

ANTONIO PAULO FERREIRA DA SILVA

**ATIVIDADE FÍSICA, COMPORTAMENTO SEDENTÁRIO E TRANSTORNOS
MENTAIS COMUNS EM IDOSOS RESIDENTES NA COMUNIDADE**

UBERABA - MG

2024

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

ANTONIO PAULO FERREIRA DA SILVA

**ATIVIDADE FÍSICA, COMPORTAMENTO SEDENTÁRIO E TRANSTORNOS
MENTAIS COMUNS EM IDOSOS RESIDENTES NA COMUNIDADE**

UBERABA - MG

2024

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

S578a Silva, Antonio Paulo Ferreira da
Atividade física, comportamento sedentário e transtornos mentais
comuns em idosos residentes na comunidade / Antonio Paulo Fer-
reira da Silva. -- 2024.
90 f. : il., fig., tab.

Dissertação (Mestrado em Educação Física) -- Universidade
Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, 2024
Orientador: Prof. Dr. Joilson Meneguci

1. Saúde do idoso. 2. Comportamento sedentário. 3. Transtornos
mentais. 4. Exercício físico. I. Meneguci, Joilson. II. Universidade
Federal do Triângulo Mineiro. III. Título.

CDU 613.98

ANTONIO PAULO FERREIRA DA SILVA

ATIVIDADE FÍSICA, COMPORTAMENTO SEDENTÁRIO E TRANSTORNOS
MENTAIS COMUNS EM IDOSOS RESIDENTES NA COMUNIDADE

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

Orientador: Dr. Joilson Meneguci

Uberaba, 12 de agosto de 2024

Banca Examinadora

Dr. Joilson Meneguci
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Dr. Jeffer Eidi Sasaki
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Dr. Hassan Mohamed Elsangedy
Universidade Federal do Rio Grande do Norte

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, pelo dom da vida, força e sabedoria concedidas durante toda minha jornada.

A minha família, pelo apoio incondicional e pela educação que me formou como ser humano, meu agradecimento mais sincero. Vocês foram a base que permitiu chegar até aqui, minha noiva e futura esposa Mirian Lima dos Santos, minha gratidão imensa. Seu apoio e incentivo foram fundamentais desde minha aprovação até a conclusão do mestrado.

Aos funcionários da instituição, meu muito obrigado. Sem o trabalho de vocês, nada disso seria possível, aos professores do programa de pós-graduação em Educação Física, agradeço pelos ensinamentos adquiridos. Durante esse período de formação acadêmica.

Em especial, ao meu orientador, Dr. Joilson Meneguci, minha gratidão pela dedicação e ensinamento de somar com a minha formação acadêmica. Você foi um verdadeiro mentor para mim.

Aos colegas de curso, agradeço pela troca de experiência. Em especial ao grupo do "Torresmo et al", que durante esse período de mestrado fomos suporte e auxílio um para o outro. Nossa união fez a diferença.

Aos membros da banca Dr. Joilson Meneguci, Dr. Jeffer Eidi Sasaki, Dr. Hassan Mohamed Elsangedy por terem aceitado o convite e contribuição deste trabalho.

Por fim, agradeço à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pela concessão da bolsa de estudo nesses dois anos de pós-graduação. Esse apoio foi essencial para realização deste trabalho.

A todos vocês, meu muito obrigado!

“Tudo concorre para o bem daqueles que ama a Deus”

Romanos 8:28

RESUMO

A saúde mental dos idosos é um desafio relevante para a saúde pública, especialmente considerando o envelhecimento global da população. Nesse sentido, o presente estudo objetivou investigar a prevalência e os fatores associados aos Transtornos Mentais Comuns (TMC) e avaliar associação direta e indireta da atividade física e comportamento sedentário com TMC em idosos residentes na comunidade. Trata-se de um estudo observacional, com delineamento transversal, realizado na cidade de Matutina-MG, com 294 idosos, coleta realizada no período de janeiro de 2022. A variável de desfecho foi TMC obtido por meio do SRQ-20 e as preditoras foram variáveis biopsicossocial. A análise incluiu estatísticas descritivas, teste de Qui-Quadrado e regressão de Poisson com variância robusta utilizando o software estatístico SPSS versão 22.0. Além disso, outro estudo transversal com 292 idosos (idade média de 71,4 anos) cadastrados na Estratégia de Saúde da Família. Foi usado análise de caminhos, sendo os parâmetros estimados pelo método da Máxima Verossimilhança. Resultados: A prevalência de indicativo de TMC foi de 54,8%. Além disso, mulheres idosas (RP: 1,51; IC 95%: 1,19-1,91), que apresentam risco de desnutrição (RP: 1,40; IC 95%: 1,17-1,67), qualidade de sono negativa (RP: 1,58; IC 95%: 1,27-1,96) e estado de saúde negativa (RP: 1,55; IC 95%: 1,23-1,95), exibem uma probabilidade significativamente elevada de indicativo de TMC. Quanto à análise de caminhos, a atividade física e o comportamento sedentário não tiveram associação direta com TMC, mas a atividade física mostrou uma relação indireta mediada pelo estado de saúde, participação em atividades avançadas da vida diária e estado nutricional. Por outro lado, a associação do CS com o TMC foi mediada pela qualidade do sono. Esses resultados destacam a importância de considerar fatores biopsicossociais na avaliação dos TMC em idosos, bem como a necessidade de políticas de saúde mental direcionadas a essa população.

Palavras-chaves: Idoso; Transtorno mental comum; Atividade física.

ABSTRACT

The mental health of the elderly is a relevant challenge for public health, especially considering the global aging of the population. In this sense, the present study aimed to investigate the prevalence and factors associated with Common Mental Disorders (CMD) and to evaluate the direct and indirect association of physical activity and sedentary behavior with CMD in elderly people living in the community. This is an observational study, with a cross-sectional design, carried out in the city of Matutina-MG, with 294 elderly people, collected in January 2022. The outcome variable was CMD obtained through the SRQ-20 and the predictors were biopsychosocial variables. The analysis included descriptive statistics, Chi-Square test and Poisson regression with robust variance using the statistical software SPSS version 22.0. In addition, another cross-sectional study with 292 elderly people (mean age of 71.4 years) registered in the Family Health Strategy. Path analysis was used, and the parameters were estimated by the Maximum Likelihood method. Results: The prevalence of CMD indicative was 54.8%. Furthermore, elderly women (PR: 1.51; 95% CI: 1.19-1.91), who are at risk of malnutrition (PR: 1.40; 95% CI: 1.17-1.67), negative sleep quality (PR: 1.58; 95% CI: 1.27-1.96) and negative health status (PR: 1.55; 95% CI: 1.23-1.95), exhibit a significantly higher probability of CMD indicative. Regarding path analysis, physical activity and sedentary behavior had no direct association with CMD, but physical activity showed an indirect relationship mediated by health status, participation in advanced activities of daily living and nutritional status. On the other hand, the association of SB with CMD was mediated by sleep quality. These findings highlight the importance of considering biopsychosocial factors when assessing CMD in older adults, as well as the need for mental health policies targeted at this population.

Keywords: Elderly; Common mental disorder; Physical activity.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAVD: atividades avançada da vida diária

AF: Atividade física

AIVD: Atividade instrumentais da vida diária

CS: Comportamento sedentário

ESF: Estratégia Saúde da Família

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IC: Intervalo de confiança

IMC: Índice de massa corporal

MAN: Mini avaliação nutricional

MEEM: Mini exame do estado mental

MG: Minas Gerais

NAF: Nível de atividade física

OMS: Organização Mundial de Saúde

RP: Razão de prevalência

SIM: Saúde do idoso de matutina

SRQ: Self-Reporting Questionnaire

TMC: Transtornos mentais comuns

BDNF: Fator Neurotrófico Derivado do Cérebro

TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

LISTA DE FIGURAS

Figuras

1 Modelo conceitual de terminologia para comportamentos em um período de 24 horas.....	10
2 Modelo hipotético da relação entre atividade física, comportamento sedentário e transtornos mentais comuns.....	17
3 Modelo inicial para explicar a relação da atividade física, comportamento sedentário e transtorno mental comum.....	46
4 Modelo final para explicar associação da atividade física, comportamento sedentário e transtorno mental comum.....	47

LISTA DE TABELAS

Tabelas

Principais resultados encontrados em estudos para construção do modelo conceitual hipotético.....	13
Distribuição das características sociodemográfica, de saúde e comportamentais em idosos com e sem TMC. Matutina, MG, 2022.....	26
Prevalência de TMC segundo <i>Self Reporting Questionnaire</i> (SRQ-20). Matutina-MG, 2022.....	27
Modelo final da Regressão de Poisson da associação de características sociodemográfica, de saúde e comportamentais e indicativo de transtorno mental comum em idosos. Matutina-MG, 2022.....	28
Características dos participantes para as variáveis incluídas no modelo, Matutina-MG, 2022.....	44

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	5
2 ARTIGOS PRODUZIDOS	19
2.1 ARTIGO 1.....	19
2.2 ARTIGO 2.....	37
3 CONSIDERAÇÕES FINAIS	53
REFERÊNCIAS	54
ANEXO A – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa	63
ANEXO B – Questionário do estudo SIM - Saúde do Idoso de Matutina	64

1 INTRODUÇÃO

1.1 ENVELHECIMENTO E SAÚDE MENTAL

A transição demográfica global está ocorrendo de forma acelerada, conforme indicado pela Organização Mundial da Saúde (2022). Este fenômeno é marcado por um aumento de indivíduos idosos na população, o que resulta em alterações nos padrões de morbidade e mortalidade (Mitchell; Walker, 2020; Grinin *et al.*, 2023). Essas mudanças demográficas impõem desafios substanciais aos sistemas de saúde pública em escala mundial. Além disso, as alterações fisiológicas, físicas e psicológicas inerentes ao processo de envelhecimento podem exercer um impacto adverso na saúde dos idosos (Caldo-Silva *et al.*, 2021)

Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) mostraram que existem cerca de 703 milhões de pessoas no mundo com 65 anos ou mais e esse número pode dobrar para 1,5 bilhões em 2050 (OMS, 2019). Pesquisa realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) verificou que a população com idade de 60 anos ou mais aumentou 56% desde 2010, passando de 10% (20.590.597) para 15,6% (32.113.490) em 2022 (IBGE, 2022a).

Senescência e senilidade são conceitos essenciais no estudo do envelhecimento. A senescência refere-se ao processo natural de envelhecimento biológico, caracterizado por mudanças fisiológicas, como a perda de elasticidade da pele, o embranquecimento dos cabelos e a diminuição da capacidade funcional dos órgãos (López-Otín *et al.*, 2013). Por outro lado, a senilidade descreve o envelhecimento patológico, marcado por doenças e condições que comprometem a qualidade de vida dos idosos, como demência, Alzheimer e osteoartrite. Este processo envolve deterioração física e mental devido a condições médicas específicas, não sendo uma consequência inevitável do envelhecimento (Jellinger; Attems, 2015).

Com o processo de envelhecimento, ocorre a diminuição dos níveis de atividade física (AF), podendo levar o idoso a ficar mais tempo em comportamento sedentário (CS) e menos tempo em atividades livres (Kehler; Theou, 2019). Este aumento do CS e o baixo nível de AF têm sido associados a um aumento de doenças crônicas não transmissíveis e agravos à saúde mental do idoso (Silva *et al.*, 2017a). Além disso, fatores biológicos, como a predisposição genética, podem aumentar o

risco de desenvolver transtornos mentais, uma vez que certos genes influenciam a forma como o cérebro funciona e responde ao estresse (Liu *et al.*, 2023).

Ademais, desequilíbrios nos níveis de neurotransmissores, como serotonina, dopamina e norepinefrina, estão associados a várias condições de saúde mental, incluindo depressão e ansiedade (Cabana-Domínguez *et al.*, 2022). Alterações na estrutura e função de áreas específicas do cérebro, como o hipocampo, a amígdala e o córtex pré-frontal, também podem estar relacionadas a transtornos mentais, sendo que a redução do volume do hipocampo é frequentemente observada em pessoas com depressão (Liu *et al.*, 2023). Além dos fatores biológicos, aspectos sociodemográficos, como a qualidade de vida, o suporte social e o nível socioeconômico, também desempenham um papel crucial na saúde mental dos idosos (Sandy *et al.*, 2023).

Adicionalmente, a prática regular de AF e a redução do tempo em CS têm demonstrado contribuir significativamente para a melhoria da saúde física e mental, além de auxiliar na manutenção da independência nas atividades cotidianas (WHO, 2024; Posadzki *et al.*, 2020). Essas evidências ressaltam a necessidade de políticas públicas que promovam programas de exercícios físicos para todos os segmentos da população, com especial atenção à população idosa (Posadzki *et al.*, 2020; OMS, 2022).

Um dos problemas de saúde mental que afeta a população idosa são os Transtornos Mentais Comuns (TMC). Estima-se que um terço dos idosos sofram com esses transtornos (Gois *et al.*, 2014). Além disso, o envelhecimento está associado a um aumento de doenças crônicas não transmissíveis, o que pode afetar negativamente a saúde mental e o bem-estar dos idosos (Paul *et al.*, 2022).

Segundo Goldberg e Huxley (1992), o TMC são transtornos mentais não psicóticos usados para caracterizar sinais e sintomas como problemas de memória, insônia, cansaço, dificuldade de concentração, mudança de humor, ansiedade, sentimento de inutilidade, sintomas depressivos. Estudos Brasileiros têm demonstrado uma variação de prevalência de TMC na população idosa com taxas de 29,7% (Borim *et al.*, 2013), 55,8% (Silva *et al.*, 2018a) e 37,2% (Barcellos *et al.*, 2020). Esses números são preocupantes devido à chance de agravos à saúde mental.

Com a elevada prevalência de TMC, é importante o rastreamento e detecção precoce para evitar agravos à saúde mental (Ribeiro *et al.*, 2021). Além disso, fatores relacionados ao estado de saúde, comportamentais, sociodemográficos,

biopsicossociais, podem afetar negativamente a saúde mental do idoso (Hert *et al.*, 2018; Colderón-Larrñaga *et al.*, 2018; Patten *et al.*, 2018).

Este processo é complexo e multifatorial, e requer a colaboração de diferentes áreas do conhecimento para ser compreendida e abordada de maneira eficaz (Martiniano; Soares, 2021). A interdisciplinaridade é fundamental para o estudo do envelhecimento, pois permite a integração de diferentes perspectivas e a criação de soluções inovadoras para minimizar os impactos do envelhecimento (Barrios; Fernandes, 2014; Barros; Goldbaum, 2018).

Nesse sentido, identificar a prevalência, os fatores associados e compreender a relação da AF e do CS com os TMC em idosos, pode auxiliar nos avanços da discussão da temática.

1.2 TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS E SAÚDE MENTAL

Na década de 1970, a OMS conduziu um estudo colaborativo para elaborar estratégias para atendimento em saúde mental com objetivo de avaliar e testar métodos que favorecessem a elaboração de políticas de assistência multidisciplinar direcionado a pessoas com transtorno mental. Este estudo teve intuito de sanar lacunas existentes devido a demanda e a oferta de atendimento, diante disso, a proposta foi criar e validar um instrumento de rastreamento psiquiátrico que possibilitasse detecção de casos de forma simples e eficaz (WHO, 1975).

O *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ), foi uma proposta de Harding e colaboradores, em 1980 (Harding *et al.*, 1980). O instrumento tem por finalidade o rastreamento de transtornos de humor, somatização e de ansiedade que eram conhecidos por transtornos neuróticos e, definido atualmente, como transtornos mentais menores ou comuns. Tais transtornos representam 90% da morbidade total provocada por doenças psiquiátricas (Coutinho, 1999).

Segundo a *American Psychiatric Association* (2014), o TMC é um transtorno não psicótico que não apresenta critérios para caracterizar diagnóstico de depressão, ansiedade ou outro distúrbio mental grave. Ou seja, são transtornos que não apresentam distorções perceptivas ou interpretações delirantes da realidade (Cupo *et al.*, 2021).

Um estudo de revisão sistemática com metanálise verificou a prevalência mundial de TMC de 29,2% (Stell *et al.*, 2014). A depressão e ansiedade estão entre

as principais causas de carga de doença que afetam a saúde mental (Pearce *et al.*, 2022), atingindo um terço da população mundial e podendo causar incapacidade social e serem fatores de risco para outros agravos, como incapacidade funcional, uso de drogas/álcool e dependência medicamentosa (Ramos *et al.*, 2019).

A prevalência de depressão em idosos de países em desenvolvimento é alta, chegando a 40,78% (Zenebe *et al.*, 2021). Um estudo de coorte revelou que a depressão e a ansiedade estão associadas a um risco elevado de mortalidade entre os idosos, com a coexistência dessas condições aumenta o risco de morte em 30% (Wu *et al.*, 2020).

Os cuidados com a saúde física do idoso têm sido objeto de discussão e estudo pela comunidade científica atual (Gavelin *et al.*, 2021; Markov *et al.*, 2023). No entanto, a atenção à saúde mental também tem recebido destaque, devido à alta prevalência e aos agravos das doenças mentais registradas recentemente (Fhon *et al.*, 2022; Chen *et al.*, 2021; Hemmeter; Ngamsri, 2022). Segundo dados das Nações Unidas (2022), os custos globais com saúde mental excederam a marca de um trilhão de dólares. No Brasil, segundo Ministério da Saúde (2021), foram investidos R\$57 milhões para o cuidado integral à saúde mental.

No que diz respeito a sua definição, a saúde mental é caracterizada pelo bem-estar que permite ao indivíduo lidar com o estresse cotidiano e desempenhar atividades produtivas e frutíferas, contribuindo com a sociedade (Fusar-Poli *et al.*, 2020). Diante disso, ações que estejam relacionadas direta ou indiretamente à saúde física, estão intrinsecamente vinculadas à saúde mental (Ohrnberger *et al.*, 2017).

Estudo de Abrantes *et al.* (2019), mostrou a relação do declínio da saúde física e o aumento do risco de depressão. Vale ressaltar, que tanto a ansiedade como a depressão são caracterizados como TMC, devido à alta incidência, podendo acarretar alta carga para a sociedade, famílias e impactando negativamente no bem-estar e no funcionamento diário do indivíduo (Kandola; Stubbs, 2020, Zhao *et al.*, 2020).

