - 2253	Idosos - 5,8% Muito idosos - 5,4%
Zeng et al. (2013)	5-7 métricas	430	9,10%
Zhang et al. (2013)	6/7 métricas	248	1,16%

Fonte: Elaborado pela Autora, 2023.

Optou-se por avaliar também as prevalências para cada uma das métricas da saúde cardiovascular ideal de cada estudo. Para as métricas comportamentais foram considerados tabagismo, IMC, dieta e atividade física.

Em relação ao tabagismo (Tabela 4) houve uma variação significativa entre os resultados, variando de 95% (PATTERSON et al., 2016) a 12,5% (SENGELOV et al., 2018) de prevalência de métrica ideal e ambos os estudos foram desenvolvidos no mesmo país, tendo sido realizados nos Estados Unidos (EUA). O instrumento utilizado foi autorrelato. A maioria dos estudos considerou o ponto de corte para avaliação da variável comportamental não fumar como nunca tendo fumado ou ter parado a mais de 12 meses.

Quanto ao IMC (Tabela 5) novamente percebemos uma variação considerável entre os resultados encontrados, de 4,10% nos EUA (SENGELOV et al., 2018) para 89,80 % dos participantes com o IMC adequado na China (LIU et al., 2021).

Muito preocupante é a situação da avaliação da métrica dieta (Tabela 6), visto que em 2018, no estudo realizado por Nguyen et al. (2018) nos EUA que alcançou o escore ideal em apenas 0,3%, enquanto na China os pesquisadores Liu et al. (2021) verificaram a prevalência de 36,8%. Em 7 estudos não foi possível verificar esta prevalência.

Em relação à métrica atividade física, (Tabela 7), foi constatado a prevalência de 4,3% de níveis adequados nos EUA (SENGELOV et al., 2018), enquanto na China verificou uma prevalência de 69,9% (LEE et al., 2019)

Tabela 4 - Prevalência da métrica de saúde cardiovascular ideal - tabagismo em idosos residentes na comunidade.

Autor/ano	Variável comportamental - Tabagismo		
	Instrumento	Ponto de Corte	Prevalência
Benziger et al. (2018)	Autorrelato	Nunca fumar ou ex-fumante que parou há mais de 12 meses	Não apresenta
Fang et al. (2012)	Autorrelato	Não fumou pelo menos 100 cigarros na vida; ou relatou fumar 100 cigarros na vida, mas não fuma atualmente	Não apresenta
García-Hermoso et al. (2018)	Autorrelato	Nunca ter fumado ou ter parado de fumar há mais de 12 meses	14,60%
Gaye et al. (2017)	Autorrelato	Nunca fumar ou ex-fumante que parou há mais de 12 meses	93,21%
Graciani et al. (2016)	Entrevista telefônica	Nunca fumar	57,9%
González et al. (2016)	Autorrelato	Nunca ou ex-fumante que parou >1 ano	Não apresenta
Guo et al. (2021)	Autorrelato	Nunca fumou	Não apresenta
Gupta et al. (2017)	Não apresenta	Não fumante	78%
Janković et al. (2019)	Autorrelato	Respondeu “não” em ambas as perguntas	84,20%
Janković et al. (2014)	Autorrelato	Nunca fumou ou parou de fumar >12 meses antes	63,8%
Jin et al. (2017)	Entrevista domiciliar	Nunca fumar	58,4%
König et al. (2018)	Histórico médico abrangente, obtido por médicos	Nunca ou desistido há mais de 12 meses	BASE 76,9% BASE II 95,9%
Kulshreshtha et al. (2013)	Questionário autoaplicável	Nunca ou pare > 12 meses	Não apresenta
Lee et al. (2019)	Não apresenta	Nunca ou desiste > 12 meses	87,50%
Lemke et al. (2022)	Não apresenta	Nunca ou desistir > há 12 meses	89,8%
Liu et al. (2021)	Questionário de saúde	Nunca ou desista > 12 meses	89,40%
Nguyen et al. (2018)	Autorrelato do MVP Baseline Survey.	Nunca fumar	22,6%
Patterson et al. (2016)	Questionário autorrelato	Respostas codificadas "Não".	95,0%

Tabela 4 - Prevalência da métrica de saúde cardiovascular ideal - tabagismo em idosos residentes na comunidade.

(continuação)

Autor/ano	Variável comportamental - Tabagismo		
	Instrumento	Ponto de Corte	Prevalência
Sengelov et al. (2018)	Não apresenta	Não apresenta	12,50%
Seron et al. (2018)	Questionário Global Adult Tobacco Survey (GATS)	Nunca fumou ou parou de fumar > 12 meses	68,10%
Speh et al. (2021)	Autorrelato	Nunca fumou ou parou >5 anos atrás	79%
Velasquez-Melendez et al. (2015)	Autorrelato	Não fumar ou ter parado de fumar há mais de 12 meses	87,70%
Wei et al. (2022)	Autorrelato	Nunca fumou ou parou de fumar >12 meses	88,4%
Yang et al. (2021)	Entrevista	Nunca fumou ou parou de fumar > 12 meses	Não apresenta
Zeng et al. (2013)	Autorrelato	Não apresenta	78,40%
Zhang et al. (2013)	Questionário	Nunca ter fumado	63,4%

Fonte: Elaborado pela Autora, 2023.

Tabela 5 - Prevalência da métrica de saúde cardiovascular ideal - IMC em idosos residentes na comunidade.

Variável comportamental - IMC			
Autor/ano	Instrumento	Ponto de Corte	Prevalência
Benziger et al. (2018)	Calculado a partir do peso e da altura em pé, medidos no ambiente clínico.	<25 kg/m ²	Não apresenta
Fang et al. (2012)	Autorrelato	18,5-24,9 Kg/m ²	Não apresenta
García-Hermoso et al. (2018)	A altura foi medida com precisão de 0,1 cm usando um estadiômetro portátil, e o peso foi medida para o 0,1 kg mais próximo usando uma balança digital com participantes sem sapatos e com roupas leves em casa - calculado como peso/altura ²	<25 kg/m ²	68,60%
Gaye et al. (2017)	Altura e peso foram medidos em todos os sub-objetos com roupas leves.	<25 kg/m ²	48,46%
Graciani et al. (2016)	Peso e altura foram medidos duas vezes em cada sujeito em condições padronizadas, usando balanças eletrônicas e estadiômetros portáteis extensíveis. IMC foi calculado como peso em quilograma dividido pelo quadrado altura em metros.	<25 kg/m ²	19,4%
González et al. (2016)	Calculado como o peso (mais próximo de 0,1 kg) dividido pela altura (em cm ² , os centímetros mais próximos)	<25 kg/m ²	Não apresenta
Guo et al. (2021)	Calculado, usando peso e altura medidos, como peso em quilogramas dividido pela altura em metros ao quadrado.	<25 kg/m ²	Não apresenta
Gupta et al. (2017)	A altura foi medida com estadiômetros e o peso usando máquinas de pesagem de molas calibradas.	<25 kg/m ²	48%
Janković et al. (2019)	Valores medidos de peso corporal e altura.	<25 kg/m ²	29,90%
Janković et al. (2014)	Altura e peso foram medidos com os participantes vestindo roupas leves e sem sapatos. Foi calculado como peso dividido pela altura ao quadrado (kg/m ²).	<25 kg/m ²	35,4%
Jin et al. (2017)	Peso e altura medidos calculado como peso (em quilogramas) dividido pelo quadrado da altura (em metros)	<25 kg/m ²	28,8%
König et al. (2018)	Calculado a partir de medidas objetivas de altura e peso, usando o padrão fórmula, peso em quilogramas dividido pela altura em metros ao quadrado.	<25 kg/m ²	BASE 34,2% BASE II 33,3%
Kulshreshtha et al. (2013)	Exame domiciliar	<25 kg/m ²	Não apresenta

Tabela 5 - Prevalência da métrica de saúde cardiovascular ideal – Índice de Massa Corporal em idosos residentes na comunidade.

(continuação)

Autor/ano	Variável comportamental – Índice de Massa Corporal		
	Instrumento	Ponto de Corte	Prevalência
Lee et al. (2019)	Não apresenta	<25 kg/m ²	60,10%
Lemke et al. (2022)	Não apresenta	<25 kg/m ²	36,1%
Liu et al. (2021)	Peso e altura medidos por enfermeiras treinadas	<25 kg/m ²	89,80%
Nguyen et al. (2018)	Altura e peso autorrelatado do MVP Baseline Survey	<25 kg/m ²	20,1%
Patterson et al. (2016)	Não apresenta	<22,9 kg/m ²	30,6%
Sengelov et al. (2018)	Não apresenta	Não apresenta	4,10%
Seron et al. (2018)	O peso foi medido com uma balança em pé apoiada em uma superfície estável com participantes vestindo apenas roupas íntimas (Sem sapatos). A estatura foi medida sem sapatos no Plano de Frankfort posicionado em um ângulo de 90° contra uma fita métrica montado em uma parede. Duas medições foram realizadas. A média resultante foi usada para calcular o IMC.	<25 kg/m ²	17,40%
Speh et al. (2021)	Não apresenta	<25 kg/m ²	44,70%
Velasquez-Melendez et al. (2015)	Autorrelato	<25 kg/m ²	40,90%
Wei et al. (2022)	Altura e peso corporal medidos por técnicos de saúde treinados.	<25 kg/m ²	25,0%
Yang et al. (2021)	Exame físico	<25 kg/m ²	Não apresenta
Zeng et al. (2013)	Não apresenta	Não apresenta	50,20%
Zhang et al. (2013)	Não apresenta	<25 kg/m ²	52,4%

IMC: Índice de Massa Coporal.

Fonte: Elaborado pela Autora, 2023.

Tabela 6 - Prevalência da métrica de saúde cardiovascular ideal – dieta em idosos residentes na comunidade.

Autor/ano	Variável comportamental - Dieta		
	Instrumento	Ponto de Corte	Prevalência
Benziger et al. (2018)	Questionário alimentar que avaliou os padrões alimentares no último mês. Incluiu: frutas e vegetais incluídos $\geq 4,5$ xícaras/dia, peixe ≥ 2 3,5 oz/semana, grãos integrais ≥ 3 1 oz. porções/dia, sódio < 1500 mg/dia, açúcar adicionado em bebidas açucaradas < 450 kcal/semana.	Ingestão de frutas e vegetais $\geq 4,5$ vezes/dia	Não apresenta
Fang et al. (2012)	Autorrelato - Sem contar o suco, com que frequência você come frutas? Com que frequência você come salada verde? Com que frequência você come batatas, excluindo batatas fritas, batatas fritas ou batatas fritas? Com que frequência você come cenoura? Sem contar cenouras, batatas ou salada, quantas porções de vegetais você costuma comer?	Comer ≥ 5 Frutas ou Legumes/Dia	Não apresenta
García-Hermoso et al. (2018)	Questionário elaborado levando em conta as diretrizes para a população chilena	Escore de dieta saudável de 4 alimentos foram considerados como tendo uma dieta ideal	2,40%
Gaye et al. (2017)	Breve questionário de frequência alimentar. Cada um dos 3 itens da dieta foi definido como ideal se consumido (1) diariamente para vegetais e frutas frescas, (2) duas vezes por semana ou mais para peixes e (3) menos de 450 kcal/semana para açúcar	3 itens no nível ideal	11,61%
Graciani et al. (2016)	Histórico de dieta computadorizado validado: $\geq 4,5$ xícaras/d de frutas e vegetais; ≥ 2 (3,5 oz) porções/semana de peixe; $\geq 1,1$ g de fibra por 10 g de carboidrato/dia; < 1500 mg/d de sódio; e ≤ 450 kcal (36 oz) por semana de bebidas açucaradas	Cumprimento de pelo menos 4 dos 5 critérios	21,4%
González et al. (2016)	Foi calculada a média de dois recordatórios alimentares de 24 horas de 5 categorias de alimentos	4–5 componentes	Não apresenta

Tabela 6 - Prevalência da métrica de saúde cardiovascular ideal – dieta em idosos residentes na comunidade.

(continuação)

Autor/ano	Variável comportamental - Dieta		
	Instrumento	Ponto de Corte	Prevalência
Guo et al. (2021)	Questionário semiquantitativo de frequência alimentar (QSFA), com base nos seguintes 4 componentes: frutas e legumes: $\geq 4,5$ porções/dia, sódio: < 1500 mg/dia, peixe: ≥ 7 oz/semana, bebidas açucaradas: < 36 oz/semana	4 componentes	Não apresenta
Gupta et al. (2017)	Questão que questionava o número de porções (porções médias) de frutas ou vegetais de folhas verdes por dia.	Aqueles com ingestão alimentar de baixo teor de gordura (<30 g ingestão de gordura visível/dia) e 3 pratos de frutas ou verduras/dia	10%
Janković et al. (2019)	Quantas porções de frutas você come por dia? Quantas porções de legumes e salada, excluindo suco e batatas, você come por dia? Com que frequência você come peixe? Que tipo de pão é mais comumente usado em sua dieta? Você adiciona sal aos alimentos que come?	3-4 componentes ideais	3,20%
Janković et al. (2014)	Questionário de frequência alimentar (QFA) autoaplicável validado de 25 itens + questionário de hábitos alimentares validado (QFH) composto por dez questões	Escore de dieta saudável Soma de 11 itens, portanto teve um intervalo possível de 0–38, com uma pontuação mais alta refletindo maior adesão com as orientações dietéticas	7,5%
Jin et al. (2017)	Questionário de frequência alimentar previamente validado, que foi criado para o <i>European Prospective Investigation Into Cancer and Nutrition (EPIC)</i> - score da dieta mediterrânea avaliou a ingestão de nove alimentos, grupos de alimentos e nutrientes.	6–9 pontos	28,9%
König et al. (2018)	Autorrelato - questionário BASE e questionário de frequência alimentar EPIC (BASE II)	Pontuação de dieta saudável 5-6/6	BASE 9,1% BASE II 28,9%

Tabela 6 - Prevalência da métrica de saúde cardiovascular ideal – dieta em idosos residentes na comunidade.

(continuação)

Autor/ano	Variável comportamental - Dieta		
	Instrumento	Ponto de Corte	Prevalência
Kulshreshtha et al. (2013)	Questionário de frequência alimentar	4–5 componentes	Não apresenta
Lee et al. (2019)	Não apresenta	0–1 Componente	64,30%
Lemke et al. (2022)	Dados coletados pelo <i>EPIC-food</i> - questionário de frequência de alimentação saudável de acordo com 6 componentes: 1 fruta \geq 1 porção por dia, 2 vegetais \geq 1 porção por dia, 3 peixes \geq 2 porções por semana, 4 bebidas açucaradas \leq 1 por semana, 5 carnes processadas \leq 1,5 porções por semana, 6 carnes vermelhas não processadas \leq 1,5 porções por semana.	5-6 componentes	23,2%
Liu et al. (2021)	Questionário de saúde	4-5 componentes	36,80%
Nguyen et al. (2018)	Dados para os 5 componentes dietéticos de saúde cardiovascular LSS foram retirados do <i>MVP Lifestyle Survey</i> . As questões dietéticas do MVP centravam-se na média de consumo no ano anterior (nunca ou menos de 1 vez por mês, 1 a 3 por mês, 1 vez por semana, 2 a 4/semana, 5 a 6/semana, 1 vez/dia, 2 a 3/dia, 4 a 5/dia ou 6+/dia) de frutas, legumes, peixe, pão preto, refrigerantes com açúcar e sucos de frutas não carbonatados.	4 dos 5 componentes	0,3%
Patterson et al. (2016)	Questionário autorrelato: frutas e vegetais (\geq 4,5 xícaras/dia de frutas e legumes), peixe (\geq 3,5 oz porções/semana de peixe), grãos integrais (\geq três porções de 10z por dia), bebida adoçada com açúcar (<4 copos por semana) e consumo de sódio (<1500 mg/dia)	4 componentes	21,8%
Sengelov et al. (2018)	Não avaliada	Não avaliada	Não avaliada

Tabela 6 - Prevalência da métrica de saúde cardiovascular ideal – dieta em idosos residentes na comunidade.

(continuação)

Autor/ano	Variável comportamental - Dieta		
	Instrumento	Ponto de Corte	Prevalência
Seron et al. (2018)	Questionário de Frequência Alimentar (QFA) de 126 itens, que recorda o consumo alimentar no último ano.	4 componentes	0,80%
Speh et al. (2021)	Questionário semiquantitativo de frequência alimentar de 98 itens. Frequências médias de ingestão no último ano foram obtidas para cada item alimentar em uma escala de 9 pontos, variando de nunca a ≥ 4 vezes por dia	Consumo de frutas e legumes ≥ 2 vezes por dia e consumo de pão rico em fibras	12,60%
Velasquez-Melendez et al. (2015)	Perguntas referentes ao consumo regular de frutas e hortaliças, consumo de peixes, Consumo de refrigerantes e bebidas açucaradas e consumo adequado de sal	Consumo de frutas e hortaliças ao menos 5 vezes ao dia, pelo menos 5 vezes na semana, consumo de peixes pelo menos duas vezes na semana, consumo de refrigerantes e bebidas açucaradas menor que 5 copos na semana e consumo adequado de sal;	4,10%
Wei et al. (2022)	2 entrevistas de recordatório alimentar de 24 horas – 1ª entrevista: realizada pessoalmente no <i>Mobile Examination Center</i> e 2ª entrevista: realizada por telefone 3 a 10 dias após a primeira entrevista. Ingestão de alimentos e nutrientes usando o <i>Food Patterns Equivalents Database</i> do Departamento dos EUA of Agriculture, 2011 a 2014.	4-5 critérios	0,5%
Yang et al. (2021)	Não avaliada	Não avaliada	Não avaliada
Zeng et al. (2013)	Questionário de frequência alimentar validado: dieta saudável de frutas e vegetais, peixe, grãos integrais ricos em fibras, sódio e bebidas adoçadas com açúcar e, em seguida, calculou a pontuação da dieta saudável.	Não apresenta	19,30%
Zhang et al. (2013)	Questionário. Dados dietéticos ideais, baseados principalmente na ingestão de sal	<6 g/d	9,9%

Fonte: Elaborado pela Autora, 2023.

Tabela 7 - Prevalência da métrica de saúde cardiovascular ideal - atividade física em idosos residentes na comunidade.

