Karolina Seraphim Nocchi Durães
Renata Lage Biondo
Verônica Cordeiro Mendes Tavares

CAPACIDADE FUNCIONAL E SINTOMAS DEPRESSIVOS EM IDOSOS CLASSIFICADOS QUANTO À FRAGILIDADE

Belo Horizonte
Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional / UFMG
2018

Karolina Seraphim Nocchi Durães
Renata Lage Biondo
Verônica Cordeiro Mendes Tavares

CAPACIDADE FUNCIONAL E SINTOMAS DEPRESSIVOS EM IDOSOS CLASSIFICADOS QUANTO À FRAGILIDADE

Trabalho de Conclusão de curso de Graduação apresentado ao Colegiado do Curso de Fisioterapia da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Fisioterapia.

Orientadora: Profa. Dra. Lygia Paccini Lustosa

Belo Horizonte
Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional / UFMG
2018

Dedicamos este trabalho primeiramente a Deus, a todos que nos apoiaram e torceram junto, e a todos que contribuíram para sua concretização.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a Deus por ter guiado nosso caminho até aqui, nos dado forças e por nunca nos desamparar. Aos nossos familiares e amigos, pelo apoio, compreensão e carinho durante nossa jornada.

À professora Lygia Paccini. Obrigada por todo ensinamento, pelo acolhimento e paciência até aqui. Sempre um exemplo de pessoa e de profissional para nós.

Agradecemos aos mestres que durante toda nossa trajetória se dedicaram em nos ensinar sobre a profissão e sobre a vida.

RESUMO

A síndrome da fragilidade é bastante prevalente na população idosa, podendo estar relacionada com desfechos adversos. O objetivo deste estudo foi comparar a capacidade funcional e a presença de sintomas depressivos, entre idosos classificados quanto á fragilidade. Tratou-se de um estudo observacional transversal que fez parte do projeto ñPerfil clínico-funcional de idosos moradores dos municípios de Belo Horizonte e Diamantinaò aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (CAAE 14129513.7.1001.5149). Foram avaliados idosos, sem distinção de sexo, raça e/ou classe social, com idade superior a 60 anos que viviam nos municípios de Belo Horizonte e Diamantina. Foram excluídos idosos com alterações cognitivas. Para avaliação da fragilidade foi utilizado o Fenótipo de Fried; para rastreamento de sintomas depressivos, utilizou-se a Escala de Depressão Geriátrica e a capacidade funcional foi mensurada por meio do *Short Physical Performance Battery* (SPPB), que avaliou o equilíbrio, marcha, força e resistência dos membros inferiores. Em relação às estatísticas, foi utilizado o teste de Komogorov-Sminov para identificar normalidade na distribuição dos dados, e para comparação entre os grupos conforme a classificação de fragilidade, foi utilizado o teste ANOVA com o *post hoc* de Tukey. O nível de significância foi de 5%. Participaram deste estudo 173 idosos, com média de idade de 71,8 (± 6,2) anos, índice de massa corpórea de 27,2 (± 4,9) Kg/m2, sendo a maioria mulheres (90,2%) e escolaridade média de 5,2 (± 4,1) anos. A média de comorbidades informadas foi de 2,6 (± 1,7) condições clínicas e o número de medicamentos em uso foi de 3,3 (± 2,4). Setenta e três idosos (42,2%) foram classificados como não frágeis, oitenta e oito (50,9%) como pré-frágeis e doze idosos (6,9%) como frágeis. Na comparação entre grupos, observou-se que idosos não frágeis eram mais jovens que os frágeis (p= 0,003). Em relação aos sintomas depressivos, não frágeis estavam em melhores condições que os pré-frágeis (p= 0,027) e em relação aos frágeis (p= 0,014). Estes resultados também foram observados no desempenho funcional, que demonstrou que não frágeis estavam em melhores condições que os pré-frágeis (p= 0,001) e em relação aos frágeis (p= 0,001). Os resultados desse estudo apontam que indivíduos mais frágeis apresentam maior incapacidade e maiores sintomas depressivos.

Palavras-chave: Síndrome da fragilidade. Capacidade funcional. Sintomas depressivos. Idosos.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....08
2 MATERIAIS E MÉTODOS 10
2.1 Critérios de inclusão.....11
2.2 Critérios de exclusão.....11
2.3 Instrumentos.....11
2.3.1 Perda de peso.....11
2.3.2 Fadiga.....11
2.3.3 Nível de Atividade Física.....12
2.3.4 Força de Preensão Palmar.....12
2.3.5 Velocidade de Marcha.....12
2.3.6 Escala de Depressão Geriátrica (EDG ï 15).....13
2.3.7 Short Physical Performance Battery (SPPB).....13
2.4 Análise estatística.....14
3 RESULTADOS.....14
4 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....15
5 CONCLUSÃO 17
REFERÊNCIAS.....18
ANEXO.....22

