

UNICESUMAR – CENTRO UNIVERSITÁRIO CESUMAR
PROGRAMA DE MESTRADO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE

**CONDIÇÕES DE SAÚDE, ESTADO NUTRICIONAL E DESEMPENHO MOTOR DE
IDOSOS RESIDENTES NO MUNICÍPIO DE FLÓRIDA-PR**

MARIA CECÍLIA BEGNOSSI

ORIENTADORA: ROSE MARI BENNEMANN

MARINGÁ

2014

UNICESUMAR – CENTRO UNIVERSITÁRIO CESUMAR
PROGRAMA DE MESTRADO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE

**CONDIÇÕES DE SAÚDE, ESTADO NUTRICIONAL E DESEMPENHO MOTOR DE
IDOSOS RESIDENTES NO MUNICÍPIO DE FLÓRIDA-PR**

**Dissertação de mestrado apresentada
ao Centro Universitário Cesumar
(Unicesumar), como requisito à
obtenção do título de Mestre em
Promoção da Saúde.**

MARINGÁ/PR

FEVEREIRO DE 2014

Begnossi, Maria Cecília

Condições de saúde, estado nutricional e desempenho motor de idosos residentes no município de Flórida - PR/Maria Cecília Begnossi

Maringá, 2014

85 p.

Dissertação (Mestrado)- Centro Universitário Cesumar
Área de concentração: Ciências da Saúde

Orientador: Prof^a Dr^a Rose Mari Bennemann

1. Condições de saúde; 2. Envelhecimento; 3. Promoção da saúde

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me amparar nos momentos difíceis, me dar força e tranquilidade para superar as dificuldades, e me suprir em todas as necessidades.

A minha orientadora Rose Mari Bennemann, que me auxiliou durante meu trajeto enquanto aluna, pela sua paciência, dedicação e por ser um exemplo de profissional que admiro muito.

A minha família amada, pela paciência e incentivo.

Ao meu namorado Leandro, por acreditar em minhas escolhas e me apoiar em cada uma delas.

A minha amiga Lilian pela ajuda durante minha pesquisa, e por contribuir com meu futuro profissional. Sua participação foi essencial para a realização desse trabalho.

Aos demais professores e amigos que contribuíram de alguma forma para que este trabalho se realizasse e os objetivos fossem alcançados.

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO	6
2 INTRODUÇÃO	7
3 ARTIGOS CIENTÍFICOS.....	10
3.1 ESTADO NUTRICIONAL E SAÚDE MENTAL EM GRUPO DE IDOSOS DE FLÓRIDA, PARANÁ	Erro! Indicador não definido.
3.2 ESTADO NUTRICIONAL E DESEMPENHO MOTOR DE IDOSOS RESIDENTES NO MUNICÍPIO DE FLÓRIDA, PARANÁ	25
4 CONCLUSÃO	41
5 REFERÊNCIAS	41
6 ANEXOS	44
ANEXO 1	45
ANEXO 2	68
ANEXO 3	77

APRESENTAÇÃO

Esta dissertação é composta por uma introdução e dois artigos científicos, originados de pesquisas realizadas por meio do Departamento de Pós-Graduação em Promoção da Saúde, nível mestrado, da Unicesumar – Maringá – Paraná.

Primeiro artigo - Autores: Maria Cecília Begnossi, Rose Mari Bennemann, Sônia Maria Marques Gomes Bertolini.

Inicia abordando sobre o estado nutricional e a saúde mental, observada pela aplicação de um questionário multidimensional, em idosos, e posteriormente associa algumas variáveis no artigo “Estado nutricional e saúde mental em um grupo de idosos de Flórida, Paraná”. Submetido à apreciação, visando à publicação na Revista Conscientiae Saúde.

Segundo artigo – Autores: Maria Cecília Begnossi, Rose Mari Bennemann, Sônia Maria Marques Gomes Bertolini; Eraldo Schunk Silva.

Tem continuidade com o artigo que avalia e associa o estado nutricional e a saúde mental dos idosos, abordando sobre os fatores determinantes do estado nutricional e capacidade funcional no artigo “Estado nutricional e desempenho motor de idosos residentes no município de Flórida, Paraná”.

Em consonância com as regras do Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde, os artigos foram redigidos de acordo com as normas das revistas “ConScientiae Saúde” (anexo 1) e “Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia” (anexo 2).

INTRODUÇÃO

De acordo com o último censo (IBGE, 2010) a participação do número de idosos na população, no Brasil, aumentou e continuará a crescer, se as tendências esperadas de mortalidade e fecundidade forem confirmadas, dando continuidade ao processo de envelhecimento observado no país nas últimas décadas. O número de idosos irá superar em cerca de 4 milhões e 35,8 milhões o número de crianças e adolescentes (menores de 15 anos de idade), respectivamente, segundo projeções para 2030 e 2050 (IBGE, 2009).

O aumento do número de idosos e o consequente envelhecimento populacional exigem novas prioridades e abordagens, principalmente no que se refere aos benefícios de uma boa condição de saúde. A “condição de saúde” engloba não só o perfil de morbidade e mortalidade da população, mas também a presença de déficits físicos e cognitivos, além da utilização de serviços de saúde e outros indicadores mais específicos (LIMA-COSTA; BARRETO; GIATTI, 2003).

Segundo Pereira (2011) é imprescindível conhecer a qualidade de vida do idoso, além dos fatores que possam contribuir para a redução ou aumento dessa condição. O conhecimento torna possível criar e programar ações e políticas de saúde que contribuam permanentemente para a qualidade de vida desta população.

Neste sentido, alguns estudos evidenciam a presença de diferentes comorbidades relacionadas à origem ou agravos nas condições de saúde mental dos idosos (SCHERER; VIEIRA, 2010; FERNANDES et al., 2009). Doenças crônicas e degenerativas relacionadas ao comprometimento cognitivo do idoso, têm sido evidenciadas e conduzido pesquisas que subsidiem a programação e implementação de atividades sistemáticas, com a finalidade de melhorar a saúde mental da população idosa (BENEDETTI et al., 2008; FERNANDES et al., 2009).

Coutinho e Laks (2012) ressaltam que nas próximas décadas o crescimento de casos de demência e depressão será maior em países com baixa e média renda, entre os quais está o Brasil. Estes são dados preocupantes que alertam para questões não apenas de perspectiva econômica, visando também a necessidade de

pesquisas que orientem a adoção de medidas para lidar com esse panorama garantindo a qualidade de vida, especialmente entre os idosos.

Nos pacientes idosos, a depressão está geralmente acompanhada por outras queixas incluindo dores crônicas, distúrbios do apetite, irritabilidade entre outras. Deve-se entender que isso não é uma consequência normal do envelhecimento, sendo necessário investigar a causa e oferecer tratamento adequado para o idoso, já que os transtornos de humor impactam negativamente a qualidade de vida dos idosos (BORGES; BENEDETTI; MAZO, 2007).

São muitas as áreas científicas que visam contribuir para o aumento da longevidade associada à qualidade de vida. A prática de atividade física, por exemplo, tem sido reconhecida como fundamental. Além deste fator, o estado nutricional adequado também permite uma condição de saúde favorável, sendo evidente a relação entre peso adequado e a ausência de comorbidades (FERNANDES et al., 2009; PINHEIRO et al., 2013).

O estado nutricional é um importante indicativo de saúde. São inúmeras as evidências do impacto da boa alimentação sobre a saúde celular e, conseqüentemente, sobre todas as funções do organismo (DESLANDES, 2013). O sobrepeso e obesidade são fatores de risco para diferentes agravos à saúde, como doenças cardiovasculares, hipertensão arterial, acidente vascular cerebral, diabetes melito tipo 2, neoplasias, sobretudo para problemas psicológicos, dentre outros (WHO, 1995; ACUÑA; CRUZ, 2004).

Outros estudos relatam que os déficits de desempenho motor nos idosos ocorrem devido à disfunção dos sistemas nervosos (central e periférico), bem como o sistema neuromuscular. Esses déficits incluem dificuldade de coordenação, o aumento da variabilidade e a desaceleração dos movimentos, e dificuldades com equilíbrio e marcha, quando comparado a adultos jovens, tendo um impacto negativo sobre a capacidade dos idosos para realizarem atividades funcionais do cotidiano (SEIDLER et al., 2010; SEIDLER; ALBERTS; STELMACH, 2002; CONTRERAS-VIDAL; TEULINGS; STELMACH, 1998).

Os problemas referentes à marcha e equilíbrio, como quedas, são as principais fontes de lesão e morbidade em adultos mais velhos, sendo que 20-30% dos idosos que caem e sofrem algum tipo de lesão moderada ou grave, têm sua mobilidade limitada e, conseqüentemente, a qualidade de vida reduzida (SEIDLER et al, 2010; ALEXANDER; RIVARA; WOLF, 1992).

A avaliação da capacidade funcional de idosos pode ser feita a partir da capacidade de executar atividades da vida diária (AVD), atividades relacionada ao cuidado pessoal, e demais atividades como comer, vestir-se e tomar banho, por exemplo (GONTIJO et al., 2012; REBELLATO; MORELLI, 2004).

Alguns testes de esforço, como o teste de caminhada, podem também ser utilizados para medir e avaliar a capacidade do exercício nesse grupo etário da população (SANTOS; PEREIRA; PAULIN, 2006).

A prática de atividades físicas pode proporcionar uma boa condição de saúde e prevenir agravos. Além disso, em testes de caminhadas com idosos mais ativos, se observa uma maior resistência muscular de membros inferiores, com melhora da flexibilidade e velocidade da marcha (ALBUQUERQUE et al., 2013).

Nesse aspecto, visando um envelhecimento com qualidade de vida, desponta-se a necessidade de criar elementos para promover a saúde e prevenir agravos entre os idosos. A partir daí, busca-se compreender o estado de saúde e os fatores de risco implícitos, para que o enfoque maior seja na prevenção e na assistência adequada a esta população (MEDEIROS, 2013; FRIED, 2000).

O envelhecimento é um processo contínuo e ininterrupto, porém as mudanças de estilo de vida, gerenciamento do estresse, prática de hábitos alimentares saudáveis e adoção de atividade física regular podem aprazar esse processo, ocasionando bem-estar para o indivíduo.

Diante disso, o objetivo deste estudo foi caracterizar as condições de saúde, o estado nutricional e o desempenho motor de idosos residentes no município de Flórida, Paraná.

ESTADO NUTRICIONAL E SAÚDE MENTAL DE IDOSOS RESIDENTES EM FLÓRIDA, PARANÁ

NUTRITIONAL STATUS AND MENTAL HEALTH OF ELDERLY RESIDENTS IN FLÓRIDA, PARANÁ

ESTADO NUTRICIONAL E SAÚDE MENTAL DE IDOSOS

NUTRITIONAL STATUS AND MENTAL HEALTH IN ELDERLY

UNICESUMAR - Av. Guedner, 1610 – Jd. Aclimação, Maringá/PR

Maria Cecília Begnossi¹; Rose Mari Bennemann²; Sonia Maria Marques Gomes Bertolini³.

¹Mestranda em Promoção da Saúde – Centro Universitário Cesumar – Unicesumar/Maringá, Paraná – Brasil.

²Doutora em Saúde Pública e docente do Programa de Pós-Graduação Stricto Senso em Promoção da Saúde (PPGPS), Centro Universitário Cesumar – Unicesumar/Maringá, Paraná – Brasil.

³Doutora em Anatomia Humana e docente do Programa de Pós-Graduação Stricto Senso em Promoção da Saúde (PPGPS), Centro Universitário Cesumar – Unicesumar/Maringá, Paraná – Brasil.

Endereço para correspondência:

Maria Cecília Begnossi

Rua Marechal Deodoro, 328, zona 07.

CEP: 87030-020 – Maringá-PR

E-mail: mariacecilia@begnossi.com

ESTADO NUTRICIONAL E SAÚDE MENTAL DE IDOSOS RESIDENTES EM FLÓRIDA, PARANÁ

NUTRITIONAL STATUS AND MENTAL HEALTH OF ELDERLY RESIDENTS IN FLÓRIDA, PARANÁ

ESTADO NUTRICIONAL E SAÚDE MENTAL DE IDOSOS

NUTRITIONAL STATUS AND MENTAL HEALTH IN ELDERLY

RESUMO

Introdução: no Brasil é crescente a proporção de pessoas com idade ≥ 60 anos. Com isso, tem-se buscado evidenciar os benefícios em manter uma boa condição de saúde nessa faixa etária. Objetivo: caracterizar o estado nutricional e a saúde mental de idosos residentes em Flórida, Paraná. Metodologia: estudo descritivo de corte transversal, de abordagem populacional, desenvolvido com idosos (≥ 60 anos). Coletaram-se dados primários em domicílios, por meio de amostra estratificada nas áreas urbana e rural. O estado nutricional foi avaliado pelos indicadores: índice de massa corporal e área muscular do braço; a saúde mental por meio do *Brazil Old Age Schedule*. Conclusão: os resultados mostraram que o excesso de peso constitui o principal problema nutricional da população avaliada, principalmente entre as mulheres. Em relação à saúde mental, os idosos da área rural apresentaram maior prevalência de sinais de demência do que os da área urbana; a maioria dos idosos apresentou-se sem depressão.

Palavras-chave: Idoso, condições de saúde, estado nutricional, saúde mental.

ABSTRACT

Introduction: in Brazil is increasing the proportion of people aged ≥ 60 years. Thus, researchers have tried to show the benefits in maintaining good health in this age group. Objective: To characterize the nutritional status and mental health of elderly residents in Flórida, Paraná. Methodology: A descriptive cross-sectional study, a population-based approach developed in elderly (≥ 60 years). Were collected primary data on residences, by means of stratified sampling in urban and rural areas. Nutritional status was assessed by the indicators: body mass index and arm muscle area; mental health through Brazil Old Age Schedule. Conclusion: The results showed that overweight is the main nutritional problem in the studied population, especially among women. In relation to mental health, the elderly in rural areas had higher prevalence of signs of dementia than the urban area; most seniors presented without depression.

Keywords: elderly, health, nutritional status, mental health.

INTRODUÇÃO

De acordo com o último censo¹, a participação do número de idosos na população, no Brasil, aumentou e continuará a crescer, se as tendências esperadas de mortalidade e fecundidade forem confirmadas, dando continuidade ao processo de envelhecimento observado no país nas últimas décadas. O número de idosos, segundo projeções para 2030 e 2050, irá superar, em cerca de 4 milhões e 35,8 milhões, respectivamente, o de crianças e adolescentes (menores de 15 anos de idade). Em 2050 os idosos corresponderão a 28,8% do total da população contra 13,1% de crianças e adolescentes^{1,2}.

O crescimento relativo da população idosa e as mudanças biopsicossociais próprias do envelhecimento agravaram o enfrentamento de várias situações como: aposentadorias precárias, diminuição dos recursos financeiros, perda de amigos parentes, diminuição da capacidade física e perda da posição social. Estes fatos, isolada ou simultaneamente, contribuem para a piora das condições de saúde, nutrição e, conseqüentemente, da qualidade de vida³.

Entre as diversas alterações ocasionadas pelo envelhecimento, as alterações do estado nutricional são bastante comuns. Por estado nutricional (EN), compreende-se o resultado do equilíbrio entre suprimento de nutrientes pelo consumo alimentar e o gasto energético do organismo².

Muitas são as alterações que comprometem as necessidades nutricionais ou a ingestão alimentar, tais como a diminuição do paladar e olfato, redução do metabolismo basal, insuficiência de mecanismos reguladores da sede, fome e saciedade. Deste modo, determinar o EN de idosos abrange uma complexa rede de fatores que inclui questões econômicas, sociais, biológicas, psíquicas e alimentares^{4,5}.

A redução do percentual de desnutrição, aumento da prevalência do excesso de peso, obesidade e as mudanças no padrão de consumo alimentar são características do processo de transição nutricional e variam de acordo com grau de desenvolvimento de cada país. Neste contexto, a boa nutrição surge como um fator crucial, porque os idosos constituem um grupo vulnerável, tanto aos distúrbios nutricionais, quanto às inúmeras conseqüências destes, relacionadas aos agravos de saúde. Assim, faz-se necessário o contínuo estudo acerca dos determinantes do

estado nutricional, bem como o aprofundamento da compreensão do papel da nutrição para os idosos^{4,5}.

Da mesma forma, com a crescente elevação da expectativa de vida, as doenças mentais, como demência e depressão, aparecem com grande incidência⁶.

A demência pode ser compreendida como uma síndrome que afeta não somente o raciocínio, mas também a memória, a percepção e atenção, a capacidade de reconhecimento, e toda a personalidade do indivíduo. Por existirem diversos tipos e causas de demência, é importante a realização do diagnóstico precoce que o tratamento seja o mais correto e eficaz⁷.

Já a depressão consiste num distúrbio psicológico, físico ou comportamental que pode estar presente em alguns períodos da vida, independente da etnia, sexo ou idade. Todavia, sua ocorrência está associada a fatores como estado civil, classe social, condições sociais e faixa etária⁸.

A sociedade contemporânea possui muitos desafios e um deles é o envelhecimento saudável da população.

Diante disso, o objetivo deste estudo foi verificar o estado nutricional e a saúde mental de idosos residentes no município de Flórida, Paraná.

MATERIAL E MÉTODOS

A pesquisa foi desenvolvida em Flórida, Paraná, em 2013. Em 2010, esse município possuía 2.543 habitantes, sendo 369 idosos, 182 homens e 187 mulheres, distribuídos em 2 regiões censitárias (urbana e rural). Trata-se de um estudo tipo descritivo, analítico, transversal e com abordagem quantitativa. Foram coletados dados primários em domicílios, por meio de amostra estratificada proporcional.

O cálculo do tamanho da amostra tomou como referência a regra definida para o cálculo de amostras para proporções, considerando-se o fator de correção para populações finitas. Considerou-se um nível de confiança $(1 - \alpha)$ de 95%, um erro (e) de 0,02 e $p = 0,30$ e $n = 363$ idosos residentes na cidade de Flórida.

Foram definidos quatro estratos: Região I, Região II, Região III (urbanas) e Zona Rural. Para cada uma das áreas foram entrevistados percentuais de idosos, proporcionais ao tamanho de cada estrato.

Assim sendo, a amostra foi composta por 123 idosos, com 46 homens e 77 mulheres. A coleta de dados foi realizada no período de abril a setembro de 2013. Todos os participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos do Unicesumar – Centro Universitário Cesumar, Paraná (parecer de número 127.244, em 09/11/2012).

Os dados foram coletados por duas entrevistadoras, pela própria pesquisadora e por uma profissional enfermeira. Durante dois dias foi realizado treinamento sobre a aplicação do instrumento de coleta de dados e o teste de caminhada. Algumas dificuldades foram encontradas durante a coleta de dados, como a ausência do idoso no domicílio e a recusa em realizar o teste de caminhada por motivos diversos.

O estado nutricional dos idosos foi avaliado por meio dos indicadores: índice de massa corporal – IMC e área muscular do braço – AMB.

O IMC foi obtido dividindo-se o peso corporal (kg), pela estatura (m) elevada ao quadrado (P/E^2). O peso corporal foi aferido em balança portátil, marca TANITA Ironman com capacidade até 150 kg e sensibilidade de 100 gramas. Para a estatura utilizou-se fita métrica inextensível fixada em parede sem rodapé, em superfície plana. Durante a antropometria, os idosos permaneceram descalços, vestindo roupas leves.