Autor/ano	Instrumento	Variável comportamental - Atividade Física	
		Ponto de Corte	Prevalência
Benziger et al. (2018)	Tempo de lazer e de transporte do Questionário Internacional de Atividade Física – IPAQ	Atividade física moderada ≥ 150 min/semana ou ≥ 75 min/semana vigorosa ou ≥ 150 minutos/semana ou atividade moderada + vigorosa	Não apresenta
Fang et al. (2012)	Autorrelato - Atividades moderadas e vigorosas que você faz em uma semana normal por pelo menos 10 minutos de cada vez e tempo total gasto fazendo essas atividades.	Fez atividade física moderada ou vigorosa o suficiente para atender à recomendação de ≥ 150 minutos por semana de atividade de intensidade moderada, ≥ 75 minutos de atividade de intensidade vigorosa ou uma combinação equivalente de atividade física aeróbica.	Não apresenta
García-Hermoso et al. (2018)	Questionário de Atividade Física Global (GPAQ) (versão 2)	≥ 150 min de moderado atividade por semana ou > 20 min de atividade física intensa pelo menos três vezes por semana	51,30%
Gaye et al. (2017)	Avaliada por meio de perguntas sobre a frequência de caminhada diária, atividades esportivas e atividades recreativas.	Participantes que relataram a) caminhar mais de 2 horas por dia ou praticar atividades esportivas pelo menos duas vezes por semana (em 2 locais de estudo, ou seja, Dijon e Montpellier), ou b) caminhar 8 horas ou mais uma semana ou praticar atividade física e esportes mais de 4 horas por semana (em um local de estudo, ou seja, Bordeaux).	24,85%
Graciani et al. (2016)	Questionário validado em espanhol usado no Estudo de Coorte <i>Prospective Investigation Into Cancer and Nutrition</i> (EPIC), que combina atividade física no trabalho e no lazer em 4 níveis (muito ativo, moderadamente ativo, moderadamente inativo e inativo)	Muito ativo ou moderadamente ativo.	22,5%

Tabela 7 - Prevalência da métrica de saúde cardiovascular ideal - atividade física em idosos residentes na comunidade.

(continuação)

Autor/ano	Variável comportamental - Atividade Física		
	Instrumento	Ponto de Corte	Prevalência
González et al. (2016)	Envolvimento diário autorrelatado (minutos) em atividade física moderada ou vigorosa foi multiplicado por 7 para produzir médias semanais.	≥150 min/semana moderado, ou ≥75 min/semana vigoroso, ou ≥150 min/semana combinado	Não apresenta
Guo et al. (2021)	Atividade física de lazer (AFTL) foi avaliada usando o formulário de atividade física Godin, e a dose total de AFTL foi medida por equivalentes metabólicos (METs)-minutos/2 semanas.	Alta (LTPA ≥ 1260 MET-minutos/2 semanas)	Não apresenta
Gupta et al. (2017)	Avaliado por perguntas sobre a duração diária exata (minutos) da atividade física relacionada ao trabalho, ao deslocamento e ao lazer.	Atividade física maior que moderada (30 min de atividade física relacionada ao trabalho ou lazer, -5- por semana) - moderadamente ativos	25,90%
Janković et al. (2019)	Quanto tempo você gasta andando para ir e vir de lugares em um dia típico? Quanto tempo você gasta andando de bicicleta para ir e vir de lugares em um dia típico?	Respondidas: 150 minutos por semana de atividade moderada	39,80%
Janković et al. (2014)	Foi medida com uma pergunta: "No seu tempo de lazer, com que frequência você faz exercício físico por pelo menos 30 minutos que o deixa com pelo menos um pouco de falta de ar ou transpiração?" As alternativas de resposta eram (1) diariamente, (2) 4 a 6 vezes por semana, (3) 2 a 3 vezes por semana, (4) uma vez por semana, (5) 2 a 3 vezes por mês, (6) algumas vezes por ano ou menos, (7) Não posso me exercitar por motivo de doença/incapacidade.	Aqueles que praticavam atividade física quatro vezes ou mais por semana (alternativas de resposta 1 e 2) foram categorizados como ativos,	23,7%

Tabela 7 - Prevalência da métrica de saúde cardiovascular ideal - atividade física em idosos residentes na comunidade.

(continuação)

Autor/ano	Variável comportamental - Atividade Física		
	Instrumento	Ponto de Corte	Prevalência
Jin et al. (2017)	Entrevista domiciliar usando questionários padrão	Exercício leve por mais de 4 h/ semana, exercício moderado por pelo menos 1-2 h/semana ou exercício intenso muitas vezes/semana	39,1%
König et al. (2018)	Questionário de atividade física de Baecke (BASE II) e questões congruentes do questionário BASE.	Várias vezes por semana	BASE 40,5% BASE II 50%
Kulshreshtha et al. (2013)	Questionário autoaplicável	4 ou mais vezes por semana de atividade física intensa	Não apresenta
Lee et al. (2019)	Não apresenta	≥150 min/semana exercício moderado	69,90%
Lemke et al. (2022)	Questionário Baecke de atividade física	Frequentemente/sempre	58,3%
Liu et al. (2021)	Questionário de saúde	Mais de 10 minutos de caminhada ≥ 5 vezes/semana	38,20%
Nguyen et al. (2018)	As perguntas sobre atividade física no <i>MVP Lifestyle Survey</i> focaram na frequência (diariamente, várias vezes/semana, uma vez/semana, várias vezes/mês, uma vez/mês ou menos, ou nunca) e níveis de atividade (vigorosa, moderada ou leve) no local de trabalho, em casa e durante o lazer/tempo livre	Atividade vigorosa ≥1/semana Atividade moderada ≥1/semana	4,6%
Patterson et al. (2016)	Questionário Internacional de Atividade Física Short Form (IPAQ-SF)	≥150 min/semana moderada ou ≥75 min/semana vigorosa ou ≥150 min/semana moderada + vigorosa	20,0%
Sengelov et al. (2018)	Não apresenta	Não apresenta	4,30%
Seron et al. (2018)	Adaptação transcultural do Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ)	≥ 150 min/sem de intensidade moderada ou ≥ 75 min/sem de intensidade vigorosa ou ≥ 150 min/sem combinação de intensidade moderada-vigorosa	45,50%

Tabela 7 - Prevalência da métrica de saúde cardiovascular ideal - atividade física em idosos residentes na comunidade.

(continuação)

Autor/ano	Variável comportamental - Atividade Física		
	Instrumento	Ponto de Corte	Prevalência
Speh et al. (2021)	Questionário para verificar a frequência de envolvimento em exercícios leves e moderados a intensos.	Exercício moderado/intenso várias vezes por semana ou todos os dias	27,70%
Velasquez-Melendez et al. (2015)	“Nos últimos três meses, o(a) Sr.(a) praticou algum tipo de exercício físico ou esporte?”, “Qual o tipo principal de exercício físico ou esporte que o(a) Sr.(a) praticou?”, “O(a) Sr.(a) pratica o exercício pelo menos uma vez por semana?”, “Quantos dias por semana o(a) Sr.(a) costuma praticar exercício físico ou esporte?” e “No dia que o(a) Sr.(a) pratica exercício ou esporte, quanto tempo dura esta atividade?”.	> 150 minutos semanais de atividade física moderada ou > 75 minutos de intensidade vigorosa	17,40%
Wei et al. (2022)	Questionário de Atividade Física Global (GPAQ)	Atividade física moderada ≥ 150 min/semana ou ≥ 75 min/semana vigorosa ou ≥ 150 minutos/semana ou atividade moderada + vigorosa	30,0%
Yang et al. (2021)	Avaliada por meio de perguntas sobre frequência e duração da participação em exercícios leves, moderados ou vigorosos.	≥ 75 min/semana de atividade vigorosa, ≥ 150 min/semana de atividade moderada ou uma combinação dos dois	Não apresenta
Zeng et al. (2013)	A atividade física foi medida por uma versão chinesa curta do Questionário Internacional de Atividade Física.	Não apresenta	31,20%
Zhang et al. (2013)	Questionário	Atividade física moderada ou vigorosa por >80 minutos por semana.	28,3%

Fonte: Elaborado pela Autora, 2023.

Para as métricas biológicas foram considerados pressão arterial não tratada <120/80mmHg, glicemia de jejum <100mg/dL colesterol total não tratado <200mg/dl colesterol.

Em relação a pressão arterial (Tabela 8), Patterson et al. (2016) verificou 76,0% de participantes do estudo com PA adequada enquanto Sengelov et al. (2018), ambos nos EUA. Para a variável colesterol, (Tabela 9) encontramos Janković et al. (2019) 79,1% na Sérvia enquanto Sengelov et al. (2018) verificou o alcance de apenas 1,7% da população do estudo. E já, em relação à glicose, (Tabela 10) Liu et al. (2021) constatou 90,2% dos participantes da pesquisa com os índices ideais para a métrica glicose na China, porém Sengelov et al. (2018) verificou apenas 6,5% de índice adequado da métrica avaliada.

Tabela 8 - Prevalência da métrica de saúde cardiovascular ideal – pressão arterial em idosos residentes na comunidade

Autor/ano	Variável comportamental - Hipertensão arterial		
	Instrumento	Ponto de Corte	Prevalência
Benziger et al. (2018)	Visita clínica - pressão arterial sistólica (PAS) e diastólica (PAD) foram medidas três vezes com a média das duas últimas medidas utilizadas para a análise.	<120/80 mmHg, não tratada	Não apresenta
Fang et al. (2012)	Autorrelato - Você já foi informado por um médico, enfermeiro ou outro profissional de saúde que você tem pressão alta?	Responder “não”	Não apresenta
García-Hermoso et al. (2018)	Foram medidas três vezes dentro de um intervalo de 5 minutos usando um esfigmomanômetro HEM-742® validado na casa do participante.	PA sistólica <120 mmHg e PA diastólica <80 mmHg	26,60%
Gaye et al. (2017)	Medida duas vezes após pelo menos 5 minutos de repouso na posição sentada, com um manguito de tamanho adequado colocado no braço direito, usando um tensiômetro eletrônico digital validado.	<120/80 mmHg, não tratada	6,16%
Graciani et al. (2016)	Medida ≤6X, utilizando procedimentos padronizados com dispositivos automáticos validados e manguitos de 3 tamanhos de acordo com a circunferência do braço. Nas análises, a PA foi calculada como a média de pelo menos 3 das últimas 5 leituras, excluindo a primeira para reduzir a reação de alerta.	PA não tratada <140/90 mmHg	35,2%
González et al. (2016)	Após 5 minutos de repouso, foram realizadas 3 medidas de PA sentadas com esfigmomanômetro automático, sendo utilizadas as médias da segunda e terceira leituras.	Sistólica <120 e diastólica <80	Não apresenta
Guo et al. (2021)	Depois de descansar tranquilamente na posição sentada, os níveis de pressão arterial (mmHg) no braço direito foram examinados consecutivamente por três vezes a cada três minutos durante nove minutos, e a terceira medida foi usada	< 120/<80 mmHg não tratada	Não apresenta
Gupta et al. (2017)	A PA sentada foi medida após -5 min de descanso usando instrumentos padronizados. Três leituras foram obtidos e foram calculadas a média para a análise dos dados.	PA sistólica <120 mmHg e PA diastólica <80 mmHg	7,70%
Janković et al. (2019)	Valores medidos de PAS/PAD Você trata pressão alta?	PAS/PAD<120/80 mmHg, não tratada (respondeu “não” na pergunta sobre o tratamento)	4,4%

Tabela 8 - Prevalência da métrica de saúde cardiovascular ideal – pressão arterial em idosos residentes na comunidade

(continuação)

Autor/ano	Variável comportamental - Hipertensão arterial		
	Instrumento	Ponto de Corte	Prevalência
Janković et al. (2014)	Medida usando esfigmomanômetro de mercúrio com manguitos de tamanho apropriado, após os participantes terem descansado na posição sentada por pelo menos 10 min. A pressão arterial sentada foi medida três vezes após um descanso de 5 minutos. A média das duas últimas medidas foi utilizada para a análise.	PAS <120 mmHg e PA diastólica <80 mmHg, não tratada	2,5%
Jin et al. (2017)	Esfigmomanômetro de mercúrio padrão 3 vezes, com 2 minutos de intervalo, em decúbito dorsal. A pressão arterial foi medida primeiro em ambos os braços, e duas medidas seguintes foram realizadas no braço de maior pressão arterial sistólica na primeira medida. A média das duas últimas medidas foi calculada como a pressão arterial final de cada participante	PAS < 120 mmHg e PAD < 80 mmHg	2,4%
König et al. (2018)	Foram realizadas na posição sentada após os participantes terem descansado por 5 minutos. A média de duas medidas (braço direito e esquerdo) foi utilizada para análise.	<120/80 mmHg, não tratado	BASE 8,3% BASE II 2,5%
Kulshreshtha et al. (2013)	Exame domiciliar	<120/<80 mm Hg, sem medicação anti-hipertensiva	Não apresenta
Lee et al. (2019)	Medida usando o monitor automático de pressão arterial após repouso na posição sentada por pelo menos 5 minutos.	PAS < 120 e PAD < 80 mmHg	8,30%
Lemke et al. (2022)	Foi medida em uma cadeira, com a posição em ambos os braços com um esfigmomanômetro eletrônico. A média das duas medições foram usadas na análise.	PAS<120mmHg e PAD<90mmHg sem medicação	4,20%
Liu et al. (2021)	Medidos por enfermeiras treinadas	PAS <120mmHg e PAD <90mmHg sem medicação ou diagnóstico médico de hipertensão	8,3%
Nguyen et al. (2018)	Registros eletrônicos de saúde	PAS <120mmHg e PAD <80mmHg	16,4%

Tabela 8 - Prevalência da métrica de saúde cardiovascular ideal – pressão arterial em idosos residentes na comunidade

(continuação)

Autor/ano	Variável comportamental - Hipertensão arterial		
	Instrumento	Ponto de Corte	Prevalência
Patterson et al. (2016)	Medida em repouso por meio do Monitor de Pressão Arterial	<120/<80 mmHg	76,0%
Sengelov et al. (2018)	Não apresenta	Não apresenta	0,60%
Seron et al. (2018)	Medida da pressão arterial três vezes em intervalos de 30 segundos usando o esfigmomanômetro de mercúrio padrão com o tamanho de manguito correspondente. Usamos a média das três medidas	<120 mmHg e PAD <80 mmHg não tratada	5,80%
Speh et al. (2021)	Medição da PA duas vezes com intervalo de 5 minutos no braço esquerdo, na posição sentada com esfigmomanômetro e foi utilizada a média	< 120/< 80 mmHg não tratada	5,90%
Velasquez-Melendez et al. (2015)	“Algum médico já lhe disse que o(a) Sr. (a) tem pressão alta?”	Não referir diagnóstico de hipertensão arterial	47,40%
Wei et al. (2022)	Três leituras consecutivas de pressão arterial foram obtidas por pressão arterial certificada no centro de exames móvel, e uma quarta tentativa foi feita se a medição estivesse incompleta. Uma média da pressão arterial foi calculada para avaliação	<120/<80 mmHg	15,3%
Yang et al. (2021)	A pressão arterial sistólica foi aferida duas vezes com esfigmomanômetro na posição sentada após 5 minutos de repouso, e a média das duas leituras foi utilizada nas presentes análises.	<120/80 mmHg, não tratada	Não apresenta
Zeng et al. (2013)	A pressão arterial sistólica (PAS) e a pressão arterial diastólica (PAD) foram medidas 2 vezes usando um esfigmomanômetro manual após 5 min de descanso. A média das 2 medidas foi utilizada para análise.	Não apresenta	15,80%
Zhang et al. (2013)	Foram medidas duas vezes na posição sentada usando um esfigmomanômetro de mercúrio. A média das 2 leituras foi utilizada para as análises.	PAS < 120 mmHg e PAD < 80 mmHg, sem anti-hipertensivos.	10,3%

Fonte: Elaborado pela Autora, 2023.

Tabela 9 - Prevalência da métrica de saúde cardiovascular ideal - colesterol em idosos residentes na comunidade

Autor/ano	Variável comportamental - Colesterol		
	Instrumento	Ponto de Corte	Prevalência
Benziger et al. (2018)	Colesterol total, triglicerídeos e colesterol de lipoproteína de alta densidade (HDL-c) foram medidos no soro	<200 mg/dL, não tratado	Não apresenta
Fang et al. (2012)	Autorrelato - Você já foi informado por um médico, enfermeiro ou profissional de saúde que seu colesterol no sangue está alto?	Responder "não"	Não apresenta
García-Hermoso et al. (2018)	Não apresenta	≤200 mg/dL, não tratado	49%
Gaye et al. (2017)	Uma amostra de sangue venoso foi coletada na linha de base após jejum noturno	< 5.2 mmol/L, não tratado	15,00%
Graciani et al. (2016)	Amostras de sangue em jejum de 12 horas. Medido por método padrão no <i>ADVIA 2400 Chemistry System, Siemens</i> .	<200 mg/dL não tratado	29,5%
González et al. (2016)	Foi medido usando um método enzimático de oxidase de colesterol	<200 mg/dL	Não apresenta
Guo et al. (2021)	Técnicas enzimáticas padrão	< 200 mg/dL, não tratado	Não apresenta
Gupta et al. (2017)	Amostras de sangue utilizando ensaios baseados em enzimas com controle de qualidade interno e externo	<200 mg/dl ou <5,2 mmol/l	58%
Janković et al. (2019)	Você teve colesterol alto nos últimos 12 meses?	Respondeu "não"	79,10%
Janković et al. (2014)	Amostras de sangue capilar no início da manhã foram obtidas e analisadas usando um <i>Accutrend calibrado-Analisador Plus GCTL</i> . Os participantes foram solicitados a jejuar por 12 horas antes da realização das avaliações.	<200 mg/dL, não tratado	36,1%
Jin et al. (2017)	Amostras de sangue após jejum de 8h e testes enzimáticos comerciais	<200 mg/dl	29,20%
König et al. (2018)	Amostras de sangue em jejum	<200 mg/dL, não medicado	BASE 12,6% BASE II 21,0%
Kulshreshtha et al. (2013)	Exame domiciliar	<200 mg/dl, sem medicação	Não apresenta
Lee et al. (2019)	Foram medidos por Cardio-Chek® PA com a tira <i>PTS Lipid Panel Test</i> . Cada amostra de sangue foi coletada por uma lanceta com coletor de sangue capilar de 40 µL.	<200 mg/dl	78,30%

Tabela 9 - Prevalência da métrica de saúde cardiovascular ideal - colesterol em idosos residentes na comunidade
(continuação)

Autor/ano	Variável comportamental - Colesterol		
	Instrumento	Ponto de Corte	Prevalência
Lemke et al. (2022)	Não apresenta	<200 mg/dL, não medicado	35,7%
Liu et al. (2021)	O sangue venoso em jejum (mais de 8 h de jejum) foi coletado entre 7 e 8 da manhã e enviado ao departamento de bioquímica do Hainan Hospital, em 4 h.	< 5,17mmol/L (200mg/dL) sem medicação para dislipidemia	67,20%
Nguyen et al. (2018)	Registros eletrônicos de saúde	<200mg/dl	18,6%
Patterson et al. (2016)	Não avaliado	Não avaliado	Não avaliado
Sengelov et al. (2018)	Não apresenta	Não apresenta	1,70%
Seron et al. (2018)	Amostras de sangue foram armazenadas a -80 °C até que os ensaios laboratoriais pudessem ser feitos.	< 200 mg/dL, não tratado	29,60%
Speh et al. (2021)	Colesterol inicialmente avaliado sem jejum e se o valor fosse elevado ($\geq 6,5$ mmol/l), fez uma segunda medição em jejum e nestes casos foi utilizada a média de ambas as medidas. Os níveis de colesterol foram multiplicados por 38,67 para obter as unidades de medida [mg/dl] utilizadas para a classificação dos grupos	<200 mg/dL, não tratado	13,60%
Velasquez-Melendez et al. (2015)	“Algum médico já lhe disse que o(a) Sr.(a) tem colesterol ou triglicérides elevado?”.	Não referir diagnóstico de dislipidemia	74,00%
Wei et al. (2022)	Amostras de sangue	<200 mg/dL	26,0%
Yang et al. (2021)	Medidos usando métodos padronizados. Fator de conversão SI: Para converter colesterol em milimoles por litro, multiplicar por 0,0259	200mg/dL, não tratado	Não apresenta
Zeng et al. (2013)	Medido em sangue venoso em jejum por métodos enzimáticos	Não apresenta	51,40%
Zhang et al. (2013)	Amostras de sangue foram coletadas da veia antecubital após jejum noturno.	<200 mg/dL, não tratado	57,5%

Fonte: Elaborado pela Autora, 2023.

