

TATIANA SILVA DA CONCEIÇÃO

**SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA, ATIVIDADE FÍSICA E COMPORTAMENTO
SEDENTÁRIO EM IDOSOS: UM ESTUDO LONGITUDINAL**

**UBERABA
2022**

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

Tatiana Silva da Conceição

**SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA, ATIVIDADE FÍSICA E COMPORTAMENTO
SEDENTÁRIO EM IDOSOS: UM ESTUDO LONGITUDINAL**

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

Orientadora: Profa. Dra. Sheilla Tribess

UBERABA
2022

Catálogo na fonte:

Biblioteca da Universidade Federal do Triângulo Mineiro

C745s Conceição, Tatiana Silva da
Sintomatologia depressiva, atividade física e comportamento sedentário em idosos: um estudo longitudinal / Tatiana Silva da Conceição. – 2022.
81 f. : il., tab.

Dissertação (Mestrado em Educação Física) – Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, 2022
Orientadora: Profa. Dra. Sheilla Tribess

1. Depressão em idosos. 2. Exercício físico. 3. Idosos- Saúde e higiene. 4. Comportamento sedentário. I. Tribess, Sheilla. II. Universidade Federal do Triângulo Mineiro. III. Título.

CDU 613.71-053.9

Tatiana Silva da Conceição

**SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA, ATIVIDADE FÍSICA E COMPORTAMENTO
SEDENTÁRIO EM IDOSOS: UM ESTUDO LONGITUDINAL**

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

Aprovada em 26 de agosto de 2022.

Banca Examinadora:

Dra. Sheilla Tribess – Orientadora
Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Dr. Douglas de Assis Teles Santos
Universidade do Estado da Bahia

Dr. Bruno de Freitas Camilo
Universidade do Estado de Minas Gerais

Dedico este trabalho a minha mãe que sempre acreditou nos meus sonhos, me apoiou e me encorajou a ser perseverante mediante as adversidades da vida.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer primeiramente a Deus que me sustentou até aqui, renovou minhas forças mediante a todos os obstáculos que surgiram nesse período, inclusive nessa reta final.

À minha família em especial a minha mãe que sempre me apoiou e me suportou para que meus objetivos fossem alcançados, o sentimento mediante a conclusão deste trabalho é de gratidão e reconhecimento, reconhecer o quanto privilegiada sou de vivenciar essa gama de conhecimento e o quanto bom Deus tem sido em colocar grandes pessoas no momento certo da minha caminhada.

E por falar em grandes pessoas, dedico meus agradecimentos aos meus professores em especial a minha orientadora Profa. Dra. Sheilla Tribess, por confiar desde o início na minha capacidade em realizar um mestrado, compreender todos os momentos difíceis e me fazer acreditar que tudo ia correr bem, a sua orientação e confiança em meu trabalho foi significativa desde o princípio.

Ao Prof. Dr. Jair Sindra Virtuoso Junior pela sua orientação como professor e coordenador no início da pós, bem como, pela iniciativa em realizar o projeto “Estudo Longitudinal de Saúde do Idoso de Alcobaça (ELSIA)”, o qual este estudo faz parte e que visa contribuir para uma melhor qualidade de vida da população idosa.

Aos meus professores Prof. Dr. Douglas de Assis Teles Santos, Profa. Dra. Rafaela Gomes dos Santos e Prof. Dr. Bruno de Freitas Camilo, pois analisando minha trajetória acadêmica percebo o quão importante foi tê-los como professores na graduação, que para além da sala de aula, conseguiram me encorajar a ser um profissional melhor a cada dia, afinal, o que se aprende em sala de aula não fica só na sala de aula, levamos para a vida.

Aos meus colegas do mestrado, especialmente a Daniela de Jesus Costa que desde o princípio seguimos juntas, nos ajudando e acompanhando o desenvolvimento e dificuldades uma das outras. O apoio de vocês foi fundamental, principalmente durante o período de pandemia, momento o qual dificultou na aprendizagem, mas que só evidencia a necessidade da troca de conhecimento em sala de aula e que mesmo de forma online conseguiram contribuir para minha formação.

À Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM) e ao Programa de Pós-graduação em Educação Física (PPGEF) que proporciona um vasto crescimento profissional e acadêmico a todos que participam.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo apoio financeiro durante todo o curso.

Aos idosos participantes da pesquisa, à secretaria de Saúde e ao município de Alcobaça, por abrirem espaço para esta pesquisa.

A todos os envolvidos, organizadores, professores e voluntários, pois sem eles este estudo não seria possível.

“Confia no Senhor, anima-te, e ele fortalecerá o teu coração; espera, pois, no Senhor.”

(Versículo da Bíblia Salmos 27:14)

RESUMO

A sintomatologia depressiva vem sendo associada a comportamentos relacionados ao estilo de vida, como a atividade física (AF) e o comportamento sedentário (CS). O risco de desenvolver sintomas depressivos é maior em indivíduos inativos fisicamente e/ou com alto tempo em comportamento sedentário, em contrapartida, a prática regular de atividade física contribui para prevenção e diminuição dos sintomas. Embora existam estudos investigando a relação dessas variáveis, poucos são realizados mediante as trajetórias dos comportamentos ao longo do tempo e na população idosa. Desse modo, o presente estudo tem como objetivo identificar a incidência de sintomatologia depressiva e sua associação com a atividade física e comportamento sedentário mediante suas trajetórias em idosos da comunidade no seguimento de cinco anos (2015-2020). Este trabalho faz parte do Estudo Longitudinal de Saúde do Idoso de Alcobaça-BA, um estudo exploratório do tipo *survey* de coorte prospectiva. A população compreendeu idosos com 60 anos ou mais cadastrados na Estratégia de Saúde da Família – ESF, 473 idosos participaram da primeira onda e 230 na segunda onda, obtendo uma amostra de 208 idosos. Foram coletadas informações sociodemográficas, de saúde e comportamentais. A sintomatologia depressiva foi verificada por meio da Escala de Depressão Geriátrica - GDS-15 e o ponto de corte adotado para presença de sintomas depressivos foi de >5 pontos. O nível de AF e tempo de exposição ao CS foram mensurados por meio do questionário *International Physical Activity Questionnaire* - IPAQ. Para análise de dados foram utilizados procedimentos da estatística descritiva (média e desvio padrão) e inferencial (Modelos de regressão de Poisson robusta e curva *Receiver Operating Characteristic* -ROC) $p \leq 0,05$. A incidência de sintomatologia depressiva foi de 11,1%, sendo 6,3% para os homens e 14,0% para as mulheres. A trajetória da AF evidenciou um maior risco relativo para desenvolver sintomas depressivos nos idosos inativos fisicamente tanto na primeira como na segunda onda (RR 4,34 IC95%1,21-15,56) na análise ajustada. Do mesmo modo, a trajetória do CS evidenciou que ter alto CS nas duas ondas demonstrou 3,53 (IC95%1,02-12,22) maior risco de desenvolver sintomas depressivos, na análise bruta e ajustada. Os pontos de corte de ≤ 400 min/sem para homens e ≤ 140 min/sem para mulheres de AF de intensidade moderada ou vigorosa acumulada em diferentes domínios, apresentaram melhores

valores discriminantes para a presença de sintomatologia depressiva em idosos da comunidade. Os valores encontrados no CS não foram potenciais para discriminar os sintomas depressivos em idosos de Alcobaça, BA. Idosos inativos fisicamente e/ou com alto CS após cinco anos da linha de base, possuíam maior risco de desenvolver sintomatologia depressiva em relação a idosos ativos fisicamente e/ou com baixo CS. Além disso, homens necessitam realizar mais AF do que mulheres para melhores níveis de sintomas depressivos. A inatividade física e CS são fatores modificáveis, deve-se incentivar a população idosa a substituir esses comportamentos por práticas de AF e estimular sua manutenção ao longo da vida para maiores benefícios sobre a sintomatologia depressiva.

Palavras-chaves: sintomatologia depressiva; atividade física; comportamento sedentário; idoso; saúde do Idoso.

ABSTRACT

Depressive symptoms have been associated with lifestyle-related behaviors, such as physical activity (PA) and sedentary behavior (SB). The risk of developing depressive symptoms is higher in individuals who are physically inactive and/or have a long time in sedentary behavior; on the other hand, the regular practice of physical activity contributes to the prevention and reduction of symptoms. Although there are studies investigating the relationship between these variables, few have been conducted on the trajectories of behaviors over time and in the elderly population. Thus, the present study aims to identify the incidence of depressive symptoms and its association with physical activity and sedentary behavior through its trajectories in community-dwelling elderly people in a five-year follow-up (2015-2020). This work is part of the Longitudinal Study of the Health of the Elderly of Alcobaça-BA, an exploratory study of the prospective cohort survey type. The population comprised elderly people aged 60 years or older registered in the Family Health Strategy - ESF, 473 elderly people participated in the first wave and 230 in the second wave, obtaining a sample of 208 elderly people. Sociodemographic, health, and behavioral information was collected. The depressive symptomatology was verified by means of the Geriatric Depression Scale - GDS-15 and the cutoff point adopted for the presence of depressive symptoms was >5 points. The level of PA and exposure time to SB were measured using the International Physical Activity Questionnaire - IPAQ. For data analysis we used descriptive statistics (mean and standard deviation) and inferential procedures (Robust Poisson Regression Models and Receiver Operating Characteristic -ROC curve) $p \leq 0.05$. The incidence of depressive symptomatology was 11.1%, being 6.3% for men and 14.0% for women. The PA trajectory evidenced a higher relative risk for developing depressive symptoms in the physically inactive elderly in both the first and second wave (RR 4.34 95%CI1.21-15.56) in the adjusted analysis. Similarly, the SB trajectory evidenced that having high SB at both waves demonstrated 3.53 (95%CI1.02-12.22) increased risk of developing depressive symptoms in the crude and adjusted analysis. The cut-off points of ≤ 400 min/week for men and ≤ 140 min/week for women of moderate or vigorous intensity PA accumulated in different domains, showed better discriminant values for the presence of depressive symptomatology in community-dwelling elderly. The values found in the SB were not potential to discriminate depressive symptoms in elderly from Alcobaça, BA. Older

adults who were physically inactive and/or with high SB after 5 years from baseline had a higher risk of developing depressive symptoms than older adults who were physically active and/or with low SB. In addition, men needed to perform more PA than women for better levels of depressive symptoms. Physical inactivity and SB are modifiable factors, and the elderly population should be encouraged to replace these behaviors by PA practices and stimulate their maintenance throughout life for greater benefits on depressive symptoms.

Key words: depressive symptomatology. physical activity. sedentary behavior. elderly. elderly health.

LISTA DE FIGURAS

Figuras

1. Classificação dos sintomas depressivos proposto por Del Porto (1999).....19
2. Hipóteses do efeito da atividade física sobre a sintomatologia depressiva.26
3. Organograma da distribuição da população e amostra de idosos da comunidade de Alcobaça – BA no período de 2015 – 2020.....30
4. Área sob a curva, sensibilidade e especificidade da atividade física geral, homens e mulheres como discriminantes da sintomatologia depressiva em idosos, Alcobaça, BA.40
5. Área sob a curva, sensibilidade e especificidade do comportamento sedentário geral, homens e mulheres como discriminantes da sintomatologia depressiva em idosos, Alcobaça, BA.....41

LISTA DE TABELAS

Tabelas

1. Características sociodemográficas e comportamentais de idosos na linha de base, n = 208.36
2. Prevalência e incidência de sintomatologia depressiva em idosos de Alcobaça, BA.37
3. Risco de sintomatologia depressiva mediante a trajetória (2015 e 2020) de atividade física e comportamento sedentário em idosos.37
4. Parâmetros da curva ROC da atividade física e comportamento sedentário discriminantes da sintomatologia depressiva em idosos de ambos os sexos, Alcobaça - BA.39

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABVDs - Atividades Básicas da Vida Diária

ACSM - *American College of Sports Medicine*

AF - Atividade Física

AIVDs - Atividades Instrumentais de Vida Diária

APA - *American Psychiatric Association*

DSM-V - *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*

ELSIA - Estudo Longitudinal de Saúde do Idoso

ESF - Estratégia de Saúde da Família

GDS-15 - Escala de Depressão Geriátrica

HDL - *High Density Lipoprotein*

IC - Intervalo de Confiança

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IPAQ - *International Physical Activity Questionnaire*

MEEM - Mini Exame de Estado Mental

METS - Metabolic Equivalents

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

PNS - Pesquisa Nacional de Saúde

ROC - *Receiver Operating Characteristic*

RR - Risco Relativo

SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS - Unidade Básica de Saúde

UFTM - Universidade Federal do Triângulo Mineiro

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	18
1.1	VARIÁVEIS COMPORTAMENTAIS ASSOCIADAS AOS SINTOMAS DEPRESSIVOS EM IDOSOS: ATIVIDADE FÍSICA E COMPORTAMENTO SEDENTÁRIO	23
1.2	JUSTIFICATIVA	27
1.3	OBJETIVOS	28
1.3.1	Objetivo geral	28
1.3.2	Objetivos específicos	28
2	MÉTODOS	29
2.1	CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO	29
2.2	LOCAL DE ESTUDO	29
2.3	POPULAÇÃO E AMOSTRA	29
2.4	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	30
2.5	ROTEIRO DE COLETA DE DADOS E INSTRUMENTOS	31
2.6	VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E INDICADORES DE SAÚDE... 31	
2.7	SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA	32
2.8	VARIÁVEIS COMPORTAMENTAIS, SOCIODEMOGRÁFICAS E DE SAÚDE	32
2.9	PROCEDIMENTO ESTATÍSTICO	33
3	RESULTADOS	35
3.1	INCIDÊNCIA E RISCO DE SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA EM IDOSOS DA COMUNIDADE MEDIANTE AS TRAJETÓRIAS DE ATIVIDADE FÍSICA E COMPORTAMENTO SEDENTÁRIO NO SEGUIMENTO DE CINCO ANOS (2015-2020).....	35
3.2	PONTOS DE CORTE E O PODER DISCRIMINANTE DA ATIVIDADE FÍSICA E COMPORTAMENTO SEDENTÁRIO PARA A PRESENÇA DE SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA EM IDOSOS.	38
4	DISCUSSÃO	41
5	CONCLUSÃO	48
	REFERÊNCIAS	49
	APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO DO ELSIA 2015.....	60

ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA 2015	78
ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA 2020	79
ANEXO C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	82

1 INTRODUÇÃO

O número de pessoas envelhecidas mundialmente vem crescendo de forma acelerada nos últimos anos, a transição epidemiológica resultante da baixa taxa de fertilidade, redução da mortalidade infantil e aumento da expectativa de vida contribuem para o aumento da população idosa (OLIVEIRA, et al., 2019). Segundo a Organização das Nações Unidas – ONU (2021) o número de pessoas com 60 anos ou mais poderá triplicar até o ano de 2050.

De acordo com o avançar da idade, alterações biológicas, sociais e psicológicas vão ocorrendo (MOREIRA, 2012), os quais juntamente com mudanças no estilo de vida podem desencadear doenças e agravos crônicos não transmissíveis, o que normalmente vem acompanhado por comorbidades. Doenças e estresse emocional são fatores determinantes para o aparecimento de doenças cognitivas, sendo as mais comuns os vários tipos de demência e depressão (LUCENA; MAGNAGNO; LISE, 2021; BOTESINI, et al., 2020).