Para o cálculo da área muscular do braço (AMB), foram utilizadas as equações propostas por Heymsfield et al.⁹, segundo sexo, sendo: $AMB (cm^2) = [CB(cm) - \pi \times DCT(mm) / 2]^2 / 4 \times \pi - 10$, para homens; e $AMB (cm^2) = [CB(cm) - \pi \times DCT(mm) / 2]^2 / 4 \times \pi - 6,5$, para mulheres.

Tanto a circunferência do braço (CB) quanto a dobra cutânea tricipital (DCT) foram aferidas no lado dominante do idoso, utilizando fita métrica inextensível e adipômetro da marca LANGE, com pressão de 10 g/mm². A CB foi realizada de acordo com a padronização de Callway et al.¹⁰ e a DCT segundo Harrison et al.¹¹ As medidas foram realizadas em triplicata, sendo utilizada a média dos valores para as análises.

Para análise do IMC e da AMB foram utilizados os valores apresentados em percentis, descritos no estudo de Barbosa et al.¹², de acordo com o gênero e grupo etário, sendo posteriormente classificados de acordo com os pontos de corte estabelecidos. Com base nos valores do IMC encontrado nos idosos, estes foram

classificados como: subnutridos (<P10); com risco para subnutrição (\geq P10 e <P25); estado nutricional adequado (\geq P25 e <P75); e excesso de peso (\geq P75). Com base nos valores da AMB, os idosos foram classificados como: subnutridos (<P10); com risco para subnutrição (\geq P10 e <P25); e área muscular adequada (\geq P25).

A saúde mental dos idosos foi avaliada pelo *Brazil Old Age Schedule* (BOAS), que é um questionário validado no Brasil e revisado por Veras e Dutra^{13,14}. Este questionário é um instrumento multidimensional, com oito seções que compreendem diversas áreas da vida do idoso. Neste estudo, foi utilizada a seção referente à Saúde Mental, que faz o rastreamento sobre deficiência cognitiva e depressão.

A descrição dos dados foi realizada por meio de tabelas de frequências simples e cruzadas e medidas descritivas de posição e variabilidade. Foi verificada a distribuição proporcional dos idosos, segundo identificação demográfica, estado nutricional, saúde mental, gênero e grupo etário. A associação entre essas variáveis foi testada por meio dos testes Qui-quadrado (χ^2) e Exato de Fisher. Para comparação de mais de dois grupos aplicou-se o Teste de Kruskal-Wallis (ANOVA).

Adotou-se um nível de confiança de 95%, ou seja, p-valor menor que 0,05. Todos os testes foram bicaudais. Os dados foram analisados por meio do aplicativo Statistical Software Analysis – SAS, a partir de uma base de dados construída por meio do aplicativo Excel.

RESULTADOS

Foram avaliados 123 idosos, sendo 102 (82,9%) residentes em área urbana, e 21 (17,1%) residentes em área rural, com predominância do sexo feminino (62,6%). Foram registradas oito recusas para a realização da avaliação antropométrica.

A média de idade dos idosos foi de 71,5 anos para os homens e 70,5 anos para as mulheres. Os idosos da área urbana apresentaram média de idade maior (71,2 anos) em relação aos da área rural (69,0 anos).

Na Tabela 1 pode-se verificar a distribuição dos idosos segundo o gênero, EM e área de residência. Verificou-se que, na área urbana, 42,2% das mulheres apresentaram peso adequado, e 40,6% excesso de peso. Da mesma forma, na área rural, o percentual de mulheres com peso adequado foi maior do que com excesso

de peso, correspondendo a 66,7% e 22,2%, respectivamente (Tabela 1). Quanto aos homens residentes em área urbana 65,6% apresentaram excesso de peso, e 25,0% peso adequado.

Na área rural verificou-se entre as mulheres o maior percentual de peso adequado (66,7%). Já entre os homens, observou-se a distribuição proporcional entre as classificações do estado nutricional, conforme mostra a Tabela 1.

Subnutrição foi verificada em 6,2% dos idosos na área urbana e em 15,8% dos idosos na área rural.

Em relação à avaliação nutricional por meio da AMB, a maioria (66,7% e 63,2%, da área urbana e rural, respectivamente) dos idosos, tanto homens quanto mulheres, apresentaram massa muscular adequada (Tabela 2).

Quanto à saúde mental, 73,5% dos idosos da área urbana não apresentaram sinais característicos de depressão, 20,6% apresentaram sinais de depressão menor, e 5,9% depressão maior. Além disso, 12,7% destes idosos apresentaram sinais característicos de demência. Na área rural, 40,0% das mulheres apresentaram sinais que caracterizam presença de depressão menor e 10,0% depressão maior. A prevalência de demência entre as mulheres foi de 30,0%. Os homens não apresentaram sinais indicativos depressão, mas apenas de demência (18,2%) (Tabelas 3 e 4).

DISCUSSÃO

O presente estudo mostrou predominância de mulheres. Esse fato também foi observado em outros estudos^{15,16}. Da mesma forma, a predominância das mulheres pode ser verificada na população idosa brasileira¹⁷.

A feminização da velhice é um fator bastante relevante e as políticas públicas direcionadas à população idosa devem levar em conta a repercussão desse evento nas relações de gênero¹⁸. Da mesma maneira, este fato requer especial consideração também em relação à situação social das mulheres idosas¹⁹.

A classificação do estado nutricional pelo IMC em idosos ainda é, bastante discutida, tendo em vista que o mesmo não reflete a distribuição de gordura e mudanças relacionadas, decorrentes do processo de envelhecimento, sendo considerado, portanto, um indicador fraco para avaliar riscos em idosos^{20,21}.

Entretanto esta situação pode ser atenuada com a associação de indicadores nutricionais. Além disso, os critérios para diagnóstico e os dados utilizados como referência devem ser específicos devido às alterações que comumente acompanham o indivíduo no processo de envelhecimento²¹.

Por este motivo, optou-se, neste estudo, pela utilização de mais de um indicador, além do IMC. A AMB estima a quantidade de massa muscular do braço, sendo considerado bom indicador do perfil nutricional em idosos¹².

Sabe-se que para a realização de atividades de vida diária a força e a flexibilidade muscular são essenciais. Com o envelhecimento esses fatores diminuem, podendo assim, levar o idoso a apresentar redução da qualidade de vida, aumentando o risco de quedas e a perda da mobilidade articular²².

Pesquisas mostram a predominância do excesso de peso e obesidade na população idosa^{23,4}. Fato este também observado no presente estudo, principalmente na área urbana.

No estudo com idosos residentes nas regiões nordeste e sudeste do Brasil, verificaram que, pelo IMC, percentual maior de idosos em eutrofia (50,4%), e em sobrepeso (32,3%), tendo o gênero feminino maior chance de apresentar sobrepeso²⁴, diferentemente do presente estudo, onde o excesso de peso foi maior nos idosos do gênero masculino. Em outro estudo, os autores²⁵ observaram que, nas regiões mais pobres do Norte e Nordeste do Brasil, os perfis antropométricos dos indivíduos avaliados mantiveram-se próximos à normalidade, fato este associado às condições socioeconômicas e aos índices de desenvolvimento humano dessas regiões. Nas demais regiões o excesso de peso e a obesidade estão associados à transição nutricional, que pode ser descrita como um aumento da ingestão energética e redução da prática de atividade física, o que corresponde com o estilo de vida ocidental atualmente.

Com a transição, a obesidade tem aumentado, em detrimento da desnutrição. Outros fatores contribuem para essa situação, tais como a industrialização, a melhora do poder aquisitivo populacional e a urbanização, corroborando continuamente na mudança no perfil nutricional da população brasileira, inclusive entre os idosos²⁶.

No presente estudo, os idosos da área urbana apresentaram perfil nutricional predominante em excesso de peso. Isto condiz com a transição nutricional descrita em outros estudos, e possivelmente é decorrente de mudanças como redução da

prática de atividades diárias e melhora da condição socioeconômica. Porém, na área rural, os idosos avaliados apresentaram predominância de peso adequado, estando este fato possivelmente associado à prática das atividades diárias desenvolvidas nessa população, conforme se observou durante a coleta de dados.

Em relação ao EN, segundo a AMB, a maioria dos participantes da pesquisa apresentou massa muscular adequada, ou seja, 66,7% e 63,2% residentes em área urbana e rural, respectivamente, sendo este resultado condizente com estudo realizado por Sperotto e Spinelli²⁷ em Erechim, no Rio Grande do Sul, onde 65,0% dos idosos avaliados pelo indicador AMB apresentaram massa muscular adequada.

Portanto, pela condição do estado nutricional encontrada com avaliação da AMB, é possível dizer que os participantes desta pesquisa apresentam condições físicas adequadas para manterem prática regular de atividade física, o que contribui para uma maior autonomia e conseqüentemente uma melhor qualidade de vida.

Quanto à condição de saúde mental, na área urbana, 20,6% dos idosos apresentam depressão menor e 5,9% depressão maior. Na área rural, 19,1% e 4,8% apresentaram depressão menor e maior, respectivamente. Resultado semelhante foi observado em uma população de idosos catarinenses avaliados pelo BOAS²⁸, onde a prevalência de depressão (19,7%) também foi maior que de demência (13,8%).

Em relação aos idosos residentes em áreas urbanas e rurais, um estudo realizado por Silva et al.²⁹ realizado em Fortaleza com 229 idosos, com média de idade de 72,3 anos, mostrou que 57,2% residiam na zona urbana, sendo que entre as morbidades mais relatadas por estes idosos a depressão representou 26,7% na zona urbana; e 7,1% zona rural.

Quanto à depressão, sugere-se que mesmo os sintomas menos percebidos são frequentemente associados às significantes alterações psicossociais³⁰.

Na análise por área de moradia, percebe-se maior prevalência de depressão e demência na população urbana. Sabe-se que os idosos residentes em zona rural, realizam mais atividades domésticas, além das atividades feitas no campo. Além disso, em seus domicílios há, muitas vezes, um número maior de pessoas, como filhos e netos, o que harmoniza o convívio familiar, contribuindo para a saúde mental.

Ainda segundo Coutinho e Laks³¹ os estudos abrangendo a prevalência, incidência e os fatores associados à presença de depressão e demência em idosos

estão ainda em fase inicial de pesquisa, sobretudo das regiões Sudeste e Sul do país.

Assim sendo, é importante ressaltar que, neste estudo, foram observados casos de demência em 14,6% dos 123 idosos avaliados. Os resultados de outro estudo realizado com 88 idosos residentes em Porto Alegre mostraram que, quanto melhor a percepção de qualidade de vida psicológica, caracterizada por alguns fatores como presença de sentimentos positivos, boa autoestima e capacidade de concentração, melhor é o desempenho em tarefas de atenção³².

Alguns autores³³ reforçam que, muitas doenças crônicas, como depressão, distúrbios cardiovasculares, tipos de câncer e osteoporose, têm alta prevalência entre os idosos. Por sua vez, estes indivíduos apresentam, na sua grande maioria, prejuízo funcional e procuram os serviços de saúde frequentemente, gerando assim consequente aumento dos custos de saúde.

CONCLUSÃO

O estado nutricional contribui para o desenvolvimento de fatores que influenciam na morbidade e mortalidade associada a processos crônicos relevantes na qualidade de vida dos idosos. Consequentemente, o estado nutricional traduz um processo dinâmico de relações entre fatores de ordem biológica, psíquica e social.

Os achados deste estudo reforçam que o excesso de peso constitui o principal problema nutricional da população estudada. Do total de idosos avaliados, os residentes em áreas urbanas apresentaram prevalência em excesso de peso e depressão, quando comparados aos idosos da área rural. Estes, por sua vez, apresentaram percentual maior de demência que os idosos da área urbana.

Pela escassez de estudos realizados concomitantemente com idosos residentes em áreas urbanas e rurais, sugere-se o desenvolvimento de pesquisas que avaliem as condições de saúde dessa população, buscando agregar os resultados encontrados a outras pesquisas.

REFERÊNCIAS

1. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Sinopse do Censo Demográfico 2010. Disponível em:
<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/sinopse.pdf>.
Acesso em 14 de setembro de 2013.
2. Machado J, Caram CLB, Frank AA, Soares EA, Laks J. Estado nutricional na doença de Alzheimer. Rev. Assoc. Med. Bras. 2009; 55(2):188-191.
3. Almeida MA, Aliti GB, Franzen E, Thomé EGR, Unicovsky MR, Rabelo ER et al. Prevalent nursing diagnoses and interventions in the hospitalized elder care. Rev. Latino-Am. Enfermagem 2008; 16(4):707-711.
4. Feliciano AB, Moraes SA, Freitas ICM. O perfil do idoso de baixa renda no Município de São Carlos, São Paulo, Brasil: um estudo epidemiológico. Cad. Saúde Pública 2004; 20(6):1575-1585.
5. Moraes, EN. Princípios Básicos de Geriatria e Gerontologia. Belo Horizonte: Coopmed, 2008.
6. Camarano, AA. Os Novos Idosos Brasileiros: Muito Além dos 60? Rio de Janeiro: IPEA; 2004.
7. Carvalho Filho ET, Netto MP. Geriatria Fundamentos, Clínica e Terapêutica. 2 ed. São Paulo: Atheneu; 2006.
8. Bruno, MRP. Cidadania não tem idade. In: Revista Quadrimestral de Serviço Social e Sociedade. São Paulo: Cortez, 2003, 75:74-83.
9. Heymsfield SB; McManus C; Smith J; Stevens V; Nixon DW. Anthropometric measurement of muscle mass: revised equations for calculating bone-free arm muscle area. American Journal of Clinical Nutrition 1982, 36:680-690.
10. Callaway CW, Chumlea WC, Bouchard C, Himes JH, Lohman TG, Martin AD et al. Circumferences. In Lohman T. G., Roche A. F., Martorell R editors. Anthropometric standardization reference manual. Champaign, Illinois: Human Kinetics, 1988, p. 38-54.

11. Harrison GG, Buskirk ER, Carter JEL, Johnston FE, Lohman TG, Pollock ML et al. Circumferences. In Lohman T. G., Roche A. F., Martorell R editors. Anthropometric Standardization Reference Manual. Champaign, Illinois: Human Kinetics, 1988, p. 55-70.
12. Barbosa, AR.; Souza, JMP; Lebrão, ML; Marucci, MF. Relação entre estado nutricional e força de preensão manual em idosos do município de São Paulo, Brasil: dados da pesquisa SABE. Rev. Bras. Cineantropom. Desempenho Hum. 2006, 8(1):37-44.
13. Veras, RP. País jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 1994.
14. Veras RP, Dutra S. Perfil do idoso brasileiro: questionário BOAS (Brazil Old Age Schedule). UnATI – Universidade Aberta da Terceira Idade. Rio de Janeiro; 2008.
15. Menezes TN, Lopes FJM, Marucci MFN. Estudo domiciliar da população idosa de Fortaleza/CE: aspectos metodológicos e características sócio-demográficas. Rev. Bras. Epidemiol. 2007; June; 10(2):168-171.
16. Araújo VLB, Brito DMS, Gimenez MT, Queiroz TA, Tavares CM. Características da Aids na terceira idade em um hospital de referência do Estado do Ceará, Brasil. Rev. bras. epidemiol. 2007 Dec; 10(4):544-554.
17. IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), 2011.
18. Fernandes MTO, Soares SM. O desenvolvimento de políticas públicas de atenção ao idoso no Brasil. Rev. esc. enferm. USP 2012 Dec; 46(6):1494-1502.
19. Moreira, MM. O envelhecimento da população idosa brasileira. Rev. Bras. Estudos Pop. 1998; 15(1):79-93.
20. Perissinotto E, Pisent C, Sergi G, Grigoletto F, Enzi G. Anthropometric measurements in the elderly: Age and gender differences. Br J Nutr 2002; 87:177-86.
21. Sampaio LR. Avaliação nutricional e envelhecimento. Rev. Nutr. 2004 Dec; 17(4):507-514.

22. Anjos EM, Cunha MR, Ribas DIR, Gruber CR. Avaliação da performance muscular de idosas não sedentárias antes e após aplicação de um programa de exercícios de equilíbrio. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* 2012 Sep; 15(3):459-467.
23. Silva EF, Paniz VMV, Laste G, Torres ILS. Prevalência de morbidades e sintomas em idosos: um estudo comparativo entre zonas rural e urbana. *Ciênc. saúde coletiva* 2013 Apr; 18(4):1029-1040.
24. Campos MAG; Pedroso ERP; Lamounier JA; Colosimo EA, Abrantes MM. Estado nutricional e fatores associados em idosos. *Rev. Assoc. Med. Bras.* 2006 Aug; 52(4):214-221.
25. Batista Filho, M, Miglioli TC, Santos MC. Anthropometric normality in adults: the geographical and sócio-economic paradoxo f the nutritional transition in Brazil. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.* 2007 out/dez; Recife, 7(4):487-493.
26. Tardido AP, Falcão MC. O impacto da modernização na transição nutricional e obesidade. *Rev Bras Nutr Clin* 2006; 21(2):117-24.
27. Sperotto, FM; Spinelli, RB. Avaliação nutricional em idosos independentes de uma instituição de longa permanência no município de Erechim-RS. *Perspectiva* 2010; 34(125):105-116.
28. Benedetti TRB; Borges LJ; Petroski EL; Gonçalves LHT. Atividade física e estado de saúde mental de idosos. *Rev. Saúde Pública* 2008 Apr; 42(2):302-307.
29. Silva EF; Paniz VMV; Laste G; Torres ILS. Prevalência de morbidades e sintomas em idosos: um estudo comparativo entre zonas rural e urbana. *Ciênc. saúde coletiva* 2013; 18(4):1029-1040.
30. Ayotte BJ, Potter GJ, Williams HJ, Steffens DC, Bosworth HB. The moderating role of personality factors in the relationship between depression and neuropsychological functioning among older adults. *Int J Geriatr Psychiatr* 2009; 24(9):1010-1019.
31. Coutinho ESF; Laks J. Saúde mental do idoso no Brasil: a relevância da pesquisa epidemiológica. *Cad. Saúde Pública* 2012; 28(3): 412-412.
32. Beckert M; Irigaray TQ; Trentini CM. Qualidade de vida, cognição e desempenho nas funções executivas de idosos. *Estudos de Psicologia* 2012; 29(2):155-162.

33. Andrade DC; Faria JWV; Caramelli P, Alvarenga L; Galhardoni R; Siqueira SRD et al. The assessment and management of pain in the demented and non-demented elderly patient. *Arq Neuropsiquiatr* 2011; 69(2-B):387-394.

TABELAS

Tabela 1 – Distribuição dos idosos, segundo gênero e estado nutricional (IMC) da população urbana e rural, Flórida-Paraná, 2013.

Estado nutricional	Gênero					
	Masculino		Feminino		Ambos os gêneros	
	Urbana n (%)	Rural n (%)	Urbana n (%)	Rural n (%)	Urbana n (%)	Rural n (%)
IMC						
Subnutrição	1 (3,1)	2 (20,0)	5 (7,8)	1 (11,1)	6 (6,2)	3 (15,8)
Com risco	2 (6,3)	2 (20,0)	6 (9,4)	-	8 (8,3)	2 (10,5)
Peso adequado	8 (25,0)	3 (30,0)	27 (42,2)	6 (66,7)	35 (36,5)	9 (47,4)
Excesso	21 (65,6)	3 (30,0)	26 (40,6)	2 (22,2)	47 (49,0)	5 (26,3)
Total	32 (100,0)	10 (100,0)	64 (100,0)	9 (100,0)	96 (100,0)	19 (100,0)

Tabela 2 – Distribuição dos idosos, segundo gênero e estado nutricional (AMB) da população urbana e rural, Flórida-Paraná, 2013.