Tabela 10 - Prevalência da métrica de saúde cardiovascular ideal – glicose em idosos residentes na comunidade

Autor/ano	Variável comportamental - Glicose		
	Instrumento	Ponto de Corte	Prevalência
Benziger et al. (2018)	Glicemia de jejum - Avaliada no plasma	< 100 mg/dL, não tratada	Não apresenta
Fang et al. (2012)	Autorrelato - Você já foi informado por um médico que você tem diabetes?	Responder "não"	Não apresenta
García-Hermoso et al. (2018)	Glicemia de jejum	< 100 mg/dL, não tratada	78,80%
Gaye et al. (2017)	Uma amostra de sangue venoso foi coletada na linha de base após jejum noturno	< 5.56 mmol/L, não tratada	80,53%
Graciani et al. (2016)	Amostras de sangue em jejum de 12 horas. Medido por método padrão no <i>ADVIA 2400 Chemistry System, Siemens</i> .	<100 mg/dL não tratada	59,2%
González et al. (2016)	Foi medida com um método enzimático hexoquinase	<100 mg/dL	Não apresenta
Guo et al. (2021)	Técnicas enzimáticas padrão para glicose e secundariamente pela HbA1c que foi quantificada usando cromatografia de afinidade com borato com o Primus CLC 385	< 100 mg/dL não tratada e HbA1c: < 5,7% não tratada	Não apresenta
Gupta et al. (2017)	Amostras de sangue utilizando ensaios baseados em enzimas com controle de qualidade interno e externo	<100 mg/dl ou <5,6 mmol/l	35,80%
Janković et al. (2019)	Teve diabetes nos últimos 12 meses?	Respondeu "não"	82,30%
Janković et al. (2014)	Amostras de sangue capilar no início da manhã foram obtidas e analisadas usando um <i>Accutrend calibrado-Analisador Plus GCTL</i> . Os participantes foram solicitados a jejuar por 12 horas antes da realização das avaliações.	<100 mg/dL, não tratada	64,1%

Tabela 10 - Prevalência da métrica de saúde cardiovascular ideal – glicose em idosos residentes na comunidade.

(continuação)

Autor/ano	Variável comportamental - Glicose		
	Instrumento	Ponto de Corte	Prevalência
Jin et al. (2017)	Amostras de sangue após jejum de 8h - ensaio colorimétrico enzimático usando um método de glicose oxidase-peroxidase modificado e um analisador Roche-Hitachi 917	< 100 mg/dL	73,5%
König et al. (2018)	Amostras de sangue em jejum	<5,7%, não tratada	BASE 35,5% BASE II 46,2%
Kulshreshtha et al. (2013)	Exame domiciliar	<100 mg/dl, sem medicação antidiabética	Não apresenta
Lee et al. (2019)	Foi medido pelo <i>BREEZE® 2 Blood Glucose Monitoring System</i> com tempo pós-prandial documentado	< 100 mg/dL	29,00%
Lemke et al. (2022)	Utilizou-se hemoglobina glicosilada, tipo A1C (=HbA1c) em vez de glicemia de jejum	<5,7%, não medicada	60,6%
Liu et al. (2021)	O sangue venoso em jejum (mais de 8 h de jejum) foi coletado entre 7 e 8 da manhã e enviado ao departamento de bioquímica do Hainan Hospital, em 4 h	<5,56mmol/L (100mg/dL) sem medicação do médico diagnóstico de diabetes	90,20%
Nguyen et al. (2018)	Registros eletrônicos de saúde - glicose plasmática sem jejum para indivíduos com falta de glicose plasmática em jejum.	<100mg/dl	30, 9%
Patterson et al. (2016)	Amostra de sangue capilar da ponta do dedo	<100 mg/dL	34,4%
Sengelov et al. (2018)	Não apresenta	Não apresenta	6,50%
Seron et al. (2018)	Amostras de sangue foram armazenadas a - 80 °C até que os ensaios laboratoriais pudessem ser feitos.	< 100 mg/dL, não tratada	47,80%

Tabela 10 - Prevalência da métrica de saúde cardiovascular ideal – glicose em idosos residentes na comunidade.

(continuação)

Autor/ano	Variável comportamental - Glicose		
	Instrumento	Ponto de Corte	Prevalência
Speh et al. (2021)	Nível de hemoglobina glicada foi medido usando a cromatografia líquida sueca Mono-S de alta eficiência.	HbA1c < 5,7%	58,70%
Velasquez-Melendez et al. (2015)	“Algum médico já lhe disse que o(a) Sr. (a) tem diabetes?”	Não referir diagnóstico de diabetes	80,60%
Wei et al. (2022)	Amostras de sangue	<100 mg/dL	59,1%
Yang et al. (2021)	Glicemia de jejum foram medidos usando métodos padronizados. Fator de conversão SI: Para converter glicose em milimoles por litro, multiplicar por 0,0555.	<100 mg/dL, não tratado	Não apresenta
Zeng et al. (2013)	Medida usando um método de hexoquinase/glicose-6-fosfato Desidrogenase.	Não apresenta	45,60%
Zhang et al. (2013)	Amostras de sangue foram coletadas da veia antecubital após jejum noturno.	< 100 mg/dL não tratado	65,4%

Fonte: Elaborado pela Autora, 2023.

5.2 ESTUDO OBSERVACIONAL

5.2.1 Caracterização dos idosos

Em relação ao estudo original realizado, os idosos participantes apresentaram média de idade de $71,39 \pm 7,79$ anos, sendo que 48,0% (n=133) estavam entre 60 e 69 anos, 63,5% (n=176) eram do sexo feminino, 63,9% (n=177) eram casados ou viviam com parceiro(a) e 68,6% (n=190). Em relação as condições de saúde, 57,2% (n=158) apresentaram autopercepção de saúde negativa, 88,4% (n=245) relataram duas doenças ou mais e 19,1% (n=53) presença de sintomatologia depressiva (Tabela 11). Sobre a capacidade funcional, 66,7% (n=184) relataram participação em quatro ou mais atividades avançadas da vida diária, 59,8% (n=165) foram classificados como independentes para atividades instrumentais da vida diária e 80,4% (n=222) para atividades básicas da vida diária. Sobre o tempo de sono, 45,5% (n=126) reportaram tempo de sono adequado (entre 7 e 8h/dia) (Tabela 11).

Tabela 11 - Caracterização dos participantes quanto as variáveis sociodemográficas, saúde e comportamental, Matutina, 2022.

Variáveis	Total
Sexo	
Masculino	101 (36,5)
Feminino	176 (63,6)
Faixa etária	
60 a 69 anos	133 (48,0)
70 a 79 anos	92 (33,2)
≥ 80 anos	52 (18,8)
Anos de estudo	
Nenhum	24 (8,7)
1 a 3 anos	63 (22,7)
4 ou mais	190 (68,6)
Estado conjugal	
Solteiro, divorciado/separado	35 (12,6)
Casado/vivendo com parceiro	177 (63,9)
Viúvo	65 (23,5)

(continuação)

Variáveis	Total
Percepção do estado de saúde	
Positiva	118 (42,6)
Negativa	158 (57,0)
Omisso	1 (0,4)
Número de doenças	
0 a 1	32 (11,6)
2 ou mais	245 (88,4)
Sintomatologia depressiva	
Presença	53 (19,1)
Ausência	224 (80,9)
Capacidade funcional – Atividades básicas da vida diária	
Independente	222 (80,1)
Dependente	54 (19,5)
Omisso	1 (0,4)
Capacidade funcional - Atividades instrumentais da vida diária	
Independente	165 (59,6)
Dependente	111 (40,1)
Omisso	1 (0,4)
Capacidade funcional - Atividades avançadas da vida diária	
Maior participação	184 (66,4)
Menor participação	92 (33,2)
Omisso	1 (0,4)
Tempo de sono	
7 a 8 horas/dia	126 (45,5)
Menor que 7 e maior que 8	151 (54,5)
Tempo sentado	
Menor que 420 min/dia	207 (74,7)
>=420 min/dia	70 (25,3)

Fonte: Elaborado pela Autora, 2023.

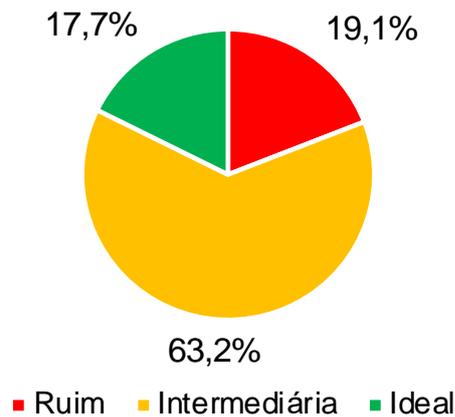
5.2.2 Prevalência de Saúde Cardiovascular Ideal

Em relação à prevalência de saúde cardiovascular ideal, foi encontrado que 17,7% (n=49) apresentaram cinco ou mais métricas em condição ideal, sendo classificados com Saúde Cardiovascular Ideal (Figura 4).

Quando analisada cada uma das métricas, foi verificado que as métricas tabagismo e nível de atividade física foram as que apresentaram um maior número de

idosos em nível ideal, 88,8% (n=246) e 82,3% (n=228), respectivamente. Por outro lado, as métricas em menores níveis ideais foram dieta (2,5%; n=7) e pressão arterial (9,0%; n=25) (Tabela 12).

Figura 4 - Classificação da Saúde Cardiovascular Ideal dos idosos residentes no município de Matutina, MG, 2022.



Fonte: Elaborada pela autora, 2023.

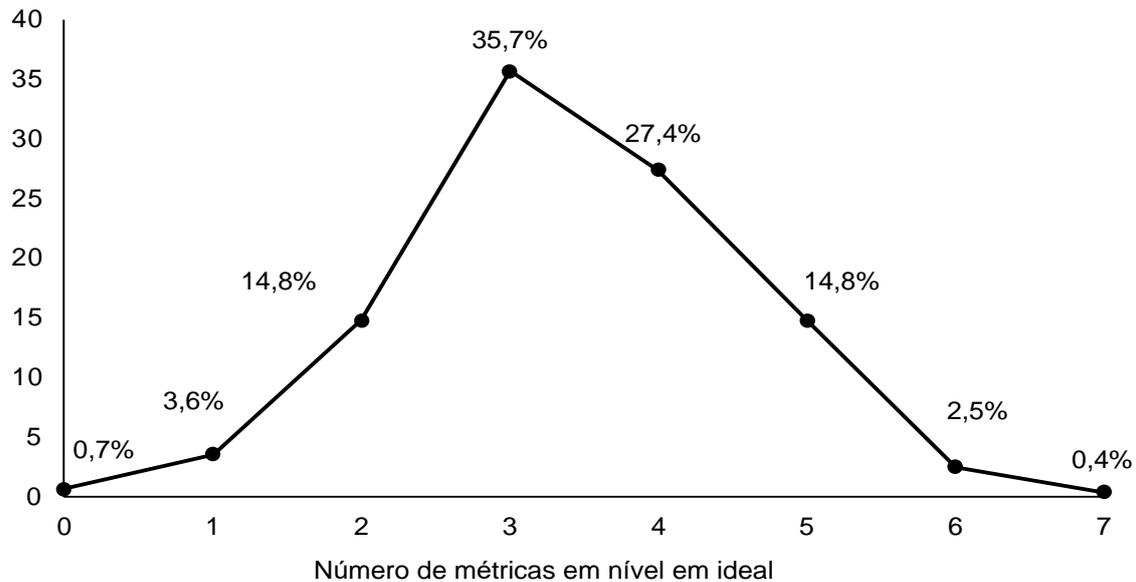
Tabela 12 - Frequência das métricas de saúde cardiovascular ideal em idosos, Matutina, 2022.

Métricas de Saúde Cardiovascular Ideal	Total
Tabagismo	246 (88,8)
IMC	79 (28,5)
Dieta ideal	7 (2,5)
Atividade Física	228 (82,3)
Pressão Arterial	25 (9,0)
Colesterol	169 (61,0)
Glicemia	193 (69,7)

Fonte: Elaborado pela Autora, 2023.

Quando analisados o número de métricas em níveis ideais atingidas pelos idosos, a maior parte (35,7%; n=99) apresentou a presença de três métricas. Quando consideradas as sete métricas, 0,4% (n=1) atingiram todas em níveis ideais. Por outro lado, dois idosos (0,7%) não atingiram nenhuma das métricas em níveis ideais (Figura 5).

Figura 5 – Número de métricas em nível ideal em idosos de Matutina, MG, 2022.



Fonte: Elaborado pela Autora, 2023.

5.2.3 Fatores associados

As medidas descritivas das variáveis sociodemográficas, de saúde, comportamentais e a saúde cardiovascular ideal, incluídas no modelo para análise das estimativas dos efeitos diretos e indiretos, estão apresentadas na Tabela 13.

Tabela 13 – Características dos participantes para as variáveis incluídas no modelo, Matutina, MG, 2022.

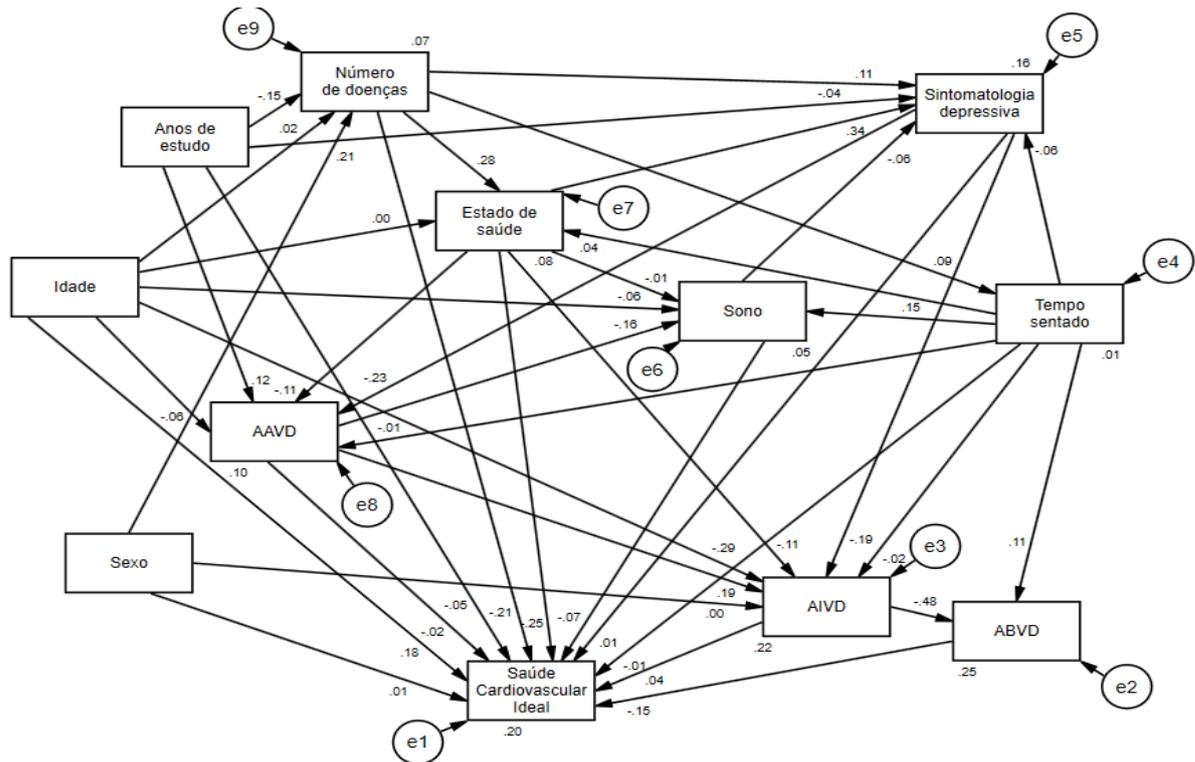
Variável	Média (DP)	Mediana (percentil 25; 75)
Idade	71,4 (7,8)	70,0 (65,0; 77,0)
Anos de estudo	5,8 (4,7)	4,0 (3,0; 8,0)
Número de doenças	5,2 (3,2)	4,5 (3,0; 7,0)
Autopercepção de saúde	1,6 (0,8)	2,0 (1,0; 2,0)
Sintomatologia depressiva	3,5 (2,5)	3,0 (2,0; 5,0)
ABVD	0,3 (0,6)	0,0 (0,0; 0,0)
AIVD	12,8 (2,0)	14,0 (13,0; 14,0)
AAVD	5,6 (2,6)	5,5 (4,0; 7,0)
Tempo sentado	315,5 (185,8)	280,0 (195,0; 417,8)
Saúde Cardiovascular Ideal	3,4 (1,2)	3,0 (3,0; 4,0)

ABVD: Atividades básicas da vida diária; AIVD: Atividades instrumentais da vida diária; AAVD: Atividades avançadas da vida diária.