Em uma pesquisa recente envolvendo 5.863 idosos foi observada uma associação significativa entre sintomas depressivos e a incapacidade nas atividades da vida diária (Feng *et al.*, 2021). Além disso, Peng *et al.* (2021) observaram que a presença de multimorbidade aumentou a probabilidade de desenvolver incapacidade funcional, sendo essa relação parcialmente mediada pelos sintomas depressivos. Adicionalmente, a insônia e a má qualidade do sono têm sido associadas à depressão,

devido às alterações fisiológicas nos mecanismos reguladores do sono (Riemann *et al.*, 2020; Pandi-Perumal *et al.*, 2020).

Ademais, fatores que avaliam o TMC, como humor depressivo-ansioso, diminuição de energia e pensamento depressivos, foram associados negativamente à qualidade de vida dos idosos (Souza-Junior *et al.*, 2021). A prevenção primária é uma das principais medidas para evitar consequências físicas e psicológicas ocasionadas pelo TMC, podendo diminuir os gastos com os serviços públicos de saúde (Parreira *et al.*, 2017).

1.3 FATORES COMPORTAMENTAIS E TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS

A AF é caracterizada por todo movimento corporal que acarreta gasto energético acima dos níveis de repouso (Caspersen; Powell; Christenson, 1985). Porém, o termo AF atualmente vem tomando um conceito mais amplo, como descreve Piggitt (2020), que conceitua a AF como envolvimento de pessoas se movendo, agindo e atuando em espaços e contextos culturalmente específicos e influenciados por uma gama única de interesses, emoções e relacionamentos.

Quanto à intensidade, Pate *et al.* (1995), classificam a AF em três intensidade distintas correspondentes aos equivalentes metabólicos (METs), sendo elas: leve (<3,0 METs), moderado (3,0 – 5,9 METs), vigoroso (\geq 6,0 METs). No Brasil, as recomendações de AF para população idosa para ser suficientemente ativos são de 150 minutos por semana de intensidade moderada ou 75 minutos de intensidade vigorosa (BRASIL, 2021).

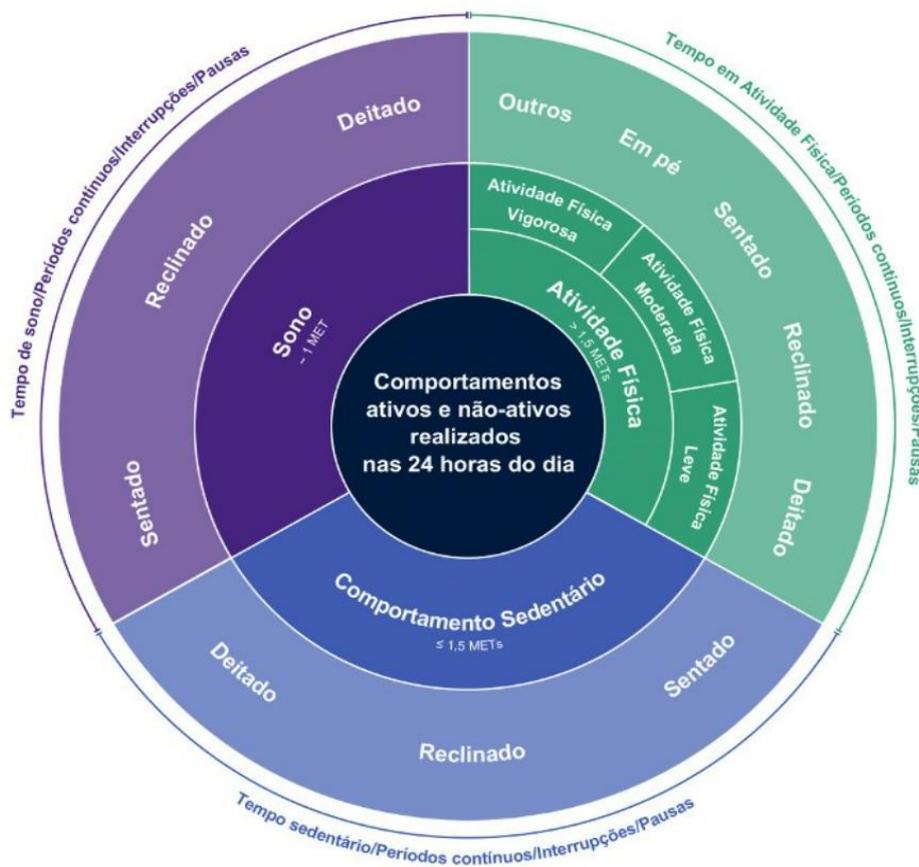
Em relação ao CS, ele é caracterizado como qualquer comportamento realizado enquanto acordado em postura sentada, reclinada ou deitada com gasto energético \leq 1,5 (METs) (Tremblay *et al.*, 2017). Estudos epidemiológicos têm se concentrado cada vez mais no CS e seus desfechos de saúde em idosos (Da Silva *et al.*, 2019; Chase *et al.*, 2020). Revisão sistemática e meta-análise verificou que os idosos apresentam um volume elevado de CS (Webster *et al.*, 2021). Além disso, fatores associados ao CS, como quedas (Jiang *et al.*, 2022) e fragilidade (Da Silva *et al.*, 2019) são comuns entre os idosos.

A literatura científica tem consistentemente associado mudanças comportamentais positivas à saúde (Grgic *et al.*, 2018). A interação entre esses comportamentos ao longo do dia está diretamente relacionada ao bem-estar geral.

Para idosos, recomenda-se um sono de sete a oito horas por dia e pelo menos 30 minutos diários de atividade física de intensidade moderada a vigorosa (Nikitas *et al.*, 2022).

Embora não haja um tempo específico não recomendado para CS, reduzir o tempo gasto nessa atividade é crucial para manter um estilo de vida ativo, mesmo aumentando o envolvimento em atividades de intensidade leve (Bull *et al.*, 2020). Nesse contexto, a Figura 1 ilustra o modelo conceitual que abrange terminologia relacionada a diferentes comportamentos a serem adotados ao longo de um período de 24 horas: sono, comportamento sedentário e atividade física (leve, moderada e vigorosa) (TREMBLAY *et al.*, 2017).

Figura 1 - Modelo conceitual de terminologia para comportamentos em um período de 24 horas.



Fonte: *Sedentary Behaviour Research Network (2018)*.

Estudos têm mostrado que a prática de exercício físico pode aumentar os níveis de fator neurotrófico derivado do cérebro (BDNF) no hipotálamo, o que pode reduzir os sintomas depressivos devido ao aumento da plasticidade e a sinaptogênese (Lu *et al.*, 2013; Aguiar *et al.*, 2011; Marais *et al.*, 2009). Recentemente, um estudo de meta-análise constatou que intervenções por meio de exercício físico aumentam os níveis plasmáticos de BDNF em pessoas com doenças neurodegenerativas (Ruiz-González *et al.*, 2021).

Outros estudos apontam que AF está associada a inúmeros benefícios para a saúde dos idosos (Roberts *et al.*, 2017; García-Hermoso *et al.*, 2020; Lin *et al.*, 2020). No entanto, a prevalência global de indivíduos insuficientemente ativos é de 31%, ou seja, um a cada 3 pessoas não atinge as recomendações mínimas de AF (Strain *et al.*, 2024). No Brasil, pesquisas têm confirmado uma alta prevalência de idosos considerados insuficientemente ativos (Lázari *et al.*, 2023; Tassaró; Silva; Loch, 2021; Da Silva *et al.*, 2023).

Uma análise mostrou que indivíduos com maiores níveis de AF tiveram uma redução de 17% na chance de desenvolver depressão em comparação àqueles que tiveram níveis mais baixos de AF (Schuch *et al.*, 2018). Outros estudos de revisão sistemática e metanálise identificaram um efeito protetor da AF sobre a saúde física e mental dos idosos (Cunningham *et al.*, 2020; Wong *et al.*, 2023).

Um estudo de coorte realizado por Galvão *et al.* (2021) verificou que idosos insuficientemente ativos, combinados com alto tempo de CS, apresentaram maiores taxas de mortalidade. Adicionalmente, uma revisão sistemática e metanálise conduzida por Webster *et al.* (2021) identificou um alto volume de CS em idosos residentes na comunidade. O CS não apenas contribui para o aumento de doenças crônicas não transmissíveis, mas também está associado a impactos negativos na saúde mental e física dos idosos.

Diante disso, o CS tende a aumentar o isolamento social e a solidão, fatores que podem agravar condições de saúde mental, como depressão e ansiedade (Landeiro *et al.*, 2017; Malcolm; Frost; Cowie, 2019). Além disso, o tempo excessivo de tela, uma forma comum de CS, tem sido relacionado a prejuízos cognitivos e emocionais, afetando a atenção, a memória e a regulação emocional (Manwell *et al.*, 2022). Portanto, é crucial considerar intervenções que reduzam o tempo de CS e promovam a atividade física regular para melhorar a qualidade de vida dos idosos.

1.4 MODELO CONCEITUAL HIPOTÉTICO DA RELAÇÃO ENTRE ATIVIDADE FÍSICA COMPORTAMENTO SEDENTÁRIO E TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS

O presente modelo apresentado nesse estudo propõe que a relação entre AF, CS e TMC pode ser mediada por fatores comportamentais e biopsicossociais. Esses fatores podem ser resultado de uma interação complexa, influenciada por uma combinação de fatores biológicos, psicológicos e sociais, que podem variar entre os indivíduos. Optamos por apresentar em forma de tabela os principais resultados encontrados de estudos que serviram de base para construção do modelo conceitual hipotético (Tabela 1).

Tabela 1. Principais resultados encontrados em estudos para construção do modelo conceitual hipotético.

AUTOR	TÍTULO	OBJETIVO	PRINCIPAIS RESULTADOS
VIGO; THORNICROFT; ATUN, 2016	Estimativa da verdadeira carga global de doenças mentais	Oferecer uma crítica construtiva das estimativas atuais de carga de doenças globais relacionadas às doenças mentais	Os TMC são problemas mundiais, com taxas de prevalência que podem variar de região para região e do cenário que o indivíduo se encontra.
SOUSA <i>et al.</i> 2021	Insatisfação com o trabalho, aspectos psicossociais, satisfação pessoal e saúde mental de trabalhadores e trabalhadoras da saúde.	Avaliar a relação da insatisfação no trabalho e ocorrência de TMC, considerando os aspectos psicossociais do trabalho e a satisfação pessoal (SAP).	O TMC tem o potencial de afetar qualquer indivíduo, independentemente de apresentarem ou não sintomas visíveis.
SOARES; MEUCCI. 2020	Epidemiologia dos Transtornos Mentais Comuns entre mulheres na zona rural de Rio Grande, RS, Brasil	Descrever a prevalência e os fatores associados aos transtornos mentais comuns em mulheres de 18-49 anos, residentes da zona rural do município de Rio Grande-RS	Uma a cada cinco pessoas poderá desenvolver TMC em algum momento da vida, sendo as mulheres as mais afetadas.
SONI <i>et al.</i> 2016	Associação de sintomas de transtornos mentais comuns com fatores de saúde e assistência médica entre mulheres na Índia rural ocidental: resultados de uma pesquisa transversal	Caracterizar a associação de sintomas de TMC com 3 fatores inter-relacionados de saúde e assistência médica entre mulheres da Índia rural ocidental com base em uma pesquisa representativa e transversal.	Mulheres com TMC tendem a avaliar sua própria saúde de forma negativa.

GAINO <i>et al.</i> 2019	O papel do apoio social no adoecimento psíquico de mulheres	Analisar a relação entre percepção de apoio social e sintomas emocionais e físicos associados a quadros psiquiátricos entre mulheres.	O estado civil pode influenciar o desenvolvimento de transtornos mentais. A ausência de um parceiro está associada a um maior risco de transtornos como a depressão, devido à falta de apoio social.
BEZERRA <i>et al.</i> 2021	Fatores associados ao sofrimento mental na população brasileira: uma análise multinível	Analisar como características individuais e o contexto social estão associados aos sintomas de sofrimento mental na população brasileira.	Transtornos mentais são associados com indivíduos de baixa escolaridade, idosos, aqueles com percepção de apoio emocional insuficiente e aqueles que vivem em condições precárias.
SENICATO <i>et al.</i> 2018	Transtorno mental comum em mulheres adultas: identificando os segmentos mais vulneráveis.	Avaliar os fatores socioeconômicos e demográficos, os comportamentos e as morbidades associados ao transtorno mental comum em mulheres adultas.	A presença de comorbidade associada ao TMC, pode resultar em uma diminuição da qualidade de vida.
SANTOS <i>et al.</i> 2019	Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados em moradores da área urbana de São Paulo, Brasil	Analisar a prevalência dos TMC e seus fatores associados nos moradores da área urbana da cidade de São Paulo, Brasil.	A presença de TMC foi maior em indivíduos com piores condições de saúde.

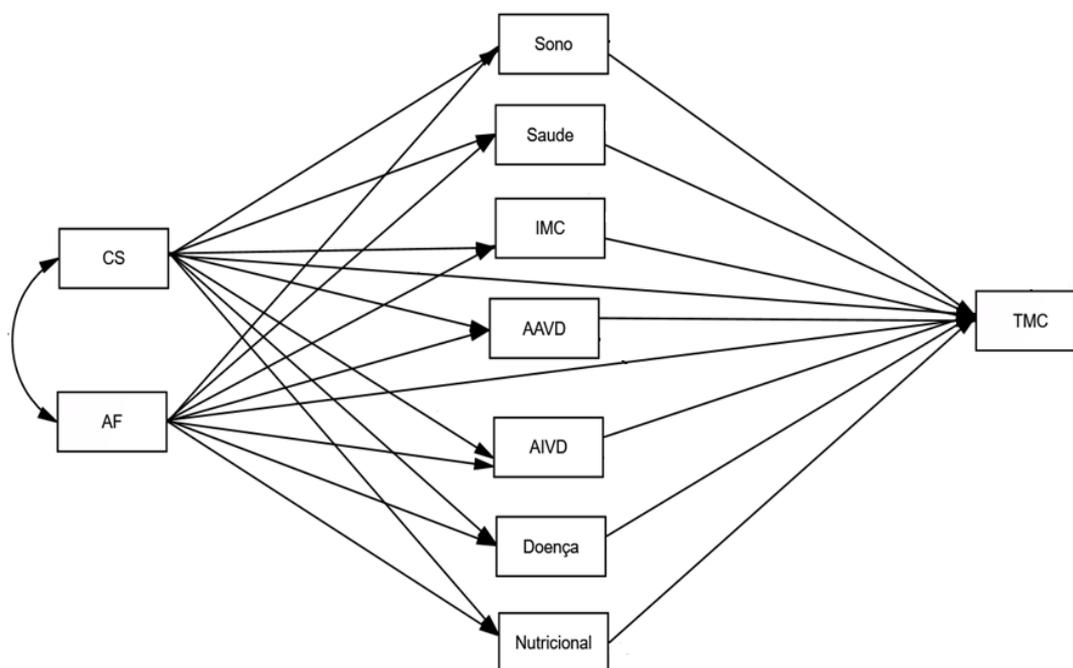
HENRIQUE <i>et al.</i> 2017	Relação entre transtorno mental comum, atividade física e índice de massa corporal em mulheres, estudo de base populacional	Estimar a prevalência de transtornos mentais comuns (TMC) e verificar sua relação com níveis de atividade física (NAF), índice de massa corporal (IMC) e variáveis econômicas/demográficas em mulheres adultas e idosas de Uberaba, Minas Gerais.	Peso muito acima do ideal mostrou forte associação com a presença de TMC.
HU <i>et al.</i> 2024	Revisão Sistemática e Meta-análise da Associação Entre Desnutrição e Risco de Depressão em Idosos	Explorar a associação entre desnutrição e risco de depressão em idosos.	Associação de desnutrição e o risco de depressão.
BARCELLOS <i>et al.</i> 2017	Prevalência dos Transtornos Mentais Comuns e sua associação com a incapacidade funcional em idosos	Investigar a prevalência de TMC e verificar sua associação com a incapacidade funcional em idosos.	Associação de TMC com AVDs
DANTAS <i>et al.</i> 2021	Distúrbios do sono e fatores associados a transtornos psíquicos menores em indivíduos em tratamento oncológico	Detectar associações entre distúrbios do sono e outros fatores aos TMC em indivíduos com câncer atendidos em uma clínica especializada no interior da Bahia, Brasil.	Associação positiva entre insônia e TMC em idosos em tratamento oncológico.
SIMÕES <i>et al.</i> 2020	Características do sono e autoavaliação de saúde em idosos	Examinar a associação entre as características do sono e a saúde autoavaliada, levando em consideração potenciais fatores de confusão.	Distúrbio do sono pode ter impactos negativos na saúde geral, assim como no desempenho das atividades diárias e na qualidade de vida.

HU <i>et al.</i> 2022	O papel da depressão e da atividade física na associação entre a qualidade e a duração do sono e a qualidade de vida relacionada à saúde entre idosos: um estudo transversal do UK Biobank	Determinar a associação entre qualidade e duração do sono e qualidade de vida relacionada à saúde entre idosos no Reino Unido, avaliar se a depressão mediou a associação e explorar o papel da AF na associação do caminho.	A má qualidade do sono foi associada a pior qualidade de vida relacionada à saúde em idosos, ademais a AF apresentou efeito mediador da depressão e efeito adversos nos diurnos do sono.
SILVA <i>et al.</i> 2018b	Avaliação ambulatorial de idosos quanto a síndrome da fragilidade, aspectos nutricionais e funcionalidade familiar.	Avaliar idosos em atendimento ambulatorial quanto à Síndrome da Fragilidade, à Condição Nutricional e ao Nível de Funcionalidade Familiar.	Percepção negativa da saúde, baixa autoestima, fragilidade, histórico de quedas, que vivem sozinhos e apresentam incapacidade funcional nas AIVD têm maior probabilidade de manifestar sintomas depressivos.
SCHUCH <i>et al.</i> 2018	Atividade física e depressão incidente: uma meta-análise de estudos de coorte prospectivos	Examinar a relação prospectiva entre AF e depressão incidente e exploraram potenciais moderadores	maiores níveis de AF tiveram uma redução de 17% na chance de desenvolver depressão
LANDEIRO <i>et al.</i> 2017	Reduzindo o isolamento social e a solidão em idosos: um protocolo de revisão sistemática	Avaliar a eficácia das intervenções de promoção da saúde no isolamento social ou solidão em pessoas mais velhas.	O CS pode acarretar impactos negativos na saúde mental

Os estudos elencados na tabela destacam que o TMC pode ser influenciado por fatores como qualidade do sono (HU *et al.*, 2022), estado de saúde (Silva *et al.*, 2018b), Índice de massa corporal (Henrique *et al.*, 2017), Atividades da vida diária (Barcellos *et al.*, 2017), número de doenças (Abelha, 2014) e estado nutricional (Hu *et al.*, 2024). além disso, a AF pode desempenhar papel de proteção e o CS impactos negativo na saúde mental do idoso (Schuch *et al.*, 2018; Landeiro *et al.*, 2017). Considerando os trabalhos analisados, a Figura 2 apresenta um modelo hipotético da relação entre AF, CS e TMC em idosos.