Estado nutricional	Gênero					
	Masculino		Feminino		Ambos os gêneros	
	Urbana n (%)	Rural n (%)	Urbana n (%)	Rural n (%)	Urbana n (%)	Rural n (%)
AMB						
Subnutrição	5 (15,6)	1 (10,0)	8 (12,5)	1 (11,1)	13 (13,5)	2 (10,5)
Com risco	6 (18,8)	3 (30,0)	13 (20,3)	2 (22,2)	19 (19,8)	5 (26,3)
Adequada	21 (65,6)	6 (60,0)	43 (67,2)	6 (66,7)	64 (66,7)	12 (63,2)
Total	32 (100,0)	10 (100,0)	64 (100,0)	9 (100,0)	96 (100,0)	19 (100,0)

Tabela 3 – Distribuição dos idosos segundo gênero e incidência de depressão, área urbana e rural, Flórida-Paraná, 2013.

Saúde Mental	Gênero					
	Masculino		Feminino		Ambos os gêneros	
	Urbana n (%)	Rural n (%)	Urbana n (%)	Rural n (%)	Urbana n (%)	Rural n (%)
Depressão						
Menor	6 (17,1)	-	15 (22,4)	4 (40,0)	21 (20,6)	4 (19,1)
Maior	1 (2,9)	-	5 (7,5)	1 (10,0)	6 (5,9)	1 (4,8)
Sem depressão	28 (80,0)	11 (100,0)	47 (70,2)	5 (50,0)	75 (73,5)	16 (76,2)
Total	35 (100,0)	11 (100,0)	67 (100,0)	10 (100,0)	102 (100,0)	21 (100,0)

Tabela 4 – Distribuição dos idosos segundo gênero e incidência de demência, área urbana e rural, Flórida-Paraná, 2013.

Saúde Mental	Gênero					
	Masculino		Feminino		Ambos os gêneros	
	Urbana n (%)	Rural n (%)	Urbana n (%)	Rural n (%)	Urbana n (%)	Rural n (%)
Demência						
Com demência	2 (5,7)	2 (18,2)	11 (16,4)	3 (30,0)	13 (12,7)	5 (23,8)
Sem demência	33 (94,3)	9 (81,8)	56 (83,6)	7 (70,0)	89 (87,3)	16 (76,2)
Total	35 (100,0)	11 (100,0)	67 (100,0)	10 (100,0)	102 (100,0)	21 (100,0)

ESTADO NUTRICIONAL E CAPACIDADE FUNCIONAL PARA O EXERCÍCIO DE IDOSOS RESIDENTES NO MUNICÍPIO DE FLÓRIDA, PARANÁ

NUTRITIONAL STATUS AND FUNCTIONAL CAPACITY TO EXERCISE OF ELDERLY RESIDENTS IN THE MUNICIPALITY OF FLÓRIDA, PARANÁ

ESTADO NUTRICIONAL E CAPACIDADE FUNCIONAL DE IDOSOS

NUTRITIONAL STATUS AND FUNCTIONAL CAPACITY OF ELDERLY

UNICESUMAR - Av. Guedner, 1610 – Jd. Aclimação, Maringá/PR

Maria Cecília Begnossi¹; Rose Mari Bennemann²; Sonia Maria Marques Gomes Bertolini³; Eraldo Schunk Silva⁴

¹Mestranda em Promoção da Saúde – Centro Universitário Cesumar – Unicesumar/Maringá, Paraná – Brasil.

²Doutora em Saúde Pública e docente do Programa de Pós-Graduação Stricto Senso em Promoção da Saúde (PPGPS), Centro Universitário Cesumar – Unicesumar/Maringá, Paraná – Brasil.

³Doutora em Anatomia Humana e docente do Programa de Pós-Graduação Stricto Senso em Promoção da Saúde (PPGPS), Centro Universitário Cesumar – Unicesumar/Maringá, Paraná – Brasil.

⁴Doutor em Agronomia e professor adjunto da Universidade Estadual de Maringá – UEM, Paraná – Brasil.

Endereço para correspondência:

Maria Cecília Begnossi
Rua Marechal Deodoro, 328, zona 07.
CEP: 87030-020 – Maringá-PR
E-mail: mariacecilia@begnossi.com

ESTADO NUTRICIONAL E CAPACIDADE FUNCIONAL PARA O EXERCÍCIO DE IDOSOS RESIDENTES NO MUNICÍPIO DE FLÓRIDA, PARANÁ

NUTRITIONAL STATUS AND FUNCTIONAL CAPACITY TO EXERCISE OF ELDERLY RESIDENTS IN THE MUNICIPALITY OF FLÓRIDA, PARANÁ

ESTADO NUTRICIONAL E CAPACIDADE FUNCIONAL DE IDOSOS

NUTRITIONAL STATUS AND FUNCTIONAL CAPACITY OF ELDERLY

RESUMO

O interesse pelo envelhecimento vem crescendo consideravelmente nos últimos anos. Sabe-se que as alterações fisiológicas e psicossociais que ocorrem neste estágio da vida são influenciadas pelo consumo alimentar e o estado nutricional dos idosos. Assim, o objetivo do presente estudo foi caracterizar o estado nutricional e a capacidade funcional para o exercício dos idosos residentes no município de Flórida, Paraná. Trata-se de um estudo descritivo, de corte transversal, de abordagem populacional, com 123 indivíduos idosos, de ambos os sexos. As variáveis sócio demográficas foram avaliadas por meio da aplicação do questionário Brazil Old Age Schedule (BOAS) e o estado nutricional pelos indicadores nutricionais: índice de massa corporal (IMC) e área muscular do braço (AMB). A avaliação da capacidade funcional para o exercício dos idosos foi verificada pelo teste de caminhada de 6 minutos, em percurso de 30 metros. As variáveis avaliadas foram associadas, demonstrando a situação de saúde dos idosos residentes no município. Concluiu-se que, na amostra estudada, existe um elevado percentual de idosos com excesso de peso, bem como apresentam capacidade funcional insatisfatória, detectada pelo TC6', inclusive quando se comparou os residentes das áreas urbanas com os idosos residentes em área rural.

Palavras-chave: estado nutricional, capacidade funcional, exercício, idosos.

ABSTRACT

The interest in aging has grown considerably in recent years. It is known that the physiological and psychosocial changes that occur at this stage of life are influenced by dietary intake and nutritional status of the elderly. The objective of this study was to characterize the nutritional status and functional exercise capacity of elderly residents in the municipality of Florida, Paraná. This is a descriptive, cross-sectional, population-based approach with 123 elderly individuals of both sexes. Sociodemographic variables were evaluated by the questionnaire Brazil Old Age Schedule (BOAS) and nutritional status for nutritional indicators: body mass index (BMI) and arm muscle area (AMA). The assessment of functional exercise capacity of elderly was verified by the 6-minute walk test in course of 30 meters. The variables

evaluated were associated, showing the situation of the elderly residents in the municipality. It was concluded that, in the studied sample, there is a high percentage of elderly overweight and have poor functional capacity, detected by the 6MWT, even when comparing residents of urban areas with older people living in rural areas.

Keywords: nutritional status, functional capacity, exercise, seniors.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional apresenta-se como um processo que ocorre de forma contínua em todo o mundo e com relevância nos países em desenvolvimento. Segundo a Organização Mundial de Saúde cerca de 80% da projeção de dois bilhões de pessoas idosas em 2050 estarão alocadas nestes países. O tempo do processo de envelhecimento nos países emergentes deverá levar cerca de duas ou três décadas, configurando uma redução significativa se comparado aos países desenvolvidos¹.

A situação demográfica da sociedade atual mostra que o aumento da expectativa de vida da população é crescente em todas as partes do mundo. Sabe-se que o envelhecimento é um processo dinâmico e progressivo, no qual há, entre outras, alterações morfológicas, funcionais e metabólicas, com redução da capacidade funcional (CF), da atividade e do desempenho neuromuscular, das capacidades respiratória e cardiovascular, alterando progressivamente o organismo e tornando-o mais susceptível às agressões intrínsecas e extrínsecas^{2,3}. É possível observar também que associados ao processo de envelhecimento estão as mudanças na composição corporal e o aumento na prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT)⁴.

O aumento do número de idosos e o conseqüente envelhecimento populacional exigem novas prioridades e abordagens, principalmente no que se refere aos benefícios de uma boa condição de saúde. A “condição de saúde” engloba não só o perfil de morbidade e mortalidade da população, mas também a presença de déficits físicos e cognitivos, além da utilização de serviços de saúde e outros indicadores mais específicos⁵.

É imprescindível conhecer a qualidade de vida do idoso, além dos fatores que possam contribuir para a redução ou aumento dessa condição. O conhecimento

torna possível criar e programar ações e políticas de saúde que contribuam permanentemente para a qualidade de vida desta população⁶.

Neste sentido, alguns estudos evidenciam a presença de diferentes comorbidades relacionadas à origem ou agravos nas condições de saúde mental dos idosos. Doenças crônicas e degenerativas relacionadas ao comprometimento cognitivo do idoso, têm sido evidenciadas e conduzido pesquisas que subsidiem a programação e implementação de atividades sistemáticas, com a finalidade de melhorar a saúde mental da população idosa⁷.

Estudos⁸ relatam que os déficits de desempenho de motor nos idosos ocorrem devido à disfunção dos sistemas nervosos (central e periférico), bem como o sistema neuromuscular. Esses déficits incluem dificuldade de coordenação⁹, o aumento da variabilidade e a desaceleração dos movimentos¹⁰, e dificuldades com equilíbrio e marcha, quando comparado a adultos jovens. Estes déficits têm um impacto negativo sobre a capacidade dos idosos para realizarem atividades funcionais do cotidiano. Os problemas referentes à marcha e equilíbrio, como quedas, são as principais fontes de lesão e morbidade em adultos mais velhos, sendo que 20-30% dos idosos que caem e sofrem algum tipo de lesão moderada ou grave, têm sua mobilidade limitada e, conseqüentemente, a qualidade de vida reduzida.^{8,7}

A avaliação da capacidade funcional de idosos pode ser feita a partir da capacidade de executar atividades da vida diária (AVD), atividades relacionada ao cuidado pessoal, e demais atividades como comer, vestir-se e tomar banho, por exemplo.^{11,12} Alguns testes de esforços, como os testes de caminhada, podem ser utilizados como instrumentos de medida para avaliar a capacidade do exercício nessa faixa etária da população.^{3,13}

Diante disso, o objetivo deste estudo foi caracterizar o estado nutricional e a capacidade funcional para o exercício de idosos residentes no município de Flórida, Paraná.

METODOLOGIA

O estudo foi desenvolvido no município de Flórida, Paraná, em 2013. Em 2010, esse município possuía 2.543 habitantes, sendo 369 idosos, 182 homens e

187 mulheres, distribuídos em 2 regiões censitárias (urbana e rural)¹⁶, ambas pesquisadas. Entretanto, para a composição da amostra, por ser mais atualizada, utilizou-se como referência a lista cadastral dos idosos obtida no Núcleo Integrado de Saúde (NIS) do município na qual foram identificados 363 idosos. Trata-se de um estudo descritivo, transversal, com abordagem quantitativa. Foram coletados dados primários em domicílios, por meio de amostra estratificada proporcional.

O cálculo do tamanho da amostra tomou como referência a regra definida para o cálculo de amostras para proporções, considerando-se o fator de correção para populações finitas. Considerou-se um nível de confiança $(1 - \alpha)$ de 95%, um erro (e) de 0,02 e $p = 0,30$ e $N = 363$ idosos residentes na cidade de Flórida.

Foram definidos quatro estratos: Região I, Região II, Região III (urbanas) e Zona Rural. Para cada uma das áreas foram entrevistados percentuais de idosos, proporcionais ao tamanho de cada estrato.

Desta forma, a amostra foi composta por 123 idosos, 46 homens e 77 mulheres. A coleta de dados foi realizada no período de abril a setembro de 2013.

Os dados foram coletados pela própria pesquisadora e por uma profissional enfermeira. Foram realizados dois dias de treinamento, abordando sobre a aplicação do instrumento de coleta de dados e o teste realizado. Algumas dificuldades foram encontradas durante a coleta de dados, como a ausência do idoso no domicílio e a recusa em realizar o teste de caminhada por motivos diversos.

Os idosos participantes da pesquisa responderam ao *Brazil Old Age Schedule* (BOAS)¹⁷, um questionário multidimensional, com oito seções que compreendem diversas áreas da vida do idoso, validado no Brasil e revisado por Veras e Dutra¹⁸. As seções do BOAS objetivam fornecer informações sobre as condições de vida, e necessidades ou problemas que afetam os idosos cotidianamente. Neste estudo, porém, foi utilizada apenas a seção referente aos dados sócio demográficos da população avaliada.

O estado nutricional dos idosos foi avaliado por meio dos indicadores: índice de massa corporal – IMC e área muscular do braço – AMB. O peso corporal foi aferido em balança portátil, marca TANITA Ironman com capacidade até 150 kg e sensibilidade de 100 gramas. Durante a antropometria, os idosos permaneceram descalços, trajando roupas leves. A estatura foi obtida fixando-se uma fita métrica inextensível em parede sem rodapé, com superfície plana.

Para a avaliação da área muscular do braço (AMB), foram utilizadas as equações propostas por Heymsfield et al.¹⁹, segundo sexo.

A circunferência do braço (CB) e a dobra cutânea tricipital (DCT) foram aferidas no lado dominante do idoso, utilizando uma fita métrica inextensível e adipômetro da marca LANGE, com pressão de 10 g/mm². Aferiu-se a CB de acordo com a padronização de Callway et al.²⁰, e a DCT segundo Harrison et al.²¹ As medidas foram realizadas em triplicata, sendo utilizada a média dos valores de cada uma para as análises.

Para análise do IMC e da AMB foram utilizados os valores apresentados em percentis (P), descritos no estudo de Barbosa²², de acordo com o gênero e grupo etário. Com base nos valores do IMC encontrados nos idosos, estes foram classificados como: subnutridos (<P10); com risco para subnutrição (≥P10 e <P25); estado nutricional adequado (≥P25 e <P75); e excesso de peso (≥P75); e de acordo com os valores da AMB, estes foram classificados como subnutridos (<P10); com risco para subnutrição (≥P10 e <P25); e área muscular adequada (≥P25).

Posteriormente, os idosos realizaram o Teste de Caminhada de Seis Minutos^{23,24}, que objetiva a avaliação do desempenho motor dos idosos. Utilizou-se referencial para adultos saudáveis²⁵. Sendo assim, não realizaram esse teste aqueles idosos com idade ≥80 anos; IMC ≥35kg/m²; histórico de acidente vascular cerebral (AVC) e uso de diuréticos; e taxa cardíaca de repouso de mais de 120 batimentos por minutos. Esse teste é de fácil execução, e consiste basicamente em orientar o indivíduo a caminhar o mais rápido possível durante o tempo de seis minutos, estimulando o idoso com frases de incentivo durante todo o tempo.^{26,27}

O TC6' tem como principais objetivos: avaliar a capacidade aeróbica para a prática de atividades físicas; avaliar o estado funcional do sistema cardiovascular e/ou respiratório na saúde e doença; avaliar programas de prevenção, terapêuticos e de reabilitação e prognosticar morbimortalidade em candidatos a transplantes.²⁸ Foram aferidos, no início, durante e ao final do teste, os sinais vitais: pressão arterial (PA), frequência respiratória (FR), frequência cardíaca (FC), saturação de oxigênio (SatO₂). Os equipamentos necessários para a realização do teste foram: cronômetro, trena, oxímetro de dedo, monitor de frequência cardíaca, esfigmomanômetro e estetoscópio.

Os parâmetros verificados durante o TC6' foram anotados, assim como a distância percorrida em metros. A tabela 1 apresenta fórmulas que representam uma estimativa da distância ideal de cada paciente.

Tabela 1 – Equações de referência para o Teste de Caminhada de 6 Minutos em adultos saudáveis.

Homens:
$TC6' = (7,57 \times \text{altura}_{cm}) - (5,02 \times \text{idade}_{anos}) - (1,76 \times \text{peso}_{kg}) - 309 \text{ m}$
Mulheres:
$TC6' = (2,11 \times \text{altura}_{cm}) - (2,29 \times \text{peso}_{kg}) - (5,78 \times \text{idade}_{anos}) + 667 \text{ m}$

Fonte: adaptado de Enright e Sherrill, 1998.

O tempo médio de duração da entrevista e aplicação do teste de caminhada foi de 55 minutos.

A descrição dos dados foi realizada por meio de tabelas de frequências simples e cruzadas e medidas descritivas de posição e variabilidade. Foi verificada a distribuição proporcional dos idosos segundo identificação demográfica, recursos socioeconômicos, estado nutricional, saúde mental, gênero e grupo etário. Para análise estatística os idosos foram agrupados de acordo com grupo etário (60-69 anos, 70-79 anos e 80 anos e mais). A associação entre essas variáveis foi testada por meio dos testes Qui-quadrado e Exato de Fisher. Foi aplicado o Teste de Kruskal-Wallis (ANOVA) quando o objetivo foi o de comparar mais de dois grupos ao mesmo tempo. Adotou-se um nível de confiança de 95% ($\alpha = 0,05$), ou seja, p-valor menor que 0,05. Todos os testes foram bicaudais. Os dados foram analisados através do aplicativo Statistical Software Analysis – SAS, a partir de uma base de dados construída com o auxílio do aplicativo Excel.

Todos os participantes do estudo assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos do Centro Universitário de Maringá, Paraná (parecer de número 127.244, em 09/11/2012).

RESULTADOS

A população total do estudo foi de 123 idosos. A amostra estudada constituiu-se na maior parte por idosos do sexo feminino (62,60%).

A média de idade do grupo estudado foi de 70,9 anos. A área urbana apresentou uma média de idade maior (71,2 anos) em relação à área rural (69 anos).

O perfil do idoso deste estudo encontra-se com idade entre 60 a 69 anos (50,4%), casado, com ensino primário, e renda entre 1 a 2 salários mínimos (Tabela 2). Observou-se predomínio do sexo feminino (62,6%).

De acordo com a distribuição das variáveis antropométricas referentes ao IMC da população avaliada (Tabela 3) a maioria dos idosos residentes em áreas urbanas apresentou excesso de peso (49,0%), enquanto os idosos residentes em área rural apresentaram um maior percentual em peso adequado (47,4%).

Os resultados indicam que, de acordo com o sexo, em termos percentuais, os homens apresentaram prevalência em excesso de peso, mesmo sendo a menor população em ambas as áreas demográficas.

Um total de 7,8% dos idosos avaliados foi classificado com subnutrição pelo indicador IMC. Observa-se, entretanto, um elevado percentual de idosos com excesso de peso, inclusive entre as mulheres que apresentaram percentuais semelhantes em relação aos dois estados nutricionais predominantes.

De acordo com a avaliação da AMB (Tabela 4), os idosos residentes nas áreas urbana e rural, apresentaram massa muscular adequada, sendo 66,7% e 63,2%, respectivamente.

Em relação ao desempenho dos idosos no TC6', observou-se que a média encontrada entre os homens avaliados foi superior à média das mulheres (Tabela 5).

Os idosos residentes em área rural apresentaram um melhor desempenho quando comparados com os idosos das áreas urbanas.

No Quadro 1 verifica-se que houve correlação significativa entre as variáveis citadas (IMC x AMB e IMC x TC6'). A correlação no teste de Spearman varia de -1 a +1. Portanto ambos os valores encontrados na correlação são significativos, indicando que quanto maior o IMC, menor o rendimento no teste de caminhada.