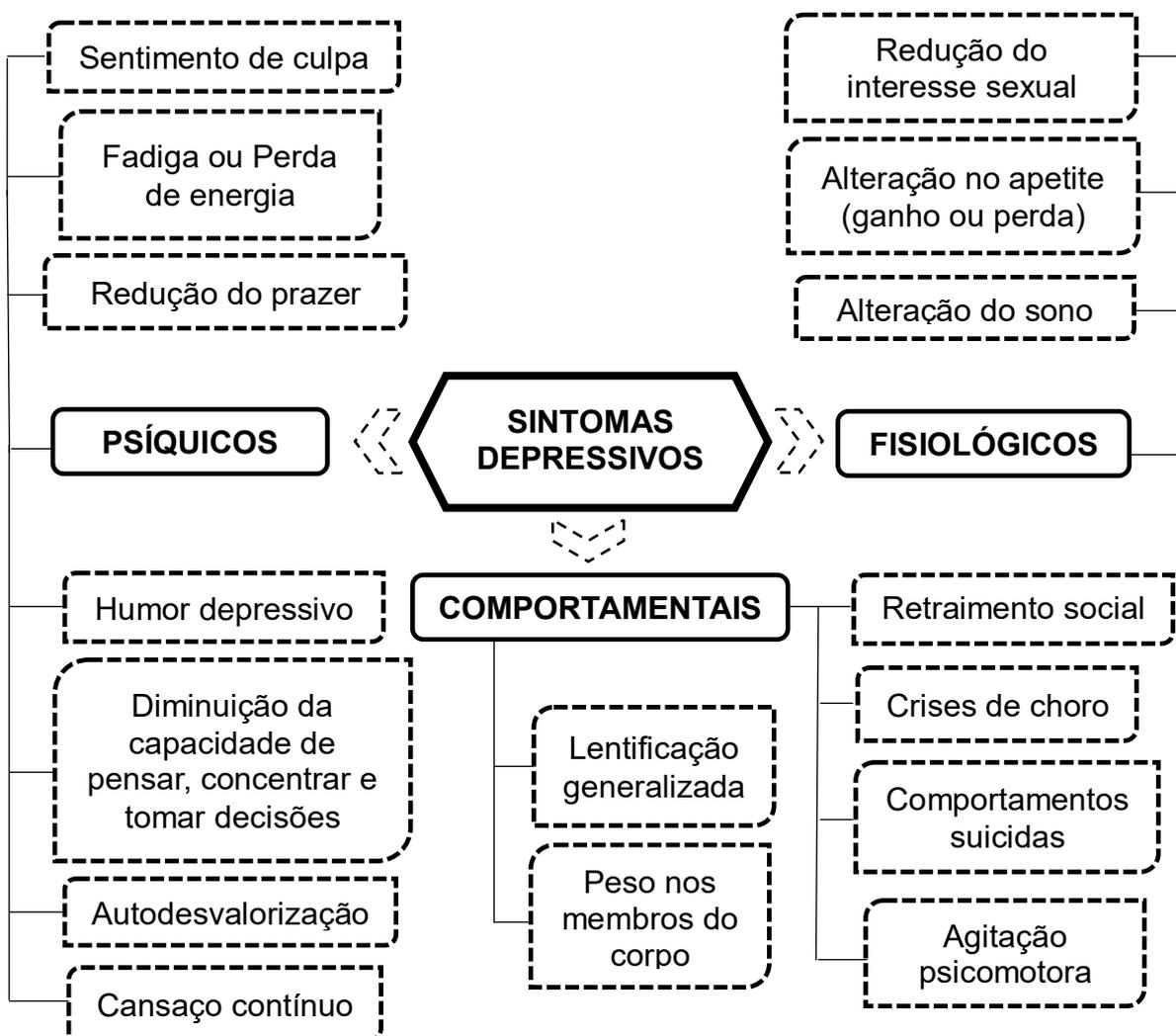
A depressão é um transtorno mental frequente na população em geral, é acometida em mais de 300 milhões de pessoas no mundo, em idosos a taxa de prevalência chega a 7,5% entre as mulheres e 5,5% entre os homens, além disso, a depressão é considerada uma das doenças de maior custo em termos de sofrimento humano, incapacidade e prejuízos econômicos (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2021).

A depressão pode ser dividida em dois subgrupos: transtorno depressivo maior / episódio depressivo e distímia, seus sintomas são classificados como leves, moderados ou graves (OMS, 2017).

O *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM-V* caracteriza o transtorno depressivo maior por: humor deprimido e acentuada diminuição do interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades por pelo menos duas semanas; perda ou ganho significativo de peso sem estar fazendo dieta ou redução ou aumento do apetite; insônia ou hipersonia; agitação ou retardo psicomotor; fadiga ou perda de energia; sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inapropriada; capacidade diminuída para pensar ou se concentrar; e pensamentos recorrentes de morte (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

O Transtorno Depressivo Persistente (Distímia) possui além dos sintomas já supracitados do transtorno depressivo maior, sentimento de tristeza e desesperança,

os quais podem durar por um período de dois anos ou mais (APA, 2014). Existem outras classificações para os sintomas depressivos, Del Porto (1999) os distribuem em psíquicos, fisiológicos e comportamentais (Figura 1).



Fonte: Adaptado por Del Porto, 1999.

Figura 1. Classificação dos sintomas depressivos.

Os sintomas depressivos psicóticos são definidos quando o indivíduo possui pior diagnóstico, pior resposta aguda ao antidepressivo, maior taxa de recaídas, maior gravidade dos sintomas, maior comprometimento neuropsicológico e histórico familiar positivo, sendo o delírio o seu principal sintoma, tem como fator predeterminante a atrofia cerebral e do sistema reticular ativador, e seu desenvolvimento durante a depressão pode estar relacionado a predisposição genética (ROZENTHAL; LAKS; ENGELHARDT, 2004).

Durante um quadro depressivo ocorrem alterações neurofisiológicas no indivíduo, o córtex pré-frontal o qual está envolvido no comportamento das emoções diminui seu metabolismo e o fluxo sanguíneo, possui uma hiperativação dessa área do cérebro e pode ter alterações em seu tamanho (ROZENTHAL; LAKS; ENGELHARDT, 2004).

O número de pessoas acima de 60 anos com sintomatologia depressiva tem crescido gradativamente (OMS, 2017), ocupando o quinto lugar de problemas de saúde mais incidentes no mundo (OMS, 2021).

No Brasil, um estudo de revisão sistemática realizada por Meneguci et al. (2019) identificou a prevalência média estimada de sintomatologia depressiva para idosos residentes na comunidade de 21,0% (IC95%: 18,0-25,0), com uma variação de 7,1% em estudo realizado no Sul do país e 39,6% na região Nordeste.

Batistoni, Neri e Cupertino (2010) em seu estudo prospectivo realizado com idosos brasileiros residentes da comunidade acompanhados por um período de 24 meses (2002 – 2004) após a linha de base, identificou uma incidência de 15,2% de sintomatologia depressiva com predominância maior em indivíduos do sexo feminino com média de idade de 75 anos.

Os sintomas depressivos na população idosa podem ser mascarados chegando a 40,0% dos casos de não serem reconhecidos, isso ocorre devido ao aumento dos sintomas somáticos tanto por se enquadrar em um sintoma depressivo, quanto do próprio envelhecimento, o qual normalmente se verifica o crescimento de queixas físicas diariamente e de comorbidades (RESENDE et al., 2011).

A sintomatologia depressiva no idoso está relacionada a vários fatores: 1) ser do sexo feminino, Gonçalves et al. (2018) identificaram que mulheres são mais propensas a ter sintomas depressivos do que homens, o que pode ser explicado devido a diferenças fisiológicas e hormonais, desigualdades econômicas e sociais, questões socioculturais e formas de lidar com situações estressoras (OMS, 2008).

2) Idade, possuir 70 anos ou mais predispõe o indivíduo tanto à sintomatologia depressiva, quanto ao risco de suicídio, um fato que tem sido pouco abordado na população idosa e vem crescendo cada dia mais (BRASIL, 2019; APA, 2014).

3) Características socioeconômicas do indivíduo, Freire et al. (2018) observaram que idosos com maiores sintomas depressivos eram solteiros, alfabetizados e com renda de até um salário mínimo. Isso faz com que o idoso crie

sentimentos de desvalorização ocasionado pela desigualdade econômica e social (OMS, 2008).

A aposentadoria é um fator que vem sendo associado à sintomatologia depressiva em idosos em virtude do processo gradual de perdas por ela desencadeado, no entanto, ela pode ser interpretada de diferentes formas por quem se aposenta (SILVA; TURRA; CHARIGLIONE, 2018).

A hipótese de sua relação com os sintomas depressivos se refere à sentimentos de frustrações de projetos de vida, inutilidade, solidão e crise de identidade geralmente ocasionada pela perda de papel social, baixa autoestima, mudança na relação familiar como a viuvez, diminuição da renda, autovisão, falta de planejamento prévio para afazeres futuros e falta do suporte social, principalmente por parte da família (SILVA; TURRA; CHARIGLIONE, 2018; MOREIRA, 2012).

Por isso, muitos idosos se aposentam e optam por continuar trabalhando, o que contribui para minimizar o impacto psicossocial e financeiro que é gerado (RIBEIRO; APRILE; PELUSO, 2020). Por outro lado, o excesso de trabalho também está associado aos sintomas depressivos (MANETTI; MARZIALE, 2007), pessoas que têm uma carga extensa de trabalho tendem a ser mais estressadas, o que também favorece para o surgimento de doenças mentais (depressão, síndrome de *burnout* e transtorno de ansiedade) (LONDERO; TAKARA, 2018).

Os problemas de saúde, a exemplos de doenças cardíacas e cerebrovasculares, respiratórias, oncológicas (neoplasias), são fatores de risco para depressão em idosos aposentados (OLIVEIRA et al., 2016). Pessoas com duas ou mais doenças crônicas apresentam maior prevalência de depressão (TAVARES et al., 2019), em contrapartida, ter depressão também pode levar a desenvolver doenças (Parkinson, acidente vascular encefálico, transtorno neurocognitivo maior tipo Alzheimer) (COSTA, et al., 2021).

O estudo de Amaral et al. (2018) verificou a associação da presença de multimorbidade com os sintomas depressivos em idosos, no qual evidenciou uma prevalência de 27,3% de sintomas depressivos, sendo em sua maior proporção aqueles indivíduos com duas ou mais doenças crônicas físicas ou mentais, o que consequentemente leva o idoso a aumentar o consumo de medicamentos.

Um estudo realizado com idosos diagnosticados com sintomas depressivos demonstrou que cerca de 60,0% faziam uso de 4 a 6 medicamentos, 21,0% de 7 a 9 e 5,0% acima de 10, além disso, aproximadamente 55,0% dos idosos tinham de 4 a 6

comorbidades e 29,0% de 1 a 3 comorbidades, as quais poderiam ser: hipertensão arterial sistêmica (a mais frequente), diabetes *mellitus*, osteoartrites, hipotireoidismo, acidentes vasculares encefálicos, demência vascular, osteoporose, parkinson, alzheimer, além de possuir risco aumentado de doenças cardiovasculares (COSTA, et al., 2021).

Embora o uso de medicamentos antidepressivos sejam uma fonte de tratamento para idosos deprimidos, eles podem gerar efeitos colaterais e eventos adversos como internações / hospitalizações (SCALCO, 2002). Os antidepressivos são comumente prescritos para a população idosa, não somente para tratamento da depressão, mas também para outros problemas de saúde como: incontinência urinária, transtorno de ansiedade, síndrome do intestino irritável e sedação noturna (DAROWSKI, et al., 2009).

Esses antidepressivos podem gerar efeitos colaterais que podem prejudicar a qualidade de vida do idoso, como por exemplo o aumento do número de quedas, isso ocorre em função a vários mecanismos: sedação, tontura e tempos de reação prejudicados, perda do equilíbrio, insônia, efeitos de alerta e sono perturbado, sonolência diurna, alterações na marcha e reflexos posturais, descondicionamento, retardo psicomotor, aumento da noctúria, hipotensão ortostática, condução cardíaca e distúrbios do ritmo, podendo causar distúrbios do movimento (DAROWSKI, et al., 2009).

As atividades de vida diária (AVDs) e hospitalização são outros fatores relacionados à sintomatologia depressiva (KUO, et al., 2017; SOUZA-MUNÕZ, et al., 2013). As AVDs se referem a capacidade do indivíduo de realizar atividades do dia a dia, como por exemplo cuidados pessoais (vestir-se, se alimentar e ir ao banheiro), e as atividades instrumentais de vida diária (AIVDs) são atividades mais complexas como lidar com finanças, uso de medicamentos, fazer compras, viajar (MLINAC; FENG, 2016).

Estudos vêm mostrando que idosos que são mais dependentes funcionalmente possuem mais sintomas depressivos comparados com àqueles com melhor capacidade funcional (KUO, et al., 2017; GARCIA; SANTOS; MANSO, 2021). Desse modo, apresentar sintomas depressivos pode afetar o nível de dependência funcional e quanto maior são os sintomas, mais a capacidade funcional é afetada (TRINDADE et al., 2013). Segundo Araújo et al. (2017), existe uma relação de retroalimentação

entre a sintomatologia depressiva e a diminuição da capacidade funcional, resultando em um ciclo de perdas.

É muito comum idosos com baixa capacidade funcional serem hospitalizados devido a um maior risco de quedas e lesões (LUZARDO et al., 2017). Indivíduos que precisam ser hospitalizados comumente se sentem deprimidos, os níveis de depressão variam de acordo com a percepção de hospitalização do idoso, podendo desenvolver sintomas depressivos tanto àqueles com pouco tempo de permanência hospitalar, quanto os de longa permanência (FREIRE, DIAS, 2021).

Um dos sintomas em indivíduos deprimidos é hipersonia. Difrancesco et al. (2019) em seu estudo de coorte foi visto que quanto maior os sintomas depressivos em idosos maior é a duração do sono, e isso pode ser explicado pelo efeito apático, de lentidão, que a depressão provoca e pela resposta aos medicamentos antidepressivos.

Geralmente é comum ocorrer modificações no padrão do sono no decorrer da idade, idosos tendem a dormir menos durante a noite, demoram mais para dormir, acordam mais cedo e cochilam mais vezes durante o dia (GEIB, et al., 2003).

Sun et al. (2018) realizaram um estudo longitudinal com 10.704 pessoas de meia idade e idosos no qual evidenciaram que curta duração do sono (<5, 5-6 horas) foi associado a uma maior probabilidade de desenvolver e aumentar os sintomas depressivos comparado com 7-8 horas / dia, bem como ter sintomas pode aumentar o risco de diminuição do sono, tanto indivíduos que dormem menos que 7 horas / dia, quanto os com mais de 9 horas / dia estão suscetíveis a maior risco no início dos sintomas depressivos. Logo, existe uma associação bidirecional entre quantidade e qualidade do sono com a depressão em idosos (FEIJTER, et al., 2021).

1.1 VARIÁVEIS COMPORTAMENTAIS ASSOCIADAS AOS SINTOMAS DEPRESSIVOS EM IDOSOS: ATIVIDADE FÍSICA E COMPORTAMENTO SEDENTÁRIO

Muitos estudos vêm investigando a relação da atividade física e/ou comportamento sedentário com a sintomatologia depressiva (LIAO et al., 2016; HUME et al., 2011; VANCAMPFORT et al., 2018; ADAMSON; YANG; MOTL, 2016), no entanto, poucos são realizados na população idosa (SANTOS et al., 2017).

Segundo Mello et al. (2020) a atividade física é conceituada como qualquer atividade que haja gasto energético acima dos níveis de repouso e o comportamento sedentário são atividades de baixo gasto calórico ou com $\leq 1,5$ Equivalentes Metabólicos - METs realizadas na posição sentada, deitada ou inclinada.

Com o passar dos anos e com o avanço da tecnologia, é comum a utilização de aparelhos eletrônicos como TV, *smartphones* e computadores por longas horas / dia, o aumento desse comportamento pode levar a várias consequências na saúde física e mental. Estudos mostram que indivíduos expostos a duas horas ou mais / dia em comportamento sedentário estão mais propensos a ter sintomas depressivos, principalmente em indivíduos do sexo feminino (WANG; LI; FAN, 2019; SCHUCH et al., 2017).

O comportamento sedentário aumenta de acordo com o envelhecimento, em razão às modificações biológicas e sociais como limitação funcional, surgimento de doenças crônicas-degenerativas, segregação social, influência do meio ambiente, e papel familiar (LOPES et al., 2016). Em estudo com idosos brasileiros residentes no extremo sul da Bahia, verificou-se que em média os idosos despendem 400 min./dia em atividades de alto comportamento sedentário (GALVÃO et al., 2018).

O comportamento sedentário é um fator de risco para vários distúrbios metabólicos, gera aumento dos triglicérides plasmáticos, reduz o colesterol de lipoproteína de alta densidade (HDL) e sensibilidade à insulina, além disso é prejudicial à saúde vascular (aumento da pressão arterial e de doenças cardiovasculares), está associado ao câncer e mortalidade prematura (CARLUCCI et al., 2014; GUALANO; TINUCCI, 2011). Todos esses impactos negativos à saúde podem ser maximizados com a inatividade física e por comportamentos sedentários não interativos como assistir TV e dormir (PARK et al., 2020).