Fonte: Elaborado pelo Autor, 2023.

O modelo inicial dos fatores associados a saúde cardiovascular ideal proposto no presente estudo foi testado e não apresentou bons índices de qualidade de ajuste: $\chi^2 = 87,9$ (gl=26), $p < 0,001$; GFI=0,95; CFI=0,83; TLI=0,58; RMSEA=0,09 (Figura 6). Nesse sentido, procedeu-se para reespecificação do modelo.

Figura 6 - Modelo inicial dos fatores associados a saúde cardiovascular ideal de idosos, Matutina, MG, 2022.

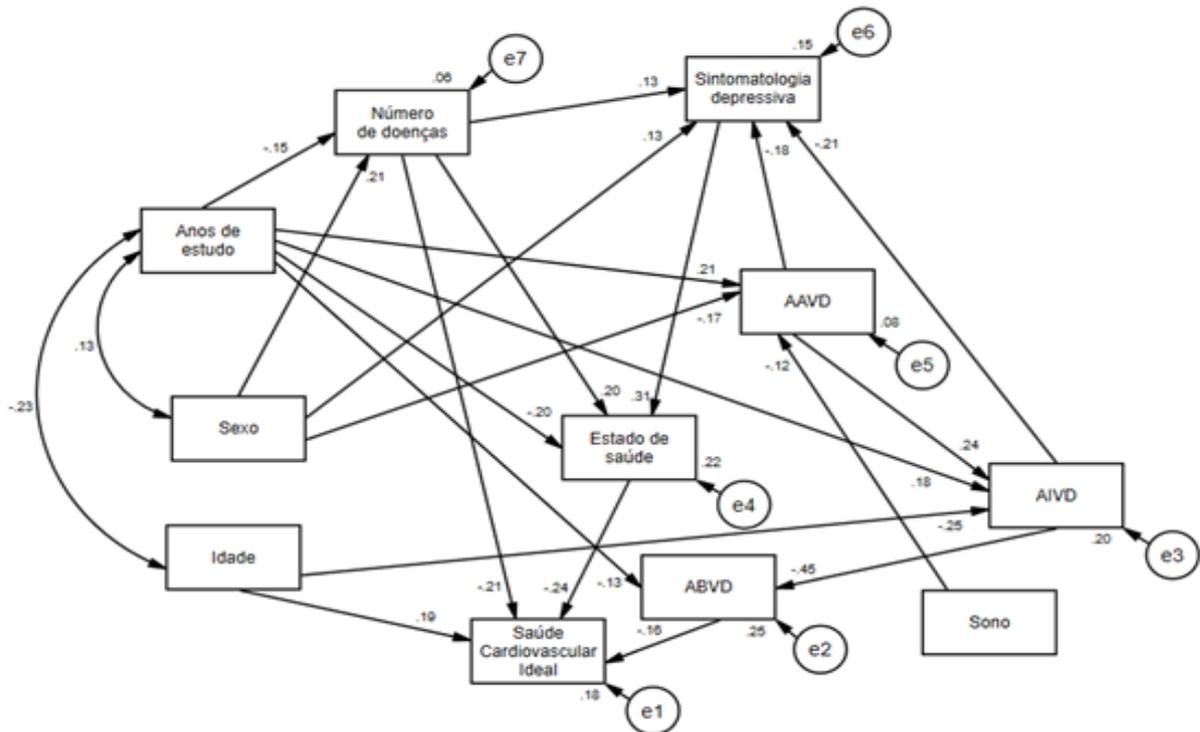


ABVD: Atividades básicas da vida diária; AIVD: Atividades instrumentais da vida diária; AAVD: Atividades avançadas da vida diária.

Fonte: Elaborado pelo Autor, 2023.

Após a etapa de reespecificação, com eliminação das vias não significativas e inclusão de correlações entre variáveis, o modelo final (Figura 7) demonstrou bons índices de qualidade de ajuste: χ^2 (gl)= 37,47 (32), $p=0,233$; CFI = 0,985; GFI: 0,977; TLI: 0,974; RMSEA: 0,025.

Figura 7 - Modelo final dos fatores associados à saúde cardiovascular ideal de idosos, Matutina, MG, 2022.



ABVD: Atividades básicas da vida diária; AIVD: Atividades instrumentais da vida diária; AAVD: Atividades avançadas da vida diária.
Fonte: Elaborado pela Autora, 2023.

No modelo final, as variáveis que apresentaram associação direta com maiores pontuações para saúde cardiovascular ideal foram: maior idade ($\beta = 0,19$; $p < 0,001$), menor número de doenças ($\beta = -0,21$; $p < 0,001$), melhor autopercepção do estado de saúde, sendo indicado por menor pontuação na escala ($\beta = -0,24$; $p < 0,001$), maior independência em atividades básicas da vida diária, sendo indicado por menor pontuação na escala ($\beta = -0,16$; $p = 0,03$).

De forma indireta, as variáveis associadas a melhor saúde cardiovascular ideal foram: menores sintomas depressivos, mediado pela autopercepção de saúde ($\beta = -0,07$); maior participação em AAVD, mediado pela sintomatologia depressiva e autopercepção de saúde ($\beta = 0,13$).

6 DISCUSSÃO

6.1 ESTUDO DE REVISAO SISTEMÁTICA

A presente revisão sistemática contou com 26 estudos e somente um estudo foi realizado no Brasil (VELASQUEZ-MELENDZ et al., 2015). Isso nos mostra a necessidade de incentivar a realização de novos estudos sobre a saúde cardiovascular ideal com a população brasileira.

Neste sentido, faz-se necessário a promoção de saúde, por meio de políticas públicas que visem incentivar o alcance principalmente dos quatro comportamentos de saúde ideais (não fumar, peso ideal, nível de atividade física ideal e dieta ideal) que são métricas modificáveis. Silva et al. (2021) mostraram que um programa de intervenção melhorou os níveis de atividade física e reduziu a pressão arterial em idosos, sendo que a conscientização na mudança de estilo de vida e hábitos saudáveis podem influenciar na qualidade de vida do idoso.

Segundo Aparecida et al. (2019), por meio de um programa de educação nutricional de 12 semanas houve uma diminuição do colesterol total, glicemia em jejum e IMC, fatores esses que diminuem o risco de doenças cardiovascular.

No presente estudo de revisão, apenas no estudo de Fang et al., (2012) foi encontrado uma prevalência de 2,20% quando analisadas todas as setes métricas segundo as recomendações da AHA. Adicionalmente, foram encontrados estudos que não verificaram nenhum indivíduo (JANKOVIC et al. 2014; NGUYEN et al., 2018; SERON et al., 2018; WEI et al. 2022) que atingissem sete métricas.

Esses resultados demonstram a dificuldade e necessidade de ações para que a população idosa consiga atender de forma ideal as métricas de saúde cardiovascular. Recentemente a AHA atualizou a recomendação de saúde cardiovascular ideal, com a inclusão de mais uma métrica (sono) e os critérios de avaliação de métricas já consideradas anteriormente (LLOYD-JONES et al., 2022).

Com intuito de alcançar saúde cardiovascular ideal, Foraker et al. (2021) destacaram a importância do trabalho da equipe interdisciplinar, ressaltando o papel da ciência de implementação, com o objetivo de otimizar o alcance das métricas, tendo em vista a inclusão de vários saberes sendo direcionado a melhoria da saúde cardiovascular ideal.

O presente estudo de revisão verificou a prevalência de cada uma das sete métricas de saúde cardiovascular ideal. Considerando as métricas comportamentais foi verificado entre os estudos que a métrica dieta era a que possuía menor prevalência e a menor porcentagem encontrada foi de 0,3% (NGUYEN et al., 2018). Estudos americanos encontraram prevalência de saúde cardiovascular ideal menor de 1% independente da faixa etária, e se tratando da métrica dieta foi encontrado valor irrelevante, menor que 1%, corroborando com este estudo de revisão (TSAO et al., 2022; VIRANI et al., 2021)

Com relação as métricas biológicas, a maior prevalência foi encontrada na métrica glicose com 90,2%, enquanto a menor foi de 0,60% na métrica de pressão arterial. A baixa prevalência da PA pode ser causada por vários fatores, sendo que um estudo de revisão proposto por Makarem et al. (2021) analisou a influência do sono sobre a pressão arterial, distúrbios hormonais, alterações metabólicas, em que foi verificado que o aumento da PA foi associado com a dissecação aórtica.

Desse modo, as métricas de saúde cardiovascular ideal estão associadas a diversos agravos a saúde, principalmente as DCV. Com isso, alcançar níveis ótimos nas métricas parece ser uma excelente ferramenta para diminuir os riscos de DCV e utilizar instrumentos que visam monitorar tais métricas por profissionais da saúde é fundamental para elaboração de planos de ação, a fim de melhorar as métricas com baixa prevalência (FANG; JIANG; FAN, 2016; HASBANI et al., 2022).

6.2 ESTUDO OBSERVACIONAL

O estudo original foi realizado no município de Matutina, em Minas Gerais e de acordo com o IBGE/2010 o contingente de pessoas com 60 anos ou mais, correspondia a 18,6% da população total. Trata-se de um recorte populacional que reitera o avanço da população idosa no Brasil.

Especificamente, no estudo original desenvolvido neste trabalho, foi encontrada uma prevalência de saúde cardiovascular ideal de 17,7%, considerando um mínimo de 5 métricas. Quando consideradas as sete métricas propostas, uma pequena parte dos avaliados atingem o que se é proposto. Esses resultados reforçam a necessidade de estratégias de promoção a saúde.

Dois estudos similares, com ponto de corte de ≥ 5 pontos, encontrados na literatura, trouxeram resultados que se aproximam da prevalência de saúde

cardiovascular ideal demonstrada no atual estudo, um realizado na Alemanha (KÖNIG et al., 2018), referente a BASE II, que apresentou prevalência de 17,4% dos idosos com saúde cardiovascular ideal; e o segundo estudo, realizado nos Estados Unidos (GUO et al., 2021), com prevalência de 17,2% dos idosos com saúde cardiovascular ideal.

Outros achados na literatura mostraram distanciamento do resultado apresentado, dois estudos trouxeram uma prevalência superior, um realizado na China (LEE et al., 2019) com 57,1% dos idosos com saúde cardiovascular ideal e outro realizado na Alemanha (LEMKE et al., 2022) com 31,9% dos idosos com saúde cardiovascular ideal; dois estudos que trouxeram uma prevalência menor, um realizado na Alemanha (KÖNIG et al., 2018) referente a BASE com 6,6% dos idosos com saúde cardiovascular ideal; e outro realizado na França (GAYE et al., 2017) com 5% dos idosos com saúde cardiovascular ideal. É válido destacar que os instrumentos utilizados em todos os estudos não foram os mesmos.

A Alemanha (9°), os Estados Unidos (21°) e a França (28°) possuem o índice de desenvolvimento humano muito alto e são considerados desenvolvidos. A China (79°) e o Brasil (87°) possuem o índice de desenvolvimento alto e são considerados subdesenvolvidos (UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAMME, 2022). Dentre os estudos analisados, foi possível notar que a França, mesmo sendo considerada um país desenvolvido, demonstrou a pior prevalência (5%), enquanto a China, considerada subdesenvolvida, demonstrou a melhor prevalência (57,1%).

Ao analisar a quantidade de métricas atingidas por cada idoso, percebe-se que a maior parte dos participantes, do presente estudo, atingiram três métricas, 35,7% (99). Somente um participante (0,4%) atingiu as sete métricas propostas pela AHA. Resultados semelhantes foram encontrados em estudo realizado no Brasil (VELASQUEZ-MELENDZ et al., 2015). Diante dos resultados, é notável a dificuldade em atingir as sete métricas propostas pela AHA.

Para reverter a situação, há a necessidade de os idosos adotarem um estilo de vida saudável e ativo, com mudanças de hábitos. Esses objetivos podem ser alcançados através de ações realizadas pelos profissionais de saúde, em especial o enfermeiro, pois ele é o principal agente que assume as ações educativas, reguladas pelas diretrizes da promoção da saúde do Sistema Único de Saúde do Brasil (SEABRA et al., 2019).

A educação em saúde é uma das principais ações que devem ser realizadas, em qualquer ambiente que esteja sendo realizado o cuidado, como por exemplo, em salas de espera, em consultas, em visitas domiciliares. Ela deve ser realizada com foco no desenvolvimento da autonomia, da independência e da melhora na qualidade de vida, buscando um envelhecimento saudável e ativo, principalmente na alimentação e atividade física. Mas deve-se ir além, trazendo formas de lazer, espaços para trocas de experiências, entre muitas outras possibilidades (SEABRA et al., 2019).

Outra ação indispensável são os grupos de exercícios físicos, que devem ser acompanhados pelo profissional de educação física, para que monitore a execução dos exercícios e oriente a forma correta de executá-los. O treinamento físico está associado ao aumento de força, resistência cardiovascular, melhorias na capacidade funcional, redução de quedas, redução nos níveis de colesterol e nos percentuais de gordura, entre outros (CORDEIRO; SARINHO, 2023).

Especificamente no Brasil, recentemente o Ministério da Saúde publicou em 2021 o Protocolos de uso do Guia Alimentar para a população brasileira na orientação alimentar da população idosa (BRASIL, 2021) e o Guia de Atividade Física para a população brasileira (BRASIL, 2021).

Através da análise individual das sete métricas, percebe-se que o tabagismo é a mais alcançada. Segundo o INCA (2022), o percentual de adultos fumantes no Brasil vem apresentando queda nas últimas décadas devido às inúmeras ações desenvolvidas pela Política Nacional de Controle do Tabaco. Em 1989, de acordo com a Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição, 34,8% da população era fumante; em 2019, os dados mais recentes, pela Pesquisa Nacional de Saúde, o percentual é de 12,6% de fumantes.

A segunda métrica mais alcançada é a atividade física. A população do estudo demonstrou ser bastante ativa, através da criação de animais para consumo próprio e agricultura familiar. Além disso, as idosas do estudo demonstraram ser independentes em relação à limpeza de suas casas, indicando uma vida ativa.

A métrica menos alcançada é a de dieta ideal, somente sete idosos (2,5%) conseguiram atingir. Foi possível perceber que a população avaliada não possui o hábito de ingerir grãos integrais e peixes. Para reverter esse resultado são indispensáveis estratégias de educação em saúde, como salas de espera, disponibilizar/oferecer cursos para a população em geral, disponibilizar/oferecer

consultas multiprofissionais (com o nutricionista, por exemplo), panfletos para serem distribuídos, criação de hortas comunitárias, culinária saudável comunitária (SEABRA et al., 2019).

Os agentes comunitários são profissionais indispensáveis para uma efetiva ação para melhorar o estilo de vida dos idosos, por serem os profissionais que mais estão em contato com a população. Uma estratégia seria disponibilizar/oferecer cursos para os agentes comunitários, sendo um excelente meio de comunicação para propagar conhecimento (CASTRO et al., 2019).

O presente estudo verificou por meio do modelo hipotético os fatores associados a saúde cardiovascular ideal uma relação direta com o fator idade, onde idosos com maior idade tiveram uma tendência de melhor saúde cardiovascular ideal, uma das hipóteses que pode ser é o aumento da expectativa de vida (CAMPISI et al., 2019), assim como, ações direcionadas à promoção da saúde com foco na autonomia do idoso, promovendo o envelhecimento ativo e a qualidade de vida do idoso (SAMARTINI; CÂNDIDO, 2021).

Em outro estudo também foi verificada esta tendência. Liu et al. (2021) verificaram na China que 10,3% dos idosos mais velhos (80 a 99 anos) e 8,7% dos centenários tinham seis métricas de saúde cardiovascular ideal enquanto apenas 4,3% dos adultos (≥ 45 anos) atingiram esta métrica.

Porém, existem estudos que mostram divergência com o presente estudo. Gupta et al. (2022) verificaram que indivíduos de 50 a 69 anos tiveram 80% menos chance de atingir saúde cardiovascular ideal em comparação com indivíduos de 18 a 29 anos. Resultado semelhante foi encontrado por Ghimire et al. (2020), em estudo conduzido no Nepal com 3.238 indivíduos mostrou com o avançar da idade a presença de saúde cardiovascular ideal diminuía.

Tseng et al. (2021) realizaram um estudo de coorte com intuito de investigar autoavaliação de saúde associada a saúde cardiovascular ideal e verificou que a percepção do estado de saúde favorável teve associação significativa ao aumento do número de métrica saúde cardiovascular ideal. Esse resultado também foi encontrado em estudos realizados por Veromaa et al. (2017) e Osibogun et al. (2018).

Enquanto ao número de doença, a literatura aponta relação com as métricas de saúde cardiovascular ideal como: pressão arterial (MICHOS; KHAN, 2021), aterosclerose desenvolvida pelo elevado nível de colesterol que é um dos

componentes das métricas de saúde cardiovascular ideal (BAZIOTI et al., 2022), tal como doenças que podem impossibilitar os idosos se locomover ou gerar alguma incapacidade física como o caso da demência (LISKO et al., 2021) podendo impactar diretamente no nível de atividade física. Diante disso, percebe-se que quanto maior o número de doenças, maior é a influência na saúde cardiovascular ideal dos idosos.

A independência para ABVD também demonstrou associação direta com a saúde cardiovascular ideal. Esse resultado é similar de estudo realizado com idosos chineses (LIU et al., 2021), que encontraram que as taxas de incapacidade diminuem com o aumento do número de métricas de saúde cardiovascular ideal. Assim, trabalhar com a capacidade funcional do idoso em atividades da vida diária pode trazer resultados positivos para saúde cardiovascular ideal.