Por meio de testes estatísticos aplicados evidenciaram-se diferenças estatisticamente significativas entre algumas variáveis, tanto em relação ao IMC quanto a AMB.

Entre as variáveis referentes à frequência cardíaca, por classificação de IMC e sexo, observou-se que a população feminina com classificação em peso adequado apresentou diferença significativa aos 2 minutos e aos 4 minutos durante o teste de caminhada.

Comparando a saturação de oxigênio por nível de AMB e sexo, por exemplo, observou-se que inicialmente, tanto os homens quanto as mulheres classificados como subnutridos, apresentaram uma menor frequência respiratória inicial em relação aos demais participantes, enquanto a frequência respiratória final não apresentou diferença significativa.

Ao final do teste de caminhada e aferindo a saturação de oxigênio, aos 6 minutos, e posteriormente já em repouso aos 9 minutos, observou-se que apenas os homens com classificação da AMB em risco para subnutrição apresentaram diferença significativa em relação à saturação de oxigênio. Neste caso, o resultado revelou que o grupo de homens em risco para subnutrição teve maior dificuldade para atingir os níveis de oxigênio considerados normais.

Comparando a frequência respiratória por classificação de IMC e sexo, as mulheres subnutridas apresentaram diferença significativa da frequência respiratória inicial e final, obtidas durante o teste de caminhada. Quando comparada a distância total percorrida no TC6' por classificação do IMC, foi observado que as mulheres com excesso de peso apresentaram diferença significativa, indicando que a distância percorrida durante o teste foi menor entre as mulheres com esta classificação.

DISCUSSÃO

A amostra estudada constituiu-se na maior parte por idosos do sexo feminino (62,60%). Isto reflete a realidade brasileira e está de acordo com o que vem sendo descrito na literatura^{29,30}.

Os resultados indicam que, de acordo com o sexo, em termos percentuais, os homens apresentaram prevalência em excesso de peso, mesmo sendo a menor população em ambas as áreas demográficas.

Este resultado difere de outros estudos realizados com idosos residentes em zonas urbanas e rurais³⁰, em que as mulheres apresentaram maior índice em

excesso de peso, quando avaliadas pelo IMC. Ressalta-se que valores elevados de IMC estão relacionados a um risco superior de enfermidades crônicas.

Um estudo realizado com uma amostra de 1551 idosos, mostrou que a maioria dos participantes era eutróficos (50,4%)³¹. Entretanto 32,3% apresentaram sobrepeso e 11,6%, obesidade, tendo as mulheres mais chances de apresentar sobrepeso.

Um elevado percentual de idosos foi classificado com excesso de peso (45,2%), sendo este um fato preocupante, pois o estado nutricional evoluindo para obesidade pode ser um agravante na saúde dos idosos³².

O fato da evolução do estado nutricional dos idosos atualmente, de subnutrição ou risco nutricional para excesso de peso ou obesidade pode ser decorrente da melhora da qualidade de vida, como foi observado no estudo de Rodrigues et al.³³, onde 80,0% dos idosos classificaram o estado geral da saúde como “muito bom”. Além disso, o aspecto social também foi categorizado como “excelente”.

De acordo com a avaliação da AMB, a maior parte dos idosos, tanto na região urbana quanto rural, apresentou-se com massa muscular adequada (62,75%), o que condiz com estudo²⁹ realizado em Fortaleza, também utilizando indicadores de massa muscular, sendo observado maior depósito de massa muscular entre os homens. As autoras ainda verificaram que a diminuição da massa magra ocorre com o avanço do grupo etário, tanto em homens quanto em mulheres.

Em relação à capacidade funcional para o exercício por meio do TC6', observou-se que a média encontrada entre os homens avaliados foi superior à média das mulheres. Nota-se, porém, que em ambos os sexos, o desempenho foi inferior aos valores preditos²³.

Os idosos residentes em área rural apresentaram um melhor desempenho quando comparados com os idosos das áreas urbanas. É possível que este resultado esteja associado a um estilo de vida mais saudável ou ao fato de que os idosos residentes em área rural mantenham-se diariamente mais ativos do que os idosos residentes em áreas urbanas.

Em pesquisa realizada com idosos residentes em área urbana e rural, existem relatos de que o fato de morar na área urbana associa-se à maior prevalência de uso de medicamentos e também de polifarmácia entre os idosos³⁵. Fato esse que

pode estar também relacionado ao estilo de vida menos ativo quando comparado aos idosos residentes em área rural.

Apesar dos resultados encontrados no TC6' serem inferiores aos valores preditos, podem ser considerados valores médios ideais para pessoas saudáveis, uma vez que estes valores variam entre 400m² e 700m² segundo Enright e Sherrill²³, ressaltando que a maior média foi obtida pelos homens, residentes em área rural.

O teste de caminhada realizado foi de fácil aplicação, e devido a sua segurança tem sido muito utilizados em idosos nos últimos anos^{13,14,15,16}. Porém durante sua aplicação neste estudo, foi possível notar que alguns idosos apresentaram dificuldades em executá-lo da maneira indicada.

Entre as variáveis referentes à frequência cardíaca, por classificação de IMC e sexo, observou-se que a população feminina com classificação em peso adequado apresentou diferença significativa aos 2 minutos e aos 4 minutos durante o teste de caminhada. Este resultado indica que o estado nutricional adequado contribuiu para a manutenção da frequência cardíaca durante a aplicação do TC6'.

CONCLUSÃO

Neste estudo, os resultados evidenciam um elevado percentual de idosos com excesso de peso. Além disso, os idosos avaliados apresentaram capacidade funcional para o exercício insatisfatória, detectada pelo TC6', inclusive quando se comparou os residentes das áreas urbanas com os idosos residentes em área rural. Constatou-se também uma associação entre o estado nutricional e a capacidade funcional para o sexo feminino. Mesmo com um pior desempenho motor, as mulheres apresentaram diferenças positivas quando analisadas as variáveis do teste, como frequência respiratória e cardíaca, em comparação aos homens.

De acordo com os resultados encontrados, é necessário que haja a realização de outras pesquisas que associem o estado nutricional, avaliado por mais de um indicador nutricional, com testes de desempenho motor, fazendo uso de variáveis antropométricas diferentes das utilizadas neste estudo.

REFERÊNCIAS

1. Who - WORLD HEALTH ORGANIZATION. Physical Status: The use and interpretation of antropometry. Geneve: World Health Organization, pp. 1-36, 2005.
2. Mazo, GZ et al. Condições de saúde, incidência de quedas e nível de atividade física dos idosos. *Revista Brasileira de Fisioterapia* 2007; 11(6):437-442.
3. Ferreira, OGL et al. O envelhecimento ativo sob o olhar de idosos funcionalmente independentes. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* 2010; 44(4):1065-9.
4. Veras R. Fórum Envelhecimento Populacional e as Informações de Saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos: introdução. *Cad Saúde Pública*. 2007; 23(10):2463-66.
5. Lima, MG et al. Impact of chronic disease on quality of life among elderly in the state of São Paulo, Brazil: a population-based study. *Revista Panamericana de Salud Pública* 2009; 25(4):314-321.
6. Rebelatto JR, Morelli JGS. *Fisioterapia Geriátrica: a prática da assistência ao idoso*. São Paulo: Manole, 2004.
7. Costa MFBNA, Ciosak SI. Comprehensive health care of the elderly in the Family Health Program: vision of health professionals. *Rev Esc Enferm USP* 2010; 44(2):437-44.
8. Branco MAF. Sistemas de informação em saúde no nível local. *Cad Saude Publica* 1996; 12(2):267-70.
9. Censo 2010 - Informações sobre os municípios brasileiros. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2013.
10. Contreras-Vidal JL, Teulings HL, Stelmach GE. Elderly subjects are impaired in spatial coordination in fine motor control. *Acta Psychol. (Amst)* 1998; 100(1-2):25-35.
11. Duarte MFS, Duarte, CR. Validade do teste aeróbico de corrida vai-e-vem de 20 metros. *Rev. Brasileira Ciência e Movimento* 2001; 9(3):7-14.

12. Enright PL, Sherrill DL. Reference Equations for the Six-Minute Walk in Health Adults. *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* 1998; 158:1384-7.
13. Gontijo JV et al. Cognitive and functional status of elderly people of a long stay institution of the municipality Divinópolis, Minas Gerais State, Brazil. *Acta Scientiarum. Health Sciences Special Edition* 2012; 34:251-56.
14. Pinheiro PA et al. Desempenho motor de idosos do Nordeste brasileiro: diferenças entre idade e sexo. *Rev Esc Enferm USP* 2013; 47(1):128-36.
15. Pires SR et al. Teste de caminhada de seis minutos em diferentes faixas etárias e índices de massa corporal. *Rev. Bras. Fisioter.* 2007; 11(2):147-151.
16. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Sinopse do Censo Demográfico 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/sinopse.pdf>. Acesso em 14 de setembro de 2013.
17. Veras RP, Dutra S. Perfil do idoso brasileiro: questionário BOAS (Brazil Old Age Schedule). UnATI – Universidade Aberta da Terceira Idade. Rio de Janeiro; 2008.
18. Veras, RP. País jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 1994.
19. Heymsfield, SB et al. Anthropometric measurement of muscle mass: revised equations for calculating bone-free arm muscle area. *American Journal of Clinical Nutrition* 1982, 36:680-690.
20. Callaway CW, Chumlea WC, Bouchard C et al. Circumferences. In Lohman T. G., Roche A. F., Martorell R editors. *Anthropometric standardization reference manual*. Champaign, Illinois: Human Kinetics, 1988, p. 38-54.
21. Harrison GG, Buskirk ER, Carter JEL et al. Circumferences. In Lohman T. G., Roche A. F., Martorell R editors. *Anthropometric Standardization Reference Manual*. Champaign, Illinois: Human Kinetics, 1988, p. 55-70.
22. Barbosa, AR. et al. Relação entre estado nutricional e força de preensão manual em idosos do município de São Paulo, Brasil: dados da pesquisa SABE. *Rev. Bras. Cineantropom. Desempenho Hum.*, v. 8, n. 1, p. 37-44, 2006.
23. Enright PL, Sherrill DL. Reference Equations for the Six-Minute Walk in Health Adults. *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* 1998; 158:1384-7.

24. Santos GAC, Pereira J, Paulin E. Teste de caminhada: valores de referência em indivíduos normais e DPOC. *Arq. Ciênc. Saúde Unipar*, Umuarama 2006; 10(1):3-7.
25. American Thoracic Society – ATS statement: guidelines for the six-minute walk test. *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* 2002; 166:111-17.
26. Seidler RD, Alberts JL, Stelmach GE. Changes in multi-joint performance with age. *Motor Control.* 2002; 6(1):19–31.
27. Seidler RD et al. Motor control and aging: Links to age-related brain structural, functional, and biochemical effects. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews.* 2010; 34:721-33.
28. Sousa LB, Souza RKT, Scochi MJ. Hipertensão Arterial e Saúde da Família: Atenção aos Portadores em Município de Pequeno Porte na Região Sul do Brasil. *Arq Bras Cardiol.* 2006; 87:496-503.
29. Camargos MCS, Perpétuo IHO, Machado CJ. Expectativa de vida com incapacidade funcional em idosos em São Paulo, Brasil. *Rev Panam Salud Publica* 2005 June; 17(5-6):379-386.
30. Fares D et al. Fatores associados ao estado nutricional de idosos de duas regiões do Brasil. *Rev. Assoc. Med. Bras.* 2012, Aug, 58(4):434-441.
31. Nascimento CM et al. Estado nutricional e fatores associados em idosos do município de Viçosa, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2011; 27:2409-18.
32. Silveira EA, Kac G, Barbosa LS. Prevalência e fatores associados à obesidade em idosos residentes em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil: classificação da obesidade segundo dois pontos de corte do índice de massa corporal. *Cad. Saúde Pública* 2009; 25(7):1569-1577.
33. Rodrigues SF et al. Qualidade de vida dos idosos que praticam atividades culturais e desportivas. *ConScientiae Saúde*, 2009; 8(4):593-597.
34. Menezes TN, Marucci MFN. Perfil dos indicadores de gordura e massa muscular corporal dos idosos de Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 2007; 23(12):2887-2895.
35. Dal Pizzol TS et al. Uso de medicamentos entre idosos residentes em áreas urbanas e rurais de município no Sul do Brasil: um estudo de base populacional. *Cad. Saúde Pública* 2012; 28(1):104-114.

TABELAS

Tabela 2 – Distribuição dos idosos, segundo variáveis sócio-demográficas, Flórida-Paraná, 2013.

Variáveis	N	%
Gênero		
Masculino	46	37,4
Feminino	77	62,6
Faixa etária		
60 – 69	62	50,4
70 – 79	42	34,2
80 ou mais	19	15,5
Estado conjugal		
Casado(a)/morando junto	85	69,1
Viúvo(a)	33	26,8
Divorciado(a)	3	2,4
Nunca casou	2	1,6
Escolaridade		
Nenhuma	42	34,2
Primário	50	40,7
1º grau completo	3	2,4
2º grau completo	4	3,3
Superior	9	7,3
NA	15	12,2
Renda (em salários mínimos)		
≤ 1	4	3,3
1 – 2	101	82,1
≥ 3	14	11,4
NS/NR	4	3,3

Tabela 3 – Distribuição dos idosos segundo gênero e estado nutricional (IMC) da população estudada, Flórida-Paraná, 2013.

Estado nutricional	Gênero					
	Masculino		Feminino		Ambos os gêneros	
	Urbana n (%)	Rural n (%)	Urbana n (%)	Rural n (%)	Urbana n (%)	Rural n (%)
IMC						
Subnutrição	1 (3,1)	2 (20,0)	5 (7,8)	1 (11,1)	6 (6,2)	3 (15,8)
Com risco	2 (6,3)	2 (20,0)	6 (9,4)	-	8 (8,3)	2 (10,5)
Peso adequado	8 (25,0)	3 (30,0)	27 (42,2)	6 (66,7)	35 (36,5)	9 (47,4)
Excesso	21 (65,6)	3 (30,0)	26 (40,6)	2 (22,2)	47 (49,0)	5 (26,3)
Total	32 (100,0)	10 (100,0)	64 (100,0)	9 (100,0)	96 (100,0)	19 (100,0)

Tabela 4 – Distribuição dos idosos segundo gênero e estado nutricional (AMB) da população estudada, Flórida-Paraná, 2013.

Estado nutricional	Gênero					
	Masculino		Feminino		Ambos os gêneros	
	Urbana n (%)	Rural n (%)	Urbana n (%)	Rural n (%)	Urbana n (%)	Rural n (%)
AMB						
Subnutrição	5 (15,6)	1 (10,0)	8 (12,5)	1 (11,1)	13 (13,5)	2 (10,5)
Com risco	6 (18,8)	3 (30,0)	13 (20,3)	2 (22,2)	19 (19,8)	5 (26,3)
Adequada	21 (65,6)	6 (60,0)	43 (67,2)	6 (66,7)	64 (66,7)	12 (63,2)
Total	32 (100,0)	10 (100,0)	64 (100,0)	9 (100,0)	96 (100,0)	19 (100,0)

Tabela 5 – Análise comparativa referente ao teste de caminhada de 6 minutos, por sexo e região, Flórida-Paraná, 2013.

Região	Desempenho motor avaliado		Desempenho motor esperado	
	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino
	Média (metros)	Média (metros)	Média (metros)	Média (metros)
Urbana	457,3	407,4	462,7	446,2
Rural	509,9	441,7	513,1	452,8

Quadro 1 – Correlação de Spearman entre AMB, IMC TC6'.

	Correlação de Spearman	p-valor
IMC versus AMB	0,61	< 0,0001
IMC versus TC 6 minutos	-0,46	< 0,0001

CONCLUSÃO

Com o intuito de mostrar o panorama das condições de saúde, estado nutricional e desenho motor das pessoas que estão envelhecendo no município de Flórida-PR, o estudo leva a observar a necessidade de programas públicos de atenção à saúde dos idosos que promovam um envelhecimento saudável e bem estar. A frequência de excesso de peso e inadequada condição motora, além dos casos demência e depressão na população estudada remete à importância do planejamento, por parte de ações direcionadas à saúde dos idosos. São necessários outros estudos em população semelhante, além de investimentos priorizando a prevenção de doenças e controlando as condições de problemas crônicos, permitindo assim um viver com qualidade aos idosos.

REFERÊNCIAS

- ACUÑA, K., CRUZ, T. Avaliação do Estado Nutricional de Adultos e Idosos e Situação Nutricional da População Brasileira. **Arq Bras Endocrinol Metab**, v. 48, n. 3, p. 345-361, jun. 2004.
- ALBUQUERQUE, I. M. et al. Capacidade funcional submáxima e força muscular respiratória entre idosas praticantes de hidroginástica e dança: um estudo comparativo. **Rev. bras. geriatr. gerontol.** [online]. 2013, v.16, n.2, p. 327-336.
- ALEXANDER, B. H.; RIVARA, F. P.; WOLF, M. E. The cost and frequency of hospitalization for fall-related injuries in older adults. **Am. J. Public Health**, v. 82, n. 7, p. 1020-23, july 1992.
- BENEDETTI, T. R. B. et al. Atividade física e estado de saúde mental de idosos. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 2, apr. 2008.
- BORGES, L. J.; BENEDETTI, T. R. B.; MAZO, G. Z. Rastreamento cognitivo e sintomas depressivos em idosos iniciantes em programa de exercício físico. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 56, n. 4, dez. 2007.

CONTRERAS-VIDAL, J. L.; TEULINGS HL; STELMACH GE. Elderly subjects are impaired in spatial coordination in fine motor control. **Acta Psychol.** (Amst), v. 100, n. 1-2, p. 25-35, nov. 1998.

COUTINHO, E. S. F.; LAKS, J. Saúde mental do idoso no Brasil: a relevância da pesquisa epidemiológica. **Cad. Saúde Pública** [online], v. 28, n.3, p. 412-412, 2012.

DESLANDES, A. The biological clock keeps ticking, but exercise may turn it back. **Arq. Neuro-Psiquiatr.**, São Paulo, v. 71, n. 2, feb. 2013.

FERNANDES, H. M. et al. A influência da actividade física na saúde mental positiva de idosos. **Motri.**, Santa Maria da Feira, v. 5, n. 1, jan. 2009.

GONTIJO, J.V. et al. Cognitive and functional status of elderly people of a long stay institution of the municipality Divinópolis, Minas Gerais State, Brazil. **Acta Scientiarum** Health Sciences Special Edition, v. 34, p. 251-256, 2012.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Sinopse do Censo Demográfico 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/sinopse.pdf>. Acesso em 14 de setembro de 2013.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil. 2009. Sobre a condição de saúde dos idosos: indicadores selecionados. Disponível em: <http://7a12.ibge.gov.br/voce-sabia/calendario-7a12/event/44-dia-nacional-do-idoso>. Acesso em 14 de setembro de 2013.

LIMA-COSTA, M. F; BARRETO, S. M; GIATTI, L.. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 19, n. 3, June 2003 .

MEDEIROS, J. M. et al. Efeitos do envelhecimento sobre o equilíbrio funcional em sujeitos saudáveis. **ConScientiae Saúde**, v. 12, n. 2, p. 242-248, maio 2013.

PEREIRA, R. J. et al. Influência de fatores socio sanitários na qualidade de vida dos idosos de um município do Sudeste do Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, June 2011.