Ser fisicamente ativo, ou seja, realizar 150 min./sem. de atividades moderadas e/ou vigorosas ou ainda, 75 min./sem. de atividades vigorosas, e substituir o comportamento sedentário por atividade física previne e reduz os sintomas depressivos (KIM et al., 2019).

O risco de mortalidade por todas as causas em indivíduos com alto tempo sedentário é independente à prática de atividade física, mesmo que esses indivíduos excedam as recomendações (KATZMARZYK et al., 2009). Sendo assim, não se deve somente ser fisicamente ativo, mas também, ter baixo comportamento sedentário.

Existe ainda uma boa parte da população que se encontra inativo fisicamente, os dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) realizada em 2019 encontrou uma proporção de 40,3% de indivíduos brasileiros inativos fisicamente, sendo mais predominante em mulheres (47,5%) e idosos (59,7%) em relação à homens jovens e adultos (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2020).

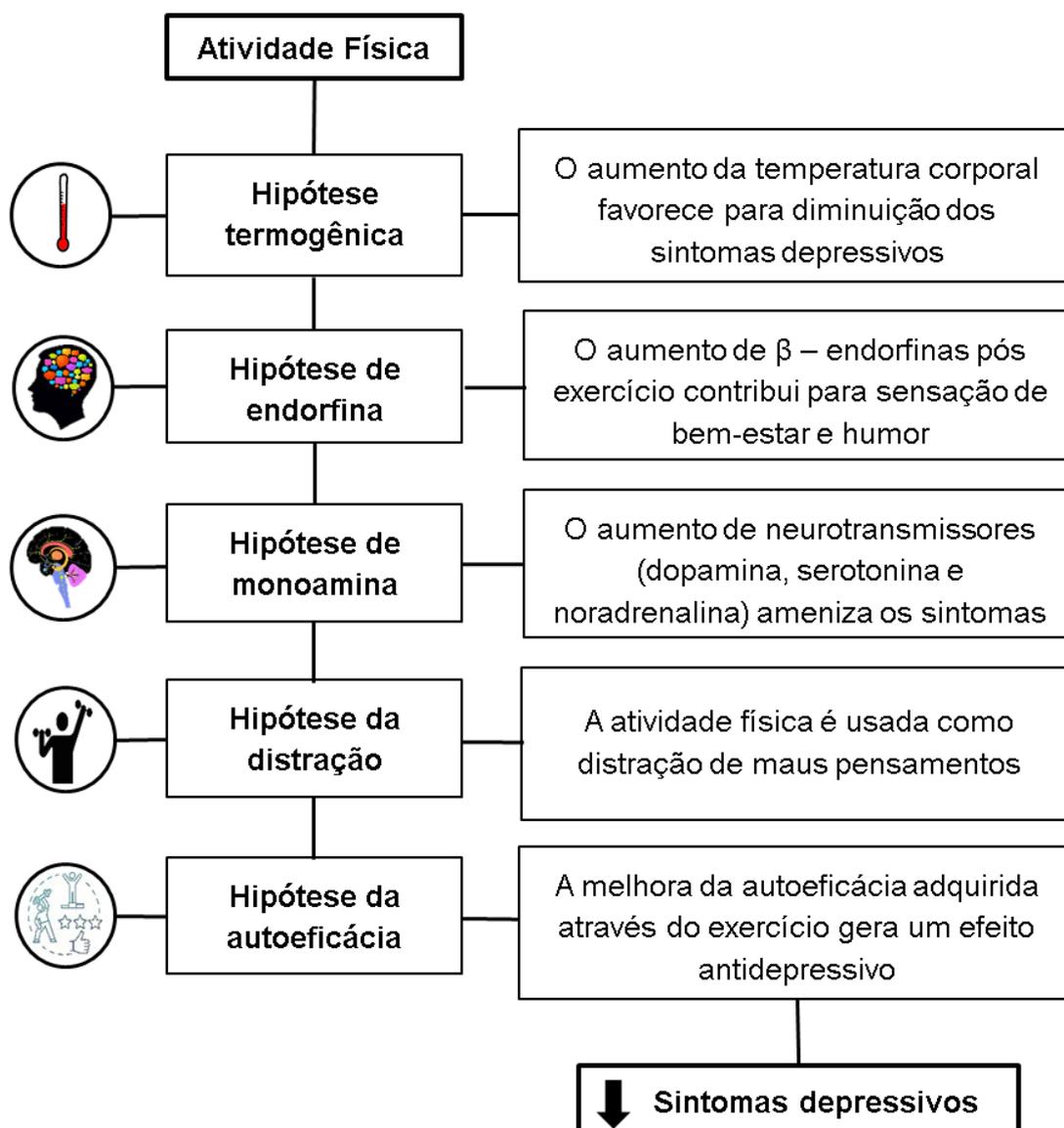
A inatividade física é o quarto fator de risco para mortalidade global, indivíduos nesse comportamento podem desencadear vários malefícios à saúde, como o aumento de chances de desenvolver diabetes, doenças cardiovasculares, osteoporose, cânceres, ansiedade e depressão (OMS, 2020). Quando combinados a inatividade física com o alto comportamento sedentário os riscos para esses fatores são aumentados, acarretando uma piora na qualidade de vida (CHASTIN, et al., 2020; SANTOS et al., 2017).

Por outro lado, a prática regular de atividade física contribui como proteção e diminuição de várias doenças físicas (MENEZES et al., 2020) e mentais, abrangendo a sintomatologia depressiva (KEHLER, et al., 2019).

Idosos ativos possuem risco reduzido de mortalidade por todas as causas e doenças cardiovasculares, câncer de mama e próstata, fraturas, quedas recorrentes, incapacidade nas atividades de vida diárias (AVD), declínio cognitivo, demência, doença de Alzheimer e depressão (CINNINGHAM et al., 2020). A figura 2 mostra as teorias que explicam os possíveis efeitos da atividade física sobre os sintomas depressivos.

A Organização Mundial de Saúde recomenda a prática de atividade física de intensidade moderada de 150 a 300 min/sem, ou 75 a 150 min/sem de intensidade vigorosa ou combinação de ambos para benefícios na saúde física e mental (OMS, 2020).

Para o tratamento da depressão, é indicado que se realize atividade física por 3 ou mais vezes por semana de 45 a 60 minutos, além disso, a depender do nível dos sintomas, também é indicado outros tratamentos conjuntos (acompanhamento ambulatorial, psicoeducação, psicoterapia, higiene do sono, técnicas de controle da ansiedade e em casos mais graves, uso de medicamentos antidepressivos) (WANG, LI; FAN, 2019; SCHUCH et al., 2017).



Fonte: Adaptado por Craft e Perna, 2004.

Figura 2. Hipóteses do efeito da atividade física sobre a sintomatologia depressiva.

1.2 JUSTIFICATIVA

Investigar a sintomatologia depressiva em idosos e sua relação com atividade física e comportamento sedentário se faz necessário pois a identificação dos sintomas e sua gravidade no idoso é muito mais lenta do que em outras populações, muitos sintomas podem ser confundidores com o processo de envelhecimento, o que pode provocar o desinteresse de familiares e amigos em procurar ajuda (FREIRE et al., 2018). Isso pode gerar várias consequências como piora na qualidade de vida, aumento nos níveis dos sintomas ou até risco de suicídio.

Existem alguns estudos abordando os sintomas depressivos com a atividade física (MIRAVITLES et al., 2014; RIVERA et al., 2016; TSUJI et al., 2017; BOVIM et al., 2019; BRYS et al., 2020; KEHLER et al., 2019; ÁVILA et al., 2017), no entanto, poucos com o comportamento sedentário (PARK et al., 2019; SANTOS et al., 2017) e que abordam a trajetória da atividade física e comportamento sedentário ao longo do tempo.

O diferencial deste estudo está na análise das trajetórias de atividade física e comportamento sedentário em idosos cinco anos após a linha de base e suas consequências na sintomatologia depressiva, o qual poderá contribuir para possíveis modificações no estilo de vida e melhorias na saúde mental.

Além disso, o presente estudo servirá como alerta para a população idosa quanto ao risco de desenvolver sintomas depressivos, tal como identificar o tempo de atividade física e comportamento sedentário discriminante para a presença de sintomas, servindo de orientação tanto para o idoso que sofre desse transtorno mental, quanto prevenção para os que não possuem.

Incentivar a população idosa a melhorar os comportamentos que geram danos à saúde possibilitará não somente uma melhor saúde mental, mas também uma melhor qualidade de vida e aumento da longevidade.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo geral

Identificar a incidência de sintomatologia depressiva e sua associação com a atividade física e comportamento sedentário mediante suas trajetórias em idosos da comunidade no seguimento de cinco anos (2015-2020).

1.3.2 Objetivos específicos

Identificar a incidência de sintomatologia depressiva em idosos da comunidade.

Identificar a relação das trajetórias de atividade física, comportamento sedentário e sintomatologia depressiva cinco anos após a linha de base em idosos da comunidade.

Estimar o ponto de corte da atividade física total e da exposição ao comportamento sedentário para discriminar a presença de sintomatologia depressiva em idosos da comunidade.

2 MÉTODOS

2.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

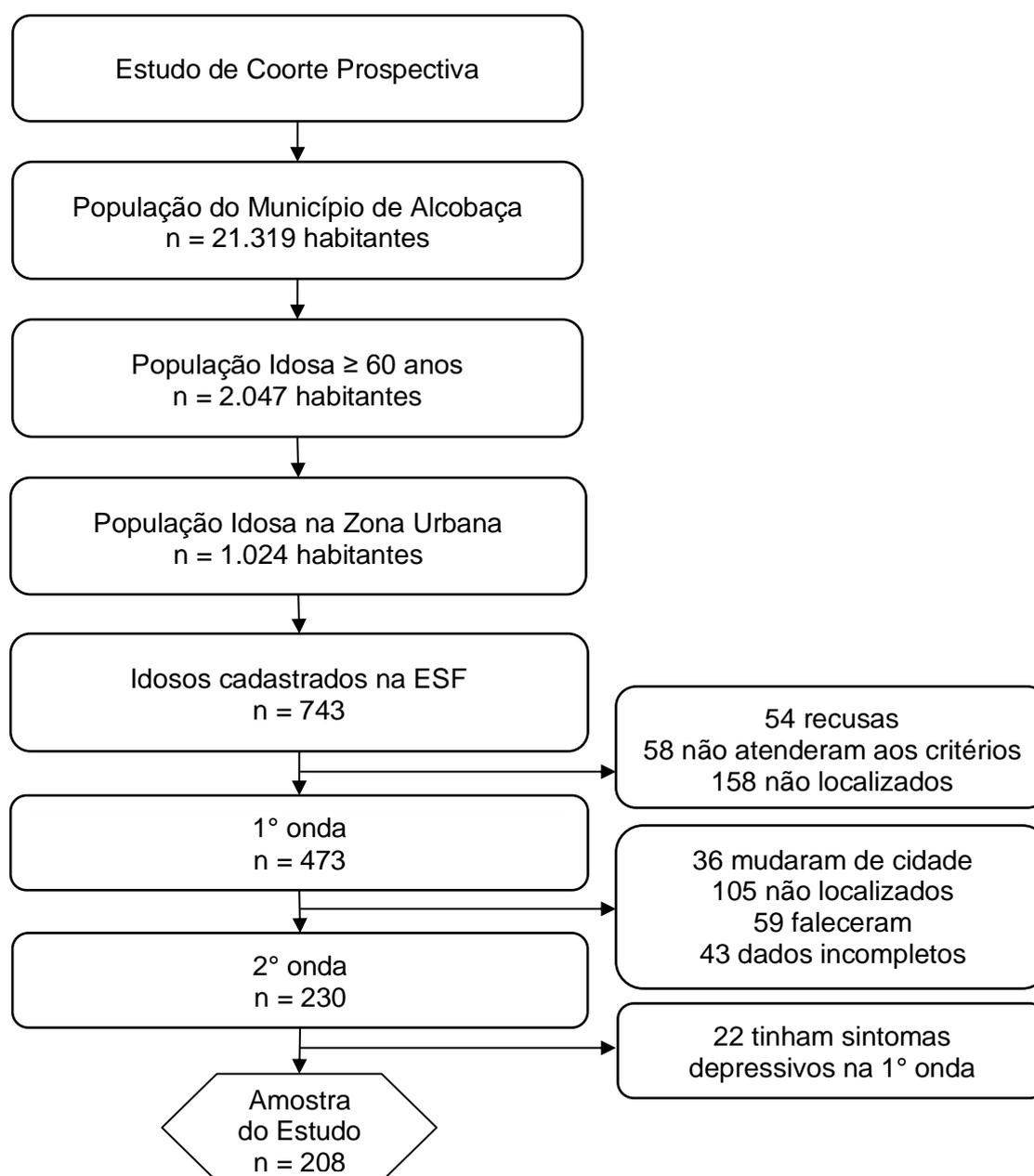
Esta pesquisa trata-se de um estudo longitudinal, do tipo analítico, com método exploratório do tipo *survey*. Este estudo faz parte de um projeto maior “Estudo Longitudinal de Saúde do Idoso - ELSIA” o qual foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Triângulo Mineiro – UFTM sob o parecer nº 966.983/2015 e da Universidade do Estado da Bahia parecer nº 3.471.114/2020, estando de acordo com a resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde.

2.2 LOCAL DE ESTUDO

O estudo foi realizado no município de Alcobaça-BA, localizado no Sul do Estado Bahia, distante a 834 km de Salvador, capital do Estado, ocorreu em parceria da UFTM com a Universidade do Estado da Bahia - UNEB.

2.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

O município de Alcobaça possui população de 22.449 mil habitantes (IBGE, 2018), sendo 2.047 com a faixa etária de 60 anos ou mais dos quais 1.024 são residentes na área urbana (IBGE, 2010). A busca dos idosos foi feita por meio da Secretaria de Saúde do município, através dos cadastros realizados na Estratégia de Saúde da Família – ESF. Dessa forma, a população do estudo compreendeu os 743 idosos com 60 anos ou mais, residentes da zona urbana e cadastrados na ESF. Destes, 473 participaram da primeira onda (2015) e 230 da segunda onda (2020), a descrição dos idosos participantes da pesquisa estão detalhados na Figura 3.



Fonte: Próprio autor

Figura 3. Organograma da distribuição da população e amostra de idosos da comunidade de Alcobaça – BA no período de 2015 – 2020.

2.4 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Os critérios de exclusão do presente estudo foram: estar acamado provisório ou definitivo; estar hospitalizado; ser residente em Instituições de Longa Permanência; possuir dificuldade grave na acuidade visual para realização dos testes físicos e auditiva que dificultasse a comunicação com o entrevistador; ser dependente de cadeiras de rodas; presença de déficit cognitivo (<12 pontos) de acordo com a pontuação no Mini Exame do Estado Mental (FOLSTEIN; FOLSTEIN; MCHUGH,

1975), diagnóstico de doenças que impedissem a realização da entrevista; e, não concordar em participar do estudo assinando o Termo de Consentimento Livre Esclarecido. Além disso, foram excluídos entre as ondas idosos que faleceram, não foram localizados, com dados incompletos e que tinham sintomatologia depressiva na linha de base.

2.5 ROTEIRO DE COLETA DE DADOS E INSTRUMENTOS

Após contato com o secretário de saúde e agentes de saúde da cidade de Alcobaça, para identificação dos idosos cadastrados na estratégia de saúde da família, realizou-se o agendamento de um horário para a realização da entrevista diretamente com o idoso.

Para a coleta de dados, um questionário multidimensional (informações sociodemográficas, indicadores de saúde e variáveis comportamentais) foi aplicado em forma de entrevista individual, por estudantes e profissionais da área da saúde devidamente treinados.

2.6 VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E INDICADORES DE SAÚDE

As informações sociodemográficas foram idade, sexo, estado civil (solteiro, casado/vivendo com parceiro, viúvo, divorciado/separado), escolaridade (anos de estudo), ocupação atual (aposentado, pensionista, do lar, trabalho remunerado), arranjo familiar (mora só, só cônjuge, mais filhos, mais netos) e classe econômica.