Neste modelo conceitual hipotético, sugere-se que a relação entre AF e CS e a presença de TMC pode ser explicado tanto diretamente, quanto indiretamente, por meio de fatores biopsicossociais, como capacidade funcional, qualidade do sono, autoestima, estado de saúde, estado nutricional e número de doenças.

Figura 2 – Modelo hipotético da relação entre atividade física, comportamento sedentário e transtornos mentais comuns.



Fonte: Elaborado pelo Autor, 2024

CS: Comportamento sedentário; AF: Atividade física; Sono: Qualidade do sono; Saúde: Autopercepção de saúde; IMC: índice de massa corporal; AAVD: Atividade avançada da vida diária; AIVD: Atividade instrumental da vida diária; Doença: Numero de doença; Nutricional: Estado nutricional; TMC: Transtorno mental comum.

1.5 JUSTIFICATIVA

Considerando o aumento da população idosa (OMS, 2019) e seus agravos a saúde física e mental (Silva *et al.*, 2018b). Tal fenômeno é perceptível na população idosa e pode estar relacionado a uma série de fatores (Habtamu *et al.*, 2022; Paul *et al.*, 2022; Webster *et al.*, 2021). Além disso, a alta prevalência de TMC e o declínio do nível de AF podem agravar ainda mais a saúde da população idosa.

Diante disso, conhecer a relação que envolve o nível de AF e CS com TMC, é importante para sanar algumas lacunas do conhecimento e testar a plausibilidade de um modelo hipotético, assim como identificar os fatores associados. Isso pode ajudar a compreender de que forma essas variáveis podem influenciar uma sobre as outras e propor possíveis estratégias de promoção de saúde pública e prevenção aos agravos de saúde mental voltado para população idosa.

Além disso, pesquisar um modelo de caminhos para avaliar as relações diretas e indiretas entre AF, CS e TMC em idosos é relevante por várias razões, uma vez que a análise empregada por ser uma técnica estatística que permite examinar as relações complexas entre múltiplas variáveis e identificar os mecanismos pelos quais elas se influenciam mutuamente (Hollar, 2018). Isso pode ajudar na compreensão de como AF e CS podem estar associados tanto diretamente quanto indiretamente ao TMC.

Por fim, a partir do desenvolvimento de um modelo de caminhos é possível fornecer uma base teórica sólida para a implementação de intervenções eficazes para promover AF e reduzir CS em idosos (Faulkner; Biddle, 2013). Isso pode ajudar a melhorar a saúde mental e a qualidade de vida dessa população vulnerável.

2 ARTIGOS PRODUZIDOS

2.1 ARTIGO 1

PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS AOS TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS EM IDOSOS RESIDENTES NA COMUNIDADE

RESUMO

Os transtornos mentais comuns (TMC) representam um desafio significativo para a saúde pública, especialmente entre a população idosa. Com o envelhecimento da população em todo o mundo, a atenção aos fatores que influenciam a saúde mental dos idosos torna-se cada vez mais crucial. Nesse contexto, investigar a prevalência e os fatores associados aos TMC em idosos residentes na comunidade, pode contribuir para a compreensão e o desenvolvimento de estratégias de prevenção e intervenção mais eficazes. Este estudo teve como objetivo identificar a prevalência e os fatores associados ao indicativo de TMC em idosos residentes na comunidade. Trata-se de um estudo observacional, com delineamento transversal, realizado na cidade de Matutina-MG, com 294 idosos, coleta realizada no período de janeiro de 2022. A variável de desfecho foi TMC obtido por meio do SRQ-20 e as preditoras foram variáveis biopsicossociais. A análise incluiu estatísticas descritivas, teste de Qui-Quadrado e regressão de Poisson com variância robusta utilizando o software estatístico SPSS versão 22.0. A prevalência de TMC foi de 54,8%. Além disso, mulheres idosas (RP: 1,51; IC 95%: 1,19-1,91), que apresentam risco de desnutrição (RP: 1,40; IC 95%: 1,17-1,67), qualidade de sono (RP: 1,58; IC 95%: 1,27-1,96) e estado de saúde negativa (RP: 1,55; IC 95%: 1,23-1,95), exibiram uma probabilidade significativamente elevada de desenvolver TMC em comparação com outros grupos analisados. O presente estudo identificou elevada prevalência de indicativo de TMC e reforça a importância de considerar os fatores biopsicossociais na avaliação e no manejo dos TMC em idosos residentes na comunidade. Os resultados obtidos fornecem subsídios para a elaboração de estratégias de prevenção e intervenção mais eficazes, destacando a necessidade de políticas de saúde mental voltadas para essa população.

Palavras chaves: idoso; transtornos mentais comuns; saúde mental.

INTRODUÇÃO

De acordo com o *Institute of Health Metrics and Evaluation* (2019), aproximadamente 14% dos indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos são afetados por transtornos mentais. Dentre os transtornos mentais, os transtornos mentais comuns (TMC) se destacam como transtornos não psicóticos que não se enquadram nos critérios de diagnóstico para depressão e ansiedade, conforme definido pela *American Psychiatric Association* (2022).

Os TMC são caracterizados por uma série de sintomas, que incluem insônia, fadiga, irritabilidade, sintomas depressivos e de ansiedade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas (Goldberg; Huxley, 1992). Uma revisão sistemática e metanálise conduzida por Stell e colaboradores (2014) indicou uma prevalência mundial de TMC de 29,2%. No Brasil a prevalência de TMC, pode variar de 29,7% (Borim *et al.*, 2013) a 55,8% (Silva *et al.*, 2018).

O TMC pode afetar indivíduos independente da presença de sintomas visíveis (Sousa *et al.*, 2021). Este fato é preocupante, considerando a alta prevalência e os agravos à saúde mental (Ribeiro *et al.*, 2021). Fatores biopsicossociais foram identificados como contribuintes significativos para a manifestação e progressão de TMC (Remes *et al.*, 2021).

A literatura científica tem evidenciado que a prevalência de depressão em países em desenvolvimento é maior (40,78%) do que em países desenvolvidos (17,05%) (Zenebe *et al.*, 2021). O que pode explicar essas altas taxas são fatores como falta de recursos em geral, estigma cultural, pobreza, condição de vida difícil e exposição a circunstâncias desfavoráveis (Wu *et al.*, 2023; WHO, 2022).

Ademais, fatores associados ao estado de saúde, comportamentais, características sociodemográficas, elementos biopsicossociais têm potencial de impactar negativamente a saúde mental do idoso (Hert *et al.*, 2018; Patten *et al.*, 2018). Diante disso, investigar fatores associados ao TMC em cidades de pequeno porte pode contribuir com dados importantes para a prevenção de agravos à saúde mental dos idosos. Nesse contexto, o objetivo deste estudo foi identificar a prevalência e os fatores associados ao indicativo de TMC em idosos residentes na comunidade.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo observacional, com delineamento transversal, com dados coletados no período de janeiro de 2022, na cidade de Matutina-MG, parte da pesquisa intitulada “Atividade física, comportamento sedentário e desfechos de saúde em idosos: estudo de base populacional”, denominado como Saúde do Idoso de Matutina (Estudo SIM). O município fica localizado na zona da mata da corda, pertencente à Microrregião de Patos de Minas, a 335 km da capital Belo Horizonte. A população estimada é de 3.814 habitantes (IBGE, 2022).

Para o cálculo amostral, foram considerados 939 idosos, com 60 anos ou mais, residentes na comunidade e cadastrados na Estratégia de Saúde da Família de Matutina-MG. Com parâmetros de erro amostral de 0,05, intervalo de confiança de 95% e proporção populacional de 50%, a amostra mínima calculada foi de 273 idosos. Para compensar possíveis perdas, a estimativa do tamanho da amostra foi aumentada em 10%, resultando em uma amostra necessária de 303 indivíduos (Arango, 2009).

Foram adotados os seguintes critérios de inclusão: idosos com 60 anos ou mais, de ambos os sexos, residentes na comunidade e cadastrados na Estratégia da Saúde da Família. Foram excluídos aqueles que estavam acamados, apresentavam alguma dificuldade na fala, cadeirantes, possuíam algum diagnóstico de deficiência que impedisse de participar da entrevista e não atingissem a pontuação de 13 pontos no Miniexame do Estado Mental (MEEM) (Bertolucci et al., 1994; Galvão et al., 2021).

Os idosos foram convidados a participar da pesquisa por meio de Agentes Comunitário de Saúde. Adicionalmente, uma ampla divulgação foi realizada na cidade utilizando veículos de comunicação sonora, transmissões de rádio e mídias sociais. O procedimento de coleta foi de forma individual, sendo realizado inicialmente entrevista face a face, por meio de um questionário composto por questões sociodemográficas, aspectos de saúde e comportamentais, parte do estudo SIM, seguida da realização de medidas antropométricas (ANEXO B).

Dos 939 indivíduos cadastrados na Estratégia Saúde da Família, 73 idosos foram excluídos por meio de análise prévia dos profissionais de saúde do município. Estes incluíam 28 com doenças neurológicas, 14 acamados, cinco

cadeirantes, 15 com dificuldade visual/auditiva, seis com perda auditiva, um com afasia, um com síndrome de Down, um surdo-mudo e dois alcoólatras.

Na amostra inicial, 304 idosos foram entrevistados, porém quatro idosos apresentaram dificuldade grave na acuidade visual e/ou auditiva que prejudicasse a comunicação e seis foram excluídos por não atingirem a pontuação mínima no MEEM. Assim, a amostra final do presente estudo foi composta por 294 idosos.

Para avaliação do déficit cognitivo dos idosos foi usado o MEEM. Este instrumento mede a orientação no tempo e espaço, memória, habilidades de cálculo, linguagem e capacidade de construção visual. A pontuação total pode variar de 0 a 30 pontos (Bertolucci *et al.*, 1994; Folstein *et al.*, 1975). Para este estudo foram considerados idosos com indicativo de déficit cognitivo aqueles que tiveram pontuação 12 ou inferior (Galvão *et al.*, 2021).

As características da amostra foram obtidas por meio de informações sociodemográficas, sendo avaliado o sexo (masculino; feminino), faixa etária (60-69; 70-79; >80), arranjo familiar (sozinho; com companheiro; outros) e anos de estudo (nenhum; 1 a 3 anos; 4 anos ou mais).

A variável dependente foi o TMC, avaliado por meio do Self Reporting Questionnaire (SRQ-20). Este instrumento consiste em 20 perguntas de resposta dicotômica (sim/não), abordando sintomas físicos, pensamentos depressivos, perda de energia e humor depressivo/ansioso. Um ponto de corte igual ou superior a 5 foi utilizado para indicar TMC em idosos de ambos os sexos (Sczufca *et al.*, 2009).

O nível de AF e o comportamento sedentário foram obtidos por meio da versão longa do Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ) (Rosenberg *et al.*, 2008), adaptado para idosos brasileiros (Benedetti *et al.*, 2007; Benedetti *et al.*, 2004). Este questionário estima o tempo gasto em atividades moderadas e vigorosas com duração mínima de 10 minutos contínuos. Composto por 27 questões referente à atividade realizada no trabalho, transporte, tarefas domésticas e lazer. Como ponto de corte foram considerados insuficientemente ativos os idosos que não realizaram 150 minutos/semanais de atividade física de intensidade moderada a vigorosa (Brasil, 2021).

O CS foi avaliado com base no tempo que os idosos relataram passar sentados durante os dias úteis e fins de semana. Para estimar o tempo médio

diário de CS, utilizou-se uma média ponderada [(tempo sentado em um dia de semana x 5 + tempo sentado de dia de fim de semana x 2) / 7]. Para análise qualitativa, os idosos foram categorizados em dois grupos, de acordo com o percentil 75: CS excessivo (\geq percentil 75) e comportamento sedentário moderado/baixo ($<$ percentil 75), conforme realizado em estudos anteriores (Meneguci et al., 2015).

A medida de qualidade do sono foi obtida por meio da versão brasileira do questionário Índice de Qualidade de Sono (PSQI) de Pittsburgh (Buysse *et al.*, 1989; Bertolazi *et al.*, 2011). Trata-se de um questionário que avalia a qualidade e perturbações do sono com questões referentes aos hábitos de sono do último mês. Foi utilizado um ponto de corte >5 , indicando qualidade negativa do sono (Bertolazi *et al.*, 2011).

Com relação a autopercepção de saúde, essa variável foi medida por meio de uma única pergunta: “Em geral, o(a) senhor(a) diria que sua saúde está:” com as opções de resposta a) Muito Boa, b) Boa, c) Regular, d) Ruim e e) Muito ruim. Para análise, as respostas foram substituídas por: percepção positiva (Muito Boa e Boa) e percepção negativa da saúde: (Regular, Ruim e Muito ruim) (Pagotto; Bachion; Silveira, 2013).

O índice de massa corporal (IMC) obtido por meio da medida antropométrica de peso e estatura (Kg/m^2) (Keys *et al.*, 1972). Os idosos foram classificados em três grupos: baixo peso ($\text{IMC} < 18,5 \text{ kg/m}^2$), eutrófico ($\text{IMC} > 18,5$ a $24,9 \text{ kg/m}^2$) e excesso de peso ($\text{IMC} > 25 \text{ kg/m}^2$) (Diretriz Brasileira de Obesidade, 2016).

A capacidade funcional para Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD) foi avaliada utilizando a escala proposta por Lawton e Brody (1969) e adaptada para idosos brasileiros por Santos e Virtuoso-Júnior (2008). A escala abrange diversas atividades cotidianas, com cada atividade pontuada de 0 a 2, resultando em uma pontuação total variando de 0 a 14. Uma pontuação mais baixa indica uma capacidade funcional reduzida. Idosos com dificuldade parcial ou total em qualquer atividade foram classificados como dependentes (Nunes *et al.*, 2017).

A avaliação das Atividades Avançadas da Vida Diária (AAVD) dos idosos foi realizada utilizando a respectiva escala. A escala é composta por 13 itens de natureza social, que incluem, visitar e receber visitas, participar de eventos

sociais e culturais, dirigir, viajar, trabalhar (remunerado ou voluntário), e participar de grupos de convivência, diretorias e universidades voltadas para a terceira idade. A classificação foi determinada pela maior participação por realizar quatro ou mais dessas atividades (Dias *et al.*, 2019).

A quantificação de doenças autorrelatadas foi realizada com base em um rol de doenças associadas aos sistemas respiratório, circulatório, digestivo, osteomuscular, metabólico, geniturinário, bem como neoplasias, doenças de ouvido, doenças oculares, distúrbio do sistema nervoso, do sangue e doenças infecciosas e parasitárias (Organização Mundial da Saúde, 2000). Com base na quantidade de doenças autorrelatadas, os indivíduos idosos foram categorizados em: 0 a 1, 2 ou mais.

Para avaliar o estado nutricional dos idosos, foi utilizado a Miniavaliação Nutricional (MAN) para avaliar risco de desnutrição. Composto por 18 perguntas, o questionário abrange avaliação antropométrica, global e autoavaliação. A seção de triagem, com seis perguntas, classifica os pacientes como desnutridos (0-7 pontos), em risco de desnutrição (8-11 pontos) ou com estado nutricional normal (12-14 pontos). Se o escore for 11 ou menos, a segunda parte da avaliação é realizada. A seção de avaliação subjetiva global, com 12 questões, soma-se ao escore da primeira etapa, totalizando 30 pontos. A pontuação final classifica o estado nutricional como: com risco de desnutrição (17-23,5 pontos) sem risco de desnutrição (>23,5 pontos) (Guigoz, 2006).

Os dados foram previamente tabulados no programa Epidata, realizando dupla digitação para verificar a compatibilidade dos dados. A partir da criação do banco de dados, as informações obtidas serão exportadas e analisadas no *software* estatístico *Statistic Package for Social Sciences* (SPSS) versão 22.0.

A amostra foi caracterizada utilizando estatísticas descritivas, incluindo frequência absoluta e relativa. A distribuição de variáveis sociodemográficas, de saúde e comportamentais, em relação à presença ou ausência de TMC, foi analisada utilizando o teste de Qui-Quadrado.

Para verificar os fatores associados ao indicativo de TMC foram realizadas análises bruta e ajustada por meio da regressão de Poisson com variância robusta, para estimativas de razões de prevalência (RP) relacionando os respectivos intervalos de confiança (IC) de 95% para estatísticas

significativas. Inicialmente foram realizadas análise brutas e as variáveis com valor de $p < 0,20$ foram incluídas na análise ajustada.

Os protocolos deste estudo foram avaliados e aprovados pelo Comitê de Ética do Hospital das Clínicas da UFTM N° 5.157.992 (ANEXO A). Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), no qual são informados sobre os objetivos do estudo, procedimentos a serem adotados, além de garantir a confidencialidade em relação a sua participação na pesquisa.

RESULTADOS

No presente estudo, foi avaliada uma amostra de 294 indivíduos idosos, com média de idade $71,4 \pm 7,9$ anos, variando de 60 a 94 anos. A prevalência de indicativo de TMC identificada foi de 54,8%. Como pode ser observado na tabela 1, houve uma distribuição desigual entre os sexos em relação à presença de indicativo de TMC, sendo 38,7% dos homens e 63,8% das mulheres ($p < 0,001$). Indivíduos que vivem sozinhos têm maior prevalência de indicativo de TMC 69,2%, e essa associação é estatisticamente significativa ($p = 0,018$).

A avaliação nutricional indica que indivíduos com risco de desnutrição têm uma prevalência significativamente maior de TMC ($p < 0,001$). Além disso, a qualidade negativa do sono ($p < 0,001$) está significativamente associada à presença de indicativos de TMC, com indivíduos que apresentam distúrbios do sono mostrando maior incidência de TMC.

O estado de saúde percebido como negativo esteve associado, menor participação nas AAVD, dependências nas AIVD, possuir duas ou mais doenças e ser insuficientemente ativos apresentaram maior prevalência de indicativo de TMC.