PINHEIRO, P. A. et al. Desempenho motor de idosos no Nordeste: diferenças entre idade e sexo. **Rev Esc Enferm USP**; v. 47, n.1, p. 128-36, jun. 2013.

REBELATTO, José Rubens; MORELLI, José Geraldo da Silva. **Fisioterapia Geriátrica: a prática da assistência ao idoso**. São Paulo: Manole, 2004.

SANTOS, G. A. C.; PEREIRA, J.; PAULIN, E. Teste de caminhada: valores de referência em indivíduos normais e DPOC. **Arq. Ciênc. Saúde Unipar**, Umuarama, v. 10, n. 1, p. 3-7, jan-mar. 2006.

SCHERER, F.; VIEIRA, J. L. C.. Estado nutricional e sua associação com risco cardiovascular e síndrome metabólica em idosos. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 23, n. 3, jun. 2010.

SEIDLER, R.D. et al. Motor control and aging: Links to age-related brain structural, functional, and biochemical effects. **Neuroscience and Biobehavioral Reviews**, v. n. 34, p. 721-733, 2010.

SEIDLER, R.D.; ALBERTS J.L.; STELMACH, G.E. Changes in multi-joint performance with age. **Motor Control**, v. 6, n. 1, p. 19–31, 2002.

VERAS, Renato Peixoto. **País jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil**. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 1994.

World Health Organization. Physical status: The use and interpretation of anthropometry. Report of a WHO Expert Committee. Geneva, 1995. Disponível em: http://www.who.int/childgrowth/publications/physical_status/en/

ANEXOS

ANEXO 1
INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

QUESTIONÁRIO BOAS (BRAZIL OLD AGE SCHEDULE)

QUESTIONÁRIO MULTIDIMENSIONAL PARA ESTUDOS COMUNITÁRIOS NA POPULAÇÃO IDOSA

As informações contidas neste questionário permanecerão confidenciais.

Número do questionário:

Registro:

Área:

Nome do Entrevistado: _____

Endereço (Rua, Av.): _____

Bairro: _____

Cidade : _____ CEP: _____

Telefone: _____

Nome do Entrevistador: _____

Data da Entrevista: _____

I. Informações Gerais

1. Sexo do Entrevistado:

Entrevistador: Indique o sexo da pessoa entrevistada

1. Masculino
2. Feminino

2. Quantos anos o(a) Sr.(a) tem?

..... anos

998. N.S./N.R

3. Em que país o(a) Sr.(a) nasceu?

1. Brasil
2. Outros países (especifique)
8. N.S/N.R

Entrevistador: Se 1 (Brasil) vá para Q. 3a., se 2 (outros países) vá para Q. 4 e marque N.A. na Q. 3a.

3a. Em que estado do Brasil o(a) Sr.(a) nasceu?

Nome do estado

1. Região Norte
2. Região Nordeste
3. Região Sudeste
4. Região Sul
5. Região Centro-Oeste
7. N.A.
8. N.S./N.R

4. Há quanto tempo (anos) o(a) Sr.(a) mora nesta cidade?

..... (número de anos)

98. N.S./N.R.

5. O(a) Sr.(a) sabe ler e escrever?

1. Sim
2. Não (**Vá para Q. 6 e marque N.A. na Q. 5a.**)
8. N.S./N.R.

5a. Qual é sua escolaridade máxima completa?

1. Nenhuma
2. Primário
3. Ginásio ou 1º grau
4. 2º grau completo (científico, técnico ou equivalente)
5. Curso superior
7. N.A.
8. N.S./N.R.

6. Atualmente qual é o seu estado conjugal?

Entrevistador: Marque apenas uma alternativa

1. Casado/morando junto
2. Viúvo (a) (**Vá para Q. 7 e marque N.A. nas Qs. 6a. e 6b.**)
3. Divorciado(a) / separado (a) (**Vá para Q. 7 e marque N.A. nas Qs. 6a. e 6b.**)
4. Nunca casou (**Vá para Q. 7 e marque N.A. nas Qs. 6a. e 6b.**)
8. N.S./N.R.

6a. Há quanto tempo o(a) Sr.(a) está casado(a) / morando junto?

Entrevistador: A pergunta se refere ao casamento atual

..... (número de anos)

97. N.A.
98. N.S./N.R.

6b. Qual a idade de sua (seu) esposa (o) ? anos de idade

97. N.A.
98. N.S./N.R.

7. O(a) Sr.(a) teve filhos? (em caso positivo, quantos?)

Entrevistador: Especifique o número de filhos...../ filhas

..... (número total de filhos/as)

00. Nenhum
98. N.S./N.R.

8. Quantas pessoas vivem com o(a) Sr.(a) nesta casa?

..... pessoas

00. Entrevistado(a) mora só. (**Vá para Q. 9 e marque N.A. na Q. 8a.**)
98. N.S./N.R.

8a. Quem são essas pessoas?

Entrevistador: Para cada categoria de pessoas indicada pelo entrevistado marque a resposta **SIM**.

- | | SIM | NÃO | NA | NS/NR |
|-------------------------------|------------|------------|-----------|--------------|
| 1. Esposo(a) / companheiro(a) | 1 | 2 | 7 | 8 |

2. Pais	1	2	7	8
3. Filhos	1	2	7	8
4. Filhas	1	2	7	8
5. Irmãos/irmãs	1	2	7	8
6. Netos(as)	1	2	7	8
7. Outros parentes	1	2	7	8
8. Amigos	1	2	7	8
9. Empregado(a)	1	2	7	8

9. Como o(a) Sr.(a) se sente em relação à sua vida em geral ?

Entrevistador: Leia para o entrevistado as alternativas listadas.

Marque apenas uma opção.

1. Satisfeito(a) (**Vá para a Q. 10 e marque N.A. na Q. 9a.**)
2. Insatisfeito(a)
8. N.S./ N.R.

9a. Quais são os principais motivos de sua insatisfação com a vida?

Entrevistador: Não leia para o entrevistado as alternativas listadas

	SIM	NÃO	NA	NS/NR
1. Problema econômico	1	2	7	8
2. Problema de saúde	1	2	7	8
3. Problema de moradia	1	2	7	8
4. Problema de transporte	1	2	7	8
5. Conflito nos relacionamentos pessoais	1	2	7	8
6. Falta de atividades	1	2	7	8
7. Outro problema (especifique)	1	2	7	8

10. Observação do entrevistador: O entrevistado informou sua idade na Q.2.

Você acha esta informação:

1. Idade plausível/ consistente/ correta
2. O entrevistado informou idade que não corresponde à impressão do observador; ou é obviamente errada ou não sabe ou forneceu resposta incompleta.

II. SAÚDE FÍSICA

Agora, eu gostaria de lhe fazer algumas perguntas sobre sua saúde.

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

Entrevistador: Leia para o entrevistado as alternativas de 1 a 4.

Marque apenas uma opção

1. Ótima
2. Boa
3. Ruim
4. Péssima
8. N.S./N.R

12. Em comparação com os últimos 5 anos, o(a) Sr.(a) diria que sua saúde hoje é:

Entrevistador: Leia para o entrevistado as alternativas de 1 a 3.

Marque apenas uma opção.

1. Melhor
2. Mesma coisa
3. Pior
8. N.S./N.R.

13. Em comparação com as outras pessoas de sua idade, o(a) Sr.(a) diria que sua saúde está:

Entrevistador: Leia para o entrevistado as alternativas de 1 a 3.

Marque apenas uma opção.

1. Melhor
2. Igual
3. Pior
8. N.S./N.R.

14. Atualmente o(a) Sr.(a) tem algum problema de saúde ?

1. Sim
2. Não (Vá para Q. 15 e marque N.A. nas Qs. 14a., 14b. e 14c.)
8. N.S./N.R.

14a. Quais são os principais problemas de saúde que o(a) Sr.(a) está enfrentando?

Entrevistador: Especifique os problemas.

	NA	NS/NR
1)	97	98
2)	97	98
3)	97	98

14b. Há quanto tempo?

Entrevistador: Anote em meses o período de duração dos problemas

	MESES	96 MESES OU MAIS	NA	NS/NR
1)	96	97	98
2)	96	97	98
3)	96	97	98

14c. Este problema de saúde atrapalha o(a) Sr.(a) de fazer coisas que precisa ou quer fazer ?

1. Sim
2. Não
7. N.A.
8. N.S./N.R.

15. Por favor, responda se o(a) Sr.(a) sofre de algum destes problemas:

Entrevistador: Leia para o entrevistado todas as alternativas listadas.

Marque as respostas correspondentes.

	SIM	NÃO	NS/NR
a. Problema nos pés que inibe sua mobilidade (Ex.: joanete, calos, dedos torcidos, unha do pé encravada, etc.)	1	2	8

b. Problemas nas articulações dos braços, mãos, pernas, pés	1	2	8
c. Falta algum braço, mão, perna, pé	1	2	8

15a. O Sr.(a) recebeu alguma ajuda, tratamento de reabilitação ou alguma outra terapia para este problema ?

1. Sim
2. Não
7. N.A.
8. N.S./N.R.

16. O(a) Sr.(a) teve alguma queda(tombo) nos últimos 3 meses ?

1. Sim
2. Não (**Vá para Q. 17 e marque N.A. nas Qs. 16a. e 16b.**)
8. N.S./N.R.

16a. O(a) Sr.(a) pode se levantar sozinho(a) do chão ?

1. Sim (**Vá para Q. 17 e marque N.A. na Q 16b.**)
2. Não
7. N.A.
8. N.S./ N.R.

16b. Quanto tempo o(a) Sr.(a) ficou no chão até receber ajuda?

..... minutos

997. N.A.
998. N.S./N.R.

17. Em geral, o(a) Sr.(a) diria que sua visão (com ou sem a ajuda de óculos) está:

Entrevistador: Leia para o entrevistado as alternativas de 1 a 4.
Marque apenas uma opção.

0. (o entrevistado é uma pessoa cega)
1. Ótima (**Vá para Q. 18 e marque N.A. na Q. 17a.**)
2. Boa (**Vá para Q. 18 e marque N.A. na Q. 17a.**)
3. Ruim
4. Péssima
8. N.S./N.R.

17a. Este seu problema de visão atrapalha o(a) Sr.(a) de fazer as coisas que o(a) Sr.(a) precisa / quer fazer ?

1. Sim
2. Não
7. N.A.
8. N.S./N.R.

18. Em geral, o(a) Sr.(a) diria que sua audição (com ou sem a ajuda de aparelhos) está:

Entrevistador: Leia para o entrevistado as alternativas de 1 a 4.
Marque apenas uma opção.

1. Ótima (**Vá para Q. 19 e marque N.A. na Q. 18a.**)
2. Boa (**Vá para Q. 19 e marque N.A. na Q. 18a.**)
3. Ruim
4. Péssima
8. N.S./N.R.

18a. Este seu problema de audição atrapalha o(a) Sr.(a) de fazer as coisas que o(a) Sr.(a) precisa / quer fazer ?

1. Sim
2. Não
1. N.A.
2. N.S./N.R.

19. Em geral, qual é o estado dos seus dentes ?

Entrevistador: Leia para o entrevistado as alternativas de 1 a 4.
Marque apenas uma opção.

1. Ótimo
2. Bom
3. Ruim
4. Péssimo
8. N.S./N.R.

20. Está faltando algum dos seus dentes ?

Entrevistador: Leia para o entrevistado as alternativas de 1 a 4.
Marque apenas uma opção.

1. Não está faltando dente
2. Poucos dentes estão faltando
3. A maioria ou todos os dentes estão faltando
8. N.S./N.R.

21. O(a) Sr.(a) tem algum dente postiço, dentadura, ponte...?

1. Sim
2. Não
8. N.S./N.R.

22. O(a) Sr.(a) tem algum problema de dente que lhe atrapalha mastigar os alimentos?

1. Sim
2. Não
8. N.S./N.R.

Com o passar da idade é bastante normal aparecerem alguns problemas de bexiga ou intestino. Eu gostaria de lhe fazer duas perguntas sobre este assunto.

23. Aconteceu com o senhor de perder um pouco de urina e se molhar acidentalmente; seja porque não deu tempo de chegar ao banheiro, ou quando está dormindo; ou quando tosse ou espirra, ou faz força?

1. Sim
2. Não (**Vá para Q. 24 e marque N.A. na Q. 23a.**)

8. N.S./N.R.

23a. Com que frequência isso acontece?

1. Uma ou duas vezes por dia
2. Mais de duas vezes por dia
3. Uma ou duas vezes por semana
4. Mais do que duas vezes por semana
5. Uma ou duas vezes por mês
6. Mais de duas vezes por mês
7. N.A.
8. N.S./N.R.

**24. Observação do Entrevistador: Há sinais de incontinência?
(cheiro de urina)**

1. Sim
2. Não

III. UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS E DENTÁRIOS

Agora, eu gostaria de lhe perguntar sobre os serviços médicos que o(a) Sr.(a) tem direito de usar.

25. Quando o Sr.(a) está doente ou precisa de atendimento médico, onde ou a quem o(a) Sr.(a) normalmente procura?

Entrevistador: Marque apenas uma alternativa. Se 0.(Ninguém), faça a pergunta 25a.; se 1,2,3,4 ou 8, vá para Q.26 e marque N.A. na Q.25a.

Nome de onde ou a quem procura

0. Ninguém ou o entrevistado não procura o médico há muito tempo.
1. Serviço médico de uma instituição pública gratuita.
2. Serviço médico credenciado pelo seu plano de saúde
3. Médicos/ Clínica particulares
4. Outros (especifique)
8. N.S./N.R.

25a. O Sr.(a) não procura um médico há muito tempo porque não precisou ou porque tem dificuldade para ir ao médico? Que dificuldade?

	SIM	NÃO	NA	NS/NR
0. Porque não precisou	1	2	7	8
1. Dificuldade de locomoção/transporte	1	2	7	8
2. Dificuldade de acesso/demanda reprimida	1	2	7	8
3. Dificuldade financeira para pagar	1	2	7	8
4. Porque não tem ninguém para levar	1	2	7	8
5. Porque tem medo de ir ao médico	1	2	7	8
6. Por outra razão(especifique)	1	2	7	8

26. O(a) Sr.(a) está satisfeito com os serviços médico que utiliza normalmente?

1. Sim

2. Não
 3. Não utiliza serviços médicos ou não precisa consultar médico há muito tempo
(Vá para Q.27 e marque N.A. na Q.26a.)
 8. N.S./N.R.

26a. Em geral, quais os problemas que mais lhe desagradam quando o(a) Sr.(a) utiliza os serviços médicos?

Entrevistador: Não leia para o entrevistado as alternativas listadas.

Classifique as respostas nas categorias listadas, de acordo com as instruções do Manual para esta pergunta. Na dúvida, registre a resposta do entrevistado no item 08. Outros problemas.

	SIM	NÃO	NA	NS/NR
1. O custo dos serviços médicos	1	2	7	8
2. O custo dos medicamentos que são prescritos	1	2	7	8
3. Os exames clínicos que são prescritos	1	2	7	8
4. A demora para a marcação das consultas /exames	1	2	7	8
5. O tempo de espera para ser atendido(a) no consultório	1	2	7	8
6. O tratamento oferecido pelos médicos	1	2	7	8
7. O tratamento oferecido pelo pessoal não médico	1	2	7	8
8. Outros problemas (especifique)	1	2	7	8

27. Quando o(a) Sr.(a) necessita de tratamento dentário, onde ou a quem o(a) Sr.(a) normalmente procura?

Entrevistador: Classifique a resposta e marque apenas uma alternativa

Nome de onde ou a quem procura

0. Ninguém ou o entrevistado não procura o dentista há muito tempo.
(Vá para Q. 28 e marque N.A. na Q. 27a.)
 1. Serviço dentário de uma instituição pública gratuita.
 2. Serviço dentário credenciado pelo seu plano de saúde
 3. Dentista particular
 4. Outros (especifique)

27a. O Sr.(a) não procura um dentista há muito tempo porque não precisou ou porque tem dificuldade para ir ao dentista? Que dificuldade?

	SIM	NÃO	NA	NS/NR
0. Porque não precisou	1	2	7	8
1. Dificuldade de locomoção/transporte	1	2	7	8
2. Dificuldade de acesso/demanda reprimida	1	2	7	8
3. Dificuldade financeira para pagar	1	2	7	8
4. Porque não tem ninguém para levar	1	2	7	8
5. Porque tem medo de ir ao dentista	1	2	7	8
6. Por outra razão(especifique)	1	2	7	8

28. Nos últimos três meses, o(a) Sr. (a):

	SIM	NÃO	NS/NR
a. Consultou o médico no consultório ou em casa	1	2	8
b. Fez exames clínicos	1	2	8

c. Fez tratamento fisioterápico	1	2	8
d. Teve de ser socorrido(a) na Emergência	1	2	8
e. Foi ao hospital / clínica para receber medicação	1	2	8
f. Esteve internado em hospital ou clínica	1	2	8
g. Foi ao dentista	1	2	8

28a. Dos serviços acima, qual (is) o(a) Sr.(a) utilizou mais de uma vez?

Entrevistador: Repita para o entrevistado apenas os itens citados na pergunta acima como utilizados. Para os não utilizados marque NA.

	SIM	NÃO	NA	NS/NR
1. Consultou o médico no consultório ou em casa	1	2	7	8
2. Fez exames clínicos	1	2	7	8
3. Fez tratamento fisioterápico	1	2	7	8
4. Teve de ser socorrido(a) na Emergência	1	2	7	8
5. Foi ao hospital / clínica para receber medicação	1	2	7	8
6. Esteve internado em hospital ou clínica	1	2	7	8
7. Foi ao dentista	1	2	7	8

29. O(a) Sr.(a) normalmente usa:

	SIM	NÃO	NS/NR
a. Dente postiço, dentadura, ponte	1	2	8
b. Óculos ou lente de contato	1	2	8
c. Aparelho de surdez	1	2	8
d. Bengala	1	2	8
e. Muleta	1	2	8
f. Cadeira de rodas	1	2	8

29a. Atualmente, o(a) Sr.(a) está precisando ter ou trocar :

Entrevistador: Leia para o entrevistado apenas as ajudas mencionadas na questão anterior. Marque as respostas correspondentes.

	SIM	NÃO	NS/NR
1. Dente postiço, dentadura, ponte	1	2	8
2. Óculos ou lentes de contato	1	2	8
3. Aparelho de surdez	1	2	8
4. Bengala	1	2	8
5. Muleta	1	2	8
6. Cadeira de rodas	1	2	8
7. Outros(especifique)	1	2	8

30. O(a) Sr.(a) toma remédio?

1. Sim
2. Não (**Vá para Q. 31 e marque N.A. nas Qs. 30a.,30b. e 30c.**)
8. N.S./N.R.

30a. Que remédios o(a) Sr.(a) está tomando atualmente?

Entrevistador: Se nenhum, vá para a Q. 31 e marque NA nas Qs. 30b. e 30c.

	NA	NS/NR
1)	97	98

2)	97	98
3)	97	98

30b. Quem receitou?

	NA	NS/NR
1)	97	98
2)	97	98
3)	97	98

30c. Em geral quais são os problemas ou as dificuldades mais importantes que o(a) Sr.(a) tem para obter os remédios que toma regularmente?

	SIM	NÃO	NA	NS/NR	
1. Problema financeiro	1	2	7	8	
2. Dificuldade de encontrar o remédio na farmácia	1	2	7	8	
3. Dificuldade em obter a receita de remédios controlados	1	2	7	8	
4. Outro problema ou dificuldade (especifique).....	1	2	7	8	
7. N.A.		1	2	7	8
8. N.S./N.R.		1	2	7	8

31. No caso de o(a) Sr.(a) ficar doente ou incapacitado(a), que pessoa poderia cuidar do(a) Sr.(a)?

0. Nenhuma
1. Esposo(a) / companheiro(a)
2. Filho
3. Filha
4. Outra pessoa da família
5. Outra pessoa de fora da família (indique qual).....
8. N.S./N.R.