Em relação aos efeitos indiretos, foram verificadas que a sintomatologia depressiva e AAVD possuem associação com a saúde cardiovascular ideal, por meio da autopercepção de saúde. Esses resultados destacam que elaborar políticas públicas com intuito de minimizar a incapacidade das AAVD podem influenciar na saúde cardiovascular ideal. Adicionalmente, destaca-se a importância da autopercepção de saúde, sendo um fator que direta e indiretamente está relacionado a saúde cardiovascular ideal, além de ser um fator possível de ser incentivado e estimulado por meio de ações de promoção da saúde.

Frente aos efeitos deletérios da pior saúde cardiovascular, o incentivo a ações de saúde é essencial. De acordo com a AHA, em análise sobre as lições aprendidas com a saúde cardiovascular ideal de 2010, é destacado que trabalhar um componente de cada vez pode trazer ótimos resultados, não necessitando abordar todos simultaneamente (LLOYD-JONES et al., 2022). Assim, sugere-se avaliar as métricas de saúde cardiovascular ideal, monitorar e propor intervenção para aquelas com piores resultados.

7 CONCLUSÕES

Utilizar de cinco a sete métricas e o equivalente em pontos, 10 a 14 pontos, parece ser um consenso entre os pesquisadores, visto que dos 26 estudos, 10 usaram este ponto de corte. A baixa prevalência de saúde cardiovascular ideal encontrada na revisão realizada e no estudo original aponta uma preocupação para os profissionais da saúde, mesmo sabendo que alcançar tais métricas depende de inúmeros fatores.

Quando analisada as métricas de forma separada, percebe-se que a mais difícil de ser atingida é a dieta e o tabagismo apresenta os melhores resultados. Em relação aos fatores associados à saúde cardiovascular ideal, foram encontrados que diretamente associados estão a maior idade, menor número de doenças, melhor autopercepção do estado de saúde e maior independência em ABVD. De forma indireta, as variáveis associadas a melhor saúde cardiovascular ideal foram: menores sintomas depressivos, mediado pela autopercepção de saúde e maior participação em AAVD, mediado pela sintomatologia depressiva e autopercepção de saúde. Esses resultados destacam a necessidade de implementação de políticas públicas para a população idosa, com o objetivo de melhoria da saúde cardiovascular.

REFERÊNCIAS

- ALLEN, N. B. et al. The association between cardiovascular health and health-related quality of life and health status measures among U.S. adults: a cross-sectional study of the National Health and Nutrition Examination Surveys, 2001-2010. **Health and Quality of Life Outcomes**, v. 13, p. 152, 22 set. 2015.
- ALMEIDA, O. P.; ALMEIDA, S. A. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, v. 57, p. 421–426, jun. 1999.
- APARECIDA, B. DA; ROCHA, R. R. DA; VENERA, G. D. Efeito de um programa de educação nutricional sobre fatores de risco para doenças cardiovasculares em idosas diabéticas. **RBONE - Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, v. 13, n. 82, p. 974–983, 2019.
- ARANGO H. G. Bioestatística - Teórica e Computacional - 3ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.
- BÁRRIOS, M. J.; MARQUES, R.; FERNANDES, A. A. Envelhecer com saúde: estratégias de *ageing in place* de uma população portuguesa com 65 anos ou mais. **Revista de Saúde Pública**, v. 54, p. 129, 4 dez. 2020.
- BARROS, M. B. DE A.; GOLDBAUM, M. Desafios do envelhecimento em contexto de desigualdade social. **Revista de Saúde Pública**, v. 52, p. 1s, 25 out. 2018.
- BAZIOTI, V. et al. T cell cholesterol efflux suppresses apoptosis and senescence and increases atherosclerosis in middle aged mice. **Nature Communications**, v. 13, n. 1, p. 3799, 1 jul. 2022.
- BENEDETTI, T. B.; MAZO, G. Z.; BARROS, M. V. G. DE. Aplicação do Questionário Internacional de Atividades Físicas para avaliação do nível de atividades físicas de mulheres idosas: validade concorrente e reprodutibilidade teste-reteste. **Rev. bras. ciênc. mov**, p. 25–34, 2004.
- 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, p. 11–16, fev. 2007.
- BENZIGER, C. P. et al. Low prevalence of ideal cardiovascular health in Peru. **Heart (British Cardiac Society)**, v. 104, n. 15, p. 1251–1256, ago. 2018.
- BERTOLAZI, A. N. et al. Validation of the Brazilian Portuguese version of the Pittsburgh Sleep Quality Index. **Sleep Medicine**, v. 12, n. 1, p. 70–75, jan. 2011.
- BERTOLUCCI, P. H. et al. O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. [The Mini-Mental State Examination in an outpatient population: Influence of literacy.]. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, v. 52, p. 1–7, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019**. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Diário Oficial da União. Seção 1, Brasília, DF, n. 220, p. 97, 13 nov. 2019. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.979-de-12-de-novembro-de-2019-227652180>>. Acesso em: 02 nov. de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. **Guia de Atividade Física para a População Brasileira**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2021. 54 p.: il. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_atividade_fisica_populacao_brasileira.pdf>. Acesso em: 02 de nov. 2022.

BRASIL. **Observatório da política nacional de controle do tabaco** [Internet]. Rio de Janeiro (RJ): Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Câncer; 2018. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/observatorio_controle_tabaco/site/home>. Acesso em 20 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 188, de 03 de fevereiro de 2020**. Declara Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV). Diário Oficial da União nº 24-A, de 4 de fevereiro de 2020, Seção 1, página 1 Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0188_04_02_2020.html>. Acesso em: 20 dez. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 913, de 22 de abril de 2022**. Declara o encerramento da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) em decorrência da infecção humana pelo novo coronavírus (2019-nCoV) e revoga a Portaria GM/MS nº 188, de 3 de fevereiro de 2020. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-913-de-22-de-abril-de-2022-394545491>>. Acesso em 20 dez. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fascículo 2 - **Protocolos de uso do Guia Alimentar para a população brasileira na orientação alimentar da população idosa**. n. 2, p. 1-15, 2021. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_guia_alimentar_fasciculo2.pdf>. Acesso em: em 20 dez. 2022.

BRUNONI, A. R. et al. Association between ideal cardiovascular health and depression incidence: a longitudinal analysis of ELSA-Brasil. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, v. 140, n. 6, p. 552–562, dez. 2019.

BUYSSE, D. J. et al. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. **Psychiatry Research**, v. 28, n. 2, p. 193–213, maio 1989.

CAMPISI, J. et al. From discoveries in ageing research to therapeutics for healthy ageing. **Nature**, v. 571, n. 7764, p. 183–192, jul. 2019.

CANÊDO, A. C.; LOPES, C. S.; LOURENÇO, R. A. Prevalence of and factors associated with successful aging in Brazilian older adults: Frailty in Brazilian older people Study (FIBRA RJ). **Geriatrics & Gerontology International**, v. 18, n. 8, p. 1280–1285, ago. 2018.

CASTRO, A. E. A. et al. Educação em Saúde de Agentes Comunitários de Saúde para Promoção do Uso Racional de Medicamentos. **Revista de Ensino, Educação e Ciências Humanas**, v. 20, n. 3, p. 254–259, 2 out. 2019.

CORDEIRO, D. G.; SARINHO, A. M. M. Prescrição de exercícios para idosos com doenças cardiovasculares | RECIMA21 - **Revista Científica Multidisciplinar** - ISSN 2675-6218. 29 jan. 2023.

DEPARTMENT OF ECONOMIC AND SOCIAL AFFAIRS. **World social report 2023: Leaving no one behind in an ageing world. United Nations publication.** Disponível em: <<https://desapublications.un.org/publications/world-social-report-2023-leaving-no-one-behind-ageing-world>>. Acesso em: 26 de fev. 2023.

FANG, J. et al. Status of Cardiovascular Health Among Adult Americans in the 50 States and the District of Columbia, 2009. **Journal of the American Heart Association**, v. 1, n. 6, p. e005371, 2012.

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, 1 jul. 2016.

FOLSTEIN, M. F.; FOLSTEIN, S. E.; MCHUGH, P. R. “Mini-mental state”. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. **Journal of Psychiatric Research**, v. 12, n. 3, p. 189–198, nov. 1975.

FORAKER, R. E. et al. Achieving Optimal Population Cardiovascular Health Requires an Interdisciplinary Team and a Learning Healthcare System A Scientific Statement From the American Heart Association. **Circulation**, v. 143, n. 2, p. E9–E18, 12 jan. 2021.

FREITAS, M. P. D.; LOYOLA FILHO, A. I. DE; LIMA-COSTA, M. F. Birth cohort differences in cardiovascular risk factors in a Brazilian population of older elderly: the Bambuí Cohort Study of Aging (1997 and 2008). **Cadernos De Saude Publica**, v. 27 Suppl 3, p. S409-417, 2011.

GARCÍA-HERMOSO, A. et al. Relationship Between Ideal Cardiovascular Health and Disability in Older Adults: The Chilean National Health Survey (2009-10). **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 65, n. 12, p. 2727–2732, dez. 2017.

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, ago. 2018.

GAYE, B. et al. Ideal Cardiovascular Health, Mortality, and Vascular Events in Elderly Subjects. **Journal of the American College of Cardiology**, v. 69, n. 25, p. 3015–3026, 27 jun. 2017.

GHIMIRE, U. et al. Prevalence of American Heart Association defined ideal cardiovascular health metrics in Nepal: findings from a nationally representative cross-sectional study. **International Health**, v. 12, n. 4, p. 325–331, 1 jul. 2020.

GONZÁLEZ, H. M. et al. Cardiovascular health among diverse Hispanics/Latinos: Hispanic Community Health Study/Study of Latinos (HCHS/SOL) results. **American Heart Journal**, v. 176, p. 134–144, jun. 2016.

GRACIANI, A. et al. Ideal Cardiovascular Health and Risk of Frailty in Older Adults. **Circulation. Cardiovascular Quality and Outcomes**, v. 9, n. 3, p. 239–245, maio 2016.

GUO, J. et al. Association of Life's Simple 7 with incident dementia and its modification by the apolipoprotein E genotype. **Alzheimer's & Dementia: The Journal of the Alzheimer's Association**, v. 17, n. 12, p. 1905–1913, dez. 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, dez. 2017.

GUPTA, B. et al. Low Prevalence of AHA-Defined Ideal Cardiovascular Health Factors: A Study of Urban Indian Men and Women. **Global Heart**, v. 12, n. 3, p. 219–225, 1 set. 2017.

GUPTA, R. D. et al. Prevalence and Associated Factors with Ideal Cardiovascular Health Metrics in Bangladesh: Analysis of the Nationally Representative STEPS 2018 Survey. **Epidemiologia**, v. 3, n. 4, p. 533–543, dez. 2022.

HAN, Q. L. et al. Ideal cardiovascular health score and incident end-stage renal disease in a community-based longitudinal cohort study: the Kailuan Study. **BMJ Open**, v. 6, n. 11, p. e012486, 1 nov. 2016.

HASBANI, N. R. et al. American Heart Association's Life's Simple 7: Lifestyle Recommendations, Polygenic Risk, and Lifetime Risk of Coronary Heart Disease. **Circulation**, v. 145, n. 11, p. 808–818, 15 mar. 2022.

HIRSHKOWITZ, M. et al. National Sleep Foundation's updated sleep duration recommendations: final report. **Sleep Health**, v. 1, n. 4, p. 233–243, 1 dez. 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA ESTATÍSTICA. **IBGE Cidades. 2010**. Disponível em: < <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/matutina>>. Acesso em 18 dez. 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA ESTATÍSTICA. **Mesorregião: IBGE, Divisão Territorial Brasileira - DTB 2020**. Disponível em: < <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/matutina/panorama>>. Acesso em 02 nov. 2021.

- INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). **Prevalência do tabagismo**. 2022. Disponível em: <<https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/gestor-e-profissional-de-saude/observatorio-da-politica-nacional-de-controle-do-tabaco/dados-e-numeros-do-tabagismo/prevalencia-do-tabagismo>>. Acesso em: 14 de mar. 2023.
- JANKOVIĆ, J. et al. Status of cardiovascular health in the Republic of Serbia: Results from the National Health Survey. **PloS One**, v. 14, n. 3, p. e0214505, 2019.
- JANKOVIĆ, S. et al. Status of cardiovascular health in a transition European country: findings from a population-based cross-sectional study. **International Journal of Public Health**, v. 59, n. 5, p. 769–778, 1 out. 2014.
- 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, abr. 2017.
- KATZ, S. et al. Studies of illness in the aged. The index of adl: a standardized measure of biological and psychosocial function. **JAMA**, v. 185, p. 914–919, 21 set. 1963.
- KÖNIG, M. et al. Historical trends in modifiable indicators of cardiovascular health and self-rated health among older adults: Cohort differences over 20 years between the Berlin Aging Study (BASE) and the Berlin Aging Study II (BASE-II). **PLOS ONE**, v. 13, n. 1, p. e0191699, 31 jan. 2018.
- KULSHRESHTHA, A. et al. Life's Simple 7 and risk of incident stroke: the reasons for geographic and racial differences in stroke study. **Stroke**, v. 44, n. 7, p. 1909–1914, jul. 2013.
- LAWTON, M. P.; BRODY, E. M. Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. **The Gerontologist**, v. 9, p. 179–186, 1969.
- LEBRÃO, M. L.; LAURENTI, R. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no Município de São Paulo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 8, p. 127–141, jun. 2005.
- LEE, V. W. Y. et al. Life's simple 7 and cardiovascular disease risk knowledge in Hong Kong. **BMC cardiovascular disorders**, v. 19, n. 1, p. 185, 2 ago. 2019.
- LEMKE, E. et al. Cardiovascular health is associated with the epigenetic clock in the Berlin Aging Study II (BASE-II). **Mechanisms of Ageing and Development**, v. 201, p. 111616, 2022.
- LINO, V. T. S. et al. Adaptação transcultural da Escala de Independência em Atividades da Vida Diária (Escala de Katz). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, p. 103–112, jan. 2008.
- LISKO, I. et al. How can dementia and disability be prevented in older adults: where are we today and where are we going? **Journal of Internal Medicine**, v. 289, n. 6, p. 807–830, jun. 2021.

LIU, M. et al. Ideal Cardiovascular Health in the Oldest-Old and Centenarians and Its Association With Disability and Health-Related Quality of Life. **Frontiers in Cardiovascular Medicine**, v. 8, p. 603877, 20 ago. 2021.

LLOYD-JONES, D. M. et al. Defining and Setting National Goals for Cardiovascular Health Promotion and Disease Reduction. **Circulation**, v. 121, n. 4, p. 586–613, 2 fev. 2010.

LLOYD-JONES, D. M. et al. Life's Essential 8: Updating and Enhancing the American Heart Association's Construct of Cardiovascular Health: A Presidential Advisory From the American Heart Association. **Circulation**, v. 146, n. 5, p. e18–e43, 2 ago. 2022.

MACHADO, L. B. M. et al. Ideal cardiovascular health score at the ELSA-Brasil baseline and its association with sociodemographic characteristics. **International Journal of Cardiology**, v. 254, p. 333–337, 1 mar. 2018.

MAKAREM, N. et al. The Effect of Sleep Disturbances on Blood Pressure. **Hypertension (Dallas, Tex.: 1979)**, v. 77, n. 4, p. 1036–1046, abr. 2021.

MARINHO, F.; PASSOS, V. M. DE A.; FRANÇA, E. B. Novo século, novos desafios: mudança no perfil da carga de doença no Brasil de 1990 a 2010. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 25, p. 713–724, dez. 2016.

MARÔCO, J. **Análise de equações estruturais: fundamentos teóricos, software & aplicações**. Però Pinheiro: Report Number, Lda, 2014.

MASSA, K. H. C.; DUARTE, Y. A. O.; CHIAVEGATTO, A. D. P. Análise da prevalência de doenças cardiovasculares e fatores associados em idosos, 2000-2010. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 105–114, jan. 2019.

MATOZINHOS, F. P. et al. Cardiovascular health in Brazilian state capitals. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 25, p. e2971, 19 out. 2017.

MATUTINA. **Decreto Municipal nº 116 de 20 de dezembro de 2021**. Dispõe sobre medidas referente a onda verde do Programa Minas Consciente, Suspende temporariamente a Realização de festividades Publicas no município de Matutina e dá outras providencias. Disponível em: <<https://matutina.mg.gov.br/decreto-municipal-no-116-de-20-de-dezembro-de-2021/>>. Acesso em 20 dez. 2022.

MENEGUCI, J. et al. Socio-demographic, clinical and health behavior correlates of sitting time in older adults. **BMC Public Health**, v. 15, n. 1, p. 65, 31 jan. 2015.

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, jul. 2021.

MOREIRA, A. D. et al. Saúde cardiovascular e validação do escore autorreferido no Brasil: uma análise da Pesquisa Nacional de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 4259–4268, 6 nov. 2020.

NGUYEN, X.-M. T. et al. Prevalence of Ideal Cardiovascular Health Metrics in the Million Veteran Program. **The American Journal of Cardiology**, v. 122, n. 2, p. 347–352, 15 jul. 2018.

NUNES, J. D. et al. Functional disability indicators and associated factors in the elderly: a population-based study in Bagé, Rio Grande do Sul, Brazil. **Epidemiologia E Serviços De Saude: Revista Do Sistema Unico De Saude Do Brasil**, v. 26, n. 2, p. 295–304, 2017.

OLIVEIRA, E. M. DE et al. Atividades Avançadas de Vida Diária (AAVD) e desempenho cognitivo entre idosos. **Psico-USF**, v. 20, p. 109–120, abr. 2015.

Oliveira GMM de, Brant LCC, Polanczyk CA, Malta DC, Biolo A, Nascimento BR, et al. Estatística Cardiovascular – Brasil 2021. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia** [Internet]. 2022Jan;118(1):115–373. Available from: <https://doi.org/10.36660/abc.20211012>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**. Décima Revisão. Universidade de São Paulo: EDUSP; 2000.

OSIBOGUN, O. et al. Is self-rated health associated with ideal cardiovascular health? The Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis. **Clinical Cardiology**, v. 41, n. 9, p. 1154–1163, set. 2018.

PATTERSON, F. et al. American Heart Association’s Ideal Cardiovascular Health Metrics in Under-Represented Asian Americans. **Journal of Community Health**, v. 41, n. 6, p. 1282–1289, 2016.