Tabela 1. Distribuição das características sociodemográfica, de saúde e comportamentais em idosos com e sem TMC. Matutina-MG, 2022.

Variáveis	Sem indicativo de TMC N (%)	Com indicativo de TMC N (%)	<i>p</i>
Sexo			
Masculino	65 (61,3)	41 (38,7)	< 0,001
Feminino	68 (36,2)	120 (63,8)	
Faixa Etária			
60 a 69 anos	60 (42,3)	82 (57,7)	0,312
70 a 79 anos	50 (51,5)	47 (48,5)	
80 anos ou mais	23 (41,8)	32 (58,2)	
Arranjo Familiar			
Sozinho	20 (30,8)	45 (69,2)	0,018
Com companheiro	64 (46,7)	73 (53,3)	
Outros	49 (53,3)	43 (46,7)	
Anos de estudo			
Nenhum	7 (29,2)	17 (70,8)	0,211
1 a 3 anos	33 (50)	33 (50)	
4 anos ou mais	93 (45,6)	111 (54,4)	
Estado nutricional			
Sem risco de desnutrição	113 (53,3)	99 (46,7)	< 0,001
Com risco de desnutrição	19 (23,7)	61 (76,3)	
Qualidade do sono			
Positivo	92 (62,2)	56 (37,8)	< 0,001
Negativo	41 (28,1)	105 (71,9)	
Estado de saúde			
Positiva	79 (63,7)	45 (36,3)	< 0,001
Negativa	54 (32)	115 (68)	
IMC			
Baixo peso	2 (50,0)	2 (50,0)	0,792
Eutrófico	38 (48,1)	41 (51,9)	
Excesso de Peso	132 (45,1)	161 (54,9)	
AAVD			
Maior participação	100 (52,1)	92 (47,9)	0,002
Menor participação	33 (32,7)	68 (67,3)	
AIVD			
Independente	92 (52,9)	82 (47,1)	0,002
Dependente	41 (34,5)	78 (65,5)	
Nº de doenças			
0 a 1	24 (70,6)	10 (29,4)	0,002
2 ou mais	109 (41,9)	151 (58,1)	
NAF			
Suficientemente ativo	117 (49,0)	122 (51,0)	0,008
Insuficientemente ativo	16 (29,1)	39 (70,9)	
Tempo sentado			
< 295 min	65 (44,2)	82 (55,8)	0,725
≥ 295 min	68 (46,3)	79 (53,7)	

NAF- Nível de atividade física; IMC- índice de massa corporal; AAVD- atividade avançada da vida diária; AIVD- atividade instrumentais da vida diária;

Os resultados da tabela 2 apresentam as respostas de cada dimensão *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20). Quanto ao humor depressivo, observou-se que 67,3% dos idosos reportaram sentir-se nervosos, tensos ou preocupados. A presença de sentimento de tristeza foi identificada em 49% dos idosos. Em relação aos sintomas somáticos 43,2% dorme mal. Quanto ao decréscimo de energia vital 45,9% cansa com facilidade. No pensamento depressivo 32,7% dos idosos demonstraram perda de interesse pelas coisas, e 13,6% se sentiram inúteis. Ideações suicidas foram expressas por 5,1% dos idosos.

Tabela 2. Prevalência de TMC segundo *Self Reporting Questionnaire* (SRQ-20). Matutina-MG, 2022.

Dimensões de TMC	N	%
Humor Depressivo		
Assusta-se com facilidade	115	39,1
Sente-se nervoso, tenso ou preocupado	198	67,3
Tem se sentido triste ultimamente	144	49
Tem chorado mais do que de costume	67	22,8
Sintomas Somáticos		
Tem dores de cabeça frequentemente	69	23,5
Tem falta de apetite	89	30,3
Dorme mal	127	43,2
Tem tremores nas mãos	77	26,2
Tem má digestão	83	28,2
Tem sensações desagradáveis no estômago	76	25,9
Decréscimo de Energia Vital		
Tem dificuldade de pensar com clareza	64	21,8
Encontra dificuldade de realizar com satisfação suas tarefas diárias	75	25,5
Tem dificuldade em tomar decisões	83	28,2
Seu trabalho diário lhe causa sofrimento	31	10,5
Sente-se cansado o tempo todo	87	29,6
Você se cansa com facilidade	135	45,9
Pensamentos Depressivos		
É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida	34	11,6
Tem perdido o interesse pelas coisas	96	32,7
Você se sente uma pessoa inútil em sua vida	40	13,6
Tem tido ideia de acabar com sua vida	15	5,1

Na análise bruta as variáveis sexo, estado nutricional, qualidade do sono, estado de saúde, AAVD, AIVD, nº de doenças e nível de atividade física foram associadas com o indicativo de TMC. Após o ajuste, as variáveis sexo (RP:1,51; IC 95%:1,19-1,91), estado nutricional (RP:1,40; IC 95%:1,17-1,67), qualidade do sono (RP:1,58; IC 95%:1,27-1,96) e estado de saúde (RP: 1,55; IC 95%: 1,23-1,95) mantiveram associação.

Tabela 3. Modelo final da Regressão de Poisson da associação de características sociodemográfica, de saúde e comportamentais e indicativo de transtorno mental comum em idosos. Matutina-MG, 2022.

Variáveis	Transtornos Mentais Comuns			
	Análise Bruta		Análise Ajustada	
	RP (IC 95%)	p-valor	RP (IC 95%)	p-valor
Sexo				
Masculino	1		1	
Feminino	1,65 (1,27-2,15)	<0,001	1,51 (1,19-1,91)	0,001
Faixa etária				
60 a 69 anos	1			
70 a 79 anos	0,17 (0,65-1,08)	0,341	-----	-----
80 anos ou mais	0,96 (0,77-1,31)			
Arranjo familiar				
Sozinho	1		1	
Com companheiro	0,77 (0,61-0,96)	0,009	0,89 (0,73-1,10)	0,058
Outros	0,68 (0,51-0,89)		0,74 (0,58-0,95)	
Anos de estudo				
Nenhum	1		1	
1 a 3 anos	0,71 (0,50-1,00)	0,118	0,89 (0,65-1,23)	0,524
4 anos ou mais	0,76 (0,58-1,02)		1,03 (0,79-1,35)	
Estado nutricional				
Sem risco de desnutrição	1		1	
Com risco de desnutrição	1,63 (1,35-1,97)	<0,001	1,40 (1,17-1,67)	< 0,001
Qualidade de sono				
Positivo	1		1	
Negativo	1,90 (1,51-2,39)	< 0,001	1,58 (1,27-1,96)	< 0,001
Estado de saúde				
Positiva	1		1	
Negativa	1,88 (1,45-2,42)	< 0,001	1,55 (1,23-1,95)	< 0,001
IMC				
Baixo peso	1			
Eutrófico	1,04 (0,38-2,83)	0,800	-----	-----
Sobre peso	1,13 (0,42-3,02)			
AAVD				
Maior participação	1		1	
Menor participação	1,41 (1,15-1,72)	< 0,001	1,12 (0,92-1,36)	0,253
AIVD				
Independente	1		1	
Dependente	1,40 (1,13-1,71)	0,002	1,12 (0,91-1,37)	0,284
Nº de doença				
0 a 1	1		1	
2 ou mais	1,98 (1,16-3,36)	0,012	1,44 (0,90-2,31)	0,124
Nível de atividade física				
Suficientemente ativo	1		1	
Insuficientemente ativo	1,39 (1,13-1,71)	0,002	1,07 (0,86-1,34)	0,560
Tempo sentado				
< 295 min/semana	1		-----	
≥ 295 min/semana	0,96 (0,78-1,19)	0,725		

RP (Razão de Prevalência); IC (Intervalo de Confiança)

DISCUSSÃO

O presente estudo indica que mulheres idosas, que apresentam risco de desnutrição, pior qualidade de sono e estado de saúde negativa, exibem uma probabilidade significativamente elevada de TMC. Adicionalmente, foi verificada uma prevalência de TMC em idosos de 54,8%, excedendo a prevalência global de 29,2% conforme relatado por Stell et al. (2014). No contexto brasileiro, essa prevalência se mostra consistentemente elevada em comparação com estudos conduzidos em diferentes regiões, tais como: 25,1% em um município do interior de Goiás (Dernadi *et al.*, 2022), 37,2% em Alcobaça, BA (Barcellos *et al.*, 2020), 29,7% em Campinas, SP (Borim *et al.*, 2013), e 55,1% em Caicó, RN (Alves *et al.*, 2022).

Um dos fatores que podem contribuir para a alta prevalência em Matutina-MG se dá devido a característica particular da região, que regiões de de temperaturas baixas podem ser causadoras de transtornos mentais (Zhang *et al.*, 2020). Ademais, menor exposição à luz solar nesses locais pode afetar a produção de serotonina e vitamina D, essenciais para a regulação do humor (Akpinar; Karadag, 2022).

A respeito das variações de TMC observadas, estudo revisão sistemática e metanálise enfatizam uma alta prevalência de TMC, particularmente em um país em desenvolvimento como pode ser o caso do Brasil (Zenebe *et al.*, 2021). Fatores como condições de saúde precárias, pobreza e estigma cultural são apontados como possíveis influenciadores dessa prevalência (Wu *et al.*, 2023).

Na análise bivariada, observou-se que as variáveis sexo (mulheres 63,8%) e arranjo familiar (morar sozinha 69,2%) foram mais acometidos pela presença de TMC. No entanto, a análise multivariada mostrou que apenas o sexo manteve uma associação significativa após o ajuste. Esses resultados estão de acordo com outros estudos (Barcellos *et al.*, 2020; Denardi *et al.*, 2022).

A maior longevidade das mulheres em comparação aos homens pode ser um fator contribuinte para essa associação, visto que elas estão sujeitas a um maior número de doenças, como as doenças mentais e a um acúmulo de estresse ao longo da vida (Laurindo *et al.*, 2020). Adicionalmente, o avanço da idade traz consigo um aumento nos desafios relacionados ao lar, sentimento de

frustração decorrentes da não realização de objetivos pessoais e uma diminuição na interação social (Uchoa *et al.*, 2019; Medeiros, 2019).

Vale destacar que a presença de TMC em idosos insuficientemente ativos foi significativo na análise bivariada ($p=0,008$), no entanto ela não se manteve na análise multivariada ($p=0,560$). Alguns estudos têm mostrado que a atividade de lazer atua como um fator de proteção contra TMC, além de poder aumentar a participação social (Rocha *et al.*, 2019; Medeiros, 2019; Borim *et al.*, 2013). Recentemente, uma revisão sistemática e metanálise reforçou essa perspectiva, evidenciando a eficácia do exercício físico como abordagem complementar no tratamento da depressão (Brupbacher *et al.*, 2021). Portanto, inserir atividades de lazer e exercícios físicos na rotina diária é recomendada como uma estratégia que pode ajudar a reduzir a incidência de TMC, conseqüentemente, melhorar o bem-estar físico e mental dos idosos.

Quanto às dimensões do TMC, o humor depressivo nos aspectos sentir-se nervoso e sentimentos de tristeza foram os mais relatados. Esses achados são consistentes com a literatura, estudo de revisão sistemática e metanálise identificou uma alta incidência de transtornos de humor depressivo entre a população idosa, associados a mudanças psicossociais e fisiológicas inerentes ao envelhecimento (Zenebe *et al.*, 2021). Adicionalmente, o comprometimento do sono pode exacerbar outros sintomas depressivos (Daurt; Fonken, 2019), a fadiga e a perda de interesse pode ser tanto uma consequência quanto um fator contribuinte para a depressão, limitando a capacidade de realizar atividades diárias e reduzindo a sensação de bem estar (Lee; Giuliane, 2019; Behrens *et al.*, 2023).

Observou-se que mulheres idosas com risco de desnutrição e qualidade de sono negativo e estado de saúde negativo, têm uma probabilidade significativamente elevada de indicativo de TMC. A relação entre o risco de desnutrição e TMC não está completamente esclarecida. No entanto, uma revisão sistemática e metanálise envolvendo 11.112 indivíduos, encontrou uma associação de desnutrição e o risco de depressão, com uma correlação significativa de Odds Ratio (OR) de 2,03 e um Intervalo de Confiança de 95% (IC) de 1,47 a 2,81, com um valor de $p < 0,0001$ (Hu *et al.*, 2024). Essas informações ressaltam a importância de investigar a relação dessas variáveis com relação aos agravos da saúde física e mental dessa população.

Em relação à qualidade do sono, uma revisão sistemática conduzida por Zhang *et al.* (2022) identificou que distúrbios do sono constituem fatores de risco significativos para o desenvolvimento de transtornos mentais. A explicação para este fenômeno reside na desregulação dos neurotransmissores, a privação do sono compromete os níveis de neurotransmissores essenciais, como a serotonina e a dopamina, que desempenham papéis vitais na regulação do humor (Diniz *et al.*, 2020).

A presente pesquisa identificou uma associação entre a percepção negativa de saúde e a presença de TMC, corroborando com estudos anteriores na literatura científica (Grapiglia *et al.*, 2021; Barcellos *et al.*, 2020). Estes resultados podem ser um indicativo de problemas de saúde mental, incluindo depressão, ansiedade e estresse crônico (Borim *et al.*, 2013).

Este estudo, apesar de contar com uma amostra significativa e ter seus dados coletados por entrevistadores capacitados, apresenta algumas limitações. Por ser um estudo transversal, não é possível estabelecer uma relação de causalidade, e as informações são baseadas em auto relatos. No entanto, o estudo serve como um importante ponto de referência para futuras pesquisas que buscam aprofundar o entendimento sobre a saúde mental em idosos, com foco especial nos TMC.

Os resultados obtidos nesta pesquisa têm o potencial de contribuir para a análise e reflexão sobre esta temática. Além disso, podem auxiliar na elaboração de planos de ação eficientes voltados para a assistência à saúde mental. Apesar das limitações mencionadas, a relevância deste estudo reside na sua capacidade de fornecer insights valiosos que podem informar e orientar futuras intervenções e políticas de saúde mental.

CONCLUSÃO

Este estudo revela uma associação significativa entre o sexo feminino, risco de desnutrição, pior qualidade do sono e estado de saúde negativo e a maior probabilidade de TMC. Intervenções para melhorar o estado nutricional, o sono e o estado de saúde podem reduzir a probabilidade de TMC. Este estudo contribui para a literatura existente, ressaltando a importância de considerar esses fatores de risco na prevenção e tratamento de TMC em idosos. No

entanto, como este estudo é observacional, mais pesquisas são necessárias para confirmar essas descobertas.

REFERÊNCIAS

ALVES, R. M.; SANTOS, E. G. O.; BARBOSA, I. R. Fatores associados aos transtornos mentais comuns entre agricultores em um município de médio porte no nordeste do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 56, p. 74, 2022.

American Psychiatric Association. (2022). **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-5-TR** (5ª ed., Texto Revisado). American Psychiatric Publishing, Inc. Recuperado em 25 de janeiro de 2024, de: <https://my.clevelandclinic.org/health/articles/24291-diagnostic-and-statistical-manual-dsm-5>

ARANGO H. G. **Bioestatística - Teórica e Computacional** - 3ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E SÍNDROME METABÓLICA. **Diretrizes brasileiras de obesidade**. 4. ed. São Paulo: ABESO, 2016.

AKPINAR, Ş.; KARADAĞ, M. G. A vitamina D é importante na ansiedade ou depressão? Qual é a verdade? **Current nutrition reports**, v. 11, n. 4, p. 675–681, 2022.

BARCELLOS, L. R. M. F. IKEGAMI, É. M., BARCELLOS, M. M. M., *et al.*, Prevalência dos Transtornos Mentais Comuns e sua associação com a incapacidade funcional em idosos. **Revista Kairós Gerontologia**, v.23, n. 2, p. 41-56, 2020.

BEHRENS, M.; GUBE, M.; CHAABENE, H.; PRIESKE, O.; ZENON, A.; BROSCHEID, K. C.; SCHEGA, L.; HUSMANN, F.; WEIPPERT, M. Fatigue and Human Performance: An Updated Framework. **Sports medicine** (Auckland, N.Z.), v. 53, n. 1, p. 7–31, 2023.

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. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**, v. 12, n. 1, p. 25–34, 2004

BENEDETTI, T. R. B. et al. Reproducibility and validity of the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) in elderly men. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v. 13, n. 1, p. 11–16, fev. 2007.

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, 2011.

BERTOLUCCI, P. H. F. *et al.*, The Mini-Mental State Examination in na outpatient population: influence of literacy. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, v. 52, n. 1, p. 01–07, mar. 1994.

BORIM, F. S. A.; BARROS, M. B. A.; BOTEGA, N.J. Transtorno mental comum na população idosa: pesquisa de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 29, n. 7, p. 1415-1426, 2013.

BRUPBACHER, G. *et al.*, The effects of exercise on sleep in unipolar depression: A systematic review and network meta-analysis. **Sleep medicine reviews**, v. 59, 101452, 2021.

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, 1989.

DAUT, R. A.; FONKEN, L. K. Regulação circadiana da depressão: Um papel para a serotonina. **Fronteiras em neuroendocrinologia**, v. 54, 100746, 2019.

DENARDI, T.C.; LUCCHESI, R.; SILVA, G.C.; LEMOS, M.F.; PAGOTTO, V.; SOUSA, J.M. *et al.* Screening for common mental disorder in elderly residents in the countryside: a cross-sectional study. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 75, n. 3, p. 1-8, 2022.

DIAS, Ewerton Naves *et al.* Validation of the advanced activities of daily living scale. **Geriatric Nursing**, v. 40, n. 1, p. 7-12, 2019.

DINIZ, J. P. *et al.* Ação dos neurotransmissores envolvidos na depressão. **Ensaio e Ciência C Biológicas Agrárias e da Saúde**, v. 24, n. 4, p. 437-443, 2020.

FOLSTEIN, M., FOLSTEIN, S. & MCHUGH, P. (1975). Mini-mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. **Psychiatric Research**, v.12, p.189-198, 1975.

GALVÃO, L. L. *et al.*, Physical activity combined with sedentary behaviour in the risk of mortality in older adults. **Revista de Saúde Pública**, v. 55, p. 60, 2021.

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

GRAPIGLIA, C. Z. *et al.* Fatores associados aos transtornos mentais comuns: estudo baseado em clusters de mulheres. **Revista de Saúde Pública**, v. 55, p. 77, 2021.

GUIGOZ, Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA-Société des Produits Nestlé SA, Trademark Owners) Review of the Literature – What does it tell us? **J Nutr Health Aging**. V.10, p. 466-487, 2006.