IV. ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA (AVD)**32. O(a) Sr.(a), capaz de fazer sozinho(a) as seguintes atividades:**

Entrevistador: Leia para o entrevistado todas as perguntas e marque as alternativas correspondentes. No caso de o entrevistado ter colostomia ou usar cateter, marque **NÃO** em “o”.

	SIM	NÃO	NS/NR
a. Sair de casa utilizando um transporte (ônibus, van, táxi, trem, metrô, barca, etc.)	1	2	8
b. Sair de casa dirigindo seu próprio carro	1	2	8
c. Sair de casa para curtas distâncias (caminhar pela vizinhança)	1	2	8
d. Preparar sua própria refeição	1	2	8
e. Comer a sua refeição	1	2	8
f. Arrumar a casa, a sua cama	1	2	8
g. Tomar os seus remédios	1	2	8
h. Vestir – se	1	2	8
i. Pentear seus cabelos	1	2	8
j. Caminhar em superfície plana	1	2	8
k. Subir/descer escadas	1	2	8

l. Deitar e levantar da cama	1	2	8
m. Tomar banho	1	2	8
n. Cortar as unhas dos pés	1	2	8
o. Ir ao banheiro em tempo	1	2	8

33. Há alguém que ajuda o(a) Sr.(a) a fazer algumas tarefas como limpeza arrumação da casa, vestir – se, ou dar recados quando precisa?

1. Sim
2. Não (**Vá para Q. 34 e marque N.A. na Q. 33a.**)
8. N.S./N.R.

33a. Qual a pessoa que mais lhe ajuda nessas tarefas?

Entrevistador: marque apenas uma alternativa

1. Esposo(a) / companheiro(a)
2. Filho
3. Filha
4. Uma outra pessoa da família (quem?).....
5. Um(a) empregado(a)
6. Outro (quem?)
7. N.A.
8. N.S./N.R.

34. No seu tempo livre o(a) Sr.(a) faz (participa de) alguma dessas atividades:

Entrevistador: Leia para o entrevistado todas as perguntas e marque as alternativas correspondentes.

	SIM	NÃO	NS/NR
a. Ouve rádio	1	2	8
b. Assiste a televisão	1	2	8
c. Lê jornal	1	2	8
d. Lê revistas e livros	1	2	8
e. Recebe visitas	1	2	8
f. Vai ao cinema, teatro, etc	1	2	8
g. Anda pelo seu bairro	1	2	8
h. Vai à igreja (serviço religioso)	1	2	8
i. Vai a jogos (esportes)	1	2	8
j. Pratica algum esporte	1	2	8
k. Faz compras	1	2	8
l. Sai para visitar os amigos	1	2	8
m. Sai para visitar os parentes	1	2	8
n. Sai para passeios longos (excursão)	1	2	8
o. Sai para encontro social ou comunitário	1	2	8
p. Costura, borda, tricota	1	2	8
q. Faz alguma atividade para se distrair (jogos de cartas, xadrez, jardinagem, etc.)	1	2	8
r. Outros (especifique)	1	2	8

35. O(a) Sr.(a) está satisfeito(a) com as atividades que desempenha no seu tempo livre?

1. Sim (**Vá para Q. 36 e marque N.A. na Q. 35a.**)
2. Não

8. N.S./N.R.

35a. Quais são os principais motivos de sua insatisfação com as atividades que o(a) Sr.(a) desempenha no seu tempo livre?

Entrevistador: Marque apenas uma alternativa

	SIM	NÃO	NA	NS/NR
1. Problema com o custo	1	2	7	8
2. Problema de saúde que o(a) impede de se engajar em uma atividade	1	2	7	8
3. Problema com falta de motivação em fazer coisas (tédio, aborrecimento)	1	2	7	8
4. Problema de transporte que limita seu acesso aos lugares que deseja ir	1	2	7	8
5. Outras razões (especifique)	1	2	7	8

V. RECURSOS SOCIAIS

Nesta seção, eu gostaria de lhe fazer algumas perguntas a respeito de suas relações de amizade com as outras pessoas e a respeito de recursos que as pessoas idosas costumam usar na sua comunidade.

36. O (a) Sr.(a) está satisfeito(a) com o relacionamento que tem com as pessoas que moram com o(a) Sr.(a)?

0. Entrevistado mora só
 1. Sim
 2. Não
 8. N.S./N.R.

37. Que tipo de ajuda ou assistência sua família oferece? (familiares que vivem / ou que não vivem com o entrevistado).

Entrevistador: Leia para o entrevistado as alternativas listadas.

	SIM	NÃO	NS/NR
a. Dinheiro	1	2	8
b. Moradia	1	2	8
c. Companhia / cuidado pessoal	1	2	8
d. Outro tipo de cuidado / assistência (especifique)	1	2	8

38. Que tipo de ajuda ou assistência o(a) Sr.(a) oferece para sua família?

Entrevistador: Leia para o entrevistado as alternativas listadas.

	SIM	NÃO	NS/NR
a. Dinheiro	1	2	8
b. Moradia	1	2	8
c. Companhia / cuidado pessoal	1	2	8
d. Cuidar de criança	1	2	8
e. Outro tipo de cuidado / assistência (especifique)	1	2	8

39. O(a) Sr.(a) está satisfeito(a) com o relacionamento que tem com seus amigos?

- 0. Entrevistado(a) não tem amigos
- 1. Sim
- 2. Não
- 8. N.S./N.R.

40. O(a) Sr.(a) está satisfeito(a) com o relacionamento que tem com seus vizinhos?

- 0. Entrevistado(a) não tem relação com os vizinhos
- 1. Sim
- 2. Não
- 8. N.S./N.R.

41. Na semana passada o(a) Sr.(a) recebeu visita de alguma destas pessoas?

	SIM	NÃO	NS/NR
a. Vizinhos / amigos	1	2	8
b. Filhos(as)	1	2	8
c. Outros familiares	1	2	8
d. Outros (especifique)	1	2	8

VI. RECURSOS ECONÔMICOS

42. Que tipo de trabalho (ocupação) o(a) Sr.(a) teve durante a maior parte de sua vida?

Entrevistador: Anote o tipo de trabalho

- 01. Nunca trabalhou (**Vá para Q. 43 e marque N.A. na Q. 42a.**)
- 02. Dona de casa (**Vá para Q. 43 e marque N.A. na Q. 42a.**)
- 98. N.S./N.R.

42a. Por quanto tempo?

Número de anos:.....

- 97. N.A.
- 98. N.S./N.R.

43. Atualmente o(a) Sr.(A) trabalha? Por trabalho quero dizer qualquer atividade produtiva remunerada.

- 1. Sim (**Vá para Q. 44 e marque N.A. na Q. 43a.**)
- 2. Não
- 8. N.S./N.R.

43a. Com que idade o(a) Sr.(a) parou de trabalhar?

.....anos

- 97. N.A.
- 98. N.S./N.R.

44. De onde o(a) Sr.(a) tira o sustento de sua vida?

	SIM	NÃO	NS/NR
a. do seu trabalho	1	2	8
b. da sua aposentadoria	1	2	8

c. da pensão/ajuda do(a) seu (sua) esposo(a)	1	2	8
d. da ajuda de parentes ou amigos	1	2	8
e. de aluguéis, investimentos	1	2	8
f. de outras fontes.....	1	2	8

45. Em média, qual é a sua renda mensal?

Entrevistador: Caso haja mais de uma fonte, anote a soma destes valores.

(Atenção: valor líquido)

rendimento mensal

N.S./N.R.

8 0 0 0 8

45a. Qual é a renda média mensal das pessoas que vivem nesta residência?

Não preciso saber o valor exato, basta dizer – me o valor aproximado.

Entrevistador: Se o entrevistado vive sozinho e tem rendimento, repita o valor informado na Q. 45. Se o entrevistado vive sozinho e não tem rendimento, marque N.A. nesta questão e na Q. 45b.

Rendimento mensal

N.A.

N.S./N.R.

7 0 0 0 7
8 0 0 0 8

45b. Quantas pessoas, incluindo o(a) Sr.(a), vivem com esse rendimento familiar (do seu rendimento) pessoas

97. N.A.

98. N.S./N.R.

46. Por favor, informe me se em sua casa / apartamento existem ou estão funcionando em ordem os seguintes itens:

Entrevistador: Leia para o entrevistado as alternativas listadas:

	SIM	NÃO	NS/NR
a. Água encanada	1	2	8
b. Eletricidade	1	2	8
c. Ligação com a rede de esgoto	1	2	8
d. Geladeira/congelador	1	2	8
e. Rádio	1	2	8
f. Televisão	1	2	8
g. Vídeo – cassete	1	2	8
h. DVD	1	2	8
i. Computador	1	2	8
j. Telefone	1	2	8
k. Automóvel	1	2	8

47. O(a) Sr.(a) é proprietário(a), aluga, ou usa de graça o imóvel onde reside?

Entrevistador: Para cada uma das três categorias (propriedade, aluguel ou usa de graça) verifique em qual o entrevistado se enquadra.

Especifique apenas uma alternativa.

1. Propriedade da pessoa entrevistada ou do casal
2. Propriedade do cônjuge do entrevistado
3. Alugado pelo entrevistado
4. Morando em residência cedida sem custo para o entrevistado
5. Outra categoria (especifique)

8. N.S./N.R.

48. Em comparação a quanto o(a) Sr.(a) tinha 50 anos de idade, a sua atual situação econômica é:

Entrevistador: Leia para o entrevistado as alternativas listadas.

Marque apenas uma opção

1. Melhor
2. A mesma
3. Pior
8. N.S./N.R.

49. Para suas necessidades básicas, o que o(a) Sr.(a) ganha:

Entrevistador: Leia para o entrevistado as alternativas listadas de 1 a 4. Marque apenas uma opção.

1. Dá e sobra
2. Dá na conta certa
3. Sempre falta um pouco
4. Sempre falta muito
8. N.S./N.R.

50. Observação do entrevistador: Qual é a condição da residência do(a) entrevistado(a)?

1. Ótima
2. Boa
3. Ruim
4. Péssima

VII. SAÚDE MENTAL

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

51. Esta pesquisa está sendo realizada pelo CESUMAR – Centro Universitário de Maringá. Eu gostaria que o(a) Sr.(a) repetisse para mim este nome e guardasse na memória.

1. Repete CESUMAR ou algo próximo
2. Não consegue/não repete/não responde

52. Em que ano o(a) Sr.(a) nasceu?

Ano do nascimento:.....

1. Ano do nascimento aparentemente correto
2. Informa ano do nascimento que: não corresponde à impressão do observador; ou é inconsistente com a data anteriormente obtida; ou é obviamente errada; ou não sabe ou fornece resposta incompleta.

53. Qual é o endereço de sua casa?

1. Informa endereço correto
2. Informa endereço incorreto; ou não sabe ou fornece informação incompleta

54. Há quanto tempo o(a) Sr(a) mora neste endereço?

..... anos

1. Informação sobre tempo de residência aproximadamente correto/plausível
2. Informa tempo de residência obviamente errado, ou não sabe.

55. O(a) Sr.(a) sabe o nome do atual presidente do Brasil?

Registre:.....

1. Nome do presidente correto/quase correto
2. Informa nome incorreto ou não recorda nome do presidente

56. Em que mês do ano nós estamos?

Mês do ano:.....

1. Mês correto
2. Informa incorretamente o mês ou não sabe

57. Em que ano nós estamos?

Registre:.....

1. Ano correto
2. Informa incorretamente o ano ou não sabe

58. Eu gostaria que o(a) Sr.(a) colaborasse, fazendo alguns pequenos exercícios.

O(a) Sr.(a) poderia colocar as mãos sobre os seus joelhos?

Entrevistador: Marque SIM para correto e NÃO para incorreto.

	SIM	NÃO
a. Por favor, toque com a mão direita o seu ouvido direito	1	2
b. Agora com a mão esquerda o seu ouvido direito	1	2
c. Agora com a mão direita o seu ouvido esquerdo	1	2

59. O(a) Sr.(a) se lembra do nome da Universidade que está realizando esta pesquisa?

Registre:.....

1. CESUMAR – Centro Universitário de Maringá
2. Não se lembra ou fornece outros nomes

Agora eu gostaria de lhe fazer algumas perguntas a respeito de como o(a) Sr.(a) vem se sentindo ultimamente em relação a certas coisas. Eu gostaria de começar perguntando sobre suas últimas quatro semanas.

60. O(a) Sr.(a) sentiu-se solitário(a) durante o último mês?

1. Sim
2. Não (**Vá para Q.61 e marque N.A. na Q.60a.**)
3. N.S./N.R.

60a. Com que frequência o(a) Sr.(a) se sentiu solitário(a)?

1. Sempre
2. Algumas vezes
7. N.A

8. N.S./N.R.

61. O Sr.(a) esteve preocupado durante o último mês?

1. Sim
2. Não (Vá para Q.62 e marque N.A. na Q.61a.)
8. N.S./N.R.

61a. O(a) Sr.(a) esteve preocupado(a) no último mês em relação a que tipo de coisa?

Entrevistador: após esta introdução, segue-se o complemento desta pergunta:

- **O(a) Sr.(a) diria que se preocupa em relação a quase tudo?**

Registre:.....

1. Sim
2. Não
7. N.A.
8. N.S./N.R.

62. O(a) Sr.(a) tem alguma dificuldade para dormir?

Entr.: Se o entrevistado não tem dificuldade para dormir, marque **NÃO** na opção “a” e **N.A.** na opção “b”. Se ele tiver dificuldade em dormir, continue a questão, **sondando**, como se segue:

- **O que impede o(a) Sr.(a) de dormir ou lhe faz acordar no meio da noite?**

- **O que é que o(a) Sr.(a) fica pensando quando está acordado na cama?**

- **O(a) Sr.(a) tem problema em dormir porque se sente tenso(a) ou preocupado(a)?**

- **Ou porque o(a) Sr.(a) se sente deprimido(a)?**

- **Ou devido a outras razões?**

	SIM	NÃO	NA	NS/NR
a. Dificuldade para dormir	1	2	7	8
b. Dificuldade para dormir devido a preocupação ou ansiedade, depressão ou pensamento depressivo	1	2	7	8

63. O(a) Sr.(a) teve dor de cabeça no mês passado?

1. Sim
2. Não
8. N.S./N.R.

64. O(a) Sr.(a) tem se alimentado bem no último mês?

1. Sim (Vá para Q.65 e marque N.A. na Q.64a.)
2. Não
8. N.S./N.R.

64a. Qual é o motivo do(a) Sr.(a) não estar se alimentando bem?

Registre:.....

1. Não tem se alimentado bem por falta de apetite ou por estar deprimido(a), preocupado(a) ou nervoso(a)

2. Outras razões

7. N.A.

8. N.S./N.R.

65. O(a) Sr.(a) sente que está ficando mais lerdo(a) ou com menos energia?

1. Sim
3. Não (Vá para Q.66 e marque N.A. nas Qs.65a., 65b. e 65c.)
8. N.S./N.R.

65a. Em alguma hora do dia o(a) Sr.(a) se sente mais lerdo(a) ou com menos energia?

3. Mais lerdo(a), com menos energia no período da manhã
4. Mais lerdo(a), com menos energia em outros períodos do dia ou não especifica período determinado.
7. N.A.
8. N.S./N.R.

65b. No último mês o(a) Sr.(a) tem estado com menos energia ou como de costume?

1. Com menos energia
2. Como de costume ou com mais energia
7. N.A.
8. N.S./N.R.

65c. Atualmente o(a) Sr.(a) sente falta de energia para fazer suas coisas no seu dia-a-dia?

1. Sim, sinto falta de energia
2. Não, não sinto falta de energia
7. N.A.
8. N.S./N.R.

66. Durante o último mês o(a) Sr.(a) se sentiu mais irritado(a)/zangado(a) do que de costume?

1. Sim
2. Não
8. N.S./N.R.

67. O(a) Sr.(a) sai de casa sempre que precisa ou quer sair?

1. Sim (Vá para Q.68 e marque N.A. na Q.67a.)
2. Não
8. N.S./N.R.

67a. Como o(a) Sr.(a) se sente a respeito?

Registre:

1. Fica chateado(a)/aborrecido(a)
2. Não fica chateado(a)/aborrecido(a)
7. N.A.
8. N.S./N.R.

Agora mais algumas perguntas rápidas sobre como o(a) Sr.(a) se sente:

68. O(a) Sr.(a) tem se sentido triste ou deprimido(a) durante o último mês?

1. Sim
2. Não (Vá para Q.69 e marque N.A. nas Qs.68a., 68b. e 68c.)

8. N.S./N.R.

68a. O(a) Sr.(a) tem se sentido desta maneira por um período de apenas poucas horas (ou menos) ou este estado se mantém por mais tempo?

1. Triste ou deprimido(a) por um período maior que poucas horas
2. Triste ou deprimido(a) por um período de poucas horas ou menos
7. N.A.
8. N.S./N.R.

68b. Quando o(a) Sr.(a) está se sentindo triste ou deprimido(a) a que horas do dia o(a) Sr.(a) se sente pior?

1. Pior no início do dia
2. Pior em outros períodos ou em nenhum período particular
7. N.A.
8. N.S./N.R.

68c. O(a) Sr.(a) tem sentido vontade de chorar?

Entrevistador: Em caso afirmativo pergunte: **o(a) Sr.(a) chorou no último mês?** em caso negativo, anote a resposta Não. **Registre:**

.....

1. Sim
2. Não
7. N.A.
8. N.S./N.R.

69. Alguma vez durante o mês o(a) Sr.(a) sentiu que viver não valia a pena?

1. Sim
2. Não (**Vá para Q.70 e marque N.A. nas Qs.69a. e 69b.**)
8. N.A.

69a. No último mês o(a) Sr.(a) alguma vez sentiu que seria melhor estar morto(a)?

1. Sim
2. Não (**Vá para Q.70 e marque N.A. na Q.69b.**)
3. N.A.
4. N.S./N.R.

69b. O(a) Sr.(a) pensou em fazer alguma coisa para acabar com sua vida?

Entrevistador: Em caso negativo marque resposta 1, caso afirmativo, pergunte:

a. Com que frequência o(a) Sr.(a) teve este pensamento?

b. O que o(a) Sr.(a) pensou em fazer para acabar com sua vida?

c. O(a) Sr.(a) chegou a tentar acabar com sua vida?

1. Rejeita suicídio
2. Apenas pensamentos suicidas
3. Considerou seriamente um método de suicídio mas não o pôs em prática
4. Tentou suicídio
7. N.A.
8. N.S./N.R.

70. O(a) Sr.(a) tem algum arrependimento em relação aos anos anteriores da sua vida?

Entrevistador: Caso negativo marque resposta 0, caso afirmativo pergunte:

Existe alguma coisa que o(a) Sr(a) se culpa? O que? O(a) Sr.(a) pensa bastante no assunto?

Registre:

0. Sem arrependimento
1. Arrepende-se mas não se culpa
2. Arrepende-se, culpa-se mas atualmente não pensa no assunto
3. Arrepende-se, culpa-se e pensa bastante sobre o assunto
8. N.S./N.R.