Os indicadores de saúde foram: doenças autorreferidas e consumo de medicamentos. Para verificar o número de doenças foi questionado ao idoso se ele possuía algum tipo de doença relacionada ao: aparelho circulatório, aparelho respiratório, sistema osteomuscular, metabólicas, neoplasias, aparelho digestivo, aparelho geniturinário, doenças do ouvido, doenças de olhos, sistema nervoso, sangue, infecciosas e parasitárias e outros tipos de doenças (OMS, 2000). Para verificar a quantidade de medicação foi questionado ao idoso: “Quantos remédios o(a) Sr(a) usa atualmente?” sendo considerado somente os medicamentos de uso contínuo. O número de medicamentos foi categorizado em “não faz uso”, “de um a quatro” e maior ou igual a cinco.

2.7 SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA

Foi utilizado a Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15), validada para a população brasileira por Almeida e Almeida (1999). A versão curta da GDS contém 15 questões negativas e afirmativas sobre os sentimentos do indivíduo (satisfação com a vida, humor, medo e raiva) nos últimos trinta dias. Quanto maior for a pontuação obtida, maiores são os sintomas depressivos, o ponto de corte adotado para a presença de sintomatologia depressiva foi maior que cinco pontos.

2.8 VARIÁVEIS COMPORTAMENTAIS

Foi utilizado o instrumento IPAQ (*International Physical Activity Questionnaire*) adaptado para idosos (BENEDETTI; MAZO; BARROS, 2004; BENEDETTI, et al., 2007) para avaliar o nível de atividade física. O IPAQ é composto por 15 questões, que analisa o dispêndio energético mediante a cinco domínios: atividades físicas no trabalho; atividades físicas como meio de transporte; atividades físicas em casa, tarefas domésticas e família; atividades físicas de recreação, esporte, exercício físico e lazer; e tempo sentado. As atividades são computadas em 10 minutos contínuos de intensidade moderada a vigorosa, correspondente a uma semana normal/habitual.

Para análise do questionário foi contabilizado o tempo total de atividade física despendida pelo idoso nos domínios trabalho, transporte, doméstico e lazer. Para a análise dos dados, os idosos foram classificados como suficientemente ativos quando tiveram ≥ 150 minutos/semana de atividade física e insuficientemente ativos quando possuíram < 150 minutos/semana (OMS, 2020).

Para o comportamento sedentário foi empregado o domínio de tempo sentado do IPAQ durante um dia útil da semana e um dia no final de semana. Esse domínio refere-se ao tempo que o idoso permanece sentado em diferentes locais, como assistir televisão, fazer trabalhos manuais, ler entre outras atividades. O comportamento sedentário foi contabilizado por meio do cálculo da média ponderada: $[(\text{tempo sentado em um dia de semana} \times 5 + \text{tempo sentado em um dia de final de semana} \times 2) / 7]$. Os idosos foram classificados com baixo CS quando tiveram $< P 75$ ($< 504,10$ minutos/dia) e alto CS quando com $\geq P 75$ ($\geq 504,10$ minutos/dia).

O tempo total de atividade física e do tempo do comportamento sedentário, de forma contínua, foi utilizado para identificar o ponto de corte para ausência da sintomatologia depressiva.

2.9 PROCEDIMENTO ESTATÍSTICO

Para a tabulação dos dados foi utilizado o programa EpiData, versão 3.1b. A análise dos dados foi realizada por meio do software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 21.0 e adotou-se o nível de significância de 5%.

Para caracterização da amostra foram utilizados os procedimentos da estatística descritiva de média, desvio padrão, amplitude, distribuição de frequência absoluta e relativa das variáveis socioeconômicas, comportamentais, de saúde e de incidência da sintomatologia depressiva.

Para verificar o risco de sintomatologia depressiva nos grupos das trajetórias de atividade física e comportamento sedentário foi realizado a análise de regressão de Poisson robusta bruta e ajustada. Para a seleção das variáveis de ajustes na análise bruta foi utilizado o método “para frente” (MEDRONHO, 2009) adotando um nível de significância de 20%. Todas as variáveis sociodemográficas e de saúde foram testadas no modelo de forma independente nas trajetórias de AF e CS, somente a idade, sexo, ocupação, anos de estudo e número de doenças foram ajustadas.

Para a trajetória da atividade física foram criados quatro grupos: indivíduos ativos fisicamente na primeira onda e continuaram ativos na segunda onda (≥ 150 min/sem + ≥ 150 min/sem); ativos fisicamente na primeira onda e se tornaram inativos fisicamente na segunda onda (≥ 150 min/sem + <150 min/sem); inativos fisicamente na primeira onda e se tornaram ativos na segunda onda (<150 min/sem + ≥ 150 min/sem); e inativos fisicamente na primeira onda e continuaram inativos na segunda onda (<150 min/sem + <150 min/sem).

Para a trajetória do comportamento sedentário foram criados os seguintes grupos: indivíduos com alto CS na primeira onda e permaneceram com alto CS ($\geq P 75$ + $\geq P 75$); baixo CS na primeira onda e aumentaram esse comportamento na segunda onda ($< P 75$ + $\geq P 75$); baixo CS na primeira onda e continuaram com baixo CS na segunda onda ($< P 75$ + $< P 75$); e alto CS na primeira onda e diminuíram o CS na segunda onda ($\geq P 75$ + $< P 75$).

O poder discriminatório e os pontos de corte da atividade física e comportamento sedentário para a presença de sintomas depressivos foram identificados por meio das curvas *Receiver Operating Characteristic* (ROC), frequentemente utilizadas para determinação de pontos de corte em testes diagnósticos ou de triagem (ERDREICH; LEE, 1981).

Foi identificado a área sob a curva ROC entre atividade física e comportamento sedentário com a presença de sintomas depressivos. Foram considerados os valores da área sob a curva de igual ou superior a 0,60, o qual indica que a capacidade preditiva da atividade física e comportamento sedentário não é por acaso (ERDREICH; LEE, 1981), utilizando o intervalo de confiança a 95%.

A análise foi realizada no programa Medcalc e os pontos de cortes escolhidos foram de acordo com os valores de sensibilidade e especificidade, sendo averiguados valores gerais e específicos (feminino e masculino).

3 RESULTADOS

Para alcançar os objetivos do presente estudo os resultados foram divididos em:

a. Incidência e risco de sintomatologia depressiva em idosos da comunidade mediante as trajetórias de atividade física e comportamento sedentário no seguimento de cinco anos (2015-2020).

b. Pontos de corte e o poder discriminante da atividade física e comportamento sedentário para a presença de sintomatologia depressiva em idosos.

3.1 INCIDÊNCIA E RISCO DE SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA EM IDOSOS DA COMUNIDADE MEDIANTE AS TRAJETÓRIAS DE ATIVIDADE FÍSICA E COMPORTAMENTO SEDENTÁRIO NO SEGUIMENTO DE CINCO ANOS (2015-2020).

O presente estudo contou com 208 idosos, com idade média de 69 anos (DP=7), sendo mais prevalente em indivíduos do sexo feminino, casados, aposentados, fisicamente ativos e com baixo comportamento sedentário. As características sociodemográficas e de saúde mais detalhadas estão descritas na Tabela 1.

A incidência de sintomatologia depressiva foi de 11,1%, com maior predominância em mulheres (14,0%) do que em homens (6,3%) (Tabela 2). A tabela 3 apresenta os grupos das trajetórias de atividade física e comportamento sedentário, observa-se que o grupo de insuficientemente ativos na primeira e segunda onda tiveram 3,17 maior risco de desenvolver sintomatologia depressiva (IC95% 1,29 - 7,79; $p = 0,012$) em relação ao grupo suficientemente ativos nas duas ondas, mesmo quando ajustados para sexo, idade, ocupação, anos de estudo e número de doenças (Tabela 3).

Em relação ao comportamento sedentário foi verificado que o grupo com alto comportamento sedentário nas duas ondas teve 3,53 maior risco de desenvolver sintomas depressivos em comparação ao grupo com baixo comportamento sedentário nas duas ondas, mesmo quando ajustado para sexo e ocupação (IC95% 1,02 - 12,22; $p = 0,046$) (Tabela 3).

Tabela 1. Características sociodemográficas e comportamentais de idosos na linha de base, n = 208.

Variáveis	Média DP / n (%)
Idade (anos)	69 ± 7,2
Sexo	
Masculino	79 (38,0%)
Feminino	129 (62%)
Estado Civil	
Solteiro	22 (10,5%)
Casado	106 (51,0%)
Viúvo	43 (20,7%)
Divorciado	37 (17,8%)
Anos de Estudo	4,1 ± 4,9
Renda (reais)	2261 ± 3930
Ocupação	
Aposentado, mas trabalha	41 (19,7%)
Só aposentado	136 (65,4%)
Do lar	8 (3,8%)
Pensionista	10 (4,8%)
Trabalho remunerado	13 (6,3%)
Uso de medicamento	
Não faz uso	47 (22,6%)
1 a 4	128 (61,5%)
≥ 5	33 (15,9%)
Número de doenças	3,1 ± 2,76
Atividade Física	
Insuficientemente ativo	81 (38,9%)
Suficientemente ativo	127 (61,1%)
Comportamento sedentário	
< P 75	156 (75%)
≥ P 75	52 (25,0%)

Insuficientemente ativo = <150 min/sem; Suficientemente ativo = ≥150 min/sem; P75 = 504,10.

Tabela 2. Prevalência e incidência de sintomatologia depressiva em idosos de Alcobaça, BA.

Variável	Prevalência						Incidência		
	1° onda			2° onda			n (%)		
	n (%)			n (%)			n (%)		
	G	M	F	G	M	F	G	M	F
Sintomatologia depressiva	56 (11,8)	14 (7,9)	42 (14,2)	38 (16,5)	7 (8,4)	31 (21,1)	23 (11,1)	5 (6,3)	18 (14,0)

G = Geral; M = masculino; F = feminino

Tabela 3. Risco de sintomatologia depressiva mediante a trajetória (2015 e 2020) de atividade física e comportamento sedentário em idosos.

Trajetória (grupos)	Sintomatologia depressiva							
	Análise bruta				Análise ajustada*			
Atividade física	n	%	RR (IC95%)	P	Wald test	RR (IC95%)	p	Wald test
≥ 150 + ≥ 150 min/sem	100	48,0	1			1		
≥ 150 + < 150 min/sem	27	13,0	2,11 (0,66 - 6,70)			0,34 (0,04 - 2,57)		
< 150 + ≥ 150 min/sem	39	18,8	0,36 (0,04 - 2,88)			2,21 (0,69 - 7,05)		
< 150 + < 150 min/sem	42	20,2	3,74 (1,55 - 8,98)	0,003	8,707	3,17 (1,29 - 7,79)	0,012	
Comportamento sedentário								
< P 75 + < P 75	69	33,2	1			1		
≥ P 75 + < P 75	10	4,8	2,30 (0,26 - 20,02)			1,66 (0,17 - 15,71)		
< P 75 + ≥ P 75	87	41,8	3,17 (0,93 - 10,80)			2,92 (0,89 - 9,60)		
≥ P 75 + ≥ P 75	42	20,2	3,83 (1,04 - 14,02)	0,042	4,123	3,53 (1,02 - 12,22)	0,046	3,986

*AF ajustado para: sexo, idade, ocupação, anos de estudo, número de doenças; CS ajustado para: sexo e ocupação.

RR = Risco relativo; IC = Intervalo de confiança; p = nível de significância; P 75 = 504,10 min./dia.

3.2 PONTOS DE CORTE E O PODER DISCRIMINANTE DA ATIVIDADE FÍSICA E COMPORTAMENTO SEDENTÁRIO PARA A PRESENÇA DE SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA EM IDOSOS.

Foi utilizado a curva ROC para discriminar os valores da atividade física e comportamento sedentário para a presença de sintomatologia depressiva em idosos da comunidade em uma perspectiva longitudinal.

A análise atual foi baseada em participantes que tinham todas as informações completas das variáveis de estudo nas duas ondas, totalizando uma amostra de 208 idosos. Foram usados dados quantitativos contínuos da AF total em minutos por semana e CS total em minutos por dia e dados categóricos para os sintomas depressivos.

A tabela 4 mostra os pontos de corte com os respectivos valores de sensibilidade, especificidade e intervalo de confiança da área sob a curva da atividade física e comportamento sedentário para a presença de sintomas depressivos. Foi identificado para a atividade física geral um ponto de corte de ≤ 715 min/sem, sendo que para indivíduos do sexo masculino foi de ≤ 400 min/sem e para o sexo feminino ≤ 140 min/sem para a presença de sintomatologia depressiva em idosos.

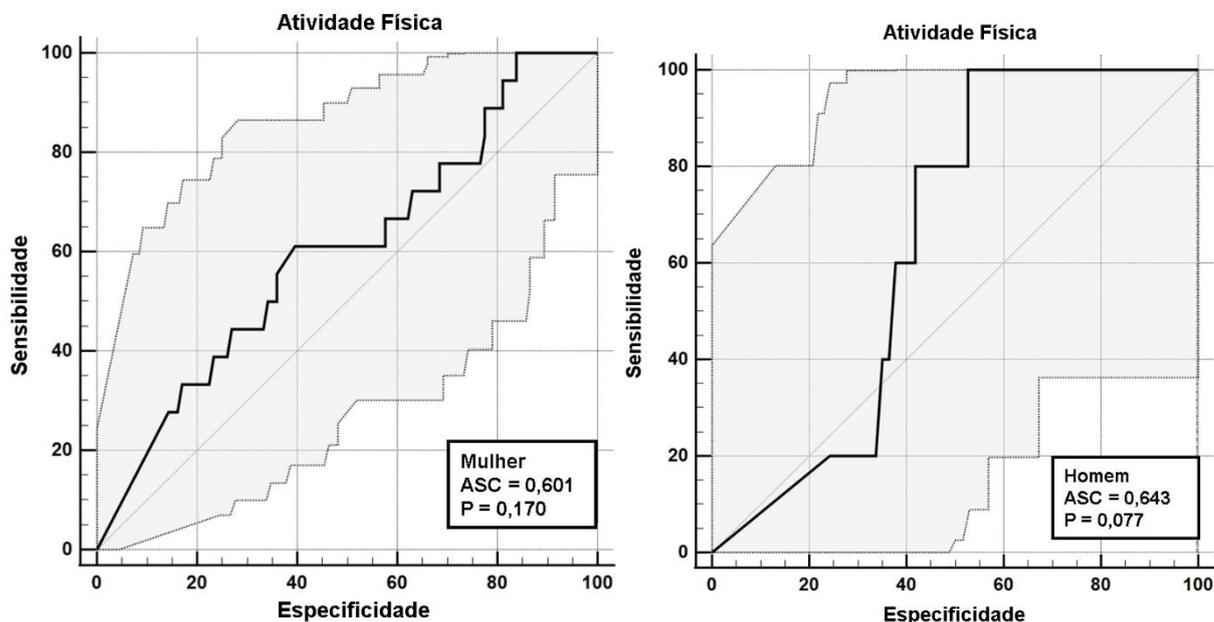
Os valores obtidos do comportamento sedentário geral, masculino e feminino estão descritos na Tabela 4 e Figura 5. No entanto, seus resultados não foram capazes de discriminar a presença de sintomas depressivos em idosos de Alcobaça, BA.

As áreas sob a curva da atividade física tiveram valores potenciais para discriminar a presença de sintomatologia depressiva em idosos ($\geq 0,60$), entretanto, o comportamento sedentário não apresentou força suficiente para discriminar a presença de sintomas ($< 0,60$) (Figura 4 e 5).

Tabela 4. Parâmetros da curva ROC da atividade física e comportamento sedentário discriminantes da sintomatologia depressiva em idosos de ambos os sexos, Alcobaça - BA.

Variáveis	Ponto de corte	Sensibilidade (%)	Especificidade (%)	ASC (IC 95%)
GERAL				
Atividade Física (min/sem)	≤ 715	100,00	22,70	0,54-0,67
Comportamento Sedentário (min/dia)	≤ 21429	47,83	69,19	0,48-0,62
HOMENS				
Atividade Física (min/sem)	≤ 400	100,00	47,30	0,52-0,74
Comportamento Sedentário (min/dia)	≤ 440	40,00	89,19	0,39-0,62
MULHERES				
Atividade Física (min/sem)	≤140	61,11	60,36	0,51-0,68
Comportamento Sedentário (min/dia)	≤ 21429	50,00	73,87	0,50-0,67

ROC = Receiver Operating Characteristic; IC = Intervalo de confiança; ASC = Área sob a curva.