HERT, M.; DETRAUX, J.; VANCAMPFORT, D. The intriguing relationship between coronary heart disease and mental disorders. **Dialogues in Clinical Neuroscience**, v. 20, n. 1, p. 31-40, 2018.

HU, W.; MAO, H.; GUAN, S.; JIN, J.; XU, D. Systematic Review and Meta-analysis of the Association Between Malnutrition and Risk of Depression in the Elderly. **Alpha Psychiatry**, v. 25, n. 2, p. 183-189, 2024.

Institute of Health Metrics and Evaluation. Global Health Data Exchange (GHDx) 2019. <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>, accessed 24 January 2024).

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Censo Demográfico 2022**.

KEYS, A.; FIDANZA, F.; KARVONEN, M. J.; KIMURA, N.; TAYLOR, H. L. Indices of relative weight and obesity. **J Chronic Dis**, v. 25, n. 6, p. 329-43, 1972.

LAURINDO, M. V.; LOPES, R. E.; ROCHA, R. R. Epidemiological profile of elderly with depressive disorders in a municipality of northeast Brazil. **Braz J Health Rev**, v. 3, n. 1, p. 269-85, 2020.

LAWTON, M. P.; BRODY, E. M. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. **The Gerontologist**, v. 9, n. 3, p. 179–186, 1969.

LEE, C. H.; GIULIANI, F. The Role of Inflammation in Depression and Fatigue. **Front Immunol**, v. 10, p. 1696, 2019.

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

MEDEIROS, L. F. The interrelationship between common mental disorders, gender and age: a theoretical reflection. **Cad Saúde Colet**, v. 27, n. 4, p. 448-54, 2019.

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, jan. 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). GUIA DE ATIVIDADE FÍSICA: PARA A POPULAÇÃO BRASILEIRA. **Ministério da Saúde**, n. 1ª, p. 7 - 11, 1 jun. 2021. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/ministerio-da-saude-disponibiliza-guia-de-atividade-fisica-para-a-populacao-brasileira/>. Acesso em: 1 jun. 2023.

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 Saúde, v. 26, n. 2, p. 295–304, jun. 2017.

Organização Mundial da Saúde (OMS). Orientações sobre atividade física e comportamento sedentário. Genebra: **Organização Mundial da Saúde**; 2020.

PAGOTTO, V.; BACHION, M. M.; SILVEIRA, E. A. DA. [Self-assessment of health by older Brazilians: systematic review of the literature]. **Pan American Journal of Public Health**, v. 33, n. 4, p. 302–310, 2013.

PATTEN, S. B. *et al.*, Patterns of association of chronic medical conditions and major depression. **Epidemiology and Psychiatric Sciences**, v. 27, n. 1, p. 42-50, 2018.

REMES, O.; MENDES, J. F.; TEMPLETON, P. Biological, Psychological and Social Determinants of Depression: A Review of Recent Literature. **Brain Sciences**, v. 11, n. 12, p. 1633, 2021.

RIBEIRO, W. S.; MARI, J. J.; QUINTANA, M. I.; DEWEY, M. E.; EVANS-LACKO, S.; VILETE, L. M. P. *et al.*, Indicadores de saúde mental na atenção primária à saúde: avaliando a qualidade do acesso através da capacidade de detecção de casos. **Cad Saúde Pública**, v. 37, n. 9, 2021.

ROSENBERG, D. E. et al. Assessment of sedentary behavior with the International Physical Activity Questionnaire. **Journal of Physical Activity & Health**, v. 5, Suppl 1, p. S30-44, 2008.

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.

SCAZUFCA, M. *et al.*, Validity of the self reporting questionnaire-20 in epidemiological studies with older adults: Results from the Sao Paulo Ageing & Health Study. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, v. 44, p. 247-254, 2009.

SILVA, P. A. D. S. D.; ROCHA, S. V.; VASCONCELOS, L. R. C.; SANTOS, C. A. D. Comportamento sedentário como discriminador dos transtornos mentais comuns em idosos. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 66, p. 183-188, 2017.

SILVA, P. A. S.; ROCHA, S. V.; SANTOS, L. B. *et al.*, Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados entre idosos de um município do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n.2, p. 639-646, 2018.

SOUSA, C.C. *et al.*, Insatisfação com o trabalho, aspectos psicossociais, satisfação pessoal e saúde mental de trabalhadores e trabalhadoras da saúde. **Cadernos de Saúde Pública** [online], v. 37, n. 7, e00246320, 2021

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

UCHOA, V. S.; CHAVES, L. L.; BOTELHO, E. P.; POLARO, S. H. I.; OLIVEIRA, M. F. V. Factors associated with depressive symptoms and Functional capacity in elderly. **Cogitare Enferm**, v. 24, e60868, 2019.

World Health Organization (2022). Mental Health em:< [Mental health \(who.int\)](https://www.who.int/mental-health) > Acesso em: 16 de maio de 2024.

WU, Y.; WANG, L.; TAO, M. et al. Changing trends in the global burden of mental disorders from 1990 to 2019 and predicted levels in 25 years. **Epidemiology and Psychiatric Sciences**, v. 32, n. e63, 2023.

ZENEBE, Y.; AKELE, B.; W/SELASSIE, M. et al. Prevalence and determinants of depression among old age: a systematic review and meta-analysis. **Ann Gen Psychiatry**, v. 20, n. 55, 2021.

ZHANG, M. M.; MA, Y.; DU, L. T.; WANG, K.; LI, Z.; ZHU, W.; SUN, Y. H.; LU, L.; BAO, Y. P.; LI, S. X. Sleep disorders and non-sleep circadian disorders predict depression: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. **Neurosci Biobehav Rev**, v. 134, 104532, 2022.

ZHANG, S. et al. The effect of temperature on cause-specific mental disorders in three subtropical cities: A case-crossover study in China. **Environment international**, v. 143, n. 105938, p. 105938, 2020.

2.2 ARTIGO 2

ATIVIDADE FÍSICA, COMPORTAMENTO SEDENTÁRIO E TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS: UMA ANÁLISE DE CAMINHOS

RESUMO

A importância da atividade física (AF) regular e a diminuição do comportamento sedentário (CS) para a saúde mental são bem conhecidas. A compreensão de como esses comportamentos se relacionam, direta ou indiretamente, com transtornos mentais comuns (TMC) em idosos é crucial para a prevenção de danos à saúde mental nesta população. O presente estudo teve como objetivo avaliar as associações diretas e indiretas da AF e do CS com o TMC. Trata-se de um estudo transversal realizado na cidade de Matutina-MG, com 292 idosos ($71,4 \pm 7,9$ anos), cadastrados na Estratégia de Saúde da Família. Os participantes elegíveis responderam um questionário estruturado por meio de entrevista. Para o presente estudo, foram consideradas como variáveis exógenas os tempos despendidos em AF (min/sem) e CS (min/dia), obtidos por meio do questionário IPAQ. A variável endógena foi o TMC, por meio da pontuação na escala SRQ-20. As variáveis mediadoras incluídas no modelo foram: qualidade do sono, avaliada pelo PSQI, participação em atividades instrumentais e avançadas da vida diária (AIVDs, AAVDs), estado nutricional, avaliado pela MAN, IMC, número de doenças e autopercepção do estado de saúde. Para verificar as associações diretas e indiretas da AF, CS e TMC foi realizada a análise de caminhos, sendo os parâmetros estimados pelo método da Máxima Verossimilhança. Tanto a AF quanto CS não foram associadas diretamente com o TMC. No entanto, a AF teve uma associação indireta com o TMC, mediada pelo estado de saúde, AAVD e estado nutricional. A associação do CS com o TMC foi mediada pela qualidade do sono. Esta descoberta reforça a importância de considerar múltiplos fatores ao avaliar a relação entre AF, CS e TMC em idosos.

Palavras-chave: Idoso; transtorno mental comum; atividade física; análise de caminho.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno global que apresenta desafios significativos para a saúde pública (Organização Mundial da Saúde, 2022). Um dos principais desafios é a compreensão e o manejo dos transtornos mentais comuns (TMC) entre os idosos (Silva et al., 2017), afetando cerca de um terço dessa população (Gois et al., 2014). Além disso, o envelhecimento está relacionado ao aumento de doenças crônicas não transmissíveis, impactando negativamente a saúde mental e o bem-estar dos idosos (Paul et al., 2022).

Estudos indicam que fatores relacionados ao estado de saúde, comportamentais e biopsicossociais podem impactar negativamente a saúde mental dos idosos (Hert et al., 2018; Colderón-Larrñaga et al., 2018; Patten et al., 2018). Ademais, a prática regular de atividade física (AF) e a redução do tempo em comportamento sedentário (CS) são essenciais para melhorar a saúde física e mental e manter a independência nas atividades diárias (WHO, 2024; Posadzki et al., 2020). Contudo, níveis mais altos de AF estão associados a uma redução de 17% no risco de depressão (Schuch et al., 2018). Revisões sistemáticas e metanálises confirmam o efeito protetor da AF sobre a saúde física e mental dos idosos (Cunningham et al., 2020; Wong et al., 2023).

Adicionalmente, Estudo de Silva e colaboradores (2017) foi observado que o CS é um indicativo para suspeitas de TMC em idosos, apresentando-se como um fator de risco que deve ser avaliado pelos profissionais de saúde. Além disso, há evidência que elevados tempos de CS são fatores de risco para a ocorrência de multimorbidade em idosos (Cândido *et al.*, 2022).

Nesse contexto, a associação entre AF, CS e fatores biopsicossociais com TMC requer uma análise mais detalhada (Lob et al., 2023). Embora o aumento da AF e a redução do CS beneficiem a saúde mental dos idosos, ainda há lacunas sobre as trajetórias dessas associações (Schuch; Vancampfort, 2021; Ba et al., 2024). Estudos indicam que a maioria das pesquisas analisou essas variáveis de forma isolada, sem considerar suas interações e efeitos combinados (Huang et al., 2020).

Este estudo tem implicações tanto no âmbito social quanto científico. Os resultados podem contribuir para a elaboração de políticas públicas e orientações externas para a promoção da saúde mental dos idosos, através do

incentivo à AF (Maynou *et al.*, 2021) e da redução do CS (Karkauskiene *et al.*, 2023). Este estudo pode preencher uma lacuna existente na literatura, de como ocorre essas interações e quais fatores podem mediar e fornecer informações sobre as trajetórias das associações entre AF, CS e TMC em idosos.

Diante da relevância do tema e das lacunas existentes na literatura, justifica-se a realização deste estudo com o objetivo de avaliar as associações diretas e indiretas da AF e do CS com TMC em idosos. Espera-se que os resultados possam contribuir para a compreensão dessas relações e para o desenvolvimento de estratégias de promoção da saúde mental nesta população.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo observacional do tipo transversal. Foi realizado na cidade de Matutina – MG, localizada a aproximadamente 335 km da capital Belo Horizonte. O município possui cerca de 3.814 habitantes (IBGE, 2022). A coleta de dados ocorreu por conveniência, realizada durante o período de janeiro de 2022. Os idosos foram convidados a participar do estudo pelos agentes comunitários. Além disso, foi realizada uma ampla divulgação na cidade por meio de moto som, redes sociais e rádio.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética do Hospital das Clínicas da UFTM, sob o nº 5.157.992. Aos idosos foram apresentados os objetivos do estudo e receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), acompanhado de informações relevantes. Após concordância do idoso e formalização da assinatura no referido Termo, foi realizada durante a entrevista. Vale ressaltar que a condução das entrevistas foi feita por profissionais da área da saúde que foram previamente treinados.

No que se refere ao cálculo amostral, considerou-se como referência 939 idosos elegíveis, com idade igual ou superior a 60 anos, residentes na comunidade, aos quais estão devidamente registrados na estratégia da saúde da família do município de Matutina-MG. Os parâmetros: erro amostral de 0,05 intervalo de confiança 95% e proporção populacional de 50%. Diante disso, o cálculo da amostra mínima resultou em 273 idosos. Para compensar perdas, aumentou-se a estimativa de tamanho amostral em 10%, perfazendo uma amostra necessária de 303 indivíduos (Arango, 2009).

Os critérios de inclusão foram: idosos residentes na comunidade, cadastrados na estratégia da saúde da família com idade de 60 anos ou mais, de ambos os sexos. Foram excluídos idosos que estivessem acamados, se fossem cadeirante, se apresentassem dificuldades na fala, se estivessem diagnósticos de qualquer deficiência que os impedisse de participar da entrevista, não ter todas as variáveis dos estudo coletado e não atingissem a pontuação mínima no Miniexame do Estado Mental (MEEM), conforme (Bertolucci *et al.*, 1994). Considerou-se com indicativo de déficit cognitivo idosos com escore 12 ou inferior (Galvão *et al.*, 2021).

Dos 939 indivíduos cadastrados na Estratégia Saúde da Família, 73 idosos foram excluídos por meio de análise prévia dos profissionais de saúde do município com base no critério do estudo (28 doenças neurológicas; 14 acamados; cinco cadeirante; 15 dificuldade visual/auditiva; seis perda auditiva; um com afasia, um com síndrome de Down; um surdo-mudez; dois alcoólatras).

Foram entrevistados 304 idosos, no entanto, quatro recusaram-se a participar do estudo, seis excluído por não atingirem a pontuação mínima do MEEM, dois por não apresentarem dados completos das variáveis do presente estudo. Por fim, foram analisados dados de 292 idosos.

O modelo hipotético elaborado para o presente estudo testou as associações entre AF e CS (variáveis exógenas) com TMC (variável endógenas), mediada pelas variáveis: qualidade do sono, autopercepção de saúde, IMC, AAVD, AIVD, número de doenças e estado nutricional.

Foi utilizado o Mini Exame do Estado Mental (MEEM) para avaliar a cognição dos idosos, o instrumento aborda questões relacionadas à orientação temporal e espacial, memória, cálculo, habilidades linguísticas e capacidade visual-construtiva. A pontuação varia de 0 a 30 (Bertolucci *et al.*, 1994; Folstein *et al.*, 1975). Foram considerados idosos com indicativo de déficit cognitivo aqueles que tiveram pontuação 12 ou inferior (Galvão *et al.*, 2021).

Para caracterização da amostra, foram coletadas características sociodemográficas por meio de um questionário elaborado referente ao sexo (masculino; feminino), faixa etária (60-69; 70-79; >80), arranjo familiar (sozinho; com companheiro; outros), anos de estudo (nenhum; 1 a 3 anos; 4 anos ou mais).

Para avaliar TMC, utilizou-se o Self Reporting Questionnaire (SRQ-20), validado no Brasil por Scazufca *et al.* (2009). Este questionário de 20 questões dicotômicas (sim/não) aborda queixas somáticas, pensamento depressivo, perda de energia vital e humor depressivo/ansioso. As questões relacionadas aos sintomas somáticos são pontos fortes do instrumento. As pontuações variam de 0 a 20, pontuações mais altas, maior indicativo de TMC.

Quanto à AF e o CS utilizou-se o Questionário Internacional de Atividade Física versão longa (IPAQ), validado para população brasileira (Benedetti *et al.*, 2007; Benedetti *et al.*, 2004). A AF foi mensurada com base no tempo dedicado a atividades físicas realizadas durante uma semana típica, com duração mínima de 10 minutos contínuos, em intensidade moderada a vigorosa, abrangendo diversos domínios (trabalho, transporte, recreação/lazer e tarefas domésticas). O tempo total gasto em AF, expresso em minutos por semana, foi calculado somando-se o tempo total em minutos de AF de intensidade moderada e vigorosa.

O CS foi avaliado com base no tempo que os idosos passavam sentados em diferentes contextos, como em casa ou no trabalho, realizando atividades como ler, descansar e assistir televisão. O tempo total diário (min/dia) foi calculado utilizando uma média ponderada do tempo sentado em dias úteis e fins de semana: $[(\text{tempo sentado em um dia de semana} \times 5 + \text{tempo sentado de dia de fim de semana} \times 2) / 7]$. Quanto maior o tempo, maior o comportamento sedentário.

A capacidade funcional para atividades instrumentais da vida diária (AIVD) em idosos brasileiros foi avaliada usando a escala de Atividades Instrumentais da Vida Diária (Lawton e Brody, 1969), adaptada para população brasileira (Santos; Virtuoso-Júnior, 2008). Essa escala considera atividades como usar o telefone, fazer compras, limpar e organizar a casa, deslocar-se para lugares distantes usando transporte, cozinhar, gerenciar administrações e tomar medicamentos. Cada atividade é avaliada com três opções de resposta: independente (2 pontos), necessidade de ajuda parcial (1 ponto) e necessidade de ajuda total ou é incapaz de realizar a atividade (0 ponto). A pontuação total varia de 0 a 14.

A avaliação dos idosos em atividades avançadas da vida diária (AAVD) foi realizada utilizando a Escala de Atividades Avançadas da Vida Diária. Essa

ferramenta quantifica o grau de desenvolvimento do idoso em atividades como visitar e receber visitas, participar de eventos sociais e culturais, dirigir, viajar, trabalhar (remunerado ou voluntário) e participar de grupos de convivência, diretorias e universidades externas para a terceira idade. A escala é composta por 13 itens de natureza social, com respostas possíveis categorizadas como: nunca realizei, deixei de realizar e ainda realizo (Dias *et al.*, 2019). Para o presente estudo, foi considerado o número total de atividades que cada idoso ainda fez, sendo que quanto maior o número de atividades, maior a participação.

A qualidade e duração do sono foram avaliadas usando o questionário Índice de Qualidade de Sono (PSQI), adaptado para a população idosa brasileira. Esse questionário abrange sete áreas: qualidade subjetiva do sono, tempo para adormecer, duração do sono, eficiência do sono, perturbações do sono, uso de medicamentos para dormir e sonolência diurna (Buysse *et al.*, 1989; Bertolazi *et al.*, 2011). A pontuação total varia de 0 a 21, e uma pontuação mais alta indica pior qualidade do sono.

Para avaliar a autopercepção de saúde em idosos, utilizou-se uma única pergunta sobre o estado geral de saúde. As respostas foram pontuadas de 0 a 4 quanto maior a pontuação pior sua percepção de saúde.

Além disso, o índice de massa corporal (IMC) foi avaliado, a partir de medidas antropométricas (Keys *et al.*, 1972). Segundo a fórmula (kg/m^2), quanto maior o IMC maior o grau de obesidade (Diretriz Brasileira de Obesidade, 2016).