71. Quando o(a) Sr.(a) olha para o futuro, como o(a) Sr.(a) se sente, quais são as suas expectativas para o futuro?

1. Menciona expectativas e pensa no futuro
2. Não menciona expectativas mas também não refere a nenhuma afirmação negativa
3. O futuro é descrito negativamente ou amedrontador ou insuportável
8. N.S./N.R.

72. Atualmente o(a) Sr.(a) sente que perdeu o interesse ou a satisfação pelas coisas?

1. Sim
2. Não (**Vá para Q.73 e marque N.A. na Q.72a.**)
8. N.S./N.R.

72a. O que o(a) Sr.(a) acredita ser a causa disto?

AVERIGUAR: isso é por que o(a) Sr.(a) tem se sentido doente, deprimido(a) ou nervoso(a)?

1. Perda de interesse causada por depressão/nervosismo
2. Perda de interesse causada por outros motivos
7. N.A.
8. N.S./N.R.

73. De um modo geral, o(a) Sr.(a) se sente feliz nos dias atuais?

1. Sim
2. Não
8. N.S./N.R.

VIII. NECESSIDADES E PROBLEMAS QUE AFETAM O ENTREVISTADO

74. Atualmente (da lista abaixo), quais são as suas principais necessidades ou carências?

Entrevistador: Leia para o entrevistado todas as perguntas e marque as alternativas correspondentes.

	SIM	NÃO	NS/NR
a. Carência econômica	1	2	8
b. Carência de moradia	1	2	8
c. Carência de transporte	1	2	8
d. Carência de lazer	1	2	8
e. Carência de segurança	1	2	8

f. Carência de saúde	1	2	8
g. Carência de alimentação	1	2	8
h. Carência de companhia e contato pessoal	1	2	8

75. Para finalizar esta entrevista, eu gostaria que o(a) Sr.(a) me informasse qual o problema mais importante do seu dia-a-dia.

Entrevistador: Anote apenas uma alternativa

- 00. Entrevistado(a) não relata problemas importantes
- 01. Problema econômico
- 02. Problema de saúde (deterioração da saúde física ou mental)
- 03. O medo da violência
- 04. Problema de moradia
- 05. Problema de transporte
- 06. Problemas familiares (conflitos)
- 07. Problemas de isolamento (solidão)
- 08. Preocupação com filhos/netos
- 09. Outros problemas (especifique).....
- 98. N.S/N.R.

ENTREVISTADOR: LEIA PARA O(A) ENTREVISTADO(A) O PARÁGRAFO SEGUINTE:

Algumas pessoas como o(a) Sr.(a) que foram entrevistadas nesta pesquisa vão ser reentrevistadas numa outra ocasião. No caso de o(a) Sr.(a) ser uma das pessoas escolhidas (esta escolha, procedida através de sorteio) eu gostaria de pedir a sua permissão para uma nova entrevista. Esclareço que essa nova entrevista, se ocorrer, será bem pequena e eu estarei acompanhando(a) por um(a) outro(a) colega de equipe. Para isto eu gostaria de solicitar sua permissão para um novo possível contato. O(a) Sr.(a) poderia me informar seu nome completo () e, caso o(a) Sr.(a) tenha o número do seu telefone ()?

Entrevistador: assegure para a pessoa entrevistada que seu nome foi solicitado apenas para facilitar uma possível rápida nova entrevista para verificação das informações coletadas por parte do entrevistador. As respostas contidas neste questionário, como também o nome do entrevistado, permanecerão estritamente confidenciais.

Muito obrigado(a) pela sua colaboração.

O(a) Sr.(a) tem alguma pergunta que gostaria de fazer?

O(a) Sr.(a) gostaria de acrescentar alguma coisa a mais sobre o que já mencionou?

Entrevistador: registre a resposta do entrevistado aqui.

IX. AVALIAÇÃO DO ENTREVISTADOR

Estas perguntas deverão ser respondidas pelo entrevistador imediatamente após deixar a residência do(a) entrevistado(a)

1. Tempo de duração da entrevista (especifique)minutos

2. No geral, as respostas são confiáveis?

- 1. Sim
- 2. Não

3. No geral, o(a) entrevistado(a) entendeu as perguntas formuladas?

1. Sim
2. Não

4. Qual foi a reação do entrevistado com a entrevista:

1. Positiva
2. Negativa

5. Durante a entrevista, havia alguma outra pessoa presente:

1. Sim
2. Não (Vá para Q.6 e marque N.A. nas Qs.5a. e 5b.)

5a. Você diria que a presença de uma outra pessoa afetou a qualidade da Entrevista em algum aspecto importante?

1. Sim
2. Não
7. N.A.

5b. Que efeito a presença desta pessoa teve na qualidade da entrevista?

1. Positiva
2. Negativa
7. N.A.

6. Por favor, faça alguma outra observação sobre a entrevista que você julga importante.**Entrevistador: POR FAVOR, LEIA E ASSINE SEU NOME**

Eu reli o questionário após a entrevista e certifico que todas as respostas às perguntas formuladas foram anotadas de acordo com as respostas dadas pelo entrevistado e que todas as colunas e espaços que requerem preenchimentos foram completados de acordo com as instruções recebidas. Eu me comprometo a manter sob estrita confidencialidade o conteúdo das perguntas, das respostas e dos comentários do entrevistado, como também sua identidade.

NOME DO ENTREVISTADOR:

DIA:

MÊS:

ANO:

SEXO DO ENTREVISTADOR:

1. Masculino
2. Feminino

IDADE DO ENTREVISTADOR: ANOS

ASSINATURA DO ENTREVISTADOR:

FORMULÁRIO PARA REGISTRO DE DADOS

Dados de identificação da pesquisa:

1. Data da entrevista: ___/___/_____
2. Idoso cadastrado: () Sim () Não () Incluído
 () Não incluído – Motivo: () Recusa () Ausente () Alterações motoras (ortopédicas/reumatológicas) que prejudicam o desempenho na avaliação física e com o questionário () Usuários de cadeira de rodas, acamados
 () ausência de informante, caso haja necessidade.
3. Necessidade de informante: () Sim () Não

Dados antropométricos:

- Idoso: () destro () canhoto *As medidas serão realizadas no lado dominante.
4. Estatura (cm): 1ª _____ 2ª _____
5. Peso (kg): 1ª _____ 2ª _____
6. Circunferência do braço (cm): 1ª _____ 2ª _____
7. Dobra cutânea tricipital (mm): 1ª _____ 2ª _____ 3ª _____

Dados do teste de caminhada de 6 minutos:

Data:		
P.A. 0':		P.A. 6':
P.A. 9':		P.A. 12':
Frequência respiratória inicial:		
Frequência respiratória final:		
Tempo (minutos)	Saturação O₂ (%)	Frequência cardíaca (bpm)
0'		
2'		
4'		
6'		
9'		
12'		
Distância total percorrida em 6':		
Observações:		

ANEXO 2

NORMAS PARA PUBLICAÇÃO REVISTA CONSCIENTIAE SAÚDE

1 NORMAS GERAIS

Serão aceitos trabalhos em português, inglês e espanhol;

Os artigos originais serão publicados de acordo com o seguinte critério de prioridade: 1) Artigos originais de pesquisa básica ou aplicada e estudos epidemiológicos; 2) Relatos de casos; 3) Revisões de Literatura Sistemática com ou sem metanálise ou revisão integrativa, revisão narrativa não será aceita; 4) Cartas ao editor – Comunicações breves (Rapid Communications), relatos, notas técnicas e cartas – expressando comentários ou opiniões divergentes sobre artigos publicados recentemente, neste periódico; porém, serão publicadas a critério do Editor.

Ressalta-se:

Artigo original – trata-se de contribuição destinada a divulgar resultados de pesquisa original e inédita, que possam ser replicados e/ou generalizados. São também considerados artigos originais as formulações discursivas de efeito teorizante e as pesquisas de metodologia qualitativa, de modo geral.

Relato de caso clínico – ou de série de casos, será publicado desde que apresentem dados de alta relevância clínica ou inovação para o respectivo campo do conhecimento. É necessário informar o número de registro validado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pela Internacional Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), cujos endereços estão disponíveis no site do ICMJE. www.icmje.org/faq.pdf

Revisão de Literatura Sistemática – contribuição que utiliza método de pesquisa que apresenta a síntese de múltiplos estudos publicados e possibilita conclusões gerais a respeito de uma particular área de estudo, realizado de maneira sistemática e ordenada, favorecendo o aprofundamento do conhecimento do tema investigado. Segundo Mulrow (1994), “A revisão sistemática é uma técnica científica objetiva, eficiente e reproduzível, que permite extrapolar achados de estudos independentes, avaliar a consistência de cada um deles e explicar as possíveis inconsistências e conflitos. Além disso, é uma técnica que aumenta a acurácia dos resultados, melhorando a precisão das estimativas de efeito de uma determinada intervenção

clínica”; e conforme Clarke (2001), “A metanálise é o método estatístico aplicado à revisão sistemática que integra os resultados de dois ou mais estudos primários”.

Todos os artigos devem ser inéditos e não podem ser submetidos à avaliação simultânea em outro periódico, seja nacional ou internacional. Para garantir o ineditismo, os autores deverão encaminhar "Declaração de Autoria" (o modelo está disponível em www.uninove.br/revistasaude), no qual deixarão explícita a exclusividade de publicação do artigo pela revista *Conscientiae Saúde*;

No caso de artigo aprovado deverá ser informada na "Declaração de Autoria" a transferência de direitos autorais (copyright), de responsabilidade, de conflitos de interesse e de autoria do conteúdo do artigo. Os autores devem declarar a existência ou não de eventuais conflitos de interesse (profissionais, financeiros e benefícios diretos e/ou indiretos), que possam influenciar nos resultados da pesquisa, responsabilizando-se pelo conteúdo do manuscrito. O documento deverá conter dados de todos os autores, com respectivos números de CPF ou identificação internacional. Ver modelo no site www.uninove.br/revistasaude;

As informações contidas no artigo, incluindo afirmações, opiniões e conceitos, são de responsabilidade dos autores;

Trabalhos que envolvam estudos humanos e/ou animais somente serão aceitos para publicação se deixarem claro que todos os princípios de ética foram respeitados e estão de acordo com a Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde. Além disso, deve ser anexada ao artigo a cópia do parecer do Comitê de Ética institucional. Para os experimentos com animais, considere as diretrizes internacionais Pain, publicadas em: PAIN, 16: 109-110, 1983 e a Lei nº 11.794, de 8/10/2008;

Abreviações oficiais poderão ser empregadas, somente após a primeira menção completa. Gírias, expressões e abreviaturas pouco comuns não deverão ser usadas; Fica a critério da Comissão Editorial a seleção dos artigos que comporão a edição, sem nenhuma obrigatoriedade de publicá-los, salvo os selecionados e aprovados pelos pares.

2 CRITÉRIOS PARA APROVAÇÃO E PUBLICAÇÃO DE ARTIGOS

Os manuscritos devem ser encaminhados por via eletrônica pelo site www.uninove.br/revistasauade;

Os trabalhos serão avaliados primeiro quanto ao cumprimento das normas de publicação descritos nesta seção “Diretrizes para Autores”. Caso não estejam adequados, serão devolvidos antes mesmo de serem submetidos à avaliação de mérito;

Depois de aprovados quanto às diretrizes, serão submetidos à apreciação do mérito científico, condições éticas e precisão estatística de, pelo menos, dois avaliadores cegos (peer review) de instituições distintas da de origem dos trabalhos, além do editor;

A seleção de um manuscrito levará em consideração sua originalidade, prioridade e oportunidade. O rationale deve ser exposto com clareza, exigindo-se conhecimento relevante da literatura e adequada definição do problema estudado;

Tanto os avaliadores quanto os autores, durante todo o processo de tramitação dos artigos, não serão identificados pela outra parte;

Dois analistas serão consultados para avaliação do mérito científico. No caso de discordância entre eles, será solicitada a opinião de um terceiro. A partir de seus pareceres e do julgamento pela Comissão Editorial, o manuscrito receberá uma das avaliações seguintes: 1) aceito; 2) recomendado, mas com correções obrigatórias; 3) rejeitado. Caso seja recomendado (2), os pareceres serão enviados aos(s) autor(es), para revisão e ajustes; na condição 3, o manuscrito será devolvido ao(s) autor(es); no caso de aceite, o artigo será publicado de acordo com o fluxo dos textos e o cronograma editorial da revista.

3 ESTRUTURA DE APRESENTAÇÃO DOS ARTIGOS

3.1 Elementos dos artigos

Artigos originais: título em português ou espanhol e inglês, autores, resumo e descritores em português ou espanhol e inglês, introdução, materiais e método, resultados, discussão, conclusões, agradecimentos e referências. Os artigos devem ter entre 14 mil e 28 mil toques (caracteres + espaço). As referências devem ter no mínimo 20, e máximo 30 citações;

Artigos de relatos de caso: Título em português ou espanhol e inglês, autores, resumo e descritores em português ou espanhol e inglês, introdução, materiais e

método, resultados, discussão, conclusões, agradecimentos e referências. Devem ter entre 10 mil e 14 mil toques (caracteres + espaço). As referências devem ter no mínimo 10, e máximo 20 citações;

Artigos de revisão de literatura: Título em português ou espanhol e inglês, autores, resumo e descritores em português ou espanhol e inglês, introdução, materiais e método, resultados, discussão, conclusões, agradecimentos e referências. Devem ter entre 10 mil e 14 mil toques (caracteres + espaço). As referências devem ter no mínimo 20, e máximo 30 citações;

3.2 Página 1 – Página de rosto

A primeira página do artigo deve conter: (A) o título completo na língua original e em inglês; (B) um título abreviado não superior a 8 palavras na língua original e inglês, (C) Endereço científico onde o projeto foi executado; (D) Nomes completos dos autores – ordenados conforme contribuição de cada um, e a sequência indicada com número sobrescrito no último sobrenome de cada autor, de acordo com seus os dados complementares; (F) Nome completo, endereço, telefone e e-mail do autor correspondente.

Dados complementares – os autores devem informar sua principal titulação acadêmica, cargo(s) atual(is) que ocupa(m) e instituição(ções) – inclusive sua(s) localização(ções) contendo cidade, estado e o país –, a que esteja(m) vinculado(s). Os dados de cada autor devem ser agrupados, organizados em ordem crescente e a sequência indicada com números sobrescritos à margem esquerda no início da primeira linha. Se dois ou mais autores tiverem todas as informações complementares idênticas receberão o mesmo número sobrescrito da sequência dos dados à direita de seus nomes, no campo “Nomes completos dos autores” (D). Os autores devem ter participado suficientemente no trabalho para assumir responsabilidade pública por partes específicas do conteúdo. Pessoas que contribuíram e que não atendam os critérios de autoria deverão ser listados na seção de agradecimentos.

3.3 Página 2

Os textos devem ser digitados em Word, fonte Time New Roman, tamanho 12, espaçamento 1,5, alinhamento à esquerda e sem recuo de parágrafo;

Título completo em português ou espanhol e inglês no máximo 12 palavras; Título resumido em português ou espanhol e inglês no máximo 8 palavras, resumo em português ou espanhol e inglês; descritores em português ou espanhol e inglês. O resumo e o abstract devem ser estruturados em Introdução, Objetivos, Métodos, Resultados, e Conclusões e devem apresentar os pontos principais do texto de forma sintetizada, destacando as considerações emitidas pelos autores, não devendo se referir a literatura e não conter abreviaturas, exceto aquelas entendidas universalmente. O resumo e o abstract devem ter no mínimo 100 e no máximo, 150 palavras; os descritores e key words: correspondem às palavras ou expressões que identificam o conteúdo do artigo. O número desejado é no mínimo três e no máximo cinco. Para determinação dos descritores, deverá ser consultada a lista de Descritores em Ciências da Saúde – DeCs, no seguinte endereço eletrônico: <http://decs.bvs.br>

3.4 Página 3

O texto deve ser organizado nas seguintes seções: Introdução, Material e métodos, Resultados, Discussão, Conclusão, Agradecimentos, Referências, tabelas e figuras. Para as padronizações das abreviaturas os autores devem seguir as orientações do Council of Biology Editors Style Manual, 6th edition. Todas as abreviaturas devem ser definidas, quando utilizados pela primeira vez. Os trabalhos devem ser sucintos.

Introdução: deve atualizar o leitor sobre o conhecimento existente sobre o assunto, porém, não deve descrever material muito conhecido e publicado anteriormente, mas sim, citá-los como referências. Ela é a apresentação geral do tema e deve conter a definição da proposta do estudo e justificativa da escolha; a limitação da pesquisa em relação ao campo e período abrangidos. Deve estabelecer, com clareza, a hipótese do trabalho e o ponto de vista sob o qual o assunto será tratado, citando somente referências pertinentes; o relacionamento da pesquisa com temas afins da mesma área. Além disso, deve explicitar os objetivos e finalidades do estudo, com especificação dos aspectos que serão ou não abordados, entretanto não pode incluir dados ou conclusões da pesquisa em questão;

Material e métodos: devem oferecer, de forma resumida e objetiva, informações que permitam que o estudo seja repetido por outros pesquisadores. Métodos publicados

devem ser referenciados e discutidos brevemente, exceto se modificações tiverem sido feitas. Indicar as metodologias estatísticas utilizadas;

Resultados: apresentar, em sequência lógica, os resultados, tabelas e ilustrações. Não repetir todos os dados das tabelas e ilustrações; enfatizar, somente, as observações importantes. Utilizar o mínimo possível de tabelas e ilustrações;

Discussão: enfatizar os aspectos novos e importantes do estudo e as conclusões resultantes. Não repetir, em detalhes, nem os dados citados na introdução, nem os resultados; Relatar observações de outros estudos relevantes e apontar as implicações de seus achados e suas limitações.

Conclusão: quando houver, deve ser pertinente aos objetivos propostos e justificados nos próprios resultados obtidos. Nela, a hipótese do trabalho deve ser respondida;

Agradecimentos: se houver, devem ser sintéticos e concisos. Agradecer àqueles que contribuíram, de maneira significativa, para o estudo. Especificar auxílios financeiros, citando o nome da organização de apoio de fomento e o número do processo;

Referências: a exatidão das referências é de responsabilidade dos autores. ConScientiae Saúde adota Vancouver Style. As referências devem obedecer à Uniform requirements for manuscripts submitted to Biomedical Journals – Vancouver, disponível no seguinte endereço eletrônico: http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html. Citar as referências no texto com algarismos arábicos sobrescritos, em ordem de aparição, sem parênteses, com o seguinte formato: referência antes dos sinais de pontuação (,;:.) ou depois de palavra anterior, sem espaçamento e sobrescrito (exemplo: diabetes, hypertension^{1,2} e alcoholism⁴⁻⁹ são problemas médicos complexos¹⁰). Listar os nomes dos seis primeiros autores do trabalho; excedendo esse número, usar a expressão et al.; As abreviaturas dos títulos dos periódicos internacionais citados seguem o Index Medicus/ MEDLINE, e as dos títulos nacionais, LILACS e BBO (Bibliografia Brasileira de Odontologia); Não incluir, na lista de referências, comunicações pessoais e materiais bibliográficos sem data de publicação.

Exemplos de referências:

Livro

Melberg JR, Ripa LW, Leske GS. Fluoride in preventive dentistry: theory and clinical applications. Chicago: Quintessence; 1983.

Capítulo de livro

Verbeeck RMH. Minerals in human enamel and dentin. In: Driessens FCM, Woltgens JHM, editors. Tooth development and caries. Boca Raton: CRC Press; 1986. p.95-152.