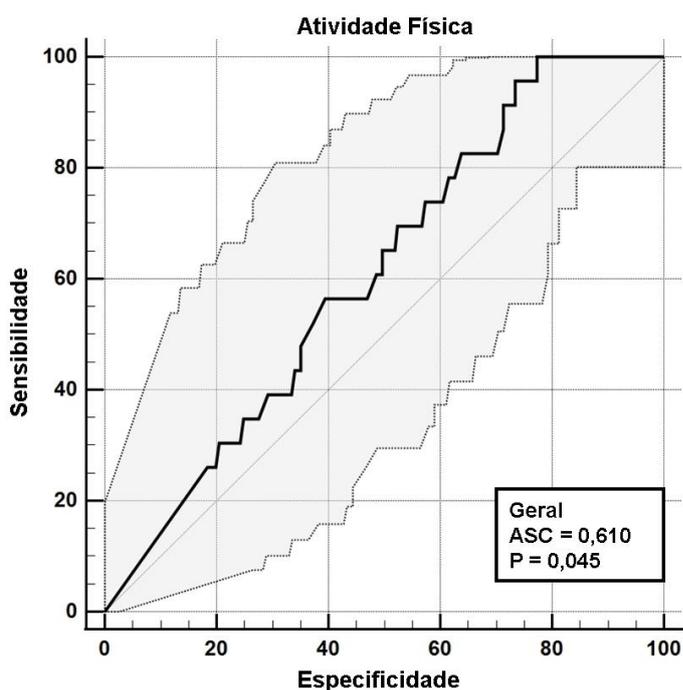
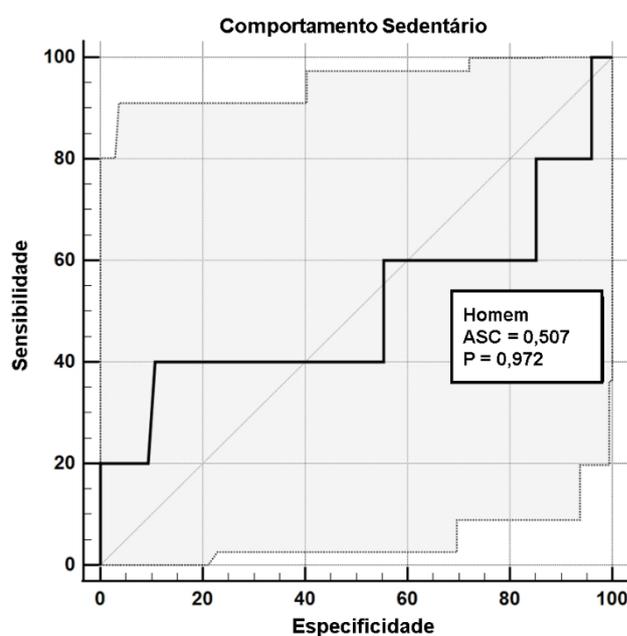
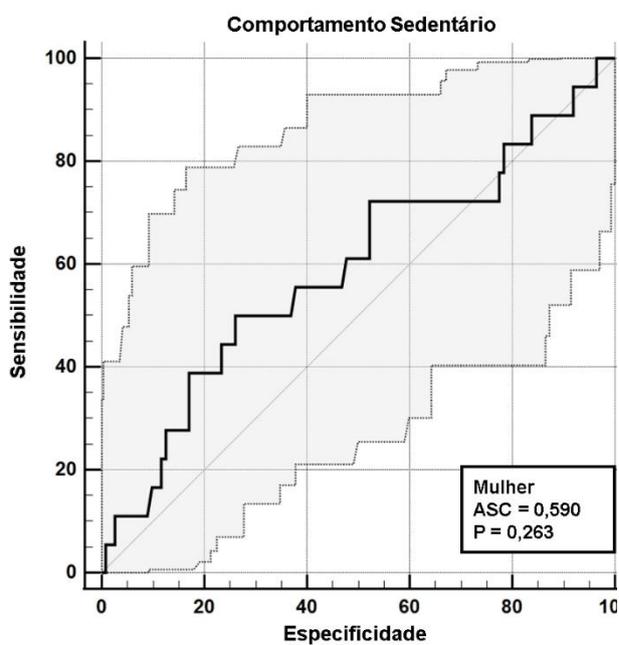


Figura 4. Área sob a curva, sensibilidade e especificidade da atividade física geral, homens e mulheres como discriminantes da sintomatologia depressiva em idosos, Alcobaça, BA.



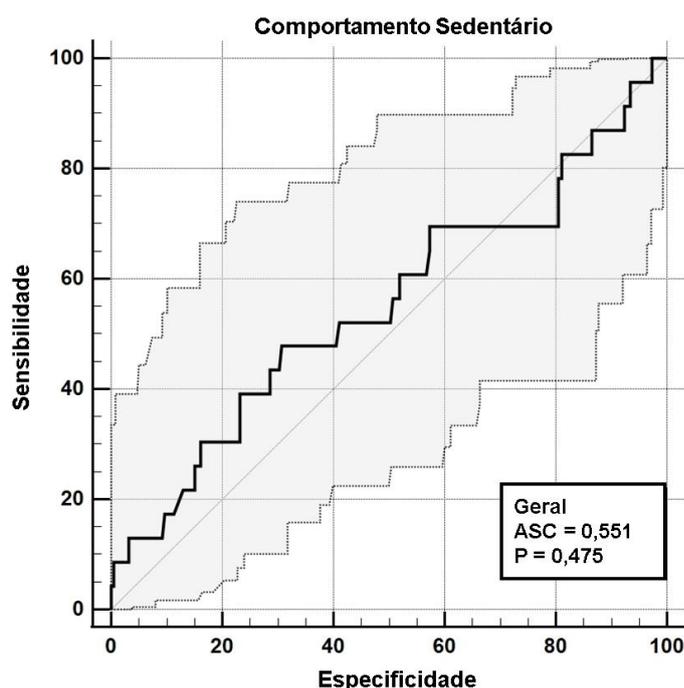


Figura 5. Área sob a curva, sensibilidade e especificidade do comportamento sedentário geral, homens e mulheres como discriminantes da sintomatologia depressiva em idosos, Alcobaça, BA.

4 DISCUSSÃO

Este estudo investigou a incidência e o risco de sintomatologia depressiva em idosos da comunidade mediante a trajetória de atividade física e do comportamento sedentário cinco anos após a linha de base.

Os valores de incidência de sintomatologia depressiva encontrados neste estudo são consistentes com outros estudos semelhantes (MENDES-CHILOFF, et al., 2018; ANDRADE-GÓMEZ, et al., 2017). Uma revisão sistemática realizada com estudos longitudinais identificou uma taxa de incidência cumulativa da sintomatologia depressiva em idosos que variou entre 7,5% a 31,4% (MAIER, et al., 2021), sete estudos encontraram incidências de 11,6% a 16,2% (MISAWA; KONDO, 2019; KOISUMI, et al., 2005; TANI et al., 2016; YANG et al., 2015; KIM et al., 2006; JAUSSENT, et al., 2011; SCHOEVERS, et al., 2005).

O estudo de Batistoni, Neri e Cupertino (2010) realizado com 310 idosos brasileiros residentes na comunidade, encontrou uma incidência de 15,2% de sintomatologia depressiva, sendo mais frequente em mulheres. Encontrar uma maior

prevalência e incidência de sintomas depressivos em mulheres é clássico na literatura (BAREFOOT et al., 2001) e pode ser explicado por diversos fatores.

Um desses pode ser a diferença nas mudanças biológicas e no papel social entre os sexos. As mulheres normalmente possuem condições específicas que levam a predispor ao aparecimento de sintomatologia depressiva, como a dupla jornada de trabalho, a maternidade, a vulnerabilidade social, mudanças hormonais e particularidades do sistema neurológico. Dessa forma, a exposição mais frequente de fatores estressores propicia o aumento dos sintomas depressivos (BAPTISTA; BAPTISTA; OLIVEIRA, 1999).

Este estudo identificou que a inatividade física ao longo dos cinco anos foi um fator de risco para desenvolver sintomatologia depressiva em idosos da comunidade. É sabido na literatura que os impactos negativos à saúde em indivíduos inativos fisicamente são grandes e ocorrem em curto e longo período do tempo (GAETANO, 2016), quanto maior for o tempo de inatividade física, maiores podem ser os efeitos deletérios à saúde mental.

Um estudo de coorte prospectivo realizado entre os anos 2004 a 2017 com indivíduos com média de idade de 65 anos, verificou que idosos com baixos níveis de atividade física apresentaram maior risco de desenvolver doenças de longa data (doença coronariana, acidente vascular cerebral, câncer, doença pulmonar crônica) e sintomas depressivos (JACKSON et al., 2019).

A literatura evidencia que os idosos que permanecem longos períodos em inatividade física apresentam maior risco de mortalidade por todas as causas, aparecimento de doenças cardiovasculares, câncer de mama e próstata, fraturas, incapacidade nas AVD, limitação funcional, quedas, declínio cognitivo, demência, Alzheimer e depressão (CUNNINGHAM et al., 2020).

Tal como a inatividade física, a exposição prolongada e a longo prazo em comportamento sedentário desencadeia malefícios a saúde mental. Idosos do presente estudo expostos ao comportamento sedentário por aproximadamente oito horas / dia tiveram risco aumentado de desenvolver sintomatologia depressiva após 5 anos da linha de base.

Um estudo de revisão sistemática com metanálise envolvendo estudos observacionais identificou que indivíduos com mais de duas horas por dia de tempo sentado foram mais propensos a ter sintomas depressivos e pessoas com alto tempo em CS tiveram um risco significativamente maior em desenvolver sintomatologia

depressiva, principalmente em mulheres, em relação a indivíduos com baixo comportamento sedentário (WANG; LI; FAN, 2019).

A exposição prolongada ao comportamento sedentário leva a hiperfagia, estresse e resultados metabólicos de saúde desfavoráveis, os quais são fatores associados ao aparecimento de sintomatologia depressiva (PANAHI; TREMBLAY, 2018). Um estudo de coorte verificou que idosos com tempo de TV maior ou igual a seis horas / dia acompanhados durante dois anos esteve associado a um maior risco de sintomas depressivos (HAMER; STAMATAKIS, 2014).

Sui et al. (2015) verificou maior risco nos sintomas depressivos em indivíduos expostos ao tempo andando de carro e assistindo TV por 19 horas / sem durante dois anos de acompanhamento (SUI, et al., 2015). Dois estudos durante três anos ou mais de acompanhamento descobriram que indivíduos expostos a 3 horas ou mais em comportamento sedentário passivo possuem maiores riscos à sintomatologia depressiva (ANDRADE-GÓMEZ et al., 2017; HUANG et al., 2020).

O efeito prolongado do comportamento sedentário ao longo da vida pode gerar grandes prejuízos para o idoso. De acordo com os resultados encontrados neste estudo, entende-se que quanto maior for o tempo e a duração do comportamento sedentário, maiores serão os sintomas depressivos em idosos.

O mecanismo explicativo do efeito negativo do tempo prolongado do comportamento sedentário para os sintomas depressivos ocorre pois ao estar em comportamento sedentário o indivíduo deixa de estimular e controlar os hormônios serotoninérgicos e dopaminérgicos, os quais são desregulados durante um quadro depressivo (CHEIK et al., 2003; FRAZER et al., 2005; MATSUDO, 2013).

Além disso, este comportamento leva a eventos adversos à saúde como o aparecimento de doenças crônicas (DEMPSEY, et al., 2019) e aumento de mortalidade por todas as causas (DIAZ et al., 2017), fatores estes associados à sintomatologia depressiva (MOTA et al., 2019; ASSARI et al., 2016), pois além de gerar efeitos negativos, o idoso está deixando de praticar atividade física, o que contribui para agravar os sintomas e inibir os benefícios da prática de atividade física.

Por outro lado, a atividade física regular é efetiva para reduzir o risco de desenvolver sintomas depressivos e para o tratamento de sintomas leves e moderados (MACHADO, et al., 2020; REBAR, et al., 2015; CUNNINGHAM, et al., 2020). Quanto mais o indivíduo realizar atividade física ao longo do tempo, menores serão os níveis de sintomatologia depressiva (TEIXEIRA, et al., 2016). Dugan et al.

(2015) em seu estudo com mulheres idosas e de meia idade, com dez anos de acompanhamento, encontraram resultados semelhantes ao de Teixeira et al. (2016).

Ao analisar diferentes grupos de atividade física praticantes e não praticantes, Almeida, Mourão e Coelho (2018) verificaram que idosos que realizavam atividade física por 35 semanas tiveram efeitos positivos significantes sobre a sintomatologia depressiva em relação a idosos que não praticam atividade física.

A atividade física regular induz respostas agudas e crônicas, gerando um efeito antidepressivo através de mecanismos biológicos subjacentes (SCHUCH, et al., 2016). Além do mais, seu papel protetor e de tratamento aos sintomas depressivos pode ser explicado devido ao aumento de hormônios dopaminérgicos como serotonina, dopamina, vasopressina, β – endorfina, adrenocorticotrófico – ACTH, pela ativação de receptores específicos e diminuição da viscosidade sanguínea, obtendo resultado relaxante pós exercício (FRAZER et al., 2005; CHEIK et al., 2003; DAVIS, et al., 1997).

A desregulação desses hormônios está relacionada com o aumento da produção do hormônio cortisol gerado nas glândulas suprarrenais (CRAFT; PERNA, 2004). O cérebro responde diariamente por várias alterações externas (luz, olfato, temperatura), quando um indivíduo está em situação de perigo, o nosso organismo se prepara para momento de “fuga”, isso faz com que a atividade do eixo hipotálamo pituitária adrenal conhecido como “eixo do estresse” seja ativado, melhorando o desempenho físico e ajudando a manter as alterações do corpo, como o controle da temperatura, frequência cardíaca e metabolismo lipídico (MATSUDO, 2013).

A hiperatividade desses mecanismos gera alterações fisiológicas específicas levando o indivíduo a desenvolver sintomas depressivos, sendo assim, a prática de atividade física regular controla os efeitos neurofisiológicos desencadeados em pessoas depressivas, levando à diminuição dos sintomas (KRISHNAN; NESTLER, 2008).

Outra hipótese é do aumento do *Brain-Derived Neurotrophic Factor* - BDNF durante a prática de atividade física (ERICKSON; MILLER; ROECKLEIN, 2012). O BDNF é uma neurotrofina encontrado no hipocampo e no córtex cerebral que atua na plasticidade cerebral, no crescimento neuronal, na diferenciação e reparo, preserva funções essenciais do cérebro como aprendizagem e memória (MURER; YAN; VOZARI, 2001). A insuficiência do BDNF no cérebro vem sendo associado ao surgimento de sintomas depressivos (AYDEMIR et al., 2006), desse modo, aumentar

os níveis do aminoácido por meio da prática regular de atividade física pode significar reduzir estes sintomas.

Além dos efeitos fisiológicos da atividade física, seus benefícios à saúde mental também ocorrem em função do papel social adquirido durante sua prática. A interação em grupos contribui para amenizar sentimentos de tristeza, solidão e desesperança, uma vez que os próprios sintomas depressivos dificultam a capacidade de aumentar os níveis de apoio social (ALMQUIST et al., 2016; TSUJI, et al., 2017).

A manutenção da prática de atividade física no idoso ao longo da vida contribui para a melhoria da qualidade de vida e aumento da longevidade, envolvendo benefícios físicos e mentais, dentre esses a prevenção de sintomatologia depressiva (SCHUCH et al., 2016). Indivíduos que mantêm a prática de atividade física ao longo prazo possui melhor evolução e desempenho em quesitos de saúde do que àqueles que abandonam sua prática (CAROMANO; IDE; KERBAUY, 2006).

No entanto, se manter ativo por muito tempo é uma dificuldade para muitos idosos devido a barreiras como falta de acesso, problemas de saúde e capacidade funcional reduzida (GOMES et al., 2019), dessa forma, é importante que órgãos do governo, órgãos de fomento e profissionais da saúde crie estratégias de promoção da atividade física para idosos, incluindo aqueles com comorbidades ou dificuldades de locomoção.