PEREIRA, J. C.; BARRETO, S. M.; PASSOS, V. M. A. O perfil de saúde cardiovascular dos idosos brasileiros precisa melhorar: estudo de base populacional. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 91, p. 1–10, jul. 2008.

RAMÍREZ-VÉLEZ, R. et al. Association Between Ideal Cardiovascular Health Score and Relative Handgrip Strength of Community-Dwelling Older Adults in Colombia. **Journal of the American Medical Directors Association**, v. 21, n. 3, p. 434-436.e2, mar. 2020.

RASMUSSEN-TORVIK, L. J. et al. Ideal cardiovascular health is inversely associated with incident cancer: the Atherosclerosis Risk In Communities study. **Circulation**, v. 127, n. 12, p. 1270–1275, 26 mar. 2013.

REIS, C. S. DOS; NORONHA, K.; WAJNMAN, S. Envelhecimento populacional e gastos com internação do SUS: uma análise realizada para o Brasil entre 2000 e 2010. **Rev. bras. estud. popul**, p. 591–612, 2016.

RIBEIRO, L. H. M.; NERI, A. L. Exercícios físicos, força muscular e atividades de vida diária em mulheres idosas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, p. 2169–2180, ago. 2012.

- ROTH, G. A. et al. Global Burden of Cardiovascular Diseases and Risk Factors, 1990–2019. **Journal of the American College of Cardiology**, v. 76, n. 25, p. 2982–3021, 22 dez. 2020.
- SABIA, S. et al. Association of ideal cardiovascular health at age 50 with incidence of dementia: 25 year follow-up of Whitehall II cohort study. **BMJ (Clinical research ed.)**, v. 366, p. l4414, 7 ago. 2019.
- SAMARTINI, R. S.; CÂNDIDO, V. C. Reflections on elderly autonomy and its meaning for the practice of nursing care. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, p. e20200723, 18 jun. 2021.
- SANTOS, R. L. DOS; VIRTUOSO JÚNIOR, J. S. Confiabilidade Da Versão Brasileira Da Escala De Atividades Instrumentais Da Vida Diária. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 21, n. 4, p. 290–296, 2008.
- SEABRA, C. A. M. et al. Educação em saúde como estratégia para promoção da saúde dos idosos: Uma revisão integrativa. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 22, p. e190022, 24 out. 2019.
- SENGELØV, M. et al. Ideal Cardiovascular Health and the Prevalence and Severity of Aortic Stenosis in Elderly Patients. **Journal of the American Heart Association**, v. 7, n. 3, p. e007234, 2018.
- SERON, P. et al. Ideal Cardiovascular Health in the southern cone of Latin America. **Public health**, v. 156, p. 132–139, mar. 2018.
- SILVA, G. S. DE M. et al. Efeitos de um programa de intervenção de atividade física, educação e promoção de saúde com idosos hipertensos usuários do Sistema Único de Saúde | Revista Eletrônica Acervo Saúde. 29 abr. 2021.
- SPEH, A. et al. The Relationship Between Cardiovascular Health and Rate of Cognitive Decline in Young-Old and Old-Old Adults: A Population-Based Study. **Journal of Alzheimer's Disease**, v. 84, n. 4, p. 1523–1537, 2021.
- THEME FILHA, M. M. et al. Prevalência de doenças crônicas não transmissíveis e associação com autoavaliação de saúde: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, p. 83–96, dez. 2015.
- THOMAS, H. et al. Global Atlas of Cardiovascular Disease 2000-2016: The Path to Prevention and Control. **Global Heart**, v. 13, n. 3, p. 143–163, set. 2018.
- TSAO, C. W. et al. Heart Disease and Stroke Statistics-2022 Update: A Report From the American Heart Association. **Circulation**, v. 145, n. 8, p. e153–e639, 22 fev. 2022.
- TSENG, T.-H. et al. Favorable self-rated health is associated with ideal cardiovascular health: a cohort study. **Polish Archives of Internal Medicine**, v. 131, n. 10, p. 16082, 27 out. 2021.
- UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAMME. **Human Development Report 2021/2022: Uncertain times, unsettled lives Shaping our future in a**

transforming world. 1 UN Plaza, New York, NY 10017 USA. Disponível em: <https://hdr.undp.org/system/files/documents/global-report-document/hdr2021-22pdf_1.pdf>. Acesso em: 03 de jan. 2023.

VELASQUEZ-MELENDZ, G. et al. Prevalência de saúde cardiovascular ideal na população brasileira - Pesquisa Nacional de Saúde (2013). **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, p. 97–108, dez. 2015.

VERAS, R. P.; OLIVEIRA, M. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 1929–1936, jun. 2018.

VEROMAA, V. et al. Self-rated health as an indicator of ideal cardiovascular health among working-aged women. **Scandinavian Journal of Primary Health Care**, v. 35, n. 4, p. 322–328, dez. 2017.

VIRANI, S. S. et al. Heart Disease and Stroke Statistics—2021 Update. **Circulation**, v. 143, n. 8, p. e254–e743, 23 fev. 2021.

VOS, T. et al. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. **The Lancet**, v. 390, n. 10100, p. 1211–1259, 16 set. 2017.

WEI, J. et al. Adherence to Life's Simple 7 and Cognitive Function Among Older Adults: The National Health and Nutrition Examination Survey 2011 to 2014. **Journal of the American Heart Association**, v. 11, n. 6, p. e022959, 15 mar. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Noncommunicable diseases country profiles 2011: WHO global report.** Geneva: WHO; 2011. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/handle/10665/44704>>. Acesso em 06 jan. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Noncommunicable Diseases (NCD) Country Profiles.** Geneva: WHO, 2018. Disponível em: <<https://www.who.int/teams/noncommunicable-diseases/surveillance/data/profiles-ncd>>. Acesso em 06 jan. 2021.

YANG, P.-S. 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, jun. 2021.

YANG, Q. et al. Trends in cardiovascular health metrics and associations with all-cause and CVD mortality among US adults. **JAMA**, v. 307, n. 12, p. 1273–1283, 28 mar. 2012.

YESAVAGE, J. A.; SHEIKH, J. I. 9/Geriatric Depression Scale (GDS). **Clinical Gerontologist**, v. 5, n. 1–2, p. 165–173, 18 nov. 1986.

YOUNUS, A. et al. A Systematic Review of the Prevalence and Outcomes of Ideal Cardiovascular Health in US and Non-US Populations. **Mayo Clinic Proceedings**, v. 91, n. 5, p. 649–670, maio 2016.

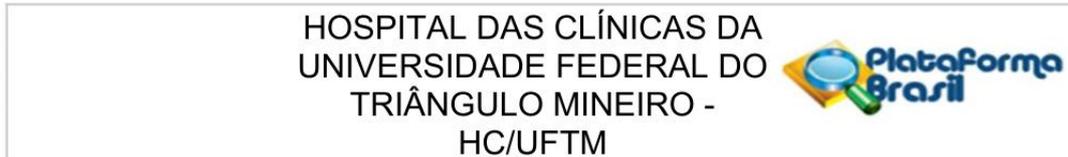
ZENG, Q. et al. Ideal cardiovascular health in Chinese urban population. **International Journal of Cardiology**, v. 167, n. 5, p. 2311–2317, 1 set. 2013.

ZHANG, Q. et al. Ideal Cardiovascular Health Metrics and the Risks of Ischemic and Intracerebral Hemorrhagic Stroke. **Stroke**, v. 44, n. 9, p. 2451–2456, set. 2013.

ZHOU, L. et al. Ideal cardiovascular health metrics and its association with 20-year cardiovascular morbidity and mortality in a Chinese population. **Journal of Epidemiology and Community Health**, v. 72, n. 8, p. 752–758, ago. 2018.

ANEXOS

ANEXO A - Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Atividade física, comportamento sedentário e desfechos de saúde em idosos: estudo de base populacional

Pesquisador: Joilson Meneguci

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 52890821.4.0000.8667

Instituição Proponente: Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.157.992

Apresentação do Projeto:

Segundo os documentos que compõe o protocolo apresentado pelo(s) pesquisador(es) é possível identificar:

Esse rápido e expressivo crescimento da população idosa vem acompanhado de uma preocupação com as condições de saúde. De fato, o aumento da expectativa de vida saudável tem sido um grande desafio (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015), uma vez que a prevalência de doenças tende a aumentar conforme a idade (SCULLY, 2012). No entanto, a maioria dos problemas de saúde podem ser prevenidos ou retardados. Porém, outras condições negativas de saúde podem ser controladas, caso sejam diagnosticadas precocemente (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015).

Recentemente, o Ministério da Saúde publicou o Guia de Atividade Física para a população Brasileira, destacando a importância da atividade física para a saúde e as diretrizes de prática para a população. Especificamente para idosos, foi destacado que a atividade física está associada a benefícios morfológicos, neuromusculares, cardiometabólicos e comportamentais. Além disso, foi apresentado como recomendação para a prática de atividade física de 150 min/sem de intensidade moderada ou 75 min/sem de intensidade de vigorosa, com exercícios de fortalecimento muscular e equilíbrio de duas a três vezes por semana e com menor exposição ao comportamento sedentário (BRASIL, 2021).

Assim, identificar as barreiras para a prática de atividade física, bem como a associação dos

Endereço: R. Benjamin Constant, 16

Bairro: Nossa Srª da Abadia

CEP: 38.025-470

UF: MG

Município: UBERABA

Telefone: (34)3318-5319

E-mail: cep.hctm@ebserh.gov.br



Ministério da Educação
Universidade Federal do Triângulo Mineiro – Uberaba – MG
Programa de Pós-Graduação em Educação Física
Av. do Tutuna, 490 - Vila Celeste, Uberaba - MG, 38061-500
34 - 3700-6633 - www.uftm.edu.br/stricto-sensu/ppgef

ANEXO B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Você está sendo convidado para participar da pesquisa Atividade física, comportamento sedentário e desfechos de saúde em idosos: estudo de base populacional, coordenado por mim Joilson Meneguci, docente no Programa de Pós-Graduação em Educação Física – PPGEF da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. O objetivo dessa pesquisa é analisar a associação da atividade física e o comportamento sedentário com desfechos de saúde em idosos. Gostaria de contar com sua participação, uma vez que os avanços na área da saúde ocorrem por meio de estudos como este, por isso a sua participação é importante. O conhecimento aprofundado da saúde da população idosa de Matutina irá auxiliar no desenvolvimento de programas de intervenção para população de risco identificada, contribuindo assim para melhoria das condições de saúde dos idosos.

Caso aceite participar dessa pesquisa será necessário participar de uma entrevista onde você responderá um questionário com perguntas sobre seus dados pessoais (sexo, idade, escolaridade, situação conjugal, arranjo familiar e posse de utensílios domésticos, para avaliação da sua classe econômica), problemas de saúde (presença de doenças, hospitalizações, consumo de medicamentos, ocorrência de queda, consumo de tabaco e álcool), sintomas depressivos, atividades do dia-a-dia, qualidade do sono, estado nutricional, e sobre as atividades físicas que realiza durante a semana, além do tempo despendido em atividades sedentárias. Você também irá precisar realizar alguns testes de desempenho físico (sentar e levantar da cadeira, teste sentar e alcançar, teste de mãos nas costas, teste de marcha estacionária de 2 minutos, teste de flexão de cotovelo e teste de equilíbrio), medir a circunferência da cintura quadril, panturrilha, braço, estatura, peso corporal e aferir a sua pressão arterial. Esses testes serão realizados na Unidade de Saúde mais próxima da sua casa. Por fim, você será convidado para ir até a Unidade Mista de Saúde Nívea Ângela Rodrigues (Hospital), para realizar alguns exames de sangue (colesterol e glicemia), após um período em jejum de 10 horas.

DATA	RUBRICA DO PARTICIPANTE	RUBRICA DO PESQUISADOR



Ministério da Educação
Universidade Federal do Triângulo Mineiro – Uberaba – MG
Programa de Pós-Graduação em Educação Física

Av. do Tutuna, 490 - Vila Celeste, Uberaba - MG, 38061-500
34 - 3700-6633 - www.uftm.edu.br/stricto-sensu/ppgef

Todas essas etapas serão realizadas por membros da equipe da pesquisa devidamente capacitado, com tempo estimado de uma hora para a entrevista e 15 minutos para os testes. As datas para a realização dos testes e coleta de sangue serão agendadas conforme a sua disponibilidade.

Os riscos previstos de sua participação nessa pesquisa são: desconforto por responder informações socioeconômicas e de saúde; desconforto devido a presença do pesquisador; desconforto na realização da medida invasiva de coleta sanguínea, que você sentir quando receber uma picada para colher o sangue do seu braço; e o risco de perda de confidencialidade. Como medidas para minimizar estes riscos serão tomadas as seguintes providências: todos os membros da equipe estão treinados; a pesquisa será realizada em um ambiente que proporcione privacidade e você receberá as explicações necessárias para responder as questões; você não precisará responder as questões que achar constrangedora; a coleta sanguínea será realizada por uma profissional devidamente habilitada para tal função; em caso de desconforto físico e emocional, você receberá o auxílio dos pesquisadores do estudo e o devido encaminhamento aos serviços públicos de cuidado à saúde; e os pesquisadores e colaboradores terão o compromisso com a privacidade e confidencialidade dos dados coletados, garantindo o sigilo em relação as suas respostas, as quais serão tidas como confidenciais e utilizadas apenas para fins científicos, além de serem preservadas.

Como benefício direto de sua participação na pesquisa espera-se mapear as condições de saúde e comportamental dos idosos residentes no município de Matutina, MG; bem como direcionar as ações públicas relacionadas à preservação e/ou melhorias nas condições de saúde do idoso, específicas na atenção e cuidado à saúde. Caso você apresentar alteração nos resultados de exames sanguíneos, testes e medidas realizadas na pesquisa, a Equipe de Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde será informada.

Sua participação é voluntária, e em decorrência dela você não receberá qualquer valor em dinheiro. Você não terá nenhum gasto por participar nesse estudo, pois qualquer gasto que você tenha por causa dessa pesquisa lhe será ressarcido.

Você pode recusar a participar do estudo, ou se retirar a qualquer momento, sem que haja qualquer prejuízo no seu atendimento, para isso basta dizer ao pesquisador que lhe entregou este documento.

DATA	RUBRICA DO PARTICIPANTE	RUBRICA DO PESQUISADOR



Ministério da Educação
Universidade Federal do Triângulo Mineiro – Uberaba – MG
Programa de Pós-Graduação em Educação Física

Av. do Tutuna, 490 - Vila Celeste, Uberaba - MG, 38061-500
34 - 3700-6633 - www.uftm.edu.br/stricto-sensu/ppgef

Em qualquer momento, você pode obter quaisquer informações sobre a sua participação nesta pesquisa, diretamente com os pesquisadores ou por contato com o CEP/HC-UFTM.

Sua identidade não será revelada para ninguém, ela será de conhecimento somente dos pesquisadores da pesquisa, seus dados serão publicados em conjunto sem o risco de você ser identificado, mantendo o seu sigilo e privacidade. Você tem direito a requerer indenização diante de eventuais danos que você sofra em decorrência dessa pesquisa.

Os dados obtidos de você durante a entrevista, o seu desempenho nos testes físicos e a sua amostra de sangue coletada serão utilizados somente para os objetivos dessa pesquisa e serão destruídos após cinco anos do fim da pesquisa. Os materiais provenientes das amostras sanguíneas seguirão o descarte preconizado do Laboratório da Unidade Mista de Saúde Nívea Ângela Rodrigues.

Caso haja interesse, por parte dos pesquisadores, em utilizar seus dados em outro projeto de pesquisa, você será novamente contatado para decidir se participa ou não dessa nova pesquisa e se concordar deve assinar novo TCLE.

Contato

Pesquisador Responsável: Joilson Meneguci

Endereço: Av. Tutunas, 490, Vila Celeste, Uberaba - MG, 38061-500

E-mail: joilson.meneguci@ebserh.gov.br / joilson.meneguci@uftm.edu.br

Telefone/Celular: 35 98878-5111 / 34 98828-0172

*Dúvidas ou denúncia em relação a esta pesquisa, entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (CEP/HC-UFTM), pelo e-mail: cep.hctm@ebserh.gov.br, pelo telefone (34) 3318-5319, ou diretamente no endereço Rua Benjamim Constant, 16, Bairro Nossa Senhora da Abadia – Uberaba – MG – de segunda a sexta-feira, das 07h às 12h e das 13h às 16h.

DATA	RUBRICA DO PARTICIPANTE	RUBRICA DO PESQUISADOR



Ministério da Educação
Universidade Federal do Triângulo Mineiro – Uberaba – MG
Programa de Pós-Graduação em Educação Física

Av. do Tutuna, 490 - Vila Celeste, Uberaba - MG, 38061-500
34 - 3700-6633 - www.uftm.edu.br/stricto-sensu/ppgef

Eu, _____, li e/ou ouvi o esclarecimento acima referente a pesquisa Atividade física, comportamento sedentário e desfechos de saúde em idosos: estudo de base populacional, coordenado por mim Joilson Meneguci, docente no Programa de Pós-Graduação em Educação Física – PPGEF da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Compreendi para que serve a pesquisa e quais procedimentos serei submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios da pesquisa. Entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão e que isso não afetará o atendimento que estou recebendo. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro para participar da pesquisa. Concordo em participar da pesquisa, Atividade física, comportamento sedentário e desfechos de saúde em idosos: estudo de base populacional, e receberei uma via assinada deste documento.

Matuina, ____/____/____

NOME/ ASSINATURA DO VOLUNTÁRIO e/ou RESPONSÁVEL LEGAL

<ASSINATURA, NOME, TELEFONE E CELULAR>

PESQUISADOR RESPONSÁVEL

<ASSINATURA, NOME, TELEFONE E CELULAR>

PESQUISADOR ASSISTENTE

DATA	RUBRICA DO PARTICIPANTE	RUBRICA DO PESQUISADOR

ANEXOS



Ministério da Educação
Universidade Federal do Triângulo Mineiro – Uberaba – MG
Programa de Pós-Graduação em Educação Física
Av. do Tutuna, 490 - Vila Celeste, Uberaba - MG, 38061-500
34 - 3700-6633 - www.uftm.edu.br/stricto-sensu/ppgef

Eu, _____, li e/ou ouvi o esclarecimento acima referente a pesquisa Atividade física, comportamento sedentário e desfechos de saúde em idosos: estudo de base populacional, coordenado por mim Joilson Meneguci, docente no Programa de Pós-Graduação em Educação Física – PPGEF da Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Compreendi para que serve a pesquisa e quais procedimentos serei submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios da pesquisa. Entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão e que isso não afetará o atendimento que estou recebendo. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro para participar da pesquisa. Concordo em participar da pesquisa, Atividade física, comportamento sedentário e desfechos de saúde em idosos: estudo de base populacional, e receberei uma via assinada deste documento.