Artigo de periódico

Veja KJ, Pina I, Krevsky B. Heart transplantation is associated with an increased risk for pancreatobiliary disease. *Ann Intern Med.* 1996;124 (11):980-3.

Wenzel A, Fejerskov O. Validity of diagnosis of questionable caries lesions in occlusal surfaces of extracted third molars. *Caries Res.* 1992;26:188-93.

Artigos com mais de seis autores

Citam-se até os seis primeiros seguidos da expressão “et al.”

Parkin DM, Clayton D, Black RJ, Masuyer E, Friedl HP, Ivanov E et al. Childhood - leukaemia in Europe after Chernobyl: 5 years follow-up. *Br J Cancer.* 1996;73:1006-12.

Artigo sem autor

Seeing nature through the lens of gender. *Science.* 1993;260:428-9.

Volume com suplemento e/ou número especial

Davidson CL. Advances in glass-ionomer cements. *J Appl Oral Sci.* 2006;14(sp. Issue):3-9.

Fascículo no todo

Dental Update. Guildford 1991 Jan/Feb; 18(1).

Anais de congressos, conferências e congêneres

Damante JH, Lara VS, Ferreira Jr O, Giglio FPM. Valor das informações clínicas e radiográficas no diagnóstico final. *Anais X Congresso Brasileiro de Estomatologia; 1-5 de julho 2002; Curitiba, Brasil. Curitiba, SOBE; 2002.*

Bengtsson S, Solheim BG. Enforcement of data protection, privacy and security in medical informatics. In: Lun KC, Degoulet P, Piemme TE, Rienhoff O, editors. *MEDINFO 92. Proceedings of the 7th World Congress of Medical Informatics; 1992 Spt 6-10; Geneva, Switzerland. Amsterdam: North-Holland; 1992. p. 1561-5.*

Tabelas e Figuras

Tabelas: devem ser incorporadas ao documento principal, após o final da lista de referência, e sua posição, no corpo do texto, indicada entre parentêses. Elas devem ser construídas usando o recurso tabela no processador de texto ou usando um

programa de planilha, como o Excel®, devem ser numeradas por ordem de aparecimento no texto com algarismos arábicos, possuir um título e, se necessário, uma legenda explicativa. Todas as tabelas devem ser referidas e sucintamente descritas no texto. Sob nenhuma circunstância deve-se repetir uma tabela de dados que são apresentados em uma ilustração. As medidas estatísticas de variação (ou seja, desvio-padrão, erro padrão) devem ser identificadas, e decimais, em dados tabulares deve ser restrito aqueles com significância estatística e matemática.

Figuras: fotografias, ilustrações, gráficos, desenhos, gráficos de linhas, etc, são todos definidos como figuras. As figuras deverão ser numeradas, consecutivamente, em algarismos arábicos na ordem de aparecimento no texto. Não incorporar figuras no documento principal, contudo elas devem ter sua posição indicada entre parentêses. As ilustrações fotográficas devem ser de qualidade profissional em formato JPG ou TIF (300 DPIs de resolução e 10 cm de largura), devem ser claras, mesmo após a redução do tamanho para a publicação e ressalta-se que elas serão publicadas em preto e branco.

Legendas:

As legendas devem ser incorporadas na parte inferior das tabelas e figuras e devem ser descritivas, permitindo a interpretação de tabelas e figuras, sem referência ao texto.

Recomendamos que o autor efetue um checklist (antes de enviar o artigo à revista):

Solicite a um profissional da área que aprecie seu artigo;

Revise cuidadosamente o trabalho com relação às normas solicitadas: tamanho da fonte, formatação, figuras, citação no corpo do texto e referências;

Verifique se todos os autores citados constam nas referências no final do trabalho.

Itens de verificação para submissão

Como parte do processo de submissão, autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão com todos os itens listados a seguir. Serão devolvidas aos autores as submissões que não estiverem de acordo com as normas.

A contribuição é original e inédita e não está sendo avaliada para publicação por outra revista;

O artigo atende a todos os aspectos normativos descritos em "Diretrizes para autores".

Um formulário de transferência de direitos autorais, assinado por todos os autores, deve ser inserido no SEER. Todos os relacionamentos financeiros ou outros que possam levar a um conflito de interesse devem ser informados no formulário de transferência de direitos autorais. Se o editor considerar esse conflito de interesse relevante para o artigo, uma nota de rodapé será adicionada para mostrar a participação acionária ou a afiliação com a empresa comercial identificada.

Assim que os autores tiverem certeza de que o manuscrito está em conformidade com o formato da revista, devem acessar o site www.uninove.br/revistasaude. O SEER guiará os autores no processo de submissão de manuscritos para que eles insiram as informações de seu trabalho nos campos específicos. O Editor será automaticamente notificado e enviará um e-mail confirmando o recebimento da submissão. O trâmite editorial poderá ser acompanhado e estará disponível aos autores em todos os momentos pelo SEER.

ConScientiae Saúde

ISSN da versão impressa: 1677-1028

ISSN da versão online: 1983-9324

<http://www.uninove.br/revistasaude>

Itens de Verificação para Submissão

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

A contribuição é original e inédita e não está sendo avaliada para publicação por outra revista,

O artigo atende a todos os aspectos normativos descritos em "Diretrizes para autores".

Política de Privacidade

Os nomes e endereços informados nesta revista serão usados exclusivamente para os serviços prestados por esta publicação, não sendo disponibilizados para outras finalidades ou a terceiros.

ANEXO 3

NORMAS PARA PUBLICAÇÃO REVISTA BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA

Escopo e Política

A Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia é continuação do título revista Textos sobre Envelhecimento, fundada em 1998. É um periódico especializado que publica produção científica no âmbito da Geriatria e Gerontologia, com o objetivo de contribuir para o aprofundamento das questões atinentes ao envelhecimento humano. A revista tem periodicidade trimestral e está aberta a contribuições da comunidade científica nacional e internacional. Os manuscritos devem destinar-se exclusivamente à Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia.

Categorias de Artigos

Artigos originais: são relatos de trabalho original, destinados à divulgação de resultados de pesquisas inéditas de temas relevantes para a área pesquisada, apresentados com estrutura constituída de Introdução, Metodologia, Resultados, Discussão e Conclusão, embora outros formatos possam ser aceitos (Máximo de 5.000 palavras, excluindo referências bibliográficas, tabelas e figuras. Máximo de referências: 35) Para aceitação de artigo original abrangendo ensaios controlados aleatórios e ensaios clínicos, será solicitado o número de identificação de registro dos ensaios.

Revisões: síntese crítica de conhecimentos disponíveis sobre o tema, com análise da literatura consultada e conclusões. Apresentar a sistemática de levantamento utilizada (máximo de 5.000 palavras e 50 referências).

Relatos de caso: prioritariamente relatos significantes de interesse multidisciplinar e/ou práticos, relacionados ao campo temático da revista (máximo de 3.000 palavras e 25 referências).

Atualizações: trabalhos descritivos e interpretativos, com fundamentação sobre a situação global em que se encontra determinado assunto investigativo, ou potencialmente investigativo (máximo de 3.000 palavras e 25 referências).

Comunicações breves: relatos breves de pesquisa ou de experiência profissional com evidências metodologicamente apropriadas. Relatos que descrevem novos métodos ou técnicas serão também considerados (máximo de 1.500 palavras, 10 referências e uma tabela/figura).

Pesquisa Envolvendo Seres Humanos

O trabalho deve ser aprovado pelo Comitê de Ética da instituição onde a pesquisa foi realizada e cumprir os princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki, além do atendimento a legislação pertinente. Na parte “Metodologia”, constituir o último parágrafo com clara afirmação deste cumprimento. O manuscrito deve ser acompanhado de cópia de aprovação do parecer do Comitê de Ética.

Ensaio Clínicos

A Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e divulgação internacional de informação sobre estudos clínicos, em acesso aberto. Sendo assim, a partir de 2007, somente serão aceitos para publicação os artigos de pesquisas clínicas que tenham recebido um número de identificação em um dos Registros de Ensaio Clínicos validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis no site do ICMJE. O número de identificação deverá ser registrado ao final do resumo.

Autoria

O conceito de autoria está baseado na contribuição de cada autor, no que se refere à concepção e planejamento do projeto de pesquisa, obtenção ou análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica etc. Não se enquadrando nesses critérios, deve figurar na seção "Agradecimentos". Explicitar a contribuição de cada um dos autores. Os autores são responsáveis pela obtenção de autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos, já que se pode aferir que tais pessoas subscrevem o teor do trabalho.

Avaliação de Manuscritos – Peer Review

Os manuscritos que atenderem à normalização conforme as “Instruções aos Autores” serão encaminhados aos revisores ad hoc selecionados pelos editores. Caso contrário, serão devolvidos para a devida adequação. Cada manuscrito é encaminhado para dois revisores ad hoc, de reconhecida competência na temática abordada.

O procedimento de avaliação por pares (peer review) é sigiloso quanto à identidade tanto dos autores quanto dos revisores. Os pareceres dos consultores podem indicar: [a] aceitação sem revisão; [b] aceitação com reformulações; [c] recusa com indicação de o manuscrito poder ser reapresentado após reformulação; e [d] recusa integral. Em quaisquer desses casos, o autor será comunicado. O texto não deve incluir qualquer informação que permita a identificação de autoria; os dados dos autores devem ser informados na página de título.

A decisão final sobre a publicação ou não do manuscrito é sempre dos editores. No processo de editoração e normalização, de acordo com o estilo da publicação, a revista se reserva o direito de proceder a alterações no texto de caráter formal, ortográfico ou gramatical antes de encaminhá-lo para publicação.

Conflito de Interesses

- Sendo identificado conflito de interesse da parte dos revisores, o manuscrito será encaminhado a outro revisor ad hoc.
- Possíveis conflitos de interesse por parte dos autores devem ser mencionados e descritos no “Termo de Responsabilidade”.
- Os autores receberão prova do manuscrito em PDF, para identificação de erros de impressão ou divergência do texto original. Mudanças no manuscrito original não serão aceitas nesta fase.

Preparo dos Manuscritos – formato e partes

Os manuscritos podem ser escritos em português, espanhol e inglês, com título, resumo e termos de indexação no idioma original e em inglês. Eles devem destinar-se exclusivamente à Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia e não serem submetidos para avaliação simultânea em outros periódicos. A indicação das referências constantes no texto e a correta citação são de responsabilidade do(s) autor(es) do manuscrito.

Texto: preparado em folha tamanho A-4, espaço duplo, fonte Arial tamanho 12, margens de 3 cm. Todas as páginas deverão estar numeradas. Tabelas: deverão ser apresentadas depois do texto, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas, e sua localização no texto deve ser indicada. Não repetir em gráficos os dados apresentados em tabela. Não traçar na tabela linhas internas horizontais ou verticais; os quadros terão as bordas laterais

abertas. Preferencialmente, a quantidade máxima de tabelas deve ser cinco. A cada uma se deve atribuir um título breve e indicar a cidade/estado e ano. Imagens: o autor responsabiliza-se pela qualidade das figuras (desenhos, ilustrações e gráficos), que devem ser enviados em impressão de alta qualidade, em preto-e-branco e/ou cinza, e devem estar no programa original (Excel, Corel etc.) ou em 300 dpi quando não forem editáveis. Notas de rodapé: deverão ser restritas ao necessário. Não incluir nota de fim.

Página de título contendo: (a) Título completo do artigo, em português ou espanhol e em inglês, e título curto para as páginas. Um bom título permite identificar o tema do artigo. (b) Autores: devem ser citados como autores somente aqueles que participaram efetivamente do trabalho, para ter responsabilidade pública pelo seu conteúdo. Relacionar nome e endereço completo de todos os autores, incluindo e-mail, última titulação e instituições de afiliação (informando departamento, faculdade, universidade). Informar as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo. Indicar o autor para correspondência. (c) Financiamento da pesquisa: se a pesquisa foi subvencionada, indicar o tipo de auxílio, o nome da agência financiadora e o respectivo número do processo.

Resumo: os artigos deverão ter resumo com um mínimo de 150 palavras e máximo de 250 palavras. Os artigos submetidos em inglês deverão ter resumo em português, além do abstract em inglês. Para os artigos originais, os resumos devem ser estruturados destacando objetivos, métodos, resultados e conclusões mais relevantes. Para as demais categorias, o formato dos resumos pode ser o narrativo, mas com as mesmas informações. Não deve conter citações.

Palavras-chave: indicar no mínimo três e no máximo seis termos que identifiquem o conteúdo do trabalho, utilizando descritores em Ciência da Saúde - DeCS - da Bireme (disponível em <http://www.bireme.br/decs>).

Corpo do artigo: os trabalhos que expõem investigações ou estudos devem estar no formato: introdução, metodologia, resultados, discussão e conclusões. Introdução: deve conter o objetivo e a justificativa do trabalho; sua importância, abrangência, lacunas, controvérsias e outros dados considerados relevantes pelo autor. Não deve

ser extensa, a não ser em manuscritos submetidos como Artigo de Revisão. Metodologia: deve conter descrição da amostra estudada e dados do instrumento de investigação. Nos estudos envolvendo seres humanos deve haver referência à existência de um termo de consentimento livre e esclarecido apresentado aos participantes após aprovação do Comitê de Ética da instituição onde o projeto foi desenvolvido. Resultados: devem ser apresentados de forma sintética e clara, e apresentar tabelas ou figuras elaboradas de forma a serem auto-explicativas e com análise estatística. Evitar repetir dados do texto. O número máximo de tabelas e/ou figuras é cinco. Discussão: deve explorar os resultados, apresentar a experiência pessoal do autor e outras observações já registradas na literatura. Dificuldades metodológicas podem ser expostas nesta parte. Conclusão: apresentar as conclusões relevantes face aos objetivos do trabalho, e indicar formas de continuidade do estudo.

Agradecimentos: podem ser registrados agradecimentos a instituições ou indivíduos que prestaram efetiva colaboração para o trabalho, em parágrafo com até cinco linhas.

Referências: devem ser normalizadas de acordo com o estilo Vancouver. A identificação das referências no texto, nas tabelas e nas figuras deve ser feita por número arábico, correspondendo à respectiva numeração na lista de referências. As referências devem ser listadas pela ordem em que forem mencionadas pela primeira vez no texto (e não em ordem alfabética). Esse número deve ser colocado em expoente. Todas as obras citadas no texto devem figurar nas referências.

Exemplos:

1. ARTIGOS EM PERIÓDICOS

Artigo com um autor

Marina CS. O processo de envelhecimento no Brasil: desafios e perspectivas.

Textos

Envelhecimento 2005 jan-abr;8(1): 43-60.

Artigo com até três autores, citar todos

Daumas RP, Mendonça GAS, León AP. Poluição do ar e mortalidade em idosos no município do Rio de Janeiro: análise de série temporal. Cad Saúde Pública 2004 fev; 20(1):311-19.

Artigo com mais de três autores usar “et al”

Silva DMGV, et al. Qualidade de vida na perspectiva de pessoas com problemas respiratórios crônicos: a contribuição de um grupo de convivência. Rev Lat Am Enfermagem 2005 fev;13(1):7-14.

2. LIVROS

Autor pessoa física

Minayo CS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10 ed. São Paulo: Hucitec; 2007.

Autor organizador Veras RP, Lourenço R, organizadores.

Formação humana em Geriatria e Gerontologia: uma perspectiva interdisciplinar. 1ª ed. Rio de Janeiro: UnATI/UERJ; 2006.

Autor instituição

Organização Mundial de Saúde (OMS). Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde; 2005.

3. CAPÍTULO DE LIVRO

Prado SD, Tavares EL, Veggi AB. Nutrição e saúde no processo de envelhecimento. In:

Veras RP, organizador. Terceira idade: alternativas para uma sociedade em transição. 1ª

ed. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 1999. p. 125-36.

4. Anais de Congresso - Resumos

Machado CG, Rodrigues NMR. Alteração de altura de forrageamento de espécies de aves

quando associadas a bandos mistos. VII Congresso Brasileiro de Ornitologia; 1998; Rio

de Janeiro. Rio de Janeiro: UERJ/NAPE; 1998.

5. DISSERTAÇÃO E TESE

Lino VTS. Estudo da resposta imune humoral e da ocorrência de episódios de gripe após a vacinação contra influenza em idosos. [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2001 .

6. DOCUMENTOS LEGAIS

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União 1996; 16 set.

7. Material da Internet

Artigo de periódico

Meira EC, Reis LA, Mello IT, Gomes FV, Azoubel R, Reis LA. Risco de quedas no ambiente físico domiciliar de idosos: Textos Envelhecimento [Internet]. 2005 [Acesso em 2007 nov 2]; 8(3). Disponível em URL:http://www.unati.uerj.br/tse/scielo.php?script=sci_arttext&pid=51517-59282005000300006&ing=pt&nrm=iso.

Livro Assis M, organizador. Promoção da saúde e envelhecimento: orientações para o desenvolvimento de ações educativas com idosos. Rio de Janeiro; 2002. 146p. (Série

Livros Eletrônicos) [acesso em 2010 jan 13]. Disponível em: URL: <http://www.unati.uerj.br>

Documentos legais

Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Brasília: 2006. [Acesso em 2008 jul 17]. Disponível em: URL: <

<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2528%20aprova%20a%20politica%20nacional%20de%20saude%20da%20pessoa%20idosa.pdf>>

DOCUMENTOS

(a) Declaração de responsabilidade e Autorização de publicação

Os autores devem encaminhar, juntamente com o manuscrito, carta autorizando a publicação, conforme modelo a seguir:

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE E TRANSFERÊNCIA DE DIREITOS AUTORAIS

Título do manuscrito:

1. Declaração de responsabilidade

Certifico minha participação no trabalho acima intitulado e torno pública minha responsabilidade por seu conteúdo. Certifico que não omiti quaisquer acordos com pessoas, entidades ou companhias que possam ter interesse na publicação deste artigo. Certifico que o manuscrito representa um trabalho original e que nem este ou qualquer outro trabalho de minha autoria, em parte ou na íntegra, com conteúdo substancialmente similar, foi publicado ou enviado a outra revista, seja no formato impresso ou no eletrônico, exceto o descrito em anexo.

2. Transferência de Direitos Autorais Declaro que, em caso de aceitação do artigo, a Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia passará a ter os direitos autorais a ele referentes, que se tornarão propriedade exclusiva da Revista, sendo vedada a reprodução total ou parcial sem o competente agradecimento à Revista.

3. Conflito de interesses

Declaro não ter conflito de interesses em relação ao presente artigo.

Data, assinatura e endereço completo de todos os autores.

(b) Autorização para reprodução de tabelas e figuras

Havendo no manuscrito tabelas e/ou figuras extraídas de outro trabalho previamente publicado, os autores devem solicitar por escrito autorização para sua reprodução.

PERMISSÃO DE REPRODUÇÃO

É permitida a reprodução no todo ou em parte de artigos publicados na Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, da UERJ/UnATI/CRDE, desde que sejam mencionados o nome do(s) autor(es), em conformidade com a legislação de Direitos Autorais.

Envio do Manuscrito

Os manuscritos devem ser encaminhados a revista no endereço abaixo. Enviar uma via em papel, acompanhada de autorização para publicação assinada por todos os

autores. Enviar, ainda, arquivo eletrônico do manuscrito, em Word. O arquivo pode ser em CD (enviado juntamente com a cópia em papel) ou apenas por e-mail.

Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia

UnATI/CRDE

Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Rua São Francisco Xavier, 524 - 10º andar - bloco F - Maracanã

20559-900 - Rio de Janeiro, RJ, Brasil

E-mail: crderbgg@uerj.br e revistabgg@gmail.com