No que se refere aos resultados da curva ROC, observou-se um valor de ≤ 715 min./sem. de atividade física geral discriminante para a presença de sintomas depressivos em idosos. Além disso, homens que fazem até 400 min./sem. de atividade física podem estar mais suscetíveis a ter sintomas depressivos; nas mulheres, o valor discriminante foi de até 140 min./sem. para a presença de sintomas.

Esses resultados da AF geral e do sexo masculino podem ser considerados altos em comparação ao estudo de Santos et al. (2013) e das diretrizes de recomendações de atividade física (OMS, 2020). Santos, et al. (2013) encontraram um valor preditivo de <160 min./sem. para homens e ≤ 140 min./sem. para mulheres para presença de sintomas depressivos em idosos de Uberaba.

A Organização Mundial de Saúde (2020) recomenda que idosos devem praticar de 150 a 300 minutos de atividade física de intensidade moderada ou 75 a 150 minutos de atividade de intensidade vigorosa por semana para benefícios físicos e mentais como diminuição da ansiedade e depressão.

No entanto, as recomendações de atividade física para a sintomatologia depressiva podem variar de acordo a população, estilo de vida e fatores associados. Condições como incapacidade da vida diária, falta de apoio emocional (TORRES, et al., 2018), menor renda (NASCIMENTO et al., 2017), trabalhar (GONÇALVES et al., 2017), morar sozinho e fazer uso de medicamentos (PULKKI-RÅBACK et al., 2012) comorbidades (COSTA, et al., 2021), hospitalização (SANCHEZ-SANCHEZ et al., 2020), percepção de saúde negativa (SANTOS; SANTOS, 2019), déficit cognitivo (LAMPERT et al., 2018), tabagismo (GONZÁLEZ et al., 2016), convivência com crianças, frequência religiosa e falta de contatos sociais (SCHWARZBACH et al., 2013) são condições que interferem no aparecimento dos sintomas depressivos em idosos.

Em relação aos valores encontrados para mulheres, o ponto de corte da AF (≤ 140 min./sem.) são semelhantes a outros valores discriminantes para idosos (OMS, 2020; SANTOS, et al., 2013). Por mais que a incidência de sintomatologia depressiva seja maior em mulheres, as idosas foram mais ativas fisicamente do que homens, o que pode ter favorecido para um menor valor discriminante à presença de sintomas depressivos.

Os valores de atividade física obtidos no presente estudo podem ser elucidados por meio dos aspectos socioculturais característicos da região. O município de Alcobaça, BA não possui transporte público, o que favorece para um deslocamento mais ativo, sendo comum atividades como caminhada e o uso de bicicleta. Além disso, é frequente mulheres trabalharem como secretária do lar, além dos próprios afazeres domésticos.

É habitual mulheres idosas serem mais ativas fisicamente do que homens, após a aposentadoria os homens costumam serem mais inativos fisicamente e possuem maior tempo exposto ao comportamento sedentário (LIBERATO, 2002). Por esse motivo, homens demandam um tempo maior de atividade física em comparação a mulheres para obter benefícios à sintomatologia depressiva.

Os dados analisados do comportamento sedentário não tiveram poder para discriminar os sintomas depressivos em idosos desse município. Existem ainda muitas controvérsias da relação entre comportamento sedentário com os sintomas depressivos, alguns estudos apontam associação (PROPER, et al., 2011; SILVA et al., 2017), outros não para o comportamento sedentário total (HAMER; STAMATAKIS, 2014; ATKIN, et al., 2012), cujo abre espaço para muitas lacunas na literatura, sendo

dois desses fatores o tempo e o tipo de comportamento sedentário necessário para impactar nos sintomas depressivos.

Esses resultados representam apenas uma estimativa de valores discriminantes de variáveis comportamentais para a presença de sintomas depressivos na população idosa no extremo sul da Bahia. Novos estudos nessa perspectiva devem ser realizados com idosos de outras populações, pois se tratando de um transtorno mental, muitos fatores externos podem influenciar. Por isso, torna-se importante compreender o ponto de corte sobre os sintomas depressivos em diversas populações, o que possibilitaria a realização de intervenções de acordo com os aspectos específicos da comunidade.

O ponto forte deste estudo é a análise de incidência por trajetórias da atividade física e comportamento sedentário. Isso possibilita entender o padrão de comportamento dos idosos da comunidade durante cinco anos e verificar o risco de cada grupo no aparecimento de sintomas depressivos permitindo, assim, identificar o grupo de maior risco e fomentar estratégias de intervenção para essa população. A limitação deste estudo foi não mensurar o contexto (ocupação, transporte e lazer) e os tipos de comportamento sedentário ou classificá-los como ativos e passivos, pois isso pode interferir no aparecimento de sintomatologia depressiva em idosos.

5 CONCLUSÃO

Idosos que permaneceram inativos fisicamente (<150 min./sem.) ou com alto comportamento sedentário (aproximadamente 8 horas/dia) após cinco anos possuem maior risco de desenvolver sintomatologia depressiva em relação a idosos ativos fisicamente ou com baixo comportamento sedentário. Além disso, os dados da curva ROC revelam que homens necessitam realizar mais atividade física do que mulheres para uma melhor saúde mental.

A inatividade física e comportamento sedentário são fatores modificáveis, deve incentivar a diminuição desses comportamentos e aumento da atividade física, para isso, políticas públicas para a população idosa devem ser introduzidas a fim de manter sua prática ao longo da vida.

Novos estudos longitudinais com acompanhamento das trajetórias de atividade física e comportamento sedentário segmentado por comportamentos ativos e passivos devem ser realizados para elucidar suas relações com os sintomas depressivos, bem como, investigar o ponto de corte do comportamento sedentário para discriminar os sintomas depressivos em idosos da comunidade.

REFERÊNCIAS

- ADAMSON, B. C.; YANG, Y.; MOTL, R. W. Association between compliance with physical activity guidelines, sedentary behavior and depressive symptoms. **Preventive medicine**, v. 91, p. 152-157, 2016.
- ALMEIDA, O. P.; ALMEIDA, S. A. Confiabilidade da versão brasileira da escala de depressão em geriatria (GDS) versão reduzida. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, v.57, n.3, p.421-426, 1999.
- ALMEIDA, O. P. Mini Exame do Estado Mental e o Diagnóstico de demência no Brasil. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, p. 8, 1998.
- ALMEIDA, E.; MOURÃO, I.; COELHO, E. Saúde mental em idosos brasileiros: Efeito de diferentes programas de atividade física. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 19, n. 2, p. 390-404, 2018.
- ALMQUIST, Y. B.; LANDSTEDT, E.; HAMMARSTRÖM, A. Associations between social support and depressive symptoms: social causation or social selection—or both?. **The European Journal of Public Health**, v. 27, n. 1, p. 84-89, 2016.
- AMARAL, T. L. M. et al. Multimorbidade, depressão e qualidade de vida em idosos atendidos pela Estratégia de Saúde da Família em Senador Guiomard, Acre, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 9, p. 3077–3084, set. 2018.
- ANDRADE-GÓMEZ, E. et al. Sedentary behaviors, physical activity, and changes in depression and psychological distress symptoms in older adults. **Depression and Anxiety**, v. 35, n. 9, p. 884–897, set. 2018.
- APA. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION et al. **DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. Artmed Editora, 2014.
- ASSARI, S. et al. Race, depressive symptoms, and all-cause mortality in the United States. **Frontiers in Public Health**, v. 4, 2016.
- ARAÚJO, G. K. N. et al. Capacidade funcional e depressão em idosos. **Revista de Enfermagem**, v. 11, n. 10, 2017.
- ATKIN, A. J. et al. Non-occupational sitting and mental well-being in employed adults. **Annals of behavioral medicine**, v. 43, n. 2, p. 181-188, 2012.
- ÁVILA, M. P. W. et al. The role of physical activity in the association between resilience and mental health in older adults. **Journal of Aging and Physical Activity**, v. 26, n. 2, p. 248-253, 2017.
- AYDEMIR, C. et al. Brain-derived neurotrophic factor (BDNF) changes in the serum of depressed women. **Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry**, v. 30, n. 7, p. 1256–1260, set. 2006.

BAPTISTA, M. N.; MAPTISTA, A. S.D.; OLIVEIRA, M. G. **Depressão e gênero: por que as mulheres deprimem mais que os homens?**. Temas em psicologia. vol.7. n° 2, p. 143-156. 1999.

BAREFOOT, J. C. A Longitudinal Study of Gender Differences in Depressive Symptoms From Age 50 to 80. **Psychology and Aging**. vol. 16. n°. 2. 342-345. 2001.

BATISTONI S. S. T.; NERI A. L.; CUPERTINO A. P. F. B. Medidas prospectivas de sintomas depressivos entre idosos residentes na comunidade. **Revista de Saúde Pública**. 44(6):1137-43. 2010.

BENEDETTI, T. B.; MAZO, G. Z.; BARROS, M. V. G. Aplicação do questionário internacional de atividades físicas (IPAQ) para avaliação do nível de atividades físicas de mulheres idosas: validade concorrente e reprodutibilidade teste-reteste. **Revista Brasileira Ciência e Movimento**, v. 12, n. 1, p. 25-34. 2004.

BENEDETTI, T. R. B. et al. Reprodutibilidade e validade do Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ) em homens idosos. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v. 13, n. 1, p. 11–16, fev. 2007.

BOTESINI G. G. et al. Prevalência de depressão e demência em adultos e idosos ativos. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, v. 17, n. 2, 2020.

BOVIM, M. et al. Relationship between pre-stroke physical activity and symptoms of post-stroke anxiety and depression: An observational study. **Journal of Rehabilitation Medicine**, v. 51, n. 10, p. 755–760, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. **Agenda estratégica de Prevenção do Suicídio [Internet]**. Brasília: Ministério da Saúde; 2019 [cited 2019 Dec 10]. P 34. Available from: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/21/Coletiva-suicidio-21-09.pdf>.

BRYNS, A. D. H. et al. Daily physical activity in patients on chronic haemodialysis and its relation with fatigue and depressive symptoms. **International Urology and Nephrology**, v. 52, n. 10, p. 1959–1967, out. 2020.

CAROMANO, F. A.; IDE, M. R.; KERBAUY, R. R. Manutenção na prática de exercícios por idosos. **Revista do Departamento de Psicologia. UFF**, v. 18, p. 177-192, 2006.

CARLUCCHI, E. M. S. et al. Obesidade e sedentarismo: fatores de risco para doença cardiovascular. **Comunicação em ciências da saúde**, p. 375-384, 2013.

CRAFT, L. L.; PERNA, F. M. The Benefits of Exercise for the Clinically Depressed: (CME). **The Primary Care Companion to The Journal of Clinical Psychiatry**, v. 06, n. 03, p. 104–111, 1 jun. 2004.

CHASTIN, S. F. M. et al. Striking the right balance: evidence to inform combined physical activity and sedentary behavior recommendations. **Journal of Physical Activity and Health**, v. 18, n. 6, p. 631-637, 2021.

CHEIK N. et al. Efeitos do exercício físico e da atividade física na depressão e ansiedade em indivíduos idosos. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**. 2003;11(3):45-52.

COSTA, T. N. M. et al. Correlação de depressão com uso de medicamentos e doenças crônicas em idosos atendidos em centro de especialidades em Belém – PA. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 13, p. e275101321232, 12 out. 2021.

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, maio 2020.

DAROWSKI, A.; CHAMBERS, S.-A. C. F.; CHAMBERS, D. J. Antidepressants and Falls in the Elderly: **Drugs & Aging**, v. 26, n. 5, p. 381–394, maio 2009.

DAVIS C.; KATZMAN D.; KAPTEIN S. et al. The prevalence of hyperactivity in the eating disorders: etiological implications. **Revista Comprehensive Psychiatry**, .38:321-6.1997.

DEL PORTO, J. A. Conceito e diagnóstico. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 21, n. suppl 1, p. 06–11, maio 1999.

DEMPSEY, P. C. et al. Sedentary Behavior and Chronic Disease: Mechanisms and Future Directions. **Journal of Physical Activity and Health**. v. 17, p. 52-61, 2019.

DIAZ, K. M. et al. Patterns of sedentary behavior and mortality in US middle-aged and older adults: a national cohort study. **Annals of internal medicine**, v. 167, n. 7, p. 465-475, 2017.

DIFRANCESCO, S. et al. Sleep, circadian rhythm, and physical activity patterns in depressive and anxiety disorders: A 2-week ambulatory assessment study. **Depression and Anxiety**, v. 36, n. 10, p. 975–986, out. 2019.

DUGAN, S. A. et al. Association between physical activity and depressive symptoms: midlife women in SWAN. **Medicine and science in sports and exercise**, v. 47, n. 2, p. 335, 2015.

ERICKSON, K. I.; MILLER, D. L.; ROECKLEIN, K. A. The Aging Hippocampus: Interactions between Exercise, Depression, and BDNF. **The Neuroscientist**, v. 18, n. 1, p. 82–97, fev. 2012.

ERDREICH, L. S.; LEE, E. T. Use of relative operating characteristic analysis in epidemiology: a method for dealing with subjective judgement. **American journal of epidemiology**, v. 114, n. 5, p. 649-662, 1981.

- FRAZER C.; CHRISTENSEN H.; GRIFFITHS K. Effectiveness of treatments for depression in older people. **Revista Medical Journal of Australia** . 182(12):627-32. 2005.
- FEIJTER, M. et al. The bidirectional association of 24-h activity rhythms and sleep with depressive symptoms in middle-aged and elderly persons. **Psychological Medicine**, p. 1-8, 2021.
- FREIRE, A. A. R. B.; DIAS, T. L. Avaliação de indicadores psicossociais em idosos hospitalizados. **Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, v. 24, n. 1, p. 51-63, 2021.
- FREIRE et al. Aplicação da Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage em instituições de longa permanência. **Revista Nursing**, 21 (237): 2030-2035 2018.
- FOLSTEIN, M. F.; FOLSTEIN, S. E.; MCHUGH, R. A Practical Method For Grading The Cognitive State Of Patients For The Clinician. **Journal of Psychiatric Research**. Vol. 12, p. 189-198P. p. 10, 1975.
- GAETANO, A. Relationship between physical inactivity and effects on individual health status. **Journal of Physical Education and Sport**, v. 16, n. 4, p. 1069-1074, 2016.
- GALVÃO, L. L. et al. Valores normativos do comportamento sedentário em idosos. **Arquivos de Ciências do Esporte**, v. 6, n. 2, 7 mar. 2018.
- GARCIA, A. C. O.; SANTOS, T. M. M. DOS; MANSO, M. E. G. Capacidade funcional e perda sensorial em um grupo de idosos usuários de um plano de saúde. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 2, p. e16410212287, 9 fev. 2021.
- GEIB, L. T. C. et al. Sono e envelhecimento. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 25, n. 3, p. 453–465, dez. 2003.
- GONÇALVES, A. M. C. et al. Prevalência de depressão e fatores associados em mulheres atendidas pela Estratégia de Saúde da Família. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 67, n. 2, p. 101–109, jun. 2018.
- GONZÁLEZ, A. C. T. et al. Transtornos depressivos e algumas comorbidades em idosos: um estudo de base populacional. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 19, p. 95-103, 2016.
- GOMES, G. A. O. et al. Barreiras para prática de atividade física entre mulheres atendidas na Atenção Básica de Saúde. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, v. 41, p. 263-270, 2019.
- GUALANO, B.; TINUCCI, T. Sedentarismo, exercício físico e doenças crônicas. **Revista Brasileira de Educação Física e Esporte**, v. 25, p. 37-43, 2011.

HAMER, M.; STAMATAKIS, E. Prospective Study of Sedentary Behavior, Risk of Depression, and Cognitive Impairment. **Medicine & Science in Sports & Exercise**, v. 46, n. 4, p. 718–723, abr. 2014a.

HUANG, Y. et al. Sedentary behaviors and risk of depression: a meta-analysis of prospective studies. **Translational Psychiatry**, v. 10, n. 1, p. 26, dez. 2020.

HUME, C. et al. Physical activity, sedentary behavior, and depressive symptoms among adolescents. **Journal of Physical Activity and Health**, v. 8, n. 2, p. 152-156, 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico do município de Alcobaça**. 2010. In Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/alcobaca/pesquisa/23/25888>. Acesso em: 30 de julho de 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Estimativa da população de Alcobaça-BA em 2018**. 2018. In Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/alcobaca/panorama>. Acesso em: 30 de julho de 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa nacional de saúde : 2019** : percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal : Brasil e grandes regiões / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. - Rio de Janeiro : IBGE, 2020. 113p.