Matutina, ____/____/____

NOME/ ASSINATURA DO VOLUNTÁRIO e/ou RESPONSÁVEL LEGAL

JOILSON MENEGUCI - 34 98828-0172

PESQUISADOR RESPONSÁVEL

<ASSINATURA, NOME, TELEFONE E CELULAR>

PESQUISADOR ASSISTENTE



Atividade física, comportamento sedentário e desfechos de saúde em idosos: estudo de base populacional

ID DIGITAÇÃO:

Visita 1: Data: ___/___/2022

0[0] Entrevista completa 1[1] Entrevista agendada (anote data e horário) 2[2] Faleceu 3[3] Mudou-se 4[4] Recusou-se 5[5] Não atendeu os critérios (marque o critério abaixo) 6[6] Não encontrou a pessoa em casa 7[7] Entrevista incompleta (anote observações)

Visita 2: Data: ___/___/2022

0[0] Entrevista completa 1[1] Entrevista agendada (anote data e horário) 2[2] Faleceu 3[3] Mudou-se 4[4] Recusou-se 5[5] Não atendeu os critérios de inclusão (marque o critério abaixo) 6[6] Não encontrou a pessoa em casa 7[7] Entrevista incompleta (anote observações)

Visita 3: Data: ___/___/2022

0[0] Entrevista completa 1[1] Entrevista agendada (anote data e horário) 2[2] Faleceu 3[3] Mudou-se 4[4] Recusou-se 5[5] Não atendeu os critérios de inclusão (marque o critério abaixo) 6[6] Não encontrou a pessoa em casa 7[7] Entrevista incompleta (anote observações)

Observações:

Four horizontal lines for writing observations.

Critérios de exclusão:

- 0[0] Não ter capacidade de andar
1[1] Possuir dificuldade grave na acuidade visual e/ou auditiva
2[2] Ser dependente de cadeiras de rodas
3[3] Deficiência Mental
4[4] Possuir sequelas graves de acidente vascular encefálico (AVE) com perda localizada de força
5[5] Estar hospitalizado no momento da realização da pesquisa
6[6] Apresentar disfunções neurológicas
7[7] Presença de sintomas gripais

Horário de início da entrevista: ___h___min

I - CADASTRO DO PARTICIPANTE

Nome: Grid for entering the participant's name.

Data de nascimento: [][] [][] [][][][] Idade: [][][] Sexo: 0[0] Homem 1[1] Mulher

Endereço Completo (Rua, Número, Complemento, Bairro): Grid for entering the full address.

Telefones (fixo e celular): Grid for entering phone numbers.

Localização GPS

Latitude (s): [][] ° [][][] ' [][][] . [][] " Longitude (w): [][] ° [][][] ' [][][] . [][] "

II – FUNÇÃO COGNITIVA

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

Variável	Pontos		Pontuação
Orientação			<i>1 ponto para cada resposta certa.</i> <i>Considere correta até 1h a mais ou a menos em relação à hora real /local</i>
Que dia é hoje do mês?	1		
Em que mês estamos?	1		
Em que ano estamos?	1		
Em que dia da semana estamos?	1		
Qual a hora aproximada?	1		
Em que local nós estamos? (<i>sentido mais amplo, ex. casa, UBS</i>)	1		
Que local é este aqui? (<i>local específico, ex. sala, cozinha</i>)	1		
Em que bairro nós estamos ou qual o nome da rua próxima?	1		
Em que cidade nós estamos?	1		
Em que estado nós estamos?	1		
Memória Imediata: Eu vou dizer três palavras e o(a) Sr(a) irá repeti-las a seguir:			<i>1 ponto para cada palavra repetida na primeira tentativa e (0) para resposta errada.</i> <i>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.</i> <i>Considere correto se o examinado espontaneamente se autocorriger.</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		
Escreva uma frase	1		<i>1 ponto se correto.</i> <i>Se o indivíduo não compreender o significado, ajude com: alguma frase que tenha começo, meio e fim; alguma coisa que aconteceu hoje; alguma coisa que queira dizer. Para a correção não são considerados erros gramaticais ou ortográficos</i>
Copie o desenho: 	1		<i>Considere apenas se houver 2 pentágonos interseccionados (10 ângulos) formando uma figura de quatro lados ou com dois ângulos</i>
Total	30		

III – FATORES RELACIONADOS À SAÚDE

1. Em geral, o(a) Sr(a) avalia a sua saúde:

⁰[0] Muito boa ¹[1] Boa ²[2] Regular ³[3] Ruim ⁴[4] Muito Ruim

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

⁰[0] Não ¹[1] Sim

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

Aparelho circulatório	⁰ [0] Não ¹ [1] Sim	Aparelho digestivo	⁰ [0] Não ¹ [1] Sim
Problemas cardíacos	⁰ [0] Não ¹ [1] Sim	Problemas estomacais (úlceras e esofagite)	⁰ [0] Não ¹ [1] Sim
Hipertensão arterial	⁰ [0] Não ¹ [1] Sim	Problemas intestinais	⁰ [0] Não ¹ [1] Sim
AVE/derrame	⁰ [0] Não ¹ [1] Sim	Gastrite	⁰ [0] Não ¹ [1] Sim
Hipercolesterolemia (colesterol alto)	⁰ [0] Não ¹ [1] Sim	Hérnias (umbilical e inguinal)	⁰ [0] Não ¹ [1] Sim
Circulação	⁰ [0] Não ¹ [1] Sim	Aparelho geniturinário	⁰ [0] Não ¹ [1] Sim
Varizes	⁰ [0] Não ¹ [1] Sim	Incontinência urinária	⁰ [0] Não ¹ [1] Sim
Doença de Chagas	⁰ [0] Não ¹ [1] Sim	Problemas renais (cálculo renal e infecção urinária)	⁰ [0] Não ¹ [1] Sim
Aparelho respiratório	⁰ [0] Não ¹ [1] Sim	Doenças do Ouvido	⁰ [0] Não ¹ [1] Sim
Asma/bronquite	⁰ [0] Não ¹ [1] Sim	Perda da audição/ surdez	⁰ [0] Não ¹ [1] Sim
Alergia	⁰ [0] Não ¹ [1] Sim	Labirintite	⁰ [0] Não ¹ [1] Sim
Problemas respiratórios (faringite, tosse, gripe)	⁰ [0] Não ¹ [1] Sim	Doenças de olhos	⁰ [0] Não ¹ [1] Sim
Sistema Osteomuscular	⁰ [0] Não ¹ [1] Sim	Transtornos visuais	⁰ [0] Não ¹ [1] Sim
Reumatismo/ artrite/ artrose	⁰ [0] Não ¹ [1] Sim	Sistema nervoso	⁰ [0] Não ¹ [1] Sim
Dores coluna/ lombar	⁰ [0] Não ¹ [1] Sim	Enxaqueca	⁰ [0] Não ¹ [1] Sim
Osteoporose	⁰ [0] Não ¹ [1] Sim	Sangue	⁰ [0] Não ¹ [1] Sim
Dores musculares	⁰ [0] Não ¹ [1] Sim	Anemia	⁰ [0] Não ¹ [1] Sim
Metabólicas	⁰ [0] Não ¹ [1] Sim	Infeciosas e parasitárias	⁰ [0] Não ¹ [1] Sim
Diabetes <i>Mellitus</i>	⁰ [0] Não ¹ [1] Sim	Herpes	⁰ [0] Não ¹ [1] Sim
Hipotireoidismo	⁰ [0] Não ¹ [1] Sim	Helminthíases (vermes)	⁰ [0] Não ¹ [1] Sim
Neoplasias	⁰ [0] Não ¹ [1] Sim	Outras doenças: _____	
Câncer	⁰ [0] Não ¹ [1] Sim	Outras doenças: _____	

3. O(a) Sr(a) teve Covid-19?

⁰[0] Não ¹[1] Sim

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

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

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

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

4.2. Qual o motivo da hospitalização/internação: _____

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

⁰[0] Não ¹[1] Sim

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

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

5.2. Qual o motivo da queda?

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

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

⁰[0] Não ¹[1] Sim

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

Gostaria que você desse uma nota para sua dor numa escala de 0 a 10 onde 0 seria nenhuma dor e 10 seria a pior dor possível. Por favor dê um número para descrever sua dor.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Nenhuma
dor

Pior dor
possível

9.1 Pontuação do entrevistado: _____

⁹⁹[99] Não se aplica [Caso responda não na questão 7.1 ou 8.1]

10. QUESTIONÁRIO DE INCAPACIDADE DE ROLAND-MORRIS

Quando você tem dor, você pode ter dificuldades em fazer algumas coisas que normalmente faz. Está lista possui algumas frases que as pessoas usam para se descreverem quando sentem dores nas costas. Quando você ouve estas frases poderá notar que algumas descrevem sua condição atual. Ao ler ou ouvir estas frases pense em você hoje. Assinale com um x apenas as frases que descrevem sua situação hoje, se a frase não descrever sua situação deixe-a em branco e siga para a próxima sentença. Lembre-se assinalar apenas a frase que você tiver certeza que descreve você hoje.

10. Pontuação do entrevistado: _____

⁹⁹[99] Não se aplica [Caso responda não na questão 7.1]

- | | |
|---|---|
| 10.1. Fico em casa a maior parte do tempo por causa da minha dor. | ⁰ [0] Não ¹ [1] Sim |
| 10.2. Mudo de posição frequentemente tentando ficar mais confortável com minha dor. | ⁰ [0] Não ¹ [1] Sim |
| 10.3. Ando mais devagar que o habitual por causa da dor. | ⁰ [0] Não ¹ [1] Sim |
| 10.4. Por causa da dor eu não estou fazendo alguns dos trabalhos que geralmente faço em casa. | ⁰ [0] Não ¹ [1] Sim |
| 10.5. Por causa da dor eu uso o corrimão para subir escadas. | ⁰ [0] Não ¹ [1] Sim |
| 10.6. Por causa da dor eu deito para descansar frequentemente. | ⁰ [0] Não ¹ [1] Sim |
| 10.7. Por causa da dor eu tenho que me apoiar em algumas coisas para me levantar de uma poltrona. | ⁰ [0] Não ¹ [1] Sim |
| 10.8. Por causa da dor tento com que outras pessoas façam as coisas para mim. | ⁰ [0] Não ¹ [1] Sim |
| 10.9. Eu me visto mais devagar do que o habitual por causa das minhas dores. | ⁰ [0] Não ¹ [1] Sim |
| 10.10. Eu somente fico em pé por pouco tempo por causa da dor. | ⁰ [0] Não ¹ [1] Sim |
| 10.11. Por causa da dor tento não me abaixar ou me ajoelhar. | ⁰ [0] Não ¹ [1] Sim |
| 10.12. Tenho dificuldade em me levantar de uma cadeira por causa da dor. | ⁰ [0] Não ¹ [1] Sim |
| 10.13. Sinto dor quase todo o tempo. | ⁰ [0] Não ¹ [1] Sim |
| 10.14. Tenho dificuldade em me virar na cama por causa da dor. | ⁰ [0] Não ¹ [1] Sim |
| 10.15. Meu apetite não é muito bom por causa das minhas dores. | ⁰ [0] Não ¹ [1] Sim |
| 10.16. Tenho dificuldade para colocar minhas metas por causa da dor. | ⁰ [0] Não ¹ [1] Sim |
| 10.17. Caminho apenas curtas distancias por causa das minhas dores. | ⁰ [0] Não ¹ [1] Sim |
| 10.18. Não durmo tão bem por causa das dores. | ⁰ [0] Não ¹ [1] Sim |
| 10.19. Por causa da dor me visto com ajuda de outras pessoas. | ⁰ [0] Não ¹ [1] Sim |
| 10.20. Fico sentando a maior parte do dia por causa da minha dor. | ⁰ [0] Não ¹ [1] Sim |
| 10.21. Evito trabalhos pesados em casa por causa da minha dor. | ⁰ [0] Não ¹ [1] Sim |
| 10.22. Por causa da dor estou mais irritado e mal-humorado com as pessoas do que em geral. | ⁰ [0] Não ¹ [1] Sim |
| 10.23. Por causa da dor subo escadas mais vagorosamente do que o habitual. | ⁰ [0] Não ¹ [1] Sim |
| 10.24. Fico na cama (deitado ou sentado) a maior parte do tempo por causa das minhas dores. | ⁰ [0] Não ¹ [1] Sim |

AVALIAÇÃO DE HÁBITOS

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

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

12. Com que frequência o(a) Sr(a) costuma consumir alguma bebida alcoólica (cerveja, vinho, cachaça, dentre outras)?

⁰[0] Não bebo nunca ¹[1] Menos de uma vez por mês ²[2] Uma vez ou mais por mês

13. Quantos dias por semana o(a) Sr(a) costuma tomar alguma bebida alcoólica?

Dias _____ ⁹⁹[99] Não se aplica [Caso responda não na questão 12]

14. Em geral, no dia que o(a) sr(a) bebe, quantas doses de bebida alcoólica o(a) Sr(a) consome? (1 dose de bebida alcoólica equivale a 1 lata de cerveja, 1 taça de vinho ou 1 dose de cachaça, whisky ou qualquer outra bebida alcoólica destilada)

Doses _____ ⁹⁹[99] Não se aplica [Caso responda não na questão 12]

IV – ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA (AVD)

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

14. ESCALA DE INDEPENDÊNCIA EM ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA (ÍNDICE DE KATZ)

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. ESCALA DE ATIVIDADES INSTRUMENTAIS DA VIDA DIÁRIA (ESCALA DE LAWTON E BRODY)

15.1. O(a) Sr(a) usa o telefone:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

15.4. O(a) Sr(a) consegue preparar a sua própria refeição:²[2] sem ajuda (planeja e prepara as refeições por si só);¹[1] com certa ajuda (consegue preparar algumas coisas, mas não a refeição toda);⁰[0] ou, não consegue preparar a sua refeição de modo algum.**15.5. O(a) Sr(a) consegue fazer a limpeza e arrumação da casa:**²[2] sem ajuda (faxina e arrumação diária);¹[1] com alguma ajuda (faz trabalhos leves, mas necessita de ajuda para trabalhos pesados);⁰[0] ou, não consegue fazer trabalho de casa de modo algum.**15.6. O(a) Sr(a) consegue tomar os medicamentos receitados:**²[2] sem ajuda (na identificação do nome do remédio, no seguimento da dose e horário);¹[1] com alguma ajuda (toma, se alguém preparar ou quando é lembrado(a) para tomar os remédios);⁰[0] ou, não consegue tomar por si os remédios receitados.**15.7. O(a) Sr(a) lida com suas próprias finanças:**²[2] sem ajuda (assinar cheques, pagar contas, controlar saldo bancário, receber aposentadoria ou pensão);¹[1] com alguma ajuda (lida com dinheiro para as compras do dia a dia, mas necessita de ajuda para controle bancário e pagamento de contas maiores e/ou recebimento da aposentadoria);⁰[0] ou, não consegue mais lidar com suas finanças.*Pontuação AIVD - soma das perguntas 15.1 a 15.7: []***16. ATIVIDADES AVANÇADAS DA VIDA DIÁRIA (AAVD)**

Eu gostaria de saber qual é a sua relação com as seguintes atividades:

Atividades	Nunca Fiz	Parei de Fazer	Ainda Faço
16.1. Fazer visitas na casa de outras pessoas:	⁰ [0]	¹ [1]	² [2]
16.2. Receber visitas em sua casa:	⁰ [0]	¹ [1]	² [2]
16.3. Ir à igreja ou templo para rituais religiosos ou atividades sociais ligadas à religião:	⁰ [0]	¹ [1]	² [2]
16.4. Participar de reuniões sociais, festas ou bailes:	⁰ [0]	¹ [1]	² [2]
16.5. Participar de eventos culturais, tais como concertos, espetáculos, exposições, peças de teatro ou filmes no cinema:	⁰ [0]	¹ [1]	² [2]
16.6. Dirigir automóvel:	⁰ [0]	¹ [1]	² [2]
16.7. Fazer viagens de 1 dia para fora da cidade	⁰ [0]	¹ [1]	² [2]
16.8. Fazer viagens de duração mais longa para fora da cidade ou do país	⁰ [0]	¹ [1]	² [2]
16.9. Fazer trabalho voluntário	⁰ [0]	¹ [1]	² [2]
16.10. Fazer trabalho remunerado	⁰ [0]	¹ [1]	² [2]
16.11. Participar de diretorias ou conselhos de associações, clubes, escolas, sindicatos, cooperativas ou centros de convivência, ou desenvolver atividades políticas	⁰ [0]	¹ [1]	² [2]
16.12. Participar de Universidade Aberta à Terceira Idade ou de algum curso de atualização	⁰ [0]	¹ [1]	² [2]
16.13. Participar de centro e ou grupos de convivência exclusivos para idosos	⁰ [0]	¹ [1]	² [2]

17. SARC-F**17.1. O quanto de dificuldade o(a) sr(a) tem para levantar e carregar 5kg?**⁰[0] Nenhuma dificuldade¹[1] Alguma dificuldade²[2] Muita dificuldade²[2] Não consegue**17.2. O quanto de dificuldade o(a) sr(a) tem para atravessar um cômodo?**⁰[0] Nenhuma dificuldade¹[1] Alguma dificuldade²[2] Muita dificuldade²[2] Usa apoios ou incapaz**17.3. O quanto de dificuldade o(a) sr(a) tem para levantar de uma cama ou cadeira?**⁰[0] Nenhuma dificuldade¹[1] Alguma dificuldade²[2] Muita dificuldade²[2] Não consegue sem ajuda**17.4. O quanto de dificuldade o(a) sr(a) tem para subir um lance de escadas de 10 degraus?**