A quantificação de doenças autorrelatadas com resposta dicotômica (sim/não) com base em um rol de doenças associadas aos sistemas respiratório, circulatório, digestivo, osteomuscular, metabólico, geniturinário, bem como neoplasias, doenças de ouvido, doenças oculares, distúrbio do sistema nervoso, do sangue e doenças infecciosas e parasitárias (CID-10). Foi avaliado o número de doenças autorreferidas.

A Miniavaliação Nutricional (MAN) foi empregada para avaliar o estado nutricional dos idosos, auxiliando no diagnóstico de desnutrição e risco de desnutrição. O questionário, composto por 18 perguntas, inclui avaliações antropométricas, globais e de autoavaliação. A seção de triagem, que consiste em seis perguntas, atribui escores que classificam os pacientes desnutridos (0-7 pontos), em risco de desnutrição (8-11 pontos) ou com estado nutricional normal (12-14 pontos). Se o escore for 11 ou inferior, a segunda parte da

avaliação é realizada. Esta seção, que contém 12 questões, é somada ao escore da primeira etapa, resultando em um total de 30 pontos. Quanto maior a pontuação maior o risco de desnutrição (Guigoz, 2006).

Os dados foram previamente tabulados no programa Epidata, versão 3.1b com dupla digitação para verificar a compatibilidade dos dados. A partir da criação do banco de dados, as análises foram realizadas no *software* estatístico *Statistic Package for Social Sciences* (SPSS) versão 27 e *Analysis of Moment Structures* (AMOS), versão 24.0.

A análise de caminho foi utilizada para avaliar as associações diretas e indiretas entre AF, CS e TMC. Diagramas foram utilizados para representar o modelo inicial (Figura 1) e modelo final (Figura 2). As setas com uma ponta indicam associação direta, as setas com duas pontas indicam correlação entre duas variáveis, já associação indireta se deu pela relação de duas variáveis mediadas por uma ou mais variáveis.

O modelo foi estimado utilizando o método de máxima verossimilhança. A normalidade das variáveis foi testada e avaliada com base nos coeficientes de assimetria ($Sk < 3,0$) e curtose ($ku < 10,0$) (Marôco, 2014). Os resultados foram exibidos através de coeficientes de regressão direta e indireta padronizados. Os coeficientes indiretos padronizados foram calculados multiplicando os coeficientes de trajetória direta entre as variáveis.

Para avaliar a qualidade do modelo foi usado os seguintes parâmetros: Qui-quadrado (χ^2) $p > 0,05$; 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). Inicialmente foi realizado o teste do modelo hipotético AF, CS com TMC e posteriormente foram eliminadas as trajetórias estatisticamente não significativas com $p < 0,05$.

RESULTADOS

Dos 292 participantes do estudo 64,4% ($n=188$) eram mulheres, média de idade $71,4 \pm 7,9$ anos, sendo 63,4% ($n=185$) eram casados ou viviam com parceiro, 46,9 % ($n=137$) moravam somente com o companheiro, sendo que 69,5% ($n=203$) tinham > 4 anos de estudos.

Tabela 1 – Características dos participantes para as variáveis incluídas no modelo, Matutina-MG, 2022.

Variável	Média (DP)	Mediana (percentil 25; 75)
Atividade Física (min/sem)	670,7 (728,0)	420,0 (180,0; 907,0)
Comportamento sedentário (min/dia)	316,8 (183,2)	287,1 (196,0; 420,0)
Qualidade do Sono (escala 0 a 21)	6,1 (3,2)	5,0 (4,0; 8,0)
Autopercepção de Saúde (escala 0 a 4)	1,6 (0,8)	2,0 (1,0; 2,0)
Índice de Massa Corporal (kg/m ²)	28,3 (5,5)	27,8 (24,5; 30,9)
AAVD (escala 0 a 13)	5,5 (2,6)	5,0 (4,0; 7,0)
AIVD (escala 0 a 14)	12,8 (2,0)	14,0 (13,0; 14,0)
Número de doenças (escala 0 ou mais)	5,1 (3,2)	4,5 (3,0; 7,0)
Estado nutricional (escala 0 a 30)	25,0 (2,8)	25,5 (23,1; 27,0)
Transtorno Mental Comum (escala 0 a 20)	5,7 (4,0)	5,0 (3,0; 8,0)

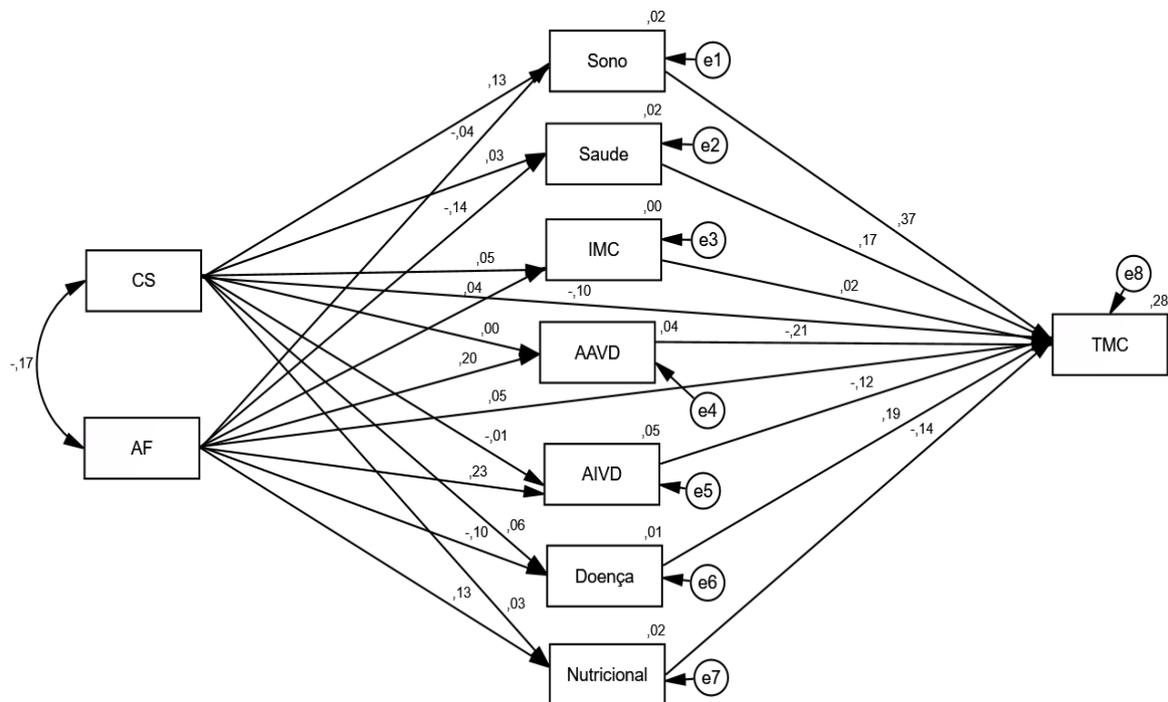
As medidas descritivas das variáveis incluídas no modelo para análise das estimativas dos efeitos diretos e indiretos, estão apresentadas na tabela 1. Os resultados revelaram que a média de atividade física semanal foi de 670,7 minutos, com um desvio padrão de 728,0 minutos. Além disso, o tempo médio diário de comportamento sedentário foi de 316,8 minutos, com um desvio padrão de 183,2 minutos. A qualidade do sono apresentou uma média de 6,1 (desvio padrão de 3,2), enquanto a autopercepção de saúde teve média de 1,6 (desvio padrão de 0,8). O índice de massa corporal médio foi de 28,3 kg/m², com um desvio padrão de 5,5. Esses resultados fornecem insights relevantes para a compreensão da saúde e do estilo de vida dos idosos.

Na análise de caminho, o estudo investigou um modelo hipotético inicial (Figura 1) que buscava explicar a relação entre AF e o CS com o TMC. No entanto, os resultados indicaram uma baixa qualidade de ajuste desse modelo. Os parâmetros utilizados para avaliar o ajuste incluíram o χ^2 (df), CFI, GFI, TLI e o RMSEA. Especificamente, o valor do qui-quadrado foi de 180,508 com 21 graus de liberdade ($p < 0,001$), o que sugere que o modelo não se ajustou bem aos dados observados.

Quanto ao CFI apresentou um valor de 0,525, indicando um ajuste insatisfatório. GFI foi de 0,882, também abaixo do ideal. TLI mostrou um valor negativo de -0,018, o que aponta para um ajuste inadequado. Por fim, o RMSEA foi de 0,162, sugerindo que o modelo tinha dificuldade em representar adequadamente as relações entre as variáveis estudadas. Esses resultados

destacam a necessidade de revisão e aprimoramento do modelo para melhor compreender a associação entre AF, CS e TMC.

Figura 1 – Modelo inicial para explicar a relação da atividade física, comportamento sedentário e transtorno mental comum.



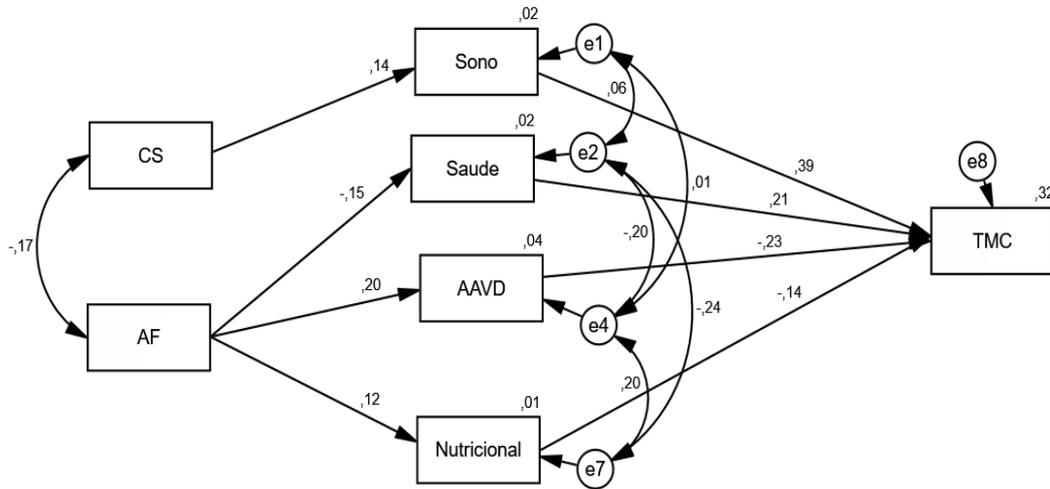
Fonte: Elaborado pelo autor, 2024.

CS: Comportamento sedentário; AF: Atividade física; Sono: Qualidade do sono; Saúde: Autopercepção de saúde; IMC: índice de massa corporal; AAVD: Atividade avançada da vida diária; AIVD: Atividade instrumental da vida diária; Doença: Numero de doença; Nutricional: Estado nutricional; TMC: Transtorno mental comum.

Dada a baixa qualidade do modelo inicial, procedeu-se a reespecificação do modelo. Inicialmente, as vias não significativas foram excluídas. Posteriormente, foram calculados os índices de modificação e a inclusão de correlações entre os erros das variáveis mediadoras. Dessa forma, o modelo final (Fig.2) apresentou índices de qualidade de ajuste do modelo aceitáveis: χ^2 (df) = 8,465 (7), $p > 0,293$; CFI: 0,992; GFI: 0,992; TLI: 0,976; e RMSEA: 0,027.

Tanto a AF, quanto o CS, não apresentaram associação direta com o TMC. A AF apresentou associação indireta com TMC, sendo mediada pelo estado de saúde ($\beta = -0,0306$), AAVD ($\beta = -0,0477$) e estado nutricional ($\beta = -0,0167$). A associação do CS com TMC foi mediada pela qualidade do sono ($\beta = 0,0525$).

Figura 2 - Modelo final para explicar associação da atividade física, comportamento sedentário e transtorno mental comum.



Fonte: Elaborado pelo autor, 2024.

CS: Comportamento sedentário; AF: Atividade física; Sono: Qualidade do sono; Saúde: Autopercepção de saúde; AAVD: Atividade avançada da vida diária; Nutricional: Estado nutricional; TMC: Transtorno mental comum.

DISCUSSÃO

Os resultados gerais indicaram que a AF e o CS não apresentaram uma associação direta com o TMC. No entanto, foi observada uma associação indireta. A redução no tempo de AF está associada com um pior estado de saúde, o que, por sua vez, está associado a resultados inferiores aos do TMC. Além disso, o menor tempo de AF está relacionado à diminuição na participação em atividades da vida diária, resultando também em desempenho inferior no TMC. Baixos níveis de AF estão associados a um maior risco de desnutrição, que conseqüentemente leva a resultados piores no TMC.

Adicionalmente, um maior tempo em CS foi associado a uma pior qualidade do sono, que por sua vez esteve associada a uma maior pontuação na escala de TMC, indicando piores resultados. Os índices mostraram que um maior tempo sentado estava positivamente associado a uma maior pontuação no questionário de sono, indicando pior qualidade do sono, e a qualidade do sono estava positivamente associada aos resultados no TMC, indicando piores desempenhos no questionário de TMC.

No modelo teórico proposto, o presente estudo indicou associação do CS com TMC mediado pela qualidade do sono. Uma revisão sistemática revelou que idosos que passam mais tempo em CS apresentaram um risco aumentado de mortalidade por todas as causas, e este risco foi potencializado quando combinado com baixos níveis de AF (Katzmarzyk *et al.*, 2019). Outro aspecto relatado pelos idosos são as queixas sobre a qualidade do sono, sendo a redução do tempo de sono um dos fatores (Miner; Kryger, 2020).

Esta mudança pode ocorrer simultaneamente com o aumento do tempo em CS, seja em casa ou em outros lugares (Camilo *et al.*, 2019). Isso pode ser evidenciado pelo estudo de Caneve e colaboradores (2022), que mostrou que idosos em longos períodos de CS tiveram maiores chances (OR=1,11; IC95%: 1.01; 1,23) de apresentar distúrbios do sono. Tendo em vista que o CS é um discriminador para TMC (Silva *et al.*, 2017).

Diante disso, distúrbios do sono podem levar a má qualidade de vida (Samara *et al.*, 2020), a insônia sendo um desses distúrbios do sono tem sido apresentado como um fator de risco de depressão (Hertenstein *et al.*, 2019). Portanto, isso ressalta a importância de direcionar intervenções não apenas com foco na redução do CS, mas na melhora da qualidade do sono dessa população.

Foi observado que menor tempo em AF de intensidade moderada a vigorosa foi associado com a pior autopercepção de saúde, conforme destacado por Sebastião *et al.* (2018). É importante ressaltar que o processo de envelhecimento e uma percepção ruim de saúde estão relacionados à presença de doenças (Wollmann *et al.*, 2018). Essas constatações destacam a necessidade de atenção à saúde global da população idosa, tendo em vista que, indivíduos com TMC possuíam algum tipo de doença (Moura *et al.*, 2020).

No contexto da capacidade funcional, a prevenção do declínio funcional é crucial para preservar o apoio social e a autonomia. Ademais, a necessidade de cuidados de saúde mental aumenta conforme se progride para estágios mais avançados de restrições nas AAVD (Na & Streim, 2017). Em Portugal, 14,6% dos indivíduos com TMC relataram incapacidade funcional (Antunes *et al.*, 2018).

As condições do TMC como: insônia, transtorno de humor, ansiedade, fadiga, irritação e problemas alimentares podem afetar as capacidades funcionais (Goldberg & Huxley, 1992; Guerra *et al.*, 2020). Uma pesquisa realizada nos Estados Unidos mostrou que idosos com maior limitação de

capacidade funcional apresentaram pior saúde mental (Na & Streim, 2017). Portanto, é crucial ampliar o estudo sobre a relação entre TMC e incapacidade funcional em idosos considerando o impacto do TMC na saúde física e mental do idoso.

A relação entre AF e TMC é caracterizado por uma complexibilidade e multifatorialidade notável, conforme evidenciado por Firth e colaboradores (2020), no entanto, é notável que o baixo nível de AF está relacionado ao aumento de hábitos dietéticos inadequados, há evidência de maior taxa de obesidade em indivíduos com transtornos mentais (Gaughran *et al.*, 2017). Esta descoberta reforça a necessidade de abordar tanto AF quanto hábitos alimentares ao tratar e prevenir transtornos mentais.

A diminuição da expectativa de vida em indivíduos com TMC pode ser atribuída a uma série de fatores dietéticos como padrões alimentares desfavoráveis, um consumo calórico elevado e dietas de baixa qualidade (Luciano *et al.*, 2021). Portanto, é fundamental considerar intervenções que visem melhorar os hábitos diários, tanto alimentares quanto AF, em pacientes com TMC (Hu *et al.*, 2024; Luciano *et al.*, 2022).

Este estudo apresenta algumas limitações, incluindo o desenho transversal que restringe a interferência de relações causais entre as variáveis, no entanto, estudos transversais possuem uma vantagem em relação a outras metodologias que é a capacidade de incluir grande número de participantes. Outra limitação foi a utilização de questionário autoreferido, que pode subestimar ou superestimar algumas informações. Para minimizar essas limitações os pesquisadores passaram por um treinamento com intuito de minimizar os erros e padronizar as instruções.

CONCLUSÃO

A AF e o CS não mostraram uma associação direta com TMC. No entanto, a AF teve uma associação indireta com o TMC, mediada pelo estado de saúde, AAVD e estado nutricional. A associação do CS com o TMC foi mediada pela qualidade do sono. Esses achados destacam a importância de levar em conta diversos fatores ao analisar a relação entre AF, CS e TMC em pessoas idosas. Além disso, enfatizamos a necessidade de intervenções que buscam não

apenas o aumento de AF e diminuir o CS, mas também melhorar a qualidade do sono, estado nutricional, a autopercepção de saúde, assim como aumentar a participação nas AAVD.

REFERÊNCIAS

ARANGO H. G. Bioestatística - Teórica e Computacional - 3ª Ed. Rio de Janeiro: **Guanabara Koogan**, 2009.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E SÍNDROME METABÓLICA. **Diretrizes brasileiras de obesidade**. 4. ed. São Paulo: ABESO, 2016.

BA., H. et al., Causal links between sedentary behavior, physical activity and psychiatric disorders: a Mendelian randomization study. **Annals of General Psychiatry**, v. 23, n. 1, p. 1-11, 2024.