JACKSON, S. E. et al. Combined health risks of cigarette smoking and low levels of physical activity: a prospective cohort study in England with 12-year follow-up. **British Medical Journal**, v. 9, n. 11, p. e032852, 2019.

JAUSSENT, I. et al. Insomnia and daytime sleepiness are risk factors for depressive symptoms in the elderly. **Journal Sleep**, v. 34, n. 8, p. 1103-1110, 2011.

KATZMARZYK, P. T. et al. Sitting time and mortality from all causes, cardiovascular disease, and cancer. **Medicine & science in sports & exercise**, v. 41, n. 5, p. 998-1005, 2009.

KEHLER, D. S. et al. Impact of preoperative physical activity and depressive symptoms on post-cardiac surgical outcomes. **Journal PLOS ONE**, v. 14, n. 2, p. e0213324, 28 fev. 2019.

KIM, S.-Y. et al. Physical activity and the prevention of depression: A cohort study. **General Hospital Psychiatry**, v. 60, p. 90–97, set. 2019a.

KIM, Jae-Min et al. Vascular risk factors and incident late-life depression in a Korean population. **The British Journal of Psychiatry**, v. 189, n. 1, p. 26-30, 2006.

KOIZUMI, Y. et al. Association between social support and depression status in the elderly: results of a 1-year community-based prospective cohort study in Japan. **Psychiatry and clinical neurosciences**, v. 59, n. 5, p. 563-569, 2005.

KRISHNAN, V.; NESTLER, E. J. The molecular neurobiology of depression. **Nature**, v. 455, n. 7215, p. 894-902, 2008.

KUO, H.-T. et al. Activities of daily living trajectories among institutionalised older adults: A prospective study. **Journal of Clinical Nursing**, v. 26, n. 23–24, p. 4756–4767, dez. 2017.

LAMPERT, C. D. T.; FERREIRA, V. R. T. Fatores Associados à Sintomatologia Depressiva em Idosos. **Avaliação Psicológica**, v. 17, n. 2, 2018.

LIAO, Yung et al. Independent and combined associations of physical activity and sedentary behavior with depressive symptoms among Japanese adults. **International journal of behavioral medicine**, v. 23, n. 4, p. 402-409, 2016.

LIBERATO, V. C. O crescimento da atividade dos aposentados. **Anais**, p. 1-22, 2016.

LONDERO, R. R.; TAKARA, S. Tempo, consumo e depressão: um diálogo entre Han, Rosa e Bauman. Congresso Internacional Comunicação e Consumo. **Escola Superior de Propaganda e Marketing (ESPM)**. p. 13, 2018.

LOPES, M. A. et al. Barreiras que influenciaram a não adoção de atividade física por longevas. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, v. 38, n. 1, p. 76–83, jan. 2016.

LUCENA, J. M.; MAGNAGNO, O. A.; LISE, A. M. R. Prevalência de depressão e outras doenças psiquiátricas em pacientes com histórico de acidente vascular encefálico. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 9, p. e39610917564-e39610917564, 2021.

LUZARDO, A. R. et al. Repercussions of hospitalization due to fall of the elderly: health care and prevention. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. suppl 2, p. 763–769, 2018.

MACHADO, B. J. M. et al. Importância da atividade física na prevenção da depressão em idosos. **Revista Educação em Saúde**: V8, suplemento 1, 2020.

MAIER, et al. Risk factors and protective factors of depression in older people 65+. A systematic review. A systematic review. **Journal PLOS ONE** 16(5): e0251326. 2021.

MANETTI, M. L.; MARZIALE, M. H. P. Fatores associados à depressão relacionada ao trabalho de enfermagem. **Estudos de Psicologia (Natal)**, v. 12, n. 1, p. 79–85, abr. 2007.

MATSUDO, S. M. M. **Envelhecimento Exercício e Saúde: Guia Prático de Prescrição e Orientação**. (Midiograf, ed.). Londrina; 2013.

MEDRONHO, R. A. B. et al. Epidemiologia. 2ª edição. Editora. Atheneu. São Paulo, 2009.

MELLO, R. L.; RIBEIRO, E. K.; OKUYAMA, J. Physical Inactivity And Sedentary Behavior: Terminology, Concepts And Associated Risks. **Caderno Intersaberes**. v. 9, n. 17, p. 10, 2020.

MENDES-CHILOFF, C. L. et al. Sintomas depressivos em idosos do município de São Paulo, Brasil: prevalência e fatores associados (Estudo SABE). **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 21, p. e180014, 2018.

MENEGUCI, J. et al. Prevalência de sintomatologia depressiva em idosos brasileiros: uma revisão sistemática com metanálise. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 68, p. 221-230, 2019.

MENEZES, G. R. S. et al. Impacto da atividade física na qualidade de vida de idosos: uma revisão integrativa. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 2, p. 2490-2498, 2020.

MIRAVITLLES, M. et al. Factors associated with depression and severe depression in patients with COPD. **Respiratory Medicine**, v. 108, n. 11, p. 1615–1625, nov. 2014.

MISAWA, J.; KONDO, K. Social factors relating to depression among older people in Japan: analysis of longitudinal panel data from the AGES project. **Aging & mental health**, v. 23, n. 10, p. 1423-1432, 2019.

MLINAC, M. E.; FENG, M. C. Assessment of Activities of Daily Living, Self-Care, and Independence. **Archives of Clinical Neuropsychology**, v. 31, n. 6, p. 506–516, set. 2016.

MOREIRA, A. H. A identidade social do idoso e as relações de trabalho: a realidade por trás das salvaguardas legais. **Revista Kairós Gerontologia**, 15(2). ISSN 2176-901X. São Paulo (SP), Brasil, março. : 91-107, 2012.

MOTA, M. I. A. et al. Ocorrência de sintomas depressivos em paciente idosos com doença arterial periférica. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 32, p. e1262-e1262, 2019.

MURER, M. G.; YAN, Q.; RAISMAN-VOZARI, R. Brain-derived neurotrophic factor in the control human brain, and in Alzheimer's disease and Parkinson's disease. **Progress in Neurobiology**, v. 63, n. 1, p. 71–124, jan. 2001a.

NASCIMENTO, I. M. T. et al. Associação entre características sociodemográficas e sintomas depressivos em idosos hospitalizados. **Revista Rene**, v. 18, n. 6, p. 749-755, 2017.

OLIVEIRA, A. S. Transição demográfica, transição epidemiológica e envelhecimento populacional no Brasil. **Hygeia-Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, v. 15, n. 32, p. 69-79, 2019.

OLIVEIRA, D. V. et al. Investigação dos fatores psicológicos e emocionais de idosos frequentadores de clubes de dança de salão. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 20, p. 797-804, 2016.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **A ONU e as pessoas idosas**. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/acao/pessoas-idosas/>. Acesso em 30 de julho de 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE . **Diretrizes da OMS para atividade física e comportamento sedentário: num piscar de olhos**. [WHO guidelines on physical activity and sedentary behavior: at a glance]. Genebra: 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Depressão**. Representação da OPAS e da OMS no Brasil. Brasília. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/depressao>. Acesso em 10 de fevereiro de 2022.

OMS. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Depression and Other Common. **Mental Disorders: Global Health Estimates**. Geneva: 2017.

OMS. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Saúde mental. Depression: let's talk**. 2019. Disponível em: https://www.who.int/mental_health/management/depression/en/. Acesso em 23 de Jan 2019.

OMS. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The global burden of disease: 2004 update**. Library Cataloguing-in-Publication. ISBN 978 92 4 156371 0. (NLM classification: W 74). 2008.

PANAHI, S.; TREMBLAY, A. Sedentariness and health: is sedentary behavior more than just physical inactivity?. **Frontiers in public health**, v. 6, p. 258, 2018.

PARK, J. H. et al. Sedentary Lifestyle: Overview of Updated Evidence of Potential Health Risks. **Korean Journal of Family Medicine**, v. 41, n. 6, p. 365–373, 20 nov. 2020.

PARK, S.; CASTANEDA-GAMEROS, D.; Hwan, I. Latent profile analysis of walking, sitting, grip strength, and perceived body shape and their association with mental health in older Korean adults with hypertension: A national observational study. **Journal Medicine**, v. 98, n. 39, p. e17287, set. 2019.

PROPER, K. I. (2011). Sedentary behaviors and health outcomes among adults a systematic review of prospective studies. **American Journal of Preventive Medicine**, 40(2), 174-182. Recuperado em 20 setembro, 2018, de: DOI: 10.1016/j.amepre.2010.10.015.

PULKKI-RÅBACK, L. et al. Living alone and antidepressant medication use: a prospective study in a working-age population. **BMC Public Health**, v. 12, n. 1, p. 1-8, 2012.

REBAR, A. L. et al. A meta-meta-analysis of the effect of physical activity on depression and anxiety in non-clinical adult populations. **Health psychology review**, v. 9, n. 3, p. 366-378, 2015.

RESENDE, M. C. et al. Saúde mental e envelhecimento. **Revista Psico**, v. 42, n. 1, 2011.

RIBEIRO, D. P.; APRILE, M. R.; PIZA, É. T. Qualidade de vida, ansiedade e depressão em idosos aposentados que trabalham. **Revista Mais** 60, v. 31, n. 77, 2020.

RIVERA, C. M. et al. Factors associated with depression in COPD: a multicenter study. **Revista Lung**, v. 194, n. 3, p. 335-343, 2016.

ROZENTHAL, M.; LAKS, J.; ENGELHARDT, E. Aspectos neuropsicológicos da depressão. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 26, n. 2, p. 204–212, ago. 2004b.

SANCHEZ-SANCHEZ, J. L. et al. Physical activity trajectories, mortality, hospitalization, and disability in the Toledo Study of Healthy Aging. **Journal of cachexia, sarcopenia and muscle**, v. 11, n. 4, p. 1007-1017, 2020.

SANTOS, D. A. T. et al. Combined Associations of Physical Activity and Sedentary Behavior With Depressive Symptoms in Older Adults. **Issues in Mental Health Nursing**, p. 1–5, 10 fev. 2017.

SANTOS, D. A. T. **Atividade física, comportamento sedentário e a sintomatologia depressiva em idosos**. Dissertação (Mestrado em Educação Física). Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG. 2013.

SANTOS, M. C.; SANTOS, M. A. M. Depressão em idosos. **Revista de Saúde de ReAGES**. v. 2, n. 4, p. 40-45, 2019.

SILVA, M. M.; TURRA, V.; CHARIGLIONE, I. P. F. S. Idoso, depressão e aposentadoria: Uma revisão sistemática da literatura. **Revista de Psicologia da IMED**, v. 10, n. 2, p. 119, 11 dez. 2018.

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

SILVA A. B. B. **Mentes Depressivas: As três dimensões da doença do século**. 5° reimpr. (Principium, ed.). São Bernardo do Campo; 2019.

SCALCO, M. Z. Tratamento de idosos com depressão utilizando tricíclicos, IMAO, ISRS e outros antidepressivos Depression treatment of elderly patients using tricyclics, and other antidepressants. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, p. 9, 2002.

SCHOEVERS, R. A. et al. Depression and generalized anxiety disorder: co-occurrence and longitudinal patterns in elderly patients. **The American Journal of Geriatric Psychiatry**, v. 13, n. 1, p. 31-39, 2005.

SCHUCH, F. et al. Physical activity and sedentary behavior in people with major depressive disorder: A systematic review and meta-analysis. **Journal of Affective Disorders**, v. 210, p. 139–150, mar. 2017.

SOUSA-MUÑOZ, R. L. et al. Associação entre sintomatologia depressiva e óbito hospitalar em idosos. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 62, p. 177-182, 2013.

SUN, Y. et al. The bidirectional relationship between sleep duration and depression in community-dwelling middle-aged and elderly individuals: evidence from a longitudinal study. **Sleep Medicine**, v. 52, p. 221–229, dez. 2018.

SUI, X. et al. Associations between television watching and car riding behaviors and development of depressive symptoms: a prospective study. In: **Mayo clinic proceedings**. Elsevier, 2015. p. 184-193.

SCHWARZBACH, M. et al. Social relations and depression in late life—a systematic review. **International journal of geriatric psychiatry**, v. 29, n. 1, p. 1-21, 2014.

TANI, Y. et al. Childhood socioeconomic status and onset of depression among Japanese older adults: the JAGES prospective cohort study. **The American Journal of Geriatric Psychiatry**, v. 24, n. 9, p. 717-726, 2016.

TAVARES, D. M. S. et al. Prevalência de morbidades autorreferidas e fatores associados entre idosos comunitários de Uberaba, Minas Gerais, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 9, p. 3305–3313, set. 2019.

TEIXEIRA, C. M. et al. Atividade física, autoestima e depressão em idosos. **Cuadernos de Psicología del deporte**, v. 16, n. 3, p. 55-66, 2016.

TORRES, J. L. et al. Depressive symptoms, emotional support and activities of daily living disability onset: 15-year follow-up of the Bambuí (Brazil) Cohort Study of Aging. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, 2018.

TRINDADE, A. P. N. T. D. et al. Repercussão do declínio cognitivo na capacidade funcional em idosos institucionalizados e não institucionalizados. **Fisioterapia em Movimento**, v. 26, n. 2, p. 281–289, jun. 2013.

TSUJI, T. et al. Reducing depressive symptoms after the Great East Japan Earthquake in older survivors through group exercise participation and regular walking: a prospective observational study. **Journal BMJ Open**, v. 7, n. 3, p. e013706, mar. 2017.

VANCAMPFORT, D. et al. Sedentary behavior and depressive symptoms among 67,077 adolescents aged 12–15 years from 30 low-and middle-income countries. **International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity**, v. 15, n. 1, p. 1-9, 2019.

WANG, X.; LI, Y.; FAN, H. The associations between screen time-based sedentary behavior and depression: a systematic review and meta-analysis. **Journal BMC Public Health**, v. 19, n. 1, p. 1524, dez. 2019a.

YANG, Y. et al. Functional limitations and somatic diseases are independent predictors for incident depressive disorders in seniors: Findings from a nationwide longitudinal study. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, v. 61, n. 3, p. 371-377, 2015.

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO DO ELSIA 2015



Comando: “Pegue este papel com sua mão direita, dobre-o ao meio e coloque-o no chão.	3	<i>1 ponto para cada etapa correta. Se o sujeito pedir ajuda no meio da tarefa não dê dicas.</i>
Ler e obedecer: mostre a frase escrita “ Feche os olhos ” e peça para o indivíduo fazer o que está sendo mandado.	1	<i>1 ponto se correto. Não auxilie se pedir ajuda ou se só ler a frase sem realizar o comando</i>
Escreva uma frase	1	<i>1 ponto se correto. Se o indivíduo não compreender o significado, ajude com: alguma frase que tenha começo, meio e fim; alguma coisa que aconteceu hoje; alguma coisa que queira dizer. Para a correção não são considerados erros gramaticais ou ortográficos</i>
Copie o desenho: 	1	<i>Considere apenas se houver 2 pentágonos interseccionados (10 ângulos) formando uma figura de quatro lados ou com dois ângulos</i>
Total	30	<i>Se a pontuação for 11 ou menos, não continue a entrevista.</i>

Situação atual do participante

Hospitalizado Motivo? _____ Há quanto tempo?

Óbito Motivo? _____ Há quanto tempo?