⁰[0] Nenhuma dificuldade

¹[1] Alguma dificuldade

²[2] Muita dificuldade

²[2] Não consegue

17.5. Quantas vezes o(a) sr(a) caiu no último ano?

⁰[0] Nenhuma

¹[1] 1 a 3 quedas

²[2] 4 quedas ou mais

V – ATIVIDADE FÍSICA E COMPORTAMENTO SEDENTÁRIO

18. QUESTIONÁRIO DE BARREIRAS À 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?

- | | |
|--|---|
| 18.1. Porque o(a) Sr(a) não tem tempo livre suficiente para a prática de atividade física. | ⁰ [0] Não ¹ [1] Sim |
| 18.2. Porque o(a) Sr(a) já é suficientemente ativo(a). | ⁰ [0] Não ¹ [1] Sim |
| 18.3. Porque o(a) Sr(a) não tem ninguém para lhe acompanhar na atividade física. | ⁰ [0] Não ¹ [1] Sim |
| 18.4. Porque o(a) Sr(a) não tem dinheiro suficiente para a prática de atividade física. | ⁰ [0] Não ¹ [1] Sim |
| 18.5. Porque o(a) Sr(a) já é velho(a) demais para a prática de atividade física. | ⁰ [0] Não ¹ [1] Sim |
| 18.6. 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 |
| 18.7. Porque a saúde do(a) Sr(a) é muito ruim para a prática de atividade física. | ⁰ [0] Não ¹ [1] Sim |
| 18.8. Porque o(a) Sr(a) é muito tímido(a) ou encabulado(a) para a prática de atividade física. | ⁰ [0] Não ¹ [1] Sim |
| 18.9. Porque o(a) Sr(a) teve experiências desagradáveis com exercícios físicos. | ⁰ [0] Não ¹ [1] Sim |
| 18.10. Porque não existem instalações adequadas perto da sua casa para realizar atividade física. | ⁰ [0] Não ¹ [1] Sim |
| 18.11. Porque o(a) Sr(a) precisa descansar e relaxar no seu tempo livre. | ⁰ [0] Não ¹ [1] Sim |
| 18.12. Porque o(a) Sr(a) é muito preguiçoso(a) ou desmotivado(a). | ⁰ [0] Não ¹ [1] Sim |
| 18.13. Porque o(a) Sr(a) tem medo de se machucar, cair ou prejudicar sua saúde. | ⁰ [0] Não ¹ [1] Sim |
| 18.14. Porque o(a) Sr(a) não gosta de atividade física. | ⁰ [0] Não ¹ [1] Sim |
| 18.15. Porque o(a) Sr(a) não tenho roupas ou equipamentos adequados para realizar atividade física. | ⁰ [0] Não ¹ [1] Sim |
| 18.16. Porque o(a) Sr(a) não consegue dar continuidade ou desiste logo. | ⁰ [0] Não ¹ [1] Sim |
| 18.17. Porque o(a) Sr(a) está muito gordo(a) ou muito magro(a). | ⁰ [0] Não ¹ [1] Sim |
| 18.18. Porque o(a) Sr(a) não tem energia. | ⁰ [0] Não ¹ [1] Sim |
| 18.19. Porque o(a) Sr(a) não acredita que atividade física faça bem. | ⁰ [0] Não ¹ [1] Sim |
| 18.20. Porque o(a) Sr(a) sente falta de segurança no ambiente (violência) para praticar atividade física. | ⁰ [0] Não ¹ [1] Sim |
| 18.21. Porque o clima é desfavorável (chuva, frio, calor) para realizar atividade física. | ⁰ [0] Não ¹ [1] Sim |
| 18.22. Porque o(a) Sr(a) tem incontinência urinária. | ⁰ [0] Não ¹ [1] Sim |

19. QUESTIONÁRIO INTERNACIONAL DE ATIVIDADES FÍSICAS (IPAQ) - VERSÃO LONGA

Tempo despendido em 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-se 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 - (19.1.2. + 19.1.3. + 19.1.4.) = _____ 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.

19.1. 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**.

19.1.2. 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 19.1.3.**

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

19.1.3. 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 19.1.4.**

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

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

_____ minutos

⁰[0] Nenhum - **Vá para a seção 2**

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

Seção 2 - Atividade Física como meio de Transporte

Pontuação da seção 2 - (19.2.2. + 19.2.3.) = _____ min/sem

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

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

_____ minutos

⁰[0] Nenhum - **Vá para questão 19.2.2.**

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.

19.2.2. 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 19.2.3.**

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

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

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

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

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

Pontuação da seção 3 -(19.3.1. + 19.3.2. + 19.3.3.)= _____ 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**.

19.3.1. 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 19.3.2.**

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

19.3.2. 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 19.3.3.**

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

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

_____ minutos ⁰[0] Nenhum - **Vá para seção 4**

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

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

Pontuação da seção 4 - (19.4.1.+ 19.4.2.+19.4.3.) = _____ 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,

19.4.1. **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 19.4.2.**

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

19.4.2. 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] Nenhum - **Vá para questão 19.4.3.**

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

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

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

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

Seção 5 – Tempo Sentado

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

19.5.1. 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]

19.5.2. 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]

20. MEASURE OF OLDER ADULTS SEDENTARY TIME - MOST

Instruções aos participantes:

Eu lhe perguntarei a respeito das atividades que o(a) Sr.(a) realizou ao longo dos **últimos 7 dias**, enquanto estava sentado(a) ou deitado(a). Não conte o tempo de sono noturno habitual que passou na cama dormindo.

Hoje é _____. Eu quero que o(a) Sr.(a) pense a respeito do tempo (horas e minutos) em atividades realizadas desde a última _____ até o dia de ontem _____.

Para atividades simultâneas, considere somente o tempo da principal. Por exemplo, se o(a) Sr.(a) estava assistindo televisão e alimentando-se, considere apenas a atividade principal e não inclua as duas.

Considere o **enunciado** a seguir para todas as perguntas:

Durante a semana que passou (últimos 7 dias), quanto tempo no total o(a) Sr.(a) ficou sentado(a) ou deitado(a)...

ATIVIDADES SEDENTÁRIAS		TEMPO
20.1	Assistindo televisão ou vídeos/DVDs?	____ h ____ min

Tempo (horas/minutos)	Dia da Semana						
	Manhã						
Turno							

	Tarde							
	Noite							
Total (horas/minutos)								

20.2	Usando o telefone, computador ou tablet, para comunicar, escrever, ler, acessar internet ou jogos?	____ h ____ min
-------------	---	-----------------

Tempo (horas/minutos)		Dia da Semana						
Turno	Manhã							
	Tarde							
	Noite							
Total (horas/minutos)								

20.3	Lendo jornal, livro ou revista? (Não contabilizar o tempo de leitura em tela, a exemplo do computador, tablet ou celular)	____ h ____ min
-------------	--	-----------------

Tempo (horas/minutos)		Dia da Semana						
Turno	Manhã							
	Tarde							
	Noite							
Total (horas/minutos)								

20.4	Conversando com amigos ou familiares no domicílio, em visita à casa de amigos, igreja, praça, clube, shopping, bar, etc?	____ h ____ min
-------------	---	-----------------

Tempo (horas/minutos)		Dia da Semana						
Turno	Manhã							
	Tarde							
	Noite							
Total (horas/minutos)								

20.5	Estando de passageiro/carona em carro, táxi, ônibus, barco, trem ou metrô?	____ h ____ min
-------------	---	-----------------

Tempo (horas/minutos)		Dia da Semana						
Turno	Manhã							
	Tarde							
	Noite							
Total (horas/minutos)								

20.6	Realizando atividades que gosta, a exemplo de atividades manuais (tricotar, costurar...), palavras cruzadas, jogos de cartas e jogos de tabuleiro (dama, xadrez...)?	____ h ____ min
-------------	---	-----------------

Tempo (horas/minutos)		Dia da Semana						
Turno	Manhã							
	Tarde							
	Noite							
Total (horas/minutos)								

20.7	Realizando outras atividades domésticas, no trabalho e/ou no tempo livre que não foram mencionadas nas questões anteriores?	____ h ____ min
-------------	--	-----------------

Tempo (horas/minutos)		Dia da Semana						
Turno	Manhã							
	Tarde							
	Noite							
Total (horas/minutos)								

20.8	Durante a semana que passou (últimos 7 dias), quanto tempo de sono realmente o(a) Sr.(a) teve?	____ h ____ min
-------------	---	-----------------

Tempo (horas/minutos)		Dia da Semana						
Turno	Manhã							
	Tarde							
	Noite							
Total (horas/minutos)								

VI – TRANSTORNO MENTAL COMUM

21. SELF REPORTING QUESTIONNAIRE (SQR – 20)

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.

21.1. Tem dores de cabeça frequentemente?	º[0] Não	¹[1] Sim
21.2. Tem falta de apetite?	º[0] Não	¹[1] Sim
21.3. Dorme mal?	º[0] Não	¹[1] Sim
21.4. Assusta-se com facilidade?	º[0] Não	¹[1] Sim
21.5. Tem tremores nas mãos?	º[0] Não	¹[1] Sim
21.6. Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)?	º[0] Não	¹[1] Sim
21.7. Tem má digestão?	º[0] Não	¹[1] Sim
21.8. Tem dificuldade de pensar com clareza?	º[0] Não	¹[1] Sim
21.9. Tem se sentido triste ultimamente?	º[0] Não	¹[1] Sim
21.10. Tem chorado mais do que de costume?	º[0] Não	¹[1] Sim
21.11. Encontra dificuldade de realizar, com satisfação, suas tarefas diárias?	º[0] Não	¹[1] Sim
21.12. Tem dificuldade para tomar decisões?	º[0] Não	¹[1] Sim
21.13. Seu trabalho diário lhe causa sofrimento?	º[0] Não	¹[1] Sim
21.14. É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	º[0] Não	¹[1] Sim
21.15. Tem perdido o interesse pelas coisas?	º[0] Não	¹[1] Sim
21.16. O(a) Sr(a) se sente pessoa inútil em sua vida?	º[0] Não	¹[1] Sim
21.17. Tem tido ideia de acabar com a vida?	º[0] Não	¹[1] Sim
21.18. Sente-se cansado(a) o tempo todo?	º[0] Não	¹[1] Sim
21.19. Tem sensações desagradáveis no estômago?	º[0] Não	¹[1] Sim
21.20. O(a) Sr(a) se cansa com facilidade?	º[0] Não	¹[1] Sim

Pontuação Transtorno Mental Comum - soma das perguntas 21.1 a 21.20: []

VII – AVALIAÇÃO NUTRICIONAL

MINI AVALIAÇÃO NUTRICIONAL (MAN)

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

Triagem

22. 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

23. 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

24. 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

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

⁰[0] Sim ²[2] Não

26. Problemas neuropsicológicos:

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

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

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

Triagem - soma das perguntas 22 a 27: []

Avaliação global

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

⁰[0] Sim ¹[1] Não

29. Utiliza mais de três medicamentos diferentes por dia?

⁰[0] Sim ¹[1] Não

30. Lesões de pele ou escaras?

⁰[0] Sim ¹[1] Não

31. Quantas refeições faz por dia?

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

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

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

¹[1] Sim ²[2] Não

32.2. Duas ou mais porções semanais de legumes ou ovos?

¹[1] Sim ²[2] Não

32.3. Carne, peixe ou aves todos os dias?

¹[1] Sim ²[2] Não

Pontuação questão 32: 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

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

⁰[0] Não ¹[1] Sim

34. 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

35. 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

36. O senhor(a) acredita ter algum problema nutricional?⁰[0] Acredita estar desnutrido¹[1] Não sabe dizer²[2] Acredita não ter problema nutricional**37. Em comparação a outras pessoas da mesma idade, como o senhor(a) considera a sua própria saúde?**⁰[0] Não muito boa¹[0,5] Não sabe informar²[1] Boa³[2] Melhor**38. Circunferências:****38.1. do braço (CB) em cm** [Entrevistador, a aferição será realizada na seção Avaliação Antropométrica]⁰[0] CB < 21¹[0,5] 21 ≤ CB ≤ 22²[1] CB > 22**38.2. panturrilha (CP) em cm** [Entrevistador, a aferição será realizada na seção Avaliação Antropométrica]⁰[0] CP < 31¹[1] CP ≥ 31

Avaliação global- soma das perguntas 28 a 38.2 (considere os valores de dentro dos colchetes): []

PERGUNTAS SOBRE A SUA ALIMENTAÇÃO**39. Nos últimos 30 dias, o(a) Sr(a) consumiu:**

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

39.7. 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 Baixo¹[1] Baixo²[2] Adequado³[3] Alto⁴[4] Muito Alto**VIII – SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA****ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA – VERSÃO REDUZIDA**

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: []

IX – QUALIDADE DO SONO

ÍNDICE DE QUALIDADE DO SONO DE PITTSBURG

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

X – QUALIDADE DE VIDA

52. EUROQOL – EQ5D

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

52.1. 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

52.2. 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)

52.3. 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

52.4. 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

52.5. 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)

52.6. 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: _____

XI – AUTOESTIMA

54. ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG

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

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

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

XII – 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

²[2] Primário completo/

³[3] Ginásial completo/

⁴[4] Colegial completo/

⁵[5] Superior

Incompleto

Ginásial Incompleto

colegial incompleto

Superior incompleto

completo

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

62. Qual é a sua ocupação atual?

⁰[0] Aposentado, mas trabalha

¹[1] Só aposentado

²[2] Do lar

³[3] Pensionista

⁴[4] Trabalho remunerado

62.1. Qual a sua ocupação progressa? _____

62.2. Qual o seu trabalho remunerado atual? _____ [para aqueles que referiram trabalhar]

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: _____

67. CRITÉRIO BRASIL

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. Quantidade de automóveis de passeio exclusivamente para uso particular	⁰ [0]	¹ [1]	² [2]	³ [3]	⁴ [4+]
67.1.2. Quantidade de empregados mensalistas, considerando apenas os que trabalham pelo menos cinco dias por semana	⁰ [0]	¹ [1]	² [2]	³ [3]	⁴ [4+]
67.1.3. Quantidade de máquinas de lavar roupa, excluindo tanquinho	⁰ [0]	¹ [1]	² [2]	³ [3]	⁴ [4+]
67.1.4. Quantidade de banheiros	⁰ [0]	¹ [1]	² [2]	³ [3]	⁴ [4+]
67.1.5. DVD, incluindo qualquer dispositivo que leia DVD e desconsiderando DVD de automóvel	⁰ [0]	¹ [1]	² [2]	³ [3]	⁴ [4+]
67.1.6. Quantidade de geladeiras	⁰ [0]	¹ [1]	² [2]	³ [3]	⁴ [4+]
67.1.7. Quantidade de freezers independentes ou parte da geladeira duplex	⁰ [0]	¹ [1]	² [2]	³ [3]	⁴ [4+]
67.1.8. Quantidade de microcomputadores, considerando computadores de mesa, laptops, notebooks e netbooks e desconsiderando tablets, palms ou smartphones	⁰ [0]	¹ [1]	² [2]	³ [3]	⁴ [4+]
67.1.9. Quantidade de lavadora de louças	⁰ [0]	¹ [1]	² [2]	³ [3]	⁴ [4+]
67.1.10. Quantidade de fornos de micro-ondas	⁰ [0]	¹ [1]	² [2]	³ [3]	⁴ [4+]
67.1.11. Quantidade de motocicletas, desconsiderando as usadas exclusivamente para uso profissional	⁰ [0]	¹ [1]	² [2]	³ [3]	⁴ [4+]
67.1.12. Quantidade de máquinas secadoras de roupas, considerando lava e seca	⁰ [0]	¹ [1]	² [2]	³ [3]	⁴ [4+]

67.2. A água utilizada neste domicílio é proveniente de?

⁰[0] Rede geral de distribuição ¹[1] Poço ou nascente ²[2] Outro meio

67.3 Considerando o trecho da rua do seu domicílio, você diria que a rua é:

⁰[0] Asfaltada/Pavimentada ¹[1] Terra/Cascalho

67.4 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 / Fundamental 1 Incompleto
- ¹[1] Primário completo / Ginásial incompleto / Fundamental 1 Completo / Fundamental 2 Incompleto
- ²[2] Ginásial completo / Colegial incompleto / Fundamental Completo / Médio Incompleto
- ³[3] Colegial completo / Médio Completo / Superior Incompleto
- ⁴[4] Superior completo

XIII – 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

XIV – 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

74. Dobras

74.1. Tricipital: _____ mm

74.3. Bicipital: _____ mm

74.2. Panturrilha: _____ mm

75. Espessura do músculo adutor do polegar:

75.1 direito: _____ mm

75.2 esquerdo: _____ mm

XV – NÍVEIS PRESSÓRICOS

74. Pressão Arterial:

74.1. Sistólica _____ mmHg

74.2. Diastólica _____ mmHg

XVI – DESEMPENHO FÍSICO

75. Teste de equilíbrio:

75.1. Manteve os pés lado a lado durante 10 segundos: ¹[1] Sim ⁰[0] Não _____ segundos ⁰[0] Não tentou
[Caso pontuação 0, vá para o item 76]

75.2. Manteve um pé ao lado da metade do outro pé durante 10 segundos: ¹[1] Sim ⁰[0] Não _____ segundos ⁰[0] Não tentou
[Caso pontuação 0, vá para o item 76]

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 3 segundos com a posição de um pé na frente do outro.

³[3] se o participante conseguiu permanecer entre 3 e 9,99 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 4m: _____ tempo em segundos 79. Caminhada de 4,57m: _____ tempo em segundos

79.1 Utilizou apoio para o teste de caminhada (bengala): ¹[1] Sim ⁰[0] Não

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

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

80.2. Sentar e levantar da cadeira: _____ (n° de repetições em 30 segundos)

81. Força de prensão manual: _____ KgF 82. Flexões de antebraço: _____ repetições em 30 segundos.

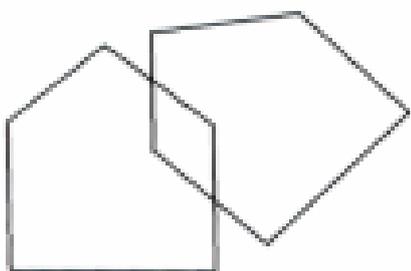
83. Ir e vir 2,44 m: _____ segundos 84. Marcha estacionária de 2 minutos: _____ repetições de passadas.

Entrevistador: _____

Muito Obrigado(a)!

Horário de Término: ____h ____min

Desenho



Frase