BENEDETTI, T. B.; MAZO, G.Z.; BARROS, M. V. G. Aplicação do Questionário Internacional de Atividades Físicas para avaliação do nível de atividades físicas de mulheres idosas: validade concorrente e reprodutibilidade teste-reteste. **Rev Bras Ciênc Mov**, v. 12, 25-34, 2004.

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, 2011.

BERTOLUCCI, P. H. F. *et al.*, The Mini-Mental State Examination in na outpatient population: influence of literacy. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, v. 52, n. 1, p. 01–07, mar. 1994.

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, 1989.

CAMILO, B. F. et al. Associação combinada e independente do comportamento sedentário e atividade física com sobrepeso e obesidade em idosos. **Revista Iberoamericana de Psicología del Ejercicio y el Deporte**, v. 15, n. 1, p. 19–25, 2019.

CÂNDIDO, L. M et al. Comportamento sedentário e associação com multimorbidade e padrões de multimorbidade em idosos brasileiros: dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2019. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 38, n. 1, 2022.

CANEVER, J. B et al. As diferentes tipologias de comportamento sedentário estão associadas ao histórico de problemas no sono em idosos comunitários?. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 38, n. 2, 2022.

CONDELLO, G.; CAPRANICA, L.; STAGER, J. Physical Activity and Health Perception in Aging: Do Body Mass and Satisfaction Matter? A Three-Path Mediated Link. **PLoS One**, v. 11, n. 9, p. 1-19, 2016.

DIAS, E. N. et al. Validation of the advanced activities of daily living scale. **Geriatric Nursing**, v. 40, n. 1, p. 7-12, 2019.

FIRTH, J.; SOLMI, M.; WOOTTON, R.E, et al. A meta-review of “lifestyle psychiatry”: the role of exercise, smoking, diet and sleep in the prevention and treatment of mental disorders. **World Psychiatry**, v. 19, n. 3, p. 360-380, 2020.

FOLSTEIN, M., FOLSTEIN, S. & MCHUGH, P. (1975). Mini-mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. **Psychiatric Research**, v.12, p.189-198, 1975.

GALVÃO, L. L. *et al.*, Physical activity combined with sedentary behaviour in the risk of mortality in older adults. **Revista de Saúde Pública**, v. 55, p. 60, 2021.

GAUGHRAN, F. et al. Randomised control trial of the effectiveness of an integrated psychosocial health promotion intervention aimed at improving health and reducing substance use in established psychosis (IMPACT). **BMC Psychiatry**, v. 17, p. 413, 2017.

GOLDBERG, D.; HUXLEY, P. Common mental disorders: a biosocial model. London: **Tavistock**, 1992.

GRANDE, G. D. Interventions Promoting Physical Activity Among Older Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. **Gerontologist**, v. 60, n. 8, p. 583-599, 2020.

GUERRA, S. G; BERBICHE, D.; VASILADIS, H.M. Changes in instrumental activities of daily living functioning associated with concurrent common mental disorders and physical multimorbidity in older adults. **Disability and Rehabilitation**, v. 43, n. 25, p. 3663-3671. 2021.

HERTENSTEIN, E. et al. Insomnia as a predictor of mental disorders: A systematic review and meta-analysis. **Sleep Medicine Reviews**, vol. 43, p. 96-105, 2019.

HU, W.; MAO, H.; GUAN, S.; JIN, J.; XU, D. Systematic Review and Meta-analysis of the Association Between Malnutrition and Risk of Depression in the Elderly. **Alpha Psychiatry**, v. 25, n. 2, p. 183-189, 2024.

HUANG, Y. et al. Sedentary behaviors and risk of depression: a meta-analysis of prospective studies. **Translational Psychiatry**, v. 10, n. 1, p. 1-10, 2020. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Censo Demográfico 2022**.

IOB, E. et al. Testing the causal relationships of physical activity and sedentary behaviour with mental health and substance use disorders: a Mendelian randomisation study. **Mol Psychiatry**, v. 28, n. 8, p. 3429-3443, ago. 2023.

KARKAUSKIENE, E. et al. Effectiveness of Interventions for Reducing Sedentary Behavior in Older Adults Living in Long-Term Care Facilities: **A Protocol for a Systematic Review. Healthcare (Basel)**, v. 11, n. 14, p. 1-12, 2023.

KATZMARZYK, P. T. et al. Sedentary Behavior and Health: Update from the 2018 Physical Activity Guidelines Advisory Committee. **Medicine & Science in Sports & Exercise**, v. 51, n. 6, p. 1227–1241, 2019

KEYS, A.; FIDANZA, F.; KARVONEN, M. J.; KIMURA, N.; TAYLOR, H. L. Indices of relative weight and obesity. **J Chronic Dis**, v. 25, n. 6, p. 329-43, 1972.

LAWTON, M. P.; BRODY, E. M. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. **The Gerontologist**, v. 9, n. 3, p. 179–186, 1969.

LUCIANO, M. et al. How to improve the physical health of people with severe mental illness? A multicentric randomized controlled trial on the efficacy of a lifestyle group intervention. **Eur Psychiatry**, v. 64, n. 1, e72, 2021.

LUCIANO, M. et al. Improving physical activity and diet in patients with severe mental disorders: Results from the LIFESTYLE multicentric, real-world randomized controlled trial. **Psychiatry Res.**, v. 317, p. 114818, 2022.

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

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

MAYNOU, L.; HERNÁNDEZ-PIZARRO, H. M.; ERREA RODRÍGUEZ, M. The Association of Physical (in)Activity with Mental Health. Differences between Elder and Younger Populations: A Systematic Literature Review. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 18, n. 9, p. 4771, 2021.

MINER, B.; KRYGER, M. H. Sleep in the Aging Population. **Sleep medicine clinics**, New York, v. 15, n. 2, p. 311-318, jun. 2020

MOURA, F. F. et al. Prevalência de sintomas de transtornos mentais comuns em pacientes internados em um Hospital Geral do Sul do Brasil. **Rev. SBPH, São Paulo**, v. 23, n. 2, p. 139-148, 2020

NA, L.; STREIM, J. E. Psychosocial well-being associated with stages of daily living activities among elderly people living in the community. **Gerontology and Geriatric Medicine**, v. 3, p. 1-13, 2017.

Organização Mundial da Saúde. Envelhecimento e Saúde (2022). Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>.

Acesso em: 19 abr. 2024.

PAGOTTO, V.; BACHION, M. M.; SILVEIRA, E. A. DA. [Self-assessment of health by older Brazilians: systematic review of the literature]. **Pan American Journal of Public Health**, v. 33, n. 4, p. 302–310, 2013.

SAMARA, M. T. et al. Efficacy, acceptability, and tolerability of all available treatments for insomnia in the elderly: a systematic review and network meta-analysis. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, v. 142, n. 1, p. 6-17. 2020.

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.

SCHUCH, F. B.; VANCAMPFORT, D. Physical activity, exercise and mental disorders: it's time to move on. **Trends in Psychiatry and Psychotherapy**, v. 43, n. 3, p. 177-184, 2021.

SEBASTIÃO, E.; CHODZKO-ZAJKO, W.; SCHWINGEL, A. A Snapshot on the Daily Sedentary Behavior of Community Dwelling Older African American Women. **Journal of Black Studies**, v. 49, n. 2, p. 114–133, 2018.

SILVA, P.A.S.; et al. Comportamento sedentário como discriminador dos transtornos mentais comuns em idosos. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 66, n.4, p. 183-188, 2017.

WOLLMANN, P. G. A. et al. Associação entre a autopercepção do envelhecimento e a autopercepção da saúde. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, v. 23, n. 3, p. 95–110, 2018.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo, identificamos associações significativas entre o sexo feminino, risco de desnutrição, pior qualidade do sono e estado de saúde negativo com a maior probabilidade de TMC. Esses achados são de extrema importância, pois destacam a necessidade de intervenções específicas para melhorar o estado nutricional, a qualidade do sono e a saúde geral dos idosos, visando reduzir a probabilidade de TMC.

Além disso, nossos resultados mostram que a associação entre AF e TMC não é direta, mas mediada pelo estado de saúde, AAVD e estado nutricional. Isso sugere que intervenções que promovam a AF podem ter um impacto positivo indireto na redução de TMC, ao melhorar esses mediadores. Da mesma forma, a associação entre CS e TMC é mediada pela qualidade do sono, indicando que estratégias para melhorar o sono podem mitigar os efeitos negativos do CS sobre a saúde mental.

A relevância desses achados para a literatura existente é notável, pois fornecem novas perspectivas sobre os fatores de risco e mediadores da TMC em idosos. Esses resultados complementam os achados de estudos anteriores, reforçando a necessidade de uma abordagem multifacetada para a prevenção e manejo da TMC.

É crucial destacar a importância desses resultados para pesquisadores, profissionais de saúde e gestores públicos. Para os pesquisadores, nossos achados abrem novas linhas de investigação sobre as interações entre estado nutricional, qualidade do sono, AF e CS na saúde mental dos idosos. Para os profissionais de saúde, os resultados fornecem evidências para a implementação de intervenções integradas que abordem múltiplos fatores de risco. Para os gestores públicos, nossos achados ressaltam a necessidade de políticas públicas que promovam a saúde integral dos idosos, incluindo programas de nutrição, promoção da AF e melhoria da qualidade do sono.

Por fim, enfatizamos a necessidade de mais pesquisas para confirmar essas descobertas e explorar intervenções eficazes que possam ser implementadas em larga escala. A implementação de políticas públicas e intervenções baseadas em evidências é essencial para melhorar a qualidade de vida dos idosos e reduzir a prevalência de TMC.

REFERÊNCIAS

- ABELHA, L. Depressão, uma questão de saúde pública. Editorial. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 223, 2014.
- ABRANTES, G. G. *et al.*, Sintomas depressivos em idosos na atenção básica à saúde. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1-7, 2019.
- AGUIAR JR, A. S. *et al.*, Short bouts of mild-intensity physical exercise improve spatial learning and memory in aging rats: involvement of hippocampal plasticity via AKT, CREB and BDNF signaling. **Mechanisms of Ageing and Development**, v. 132, n. 11-12, p. 560-567, 2011.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais [recurso eletrônico] : DSM-5**. Tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- BARCELLOS, *et al.*, Prevalência dos Transtornos Mentais Comuns e sua associação com a incapacidade funcional em idosos. **Revista KairósGerontologia**, v.23, n. 2, p. 41-56, 2020.
- BÁRRIOS, M.J.; FERNANDES, A.A. A promoção do envelhecimento ativo ao nível local: análise de programas de intervenção autárquica. **Rev. Port. Saúde Pública**, v.32, n.2, p. 188- 196, 2014.
- BARROS, M.B.A.; GOLDBAUM, M. Desafios do envelhecimento em contexto de desigualdade social. **Rev Saúde Pública**, v.52, n. 2, p. 1-3, 2018.
- BEZERRA, H. S.; ALVES, R. M.; SOUZA, T. A.; MEDEIROS, A. A.; BARBOSA, I. R. Factors Associated With Mental Suffering in the Brazilian Population: A Multilevel Analysis. **Frontiers in Psychology**, v. 12, p. 841, 2021.
- BORIM, F. S. A.; BARROS, M. B. A.; BOTEGA, N.J. Transtorno mental comum na população idosa: pesquisa de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 29, n. 7, p. 1415-1426, 2013.
- BULL, F. C. *et al.* World Health Organization 2020 guidelines on physical activity and sedentary behaviour. **British journal of sports medicine**, v. 54, n. 24, p. 1451–1462, 2020.
- CABANA-DOMÍNGUEZ, J. *et al.* Comprehensive exploration of the genetic contribution of the dopaminergic and serotonergic pathways to psychiatric disorders. **Translational psychiatry**, v. 12, n. 1, p. 11, 2022.
- CALDERÓN-LARRAÑAGA, A. *et al.*, Rapidly developing multimorbidity and disability in older adults: does social background matter? **Journal of Internal Medicine**, v. 283, n. 5, p. 489-499, 2018.

CALDO-SILVA, A. *et al.*, Effect of a 40-weeks multicomponent exercise program and branched chain amino acids supplementation on functional fitness and mental health in frail older persons. **Experimental gerontology**, v. 155, p. 111592, 2021.

CASPERSEN, C. J.; POWELL, K. E.; CHRISTENSON, G. M. Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. **Public Health Reports**, v. 100, n. 2, p. 126-131, 1985.

CHASE, J. D. *et al.*, A systematic review and meta-analysis of interventions to reduce sedentary behavior among older adults. **Translational Behavioral Medicine**, v. 10, n. 5, p. 1078-1085, 2020.

CHELLAPPA, S. L.; AESCHBACH, D. Sleep and anxiety: From mechanisms to interventions. **Sleep medicine reviews**, v. 61, p. 101583, 2022.

CHEN, P. J. *et al.*, An overview of mental health during the COVID-19 pandemic. **Diagnosis**, v. 8, n. 4, p. 403-412, 2021.

COUTINHO, E.S.F., ALMEIDA FILHO, N., MARI, J.J. Fatores de risco para morbidade psiquiátrica menor: resultados de um estudo transversal em três áreas urbanas no Brasil. **Rev Psiq Clin**, v. 26, n. 5, p. 246-256, 1999.

CUNNINGHAM, C. *et al.*, Consequences of physical inactivity in older adults: A systematic review of reviews and meta-analyses. **Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports**, v. 30, n. 5, p. 816-827, 2020.

CUPO *et al.* Timing, distribution, and relationship between nonpsychotic and subthreshold psychotic symptoms prior to emergence of a first episode of psychosis. **Schizophrenia Bulletin**, v. 47, n. 3, p. 604-614, 2021.

DA SILVA, A. S. *et al.*, Correlates of Physical Activity in Brazilian Older Adults: The National Health Survey 2019. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 20, n. 3, p. 2463, 2023.

DA SILVA, V. D. *et al.*, Association between frailty and the combination of physical activity level and sedentary behavior in older adults. **BMC Public Health**, v. 19, n. 1, p. 709, 2019.

DANTAS, B. M. S. *et al.*, Distúrbios do sono e fatores associados a transtornos psíquicos menores em indivíduos em tratamento oncológico. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 8, p.1-10, 2021.

FAULKNER, G.; BIDDLE, S. J. H. Standing on top of the world: Is sedentary behaviour associated with mental health? **Mental Health and Physical Activity**, Sedentary Behavior and Mental Health: An Emerging Research Focus. v. 6, n. 1, p. 1–2, 2013.

FENG, Z. *et al.*, The relationship between depressive symptoms and activity of daily living disability among the elderly: results from the China Health and

Retirement Longitudinal Study (CHARLS). **Public Health**, v. 198, p. 75-81, 2021.

FHON, J. R. S. *et al.*, The Mental Health of the Peruvian Older Adult during the COVID-19 Pandemic. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 19, n. 24, p. 16893, 2022.

FUSAR-POLI, P. *et al.*, What is good mental health? A scoping review. **European Neuropsychopharmacology**, v. 31, p. 33-46, 2020.

GAINO, L. V.; ALMEIDA, L. Y.; OLIVEIRA, J. L.; NIEVAS, A. F.; SAINT-ARNAULT, D.; SOUZA, J. O papel do apoio social no adoecimento psíquico de mulheres. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 27, p. e3157, 2019.

GALVÃO, L. L. *et al.*, Physical activity combined with sedentary behaviour in the risk of mortality in older adults. **Revista de Saúde Pública**, v. 55, p. 60, 2021.

GARCÍA-HERMOSO, A. *et al.*, Safety and Effectiveness of Long-Term Exercise Interventions in Older Adults: A Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. **Sports Medicine**, v. 50, n. 6, p. 1095-1106, 2020.

GAVELIN, H. M. *et al.*, Combined physical and cognitive training for older adults with and without cognitive impairment: A systematic review and network meta-analysis of randomized controlled trials. **Ageing Research Reviews**, v. 66, p. 101232, 2021.

GOIS, R. O.; GOIS, B. O.; PEREIRA, M. C. C. S.; TAGUCHI, C. K. Estado mental e impacto do zumbido em idosos. **Revista CEFAC**, v. 16, n. 3, p. 798-809, 2014.

GOLDBERG, D.; HUXLEY, P. Common mental disorders: a biosocial model. London: **Tavistock**, 1992.

GOMES, A.P *et al.*, Mental disorders and suicide risk in emerging adulthood: the 1993 Pelotas birth cohort. **Rev. Saúde Pública**, v.53, p.96-106, 2019.

GRGIC, J. *et al.* Health outcomes associated with reallocations of time between sleep, sedentary behaviour, and physical activity: a systematic scoping review of isotemporal substitution studies. **The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity**, v. 15, n. 1, p. 69, 2018.

GRININ, L.; GRININ, A.; KOROTAYEV, A. Global Aging: An Integral Problem of the Future. How to Turn a Problem into a Development Driver? **Cham: Springer International Publishing**, p. 117-135, 2023.

HABTAMU, Y. *et al.*, Magnitude of common mental disorders and factors associated among people living in Addis Ababa Ethiopia 2018: community based cross-sectional study. **BMC psychiatry**, v. 22, n. 1, p. 160, 2022.

HARDING, T. W., DE ARANGO, M. V., BALTAZARr, J. *et al.*, Mental disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four developing countries. **Psychol Med**, v. 10, n. 2, p. 231-241, 1980.

HEMMETER, U. M.; NGAMSRI, T. Körperliche Aktivität und psychische Gesundheit: Fokus Alter [Physical Activity and Mental Health in the Elderly]. **Praxis**, v. 110, n. 4, p. 193-198, 2022.

HENRIQUES, I. F. *et al.* Relation of common mental disorder, physical activity and body mass index in women, population-based study. **Journal of Physical Education**, v. 28, n. 1, 2017.

HERT, M.; DETRAUX, J.; VANCAMPFORT, D. The intriguing relationship between coronary heart disease and mental disorders. **Dialogues in Clinical Neuroscience**, v. 20, n. 1, p. 31-40, 2018.

HOLLAR, D. W. **O método dos coeficientes de caminho**. In: Análise de Trajetória na Atenção à Saúde. Cham: Springer, 2018.

HU, W. *et al.* Systematic review and meta-analysis of the association between malnutrition and risk of depression in the elderly. **Alpha psychiatry**, v. 25, n. 2, p. 183–189, 2024.

HU, W. *et al.*, The role of depression and physical activity in the association of between sleep quality, and duration with and health-related quality of life among the elderly: a UK Biobank cross-sectional study. **BMC geriatrics**, v. 22, n. 1, p. 338, 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Censo Demográfico 2022**.