III – FATORES RELACIONADOS À SAÚDE

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

Aparelho circulatório

⁰[0] Não ¹[1] Sim
 Problemas cardíacos ⁰[0] Não ¹[1] Sim
 Hipertensão arterial ⁰[0] Não ¹[1] Sim
 AVE/derrame ⁰[0] Não ¹[1] Sim
 Hipercolesterolemia (colesterol alto) ⁰[0] Não ¹[1] Sim
 Circulação ⁰[0] Não ¹[1] Sim
 Varizes ⁰[0] Não ¹[1] Sim
 Doença de Chagas ⁰[0] Não ¹[1] Sim

Aparelho respiratório

⁰[0] Não ¹[1] Sim
 Asma/bronquite ⁰[0] Não ¹[1] Sim
 Alergia ⁰[0] Não ¹[1] Sim
 Problemas respiratórios (faringite, tosse, gripe) ⁰[0] Não ¹[1] Sim

Sistema Osteomuscular

⁰[0] Não ¹[1] Sim
 Reumatismo/ artrite/ artrose ⁰[0] Não ¹[1] Sim
 Dores coluna/ lombar ⁰[0] Não ¹[1] Sim
 Osteoporose ⁰[0] Não ¹[1] Sim
 Dores musculares ⁰[0] Não ¹[1] Sim

Metabólicas

⁰[0] Não ¹[1] Sim
 Diabetes *Mellitus* ⁰[0] Não ¹[1] Sim
 Hipotireoidismo ⁰[0] Não ¹[1] Sim

Neoplasias

⁰[0] Não ¹[1] Sim
 Câncer ⁰[0] Não ¹[1] Sim

Aparelho digestivo

⁰[0] Não ¹[1] Sim
 Problemas estomacais (úlceras e esofagite) ⁰[0] Não ¹[1] Sim
 Problemas intestinais ⁰[0] Não ¹[1] Sim
 Gastrite ⁰[0] Não ¹[1] Sim
 Hérnias (umbilical e inguinal) ⁰[0] Não ¹[1] Sim
Aparelho geniturinário ⁰[0] Não ¹[1] Sim
 Incontinência urinária ⁰[0] Não ¹[1] Sim
 Problemas renais (cálculo renal e infecção urinária) ⁰[0] Não ¹[1] Sim

Doenças do Ouvido

⁰[0] Não ¹[1] Sim
 Perda da audição/ surdez ⁰[0] Não ¹[1] Sim
 Labirintite ⁰[0] Não ¹[1] Sim

Doenças de olhos

⁰[0] Não ¹[1] Sim
 Transtornos visuais ⁰[0] Não ¹[1] Sim

Sistema nervoso

⁰[0] Não ¹[1] Sim
 Enxaqueca ⁰[0] Não ¹[1] Sim

Sangue

⁰[0] Não ¹[1] Sim
 Anemia ⁰[0] Não ¹[1] Sim

Infecções e parasitárias

⁰[0] Não ¹[1] Sim
 Herpes ⁰[0] Não ¹[1] Sim
 Helmintíases (vermes) ⁰[0] Não ¹[1] Sim

Outras doenças: _____

Outras doenças: _____

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

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

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

⁰[0] Não ¹[1] Sim

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

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

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

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

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

4.2. Qual o motivo da

hospitalização/internação: _____

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

⁰[0] Não ¹[1] Sim

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

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

7. Qual o motivo da queda?

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

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

⁰[0] Não ¹[1] Sim

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

10. 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

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

⁰[0] Não ¹[1] Sim

12. Ainda faz uso de tais bebidas?

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

IV – ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA (AVD)

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

13. Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD)

13.1. 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.**13.2. 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.**13.3. 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.**13.4. 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.**13.5. 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.**13.6. 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 13.1 a 13.6: []

14. Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD)**14.1. 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.**14.2. 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).**14.3. 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.**14.4. 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.**14.5. 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.

14.6. 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.

14.7. 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 14.1 a 14.7: []

V – NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA E COMPORTAMENTO SEDENTÁRIO

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

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

Para responder as questões lembre que:

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

Seção 1- Atividade Física no Trabalho

Pontuação da seção 1 - (15.1.2. + 15.1.3. +15.1.4.) = _____ 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.

15.1. 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**.

Tempo							
-------	--	--	--	--	--	--	--

15.2.3. 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 -(15.3.1. + 15.3.2. + 15.3.3.)= _____ 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**.

15.3.1. 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 16.3.2.**

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

15.3.2. 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 16.3.3.**

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

15.3.3. 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 - (15.4.1. + 15.4.2. + 15.4.3.) = _____ 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,

15.4.1. 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 16.4.2.**

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

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

_____ minutos ⁰[0] Nenhum - **Vá para questão 16.4.3.**

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

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

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

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

Seção 5 – Tempo Sentado

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

15.5.1. 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]

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

18.7. Tem má digestão?	⁰ [0] Não	¹ [1] Sim
18.8. Tem dificuldade de pensar com clareza?	⁰ [0] Não	¹ [1] Sim
18.9. Tem se sentido triste ultimamente?	⁰ [0] Não	¹ [1] Sim
18.10. Tem chorado mais do que de costume?	⁰ [0] Não	¹ [1] Sim
18.11. Encontra dificuldade de realizar, com satisfação, suas tarefas diárias?	⁰ [0] Não	¹ [1] Sim
18.12. Tem dificuldade para tomar decisões?	⁰ [0] Não	¹ [1] Sim
18.13. Seu trabalho diário lhe causa sofrimento?	⁰ [0] Não	¹ [1] Sim
18.14. É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	⁰ [0] Não	¹ [1] Sim
18.15. Tem perdido o interesse pelas coisas?	⁰ [0] Não	¹ [1] Sim
18.16. O(a) Sr(a) se sente pessoa inútil em sua vida?	⁰ [0] Não	¹ [1] Sim
18.17. Tem tido ideia de acabar com a vida?	⁰ [0] Não	¹ [1] Sim
18.18. Sente-se cansado(a) o tempo todo?	⁰ [0] Não	¹ [1] Sim
18.19. Tem sensações desagradáveis no estômago?	⁰ [0] Não	¹ [1] Sim
18.20. O(a) Sr(a) se cansa com facilidade?	⁰ [0] Não	¹ [1] Sim

Pontuação Transtorno Mental Comum - soma das perguntas 18.1 a 18.20: []

VIII – AVALIAÇÃO NUTRICIONAL

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

Triagem

19. 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

20. 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

21. 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

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

⁰[0] Sim ²[2] Não

23. Problemas neuropsicológicos:

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

24. 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 19 a 24: []

Avaliação global

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

⁰[0] Sim ¹[1] Não

26. Utiliza mais de três medicamentos diferentes por dia?

⁰[0] Sim ¹[1] Não

27. Lesões de pele ou escaras?

⁰[0] Sim ¹[1] Não

28. Quantas refeições faz por dia?

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

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

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

¹[1] Sim ²[2] Não

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

¹[1] Sim ²[2] Não

29.3. Carne, peixe ou aves todos os dias?

¹[1] Sim ²[2] Não

Pontuação questão 29: ⁰[0,0] Nenhuma ou uma resposta sim entre as questões 29.1, 29.2 e 29.3

¹[0,5] Duas respostas sim entre as questões 29.1, 29.2 e 29.3

²[1,0] Três respostas sim entre as questões 29.1, 29.2 e 29.3

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

⁰[0] Não ¹[1] Sim

31. 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

32. 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

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

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

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

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

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

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

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

⁰[0] CP < 31 ¹[1] CP ≥ 31

Avaliação global- soma das perguntas 25 a 36 (considere os valores de dentro dos colchetes): []

IX – SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA

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

37.1. O(a) Sr(a) está basicamente satisfeita com sua vida?	⁰ [0] Sim ¹ [1] Não
37.2. O(a) Sr(a) abandonou muitas das suas atividades e interesses?	¹ [1] Sim ⁰ [0] Não
37.3. O(a) Sr(a) sente que sua vida está vazia?	¹ [1] Sim ⁰ [0] Não
37.4. O(a) Sr(a) se aborrece com frequência?	¹ [1] Sim ⁰ [0] Não
37.5. O(a) Sr(a) está de bom humor na maior parte do tempo?	⁰ [0] Sim ¹ [1] Não
37.6. O(a) Sr(a) tem medo de que alguma coisa ruim vai lhe acontecer?	¹ [1] Sim ⁰ [0] Não
37.7. O(a) Sr(a) se sente feliz na maior parte do seu tempo?	⁰ [0] Sim ¹ [1] Não
37.8. O(a) Sr(a) sente que sua situação não tem saída?	¹ [1] Sim ⁰ [0] Não
37.9. O(a) Sr(a) prefere ficar em casa do que sair e fazer coisas novas?	¹ [1] Sim ⁰ [0] Não
37.10. O(a) Sr(a) se sente com mais problemas de memória do que a maioria das pessoas?	¹ [1] Sim ⁰ [0] Não
37.11. O(a) Sr(a) pensa que é maravilhoso estar viva agora?	⁰ [0] Sim ¹ [1] Não
37.12. O(a) Sr(a) se sente bastante inútil nas suas atuais circunstâncias?	¹ [1] Sim ⁰ [0] Não
37.13. O(a) Sr(a) se sente cheio(a) de energia?	⁰ [0] Sim ¹ [1] Não
37.14. O(a) Sr(a) acredita que sua situação é sem esperança?	¹ [1] Sim ⁰ [0] Não
37.15. 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 37.1 a 37.15: []

X – QUALIDADE DO SONO

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

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

Horário usual de deitar: _____ horas _____ minutos

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

Número de minutos: _____

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

Horário usual de levantar: _____ horas _____ minutos

41. 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

XI – QUALIDADE DE VIDA

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

42. 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

43. 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)

44. 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

45. 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

46. 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)

47. 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:

XII – AUTOESTIMA

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

	Concordo Plenamente	Concordo	Discordo	Discordo Plenamente
48.1. Em geral, o(a) Sr(a) está satisfeito(a) consigo mesmo(a).	⁴ [4]	³ [3]	² [2]	¹ [1]
48.2. Às vezes, o(a) Sr(a) acha que o(a) Sr(a) não serve para nada.	¹ [1]	² [2]	³ [3]	⁴ [4]
48.3. O(a) Sr(a) sente que tem um tanto de boas qualidades.	⁴ [4]	³ [3]	² [2]	¹ [1]
48.4. O(a) Sr(a) é capaz de fazer coisas tão bem quanto a maioria das outras pessoas.	⁴ [4]	³ [3]	² [2]	¹ [1]
48.5. O(a) Sr(a) sente que não tem muito do que se orgulhar.	¹ [1]	² [2]	³ [3]	⁴ [4]
48.6. Às vezes, o(a) Sr(a) realmente se sente inútil.	¹ [1]	² [2]	³ [3]	⁴ [4]
48.7. O(a) Sr(a) sente que é uma pessoa de valor, igual às outras pessoas.	⁴ [4]	³ [3]	² [2]	¹ [1]
48.8. O(a) Sr(a) gostaria de ter mais respeito por si mesmo(a).	¹ [1]	² [2]	³ [3]	⁴ [4]

- 48.9. Quase sempre o(a) Sr(a) está inclinado(a) a achar que é um(a) fracassado(a).
¹[1] ²[2] ³[3] ⁴[4]
- 48.10. O(a) Sr(a) tem uma atitude positiva em relação a si mesmo(a).
⁴[4] ³[3] ²[2] ¹[1]

Pontuação Autoestima - soma das perguntas 48.1 a 48.10: []

XIII – INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS

49. Estado Civil:

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

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

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

51. 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]

52. Qual é a sua ocupação atual?

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

53. 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 _____

54. 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 53 seja a primeira opção [0], anote 1 no número de pessoas]

54.1. 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

55. Qual a renda mensal da família? _____ reais

XIV – 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]

56.1. 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]

56.2. 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]

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

¹[1] Sim ⁰[0] Não

57.1. Se não, por quê?

58. 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

XV – DADOS ANTROPOMÉTRICOS

59. Massa Corporal: _____ kg
 _____ kg/m²

60. Estatura: _____ cm

61. IMC

62. Circunferências:

62.1. Braço: _____ cm
 _____ cm

62.2. Cintura: _____ cm

62.3. Quadril:

62.4. Coxa: _____ cm

62.5. Panturrilha: _____ cm

XVII – NÍVEIS PRESSÓRICOS**63. Pressão Arterial:**

63.1. Sistólica _____ mmHg

63.2. Diastólica _____ mmHg

XVI – DESEMPENHO FÍSICO**64. Teste de equilíbrio:**

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

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

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

Pontuação do teste

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

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

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

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

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

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

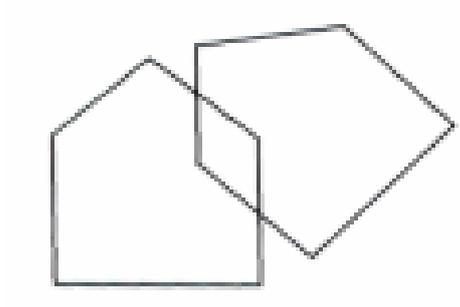
65.2. Sentar e levantar da cadeira: _____ (nº de repetições em 30 segundos)

Entrevistador: _____

Muito Obrigado(a)!

Horário de Término: _____ h _____ min

Desenho



Frase

ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA 2015

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
TRIÂNGULO MINEIRO - MG

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

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

Pesquisador: JAIR SINDRA VIRTUOSO JUNIOR

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 41401015.0.0000.5154

Instituição Proponente: Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 966.983

Data da Relatoria: 25/02/2015

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

relevante

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

termos apresentados.

TCLE - pesquisador atendeu as recomendações do colegiado do CEP.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

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

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

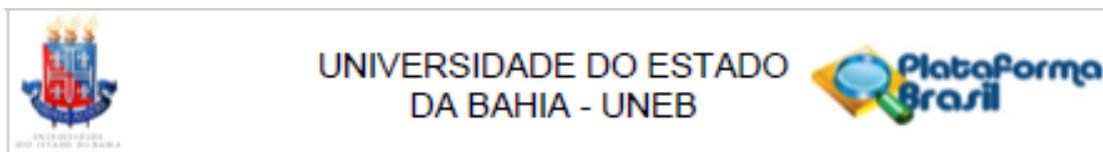
Considerações Finais a critério do CEP:

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

UBERABA, 27 de Fevereiro de 2015

Assinado por:
Marly Aparecida Spadotto Balarin
(Coordenador)

ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA 2020



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

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

Pesquisador: BRUNO DE FREITAS CAMILO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 15135019.7.0000.0057

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.471.114

Apresentação do Projeto:

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

Objetivo da Pesquisa:

os objetivos apresentados são condizentes com a metodologia proposta.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

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

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

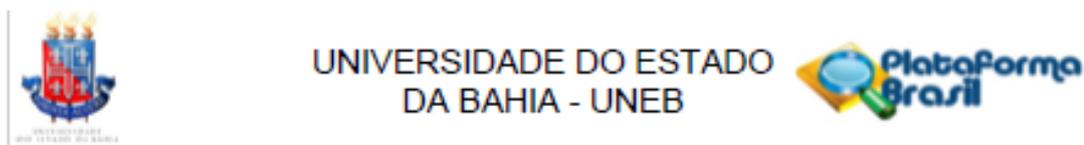
Pesquisa relevante e exequível.

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

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

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

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



Continuação do Parecer: 3.471.114

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

Recomendações:

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

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

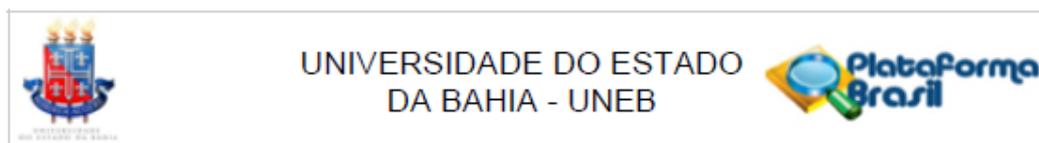
Após a análise com vista à Resolução 466/12 CNS/MS o CEP/UNEB considera o projeto como APROVADO para execução, tendo em vista que apresenta benefícios potenciais a serem gerados com sua aplicação e representa risco mínimo aos participantes, respeitando os princípios da autonomia, da beneficência, não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

Considerações Finais a critério do CEP:

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

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

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



Continuação do Parecer: 3.471.114

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

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SALVADOR, 26 de Julho de 2019

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

[Assinatura]

ANEXO C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Universidade Federal
do Triângulo Mineiro

Ministério da Educação

Universidade Federal do Triângulo Mineiro – Uberaba – MG

Comitê de Ética em Pesquisa – CEP

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

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

TERMO DE ESCLARECIMENTO

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

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



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

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, APÓS ESCLARECIMENTO

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

Eu, _____, li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo e qual procedimento a que serei submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão e que isso não afetará meu tratamento.

Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro por participar do estudo. Eu concordo em participar do estudo.

Alcobaça, BA//.....

Assinatura do voluntário ou seu responsável legal

Documento de Identidade

Assinatura do pesquisador responsável orientador

Assinatura do pesquisador

Telefone de contato dos pesquisadores

Jair Sindra Virtuoso Junior: (34) 9105 - 5979

Douglas de Assis Teles Santos: (73) 3263 – 8050 ou (73) 9983918

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