JELLINGER, K. A.; ATTEMS, J. Challenges of multimorbidity of the aging brain: A critical update. **Journal of Neural Transmission**, v. 122, n. 4, p. 505-521, 2015.

JIANG, Y. *et al.*, The association between sedentary behavior and falls in older adults: A systematic review and meta-analysis. **Frontiers in Public Health**, v. 10, p. 1019551, 2022.

KANDOLA, A.; STUBBS, B. Exercise and Anxiety. **Advances in Experimental Medicine and Biology**, v. 1228, p. 345-352, 2020.

KEHLER, D.S.; THEOU, O. The impact of physical activity and sedentary behaviors on frailty levels. **Mechanisms of Ageing and Development**, v. 180, p. 29-41, 2019.

LANDEIRO, F. *et al.*, Reducing social isolation and loneliness in older people: a systematic review protocol. **BMJ Open**, v. 17, n. 5, p. e013778, 2017.

LÁZARI, M. R. D. *et al.*, Prevalência e incidência de deficit cognitivo em pessoas idosas: associações com atividade física no lazer. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 25, 2023.

LIN, Y. H. *et al.*, Physical activity and successful aging among middle-aged and older adults: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. **Aging**, v. 12, n. 9, p. 7704-7716, 2020.

LIU, S. *et al.* Brain structure and function show distinct relations with genetic predispositions to mental health and cognition. **Biological psychiatry: cognitive neuroscience and neuroimaging**, v. 8, n. 3, p. 300–310, 2023.

LÓPEZ-OTÍN, C.; BLASCO, M. A.; PARTRIDGE, L.; SERRANO, M.; KROEMER, G. The hallmarks of aging. **Cell**, v. 153, n. 6, p. 1194-1217, 2013.

LU, B. *et al.*, Reparo sináptico baseado em BDNF como estratégia modificadora de doenças neurodegenerativas. **Nature Reviews Neuroscience**, v. 14, n. 6, p. 401-416, 2013.

MALCOLM, M.; FROST, H.; COWIE, J. Loneliness and social isolation causal association with health-related lifestyle risk in older adults: a systematic review and meta-analysis protocol. **Systematic Reviews**, v. 8, n. 1, p. 48, 2019.

MANWELL, L. A. *et al.* Digital dementia in the internet generation: excessive screen time during brain development will increase the risk of Alzheimer's disease and related dementias in adulthood. **Journal of integrative neuroscience**, v. 21, n. 1, p. 28, 2022.

MARAIS, L.; STEIN, D.J.; DANIELS, W.M. O exercício aumenta os níveis de BDNF no estriado e diminui o comportamento do tipo depressivo em ratos cronicamente estressados. **Doença cerebral metabólica**, v. 24, p. 587-597, 2009.

MARKOV, A.; HAUSER, L.; CHAABENE, H. Effects of Concurrent Strength and Endurance Training on Measures of Physical Fitness in Healthy Middle-Aged and Older Adults: A Systematic Review with Meta-Analysis. **Sports Medicine**, v. 53, n. 2, p. 437-455, 2023.

MARTINIANO, J.; MONTEIRO-SOARES, M. As repercussões do envelhecimento no membro inferior. In: Olhares sobre o envelhecimento. **Estudos interdisciplinares**, vol. I. p. 59-68, 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (2021). Saúde mental tem investimento de R\$ 57 milhões em 2021. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2021/dezembro/saude-mental-tem-investimento-de-r-57-milhoes-em-2021>>. Acesso em: 19 jun. 2024.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). GUIA DE ATIVIDADE FÍSICA: PARA A POPULAÇÃO BRASILEIRA. **Ministério da Saúde**, n. 1^a, p. 7 - 11, 1 jun. 2021.

Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/ministerio-da-saude-disponibiliza-guia-de-atividade-fisica-para-a-populacao-brasileira/>. Acesso em: 1 jun. 2023.

MITCHELL, E.; WALKER, R. Global ageing: successes, challenges and opportunities. **British journal of hospital medicine** (London, England : 2005), v. 81, n. 2, p. 1–9, 2020.

NAÇÕES UNIDAS (2022). Custos globais com saúde mental excedem US\$ 1 trilhão. Disponível em: <<https://news.un.org/pt/story/2022/10/1803477>>. Acesso em: 19 jun. 2024.

NIKITAS, C. et al. Recommendations for physical activity in the elderly population: A scoping review of guidelines. **Journal of Frailty Sarcopenia and Falls**, v. 07, n. 01, p. 18–28, 2022.

OHRNBERGER, J.; FICHERA, E.; SUTTON, M. The relationship between physical and mental health: A mediation analysis. **Social Science & Medicine**, v. 195, p. 42-49, 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (2019). Perspectivas da População Mundial em 2019. Disponível em: <<https://population.un.org/wpp/Download/Standard/Population/>> Acesso em: 07 de novembro de 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Envelhecimento e Saúde (2022). Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>. Acesso em: 19 abr. 2024.

PANDI-PERUMAL, S. R. *et al.*, Clarifying the role of sleep in depression: A narrative review. **Psychiatry Research**, v. 291, p. 113239, 2020.

PARREIRA, B.D.M., GOULART, B.F., HAAS, V.J. *et al.*, Common mental disorders and associated factors: a study of women from a rural area. **Rev esc enferm USP**, v. 51, p. 1-8, 2017.

PATE, R. *et al.*, Physical Activity and Public-Health - a Recommendation from the Centers-for-Disease Control and Prevention and the American College of Sports. **JAMA**, v. 273, n. 5, p. 402–407, 1995.

PATTEN, S. B. *et al.*, Patterns of association of chronic medical conditions and major depression. **Epidemiology and Psychiatric Sciences**, v. 27, n. 1, p. 42-50, 2018.

PAUL, S. *et al.*, Experiential learning in a virtual “Living Lab in Aging” course in a mental health setting: a qualitative study. **Gerontology and Geriatrics Education**, v. 28, p. 1-16, 2022.

PEARCE, M. *et al.*, Association Between Physical Activity and Risk of Depression: A Systematic Review and Meta-analysis. **JAMA psychiatry**, v. 79, n. 6, p. 550-559, 2022.

PENG, S.; WANG, S.; FENG, X. L. Multimorbidity, depressive symptoms and disability in activities of daily living amongst middle-aged and older Chinese: Evidence from the China Health and Retirement Longitudinal Study. **Journal of Affective Disorders**, v. 295, p. 703-710, 2021.

PIGGIN, J. What is physical activity? A holistic definition for teachers, researchers and policy makers. **Front Sports Act Living**, v. 2, n. 72, p. 2-7, 2020.

POSADZKI, P.; PIEPER, D.; BAJPAI, R. *et al.*, Exercise/physical activity and health outcomes: an overview of Cochrane systematic reviews. **BMC Public Health**, v. 20, n. 1, p. 1724, 2020.

RAMOS, F. P. *et al.*, Fatores associados à depressão em idoso. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 19, p. e239, 2019.

RIBEIRO, W. S. *et al.*, Indicadores de saúde mental na atenção primária à saúde: avaliando a qualidade do acesso através da capacidade de detecção de casos. **Cad Saúde Pública**, v. 37, n. 9, 2021.

RIENMANN, D. *et al.*, Sleep, insomnia, and depression. **Neuropsychopharmacology**, v. 45, n.1, p. 74-89, 2020.

ROBERTS, C. E. *et al.*, Effect of Different Types of Physical Activity on Activities of Daily Living in Older Adults: Systematic Review and Meta-Analysis. **Journal of Aging and Physical Activity**, v. 25, n. 4, p. 653-670, 2017.

RUIZ-GONZÁLEZ, D. *et al.* Effects of physical exercise on plasma brain-derived neurotrophic factor in neurodegenerative disorders: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. **Neuroscience and biobehavioral reviews**, v. 128, p. 394–405, 2021.

SANDY J, P. A.; BORIM, F. S. A.; NERI, A. L. Solidão e sua associação com indicadores sociodemográficos e de saúde em adultos e idosos brasileiros: ELSI-Brasil. **Cadernos de saúde pública**, v. 39, n. 7, 2023.

SANTOS, G. D. B. V. D.; ALVES, M. C. G. P.; GOLDBAUM, M.; CESAR, C. L. G.; GIANINI, R. J. Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados em moradores da área urbana de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, p. e00236318, 2019.

SCHUCH, F. B. *et al.*, Physical Activity and Incident Depression: A Meta-Analysis of Prospective Cohort Studies. **The American Journal of Psychiatry**, v. 175, n. 7, p. 631-648, 2018.

SENICATO, C.; AZEVEDO, R. C. S.; BARROS, M. B. A. Transtorno mental comum em mulheres adultas: identificando os segmentos mais vulneráveis. **Cien Saude Colet**, v. 23, n. 8, p. 2543-2554, 2018.

SILVA, A. B.; SILVA, I. K.; MEIRA, G. R.; ARAÚJO, A. J. S.; GARCIA, A. N. M.; SANTOS, A. C. O. Ambulatory evaluation of elderly people as regards fragility syndrome, nutritional aspects and family functionality. **Revista Kairós**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 317-330, 2018b.

SILVA, A. R.; SGNAOLIN, V.; NOGUEIRA, E. L.; LOUREIRO, F.; ENGROFF, P.; GOMES, I. Doenças crônicas não transmissíveis e fatores sociodemográficos associados a sintomas de depressão em idosos. **Jornal brasileiro de Psiquiatria**, v. 66, p. 45-51, 2017a.

SILVA, P. A. S. *et al.*, Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados entre idosos de um município do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n.2, p. 639-646, 2018a.

SIMÕES MARIA, M.; BÜLA, C.; SANTOS-EGGIMANN, B.; KRIEF, H.; HEINZER, R.; SEEMATTER-BAGNOUD, L. Sleep characteristics and self-rated health in older persons. **European geriatric medicine**, v. 11, n. 1, p. 131-138, 2020.

SOARES, P.S.M.; MEUCCI, R.D. Epidemiologia dos Transtornos Mentais Comuns entre mulheres na zona rural de Rio Grande, RS, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.25, n.8, p. 3087-3095, 2020.

SONI, A. *et al.*, Association of common mental disorder symptoms with health and healthcare factors among women in rural western India: results of a cross-sectional survey. **BMJ Open**, v. 6, n. 7, p. e010834, 2016.

SOUSA, C.C. *et al.*, Insatisfação com o trabalho, aspectos psicossociais, satisfação pessoal e saúde mental de trabalhadores e trabalhadoras da saúde. **Cadernos de Saúde Pública** [online], v. 37, n. 7, e00246320, 2021

SOUZA JÚNIOR, E. V. *et al.*, Association between common mental disorders and quality of life in older adults. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 55, p.1-9, 2021.

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

STRAIN, T. *et al.* National, regional, and global trends in insufficient physical activity among adults from 2000 to 2022: a pooled analysis of 507 population-based surveys with 5,7 million participants. **The Lancet. Global health**, v. 12, n. 7, p. e1000-e1010, 2024.

TESSARO, V. C. Z.; SILVA, A. M. R.; LOCH, M. R. Stages of change for leisure time physical activity in Brazilian adults: longitudinal study. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 8, p. 2969-2980, 2021.

TREMBLAY, M. S. *et al.*, Sedentary Behavior Research Network (SBRN) - Terminology Consensus Project process and outcome. **The International**

Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, v. 14, n. 1, p. 75, 2017.

VIGO, D.; THORNICROFT, G.; ATUN, R. Estimating the true global burden of mental illness. **The lancet. Psychiatry**, v. 3, n. 2, p. 171–178, 2016.

WEBSTER, K. E. *et al.*, Device-measured sedentary behavior in oldest old adults: A systematic review and meta-analysis. **Preventive Medicine Reports**, v. 18, n. 23, p. 101405, 2021.

WONG, M. Y. C. *et al.*, The relationship between physical activity, physical health, and mental health among older Chinese adults: A scoping review. **Frontiers in Public Health**, v. 10, p. 914548, 2023.

World Health Organization (1975). Organization of mental health services in developing countries: sixteenth report of the WHO Expert Committee on Mental Health. Geneva: Who. Disponível em: <
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/38212> > Acesso em 08 de novembro de 2022.

World Health Organization. Physical activity (2024). Disponível em:
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>. Acesso em: 26 jun. 2024.

WU, Y, T *et al.*, Uma associação entre depressão, ansiedade e mortalidade em idosos em oito países de baixa e média renda: resultados do estudo de coorte 10/66. **Int J Geriatr Psiquiatria**, v. 1, 29-36, 2020.

ZENEBE, Y.; AKELE, B.; W/SELASSIE, M. *et al.* Prevalência e determinantes da depressão na velhice: uma revisão sistemática e meta-análise. **Ann Gen Psiquiatria**, v. 55, 2021.

ZHAO, J. L. *et al.*, Exercise, brain plasticity, and depression. **CNS Neuroscience & Therapeutics**, v. 26, n. 9, p. 885-895, 2020.

ANEXO A – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
TRIÂNGULO MINEIRO -
HC/UFTM



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

ANEXO B – Questionário do estudo SIM - Saúde do Idoso de Matutina

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

II – FUNÇÃO COGNITIVA

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

Variável	Pontos		Pontuação
Orientação			<p><i>1 ponto para cada resposta certa.</i></p> <p><i>Considere correta até 1h a mais ou a menos em relação à hora real /local</i></p>
Que dia é hoje do mês?	1		
Em que mês estamos?	1		
Em que ano estamos?	1		
Em que dia da semana estamos?	1		
Qual a hora aproximada?	1		
Em que local nós estamos? (<i>sentido mais amplo, ex. casa, UBS</i>)	1		
Que local é este aqui? (<i>local específico, ex. sala, cozinha</i>)	1		
Em que bairro nós estamos ou qual o nome da rua próxima?	1		
Em que cidade nós estamos?	1		
Em que estado nós estamos?	1		
Memória Imediata: Eu vou dizer três palavras e o(a) Sr(a) irá repeti-las a seguir:			
Carro, vaso, tijolo	3		
Atenção e Cálculo: subtração de setes seriadamente			<p><i>Considere 1 ponto para cada resultado correto.</i></p> <p><i>Considere correto se o examinado espontaneamente se autocorriger.</i></p>
100 – 7 = 93	1		
93 – 7 = 86	1		
86 – 7 = 79	1		
79 – 7 = 72	1		
72 – 7 = 65	1		
Evocação: Quais as três palavras ditas anteriormente			<p><i>1 ponto para cada uma das palavras evocadas corretamente</i></p>
Carro, vaso, tijolo	3		
Linguagem			<p><i>1 ponto para cada resposta certa</i></p>
Nomear um relógio	1		
Nomear uma caneta	1		
Preste atenção: vou lhe dizer uma frase e quero que o(a) Sr(a) repita depois de mim: “Nem aqui, nem ali, nem lá”	1		
Comando: “Pegue este papel com sua mão direita, dobre-o ao meio e coloque-o no chão.	3		<p><i>1 ponto para cada etapa correta. Se o sujeito pedir ajuda no meio da tarefa não dê dicas.</i></p>
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		<p><i>1 ponto se correto.</i></p> <p><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></p>
Copie o desenho: 	1		<p><i>Considere apenas se houver 2 pentágonos interseccionados (10 ângulos) formando uma figura de quatro lados ou com dois ângulos</i></p>
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).

6.2. Descreva o nome dos medicamentos de uso contínuo:

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

QUESTIONÁRIO SOBRE DOR LOMBAR

Definição de um episódio de dor lombar:
"Dor lombar e qualquer dor entre a última costela e a parte inferior das nádegas com duração superior a 24 horas, precedido de 30 dias sem dor.

7. Prevalência pontual (nesse momento)

7.1 Você está sentindo dor na região lombar (área mostrada na figura)?

⁰[0] Não ¹[1] Sim

7.1.1. Se SIM, essa dor foi o suficiente para limitar suas atividades habituais ou mudar sua rotina diária por mais de um dia?

⁰[0] Não ¹[1] Sim ²[2] Não se aplica [Caso responda não na questão 7.1]

7.1.2. Esta dor está irradiando para a perna (ciática)?

⁰[0] Não ¹[1] Sim ²[2] Não se aplica [Caso responda não na questão 7.1]

7.1.2.3 Se SIM, essa dor está estendendo abaixo do joelho?

⁰[0] Não ¹[1] Sim ²[2] Não se aplica [Caso responda não na questão 7.1.2]

8. Prevalência de 365 dias

8.1. Você sentiu dor na região lombar (área mostrada na figura)?

⁰[0] Não ¹[1] Sim

8.1.1. Se SIM, essa dor foi o suficiente para limitar suas atividades habituais ou mudar sua rotina diária por mais de um dia?

⁰[0] Não ¹[1] Sim ²[2] Não se aplica [Caso responda não na questão 8.1]

8.2.2. Esta dor irradiou para a perna (ciática)?

⁰[0] Não ¹[1] Sim ²[2] Não se aplica [Caso responda não na questão 8.1]

8.2.3. Se SIM, essa dor se estendeu abaixo do joelho?

⁰[0] Não ¹[1] Sim ²[2] Não se aplica [Caso responda não na questão 8.1.2]

8.2.4. Se você teve dor lombar nos últimos 365 dias, qual foi a frequência de aparecimento dessa dor?

⁰[0] Em alguns dias ¹[1] Na maioria dos dias ²[2] Todos os dias ³[3] Não se aplica [Caso responda não na questão 8.1]

Se você teve dor lombar nos últimos 365 dias, quanto tempo durou desde que você teve um mês inteiro assintomático?

⁰[0] Menos de 3 meses ¹[1] 3 meses ou mais, mas menos de 7 meses ²[2] 7 meses ou mais, mas menos de 3 anos

³[3] 3 anos ou mais ⁴[4] Não se aplica [Caso responda não na questão 8.1]

9. ESCALA DE AVALIAÇÃO NUMÉRICA DA DOR

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

^o[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

^o[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 preensão manual: _____ KgF

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

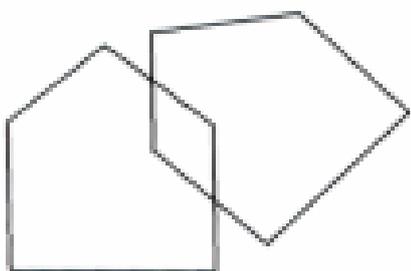
83. Ir e vir 2,44 m: _____ segundos 84. Marcha estacionária de 2 minutos: _____ repetições de passadas.

Entrevistador: _____

Muito Obrigado(a)!

Horário de Término: ____h ____min

Desenho



Frase