1 INTRODUÇÃO

O crescimento da população idosa é um fenômeno mundial. Vem ocorrendo de forma heterogênea ao redor do mundo, sendo que nos países desenvolvidos acontece de forma progressiva, associada às melhorias nas condições de vida. Nos países em desenvolvimento, como o Brasil, este processo vem ocorrendo de forma acelerada, sistemática e consistente, sem tempo suficiente para uma reorganização social e/ou adaptações adequada nas condições socioeconômicas e de assistência à saúde da população.[1;2;3] O percentual de pessoas com 60 anos ou mais na população do país passou de 12,8% para 14,4%, entre 2012 e 2016. Houve crescimento de 16,0% na população nessa faixa etária, passando de 25,5 milhões para 29,6 milhões.[4] Todo esse cenário ocorre pela redução das taxas de fertilidade e do acréscimo da longevidade nas últimas décadas. Assim, estima-se que, até 2025 o Brasil será o sexto país do mundo em número de idosos, sendo que estes estarão distribuídos em diferentes regiões brasileiras, o que torna o envelhecimento heterogêneo com expressivas características regionais. Projeta-se também que, até 2050, esta faixa etária corresponderá a 20% da população total com uma expectativa de vida de 81,3 anos.[2;5]

Paralelo a tantas mudanças, observou-se um novo padrão no perfil de saúde da sociedade, no qual mais da metade da população idosa sofre de algum acometimento crônico de saúde.[6] Logo, vem ocorrendo uma modificação do perfil de morbimortalidade, caracterizado por uma transição do predomínio de doenças infecto contagiosas para doenças crônicas e múltiplas, com destaque para as doenças cardiovasculares, do sistema respiratório e as neoplasias, que respondem por mais de 70% das mortes no Brasil.[7;8;9;10] Tal realidade aponta uma necessidade maior de políticas voltadas para a prevenção de agravos e manutenção da qualidade de vida, independência e autonomia deste estrato da população. Esses aspectos são primordiais para um envelhecimento saudável, no qual a capacidade funcional deve ser o principal marcador de saúde, ainda que o idoso apresente uma ou mais doenças crônicas.[8;9]

Esse envelhecimento envolve a diminuição da capacidade funcional e sobrecarga dos mecanismos de controle homeostático.[11] Em vista disso, tem se estudado sobre o conceito de fragilidade, que é denominada como uma "síndrome clínica, de natureza multifatorial, característica pela diminuição das reservas, fisiológicas e da resistência ao estressor, resultando no desequilíbrio de múltiplos sistemas e causando aumento da vulnerabilidade à doença".[12] O Fenótipo de Fragilidade foi desenvolvido por Fried *et al*. (2001) como uma ferramenta que possibilitou propor intervenções efetivas e guiou pesquisas nessa área clínica. O fenótipo engloba cinco itens: a perda de peso não intencional, perda de força muscular de preensão da mão dominante, relato de exaustão e motivação do indivíduo, baixo nível de atividade física e por último a diminuição da velocidade de marcha. Quando o indivíduo apresenta três ou mais desses critérios é classificado como frágil; um ou dois critérios positivos é classificado como pré-frágil e, nenhum critério presente é classificado como não-frágil.[12]

A capacidade funcional tem demonstrado ser um fator muito importante na vida dos idosos, mais do que a presença de diversas outras doenças, sinais clínicos ou, até mesmo, questões biomecânicas.[13] Testes de desempenho físico, relacionados à capacidade física dos membros inferiores (mobilidade) e teste de preensão palmar foram usados em vários estudos clínicos e epidemiológicos,[14] como medidas capazes de identificar as variáveis físicas (força muscular, flexibilidade e equilíbrio) envolvidas na capacidade funcional do idoso em realizar as tarefas diárias.[15] Estes testes ofereceram vantagens no que se refere à validade, reprodutibilidade, sensibilidade às mudanças e na habilidade de caracterizar os níveis de capacidade.[16] Um bom exemplo de teste para avaliar tais desfechos, é o teste físico-funcional *Short Physical Performance Battery* (SPPB). A mobilidade é um componente da função física completamente relevante, que constitui um pré-requisito para a funcionalidade do idoso, e cujo prejuízo pode gerar dependências e incapacidades.[17]

Além de traçar o perfil funcional dos idosos, não devem ser somente as consequências físicas a preocupar os profissionais de saúde, mas também as de caráter psicológico, como, a depressão. Essa condição refere-se a uma vasta área de problemas da saúde mental, caracterizada pela ausência de sentimento positivo,

perda de interesse e prazer em atividades habituais e experiências, baixo humor e uma extensa quantidade de sintomas emocionais, cognitivos, físicos e comportamentais associados.[18] A síndrome depressiva pode ser difícil de ser separada da fragilidade na idade avançada, devido ao fato que a depressão e a fraqueza têm sintomas em comum, como os baixos níveis de atividade diária que podem resultar na diminuição da reserva de energia (fragilidade e depressão) e perda de interesse (anedonia na depressão) ou perda da capacidade de realizar as atividades de vida diárias (deficiência).

Segundo os resultados do estudo de Vaughan et al.,[19] mais de um a cada dez adultos acima de 55 anos são frágeis ou possuem sintomas depressivos. A incidência de sintomas depressivos e/ou fragilidade foi acima de 10% em idosos com idade igual ou superior a 55 anos e essas taxas de incidência variaram bastante. Estudos prospectivos relacionados com a sintomatologia depressiva e a fragilidade destacaram a necessidade de saber melhor sobre o momento certo de realizar as intervenções nos idosos frágeis e/ou depressivos. Embora a maior parte do interesse relacionado a fragilidade seja na tentativa de reverter algumas das suas características, estudos de intervenções bem elaboradas que visam a fragilidade e a depressão são raros.

Considerando a relevância do crescimento da população idosa no Brasil e no mundo, e sendo depressão e capacidade funcional dois fatores extremamente importantes para a boa qualidade de vida, investigou-se a possível relação dessas variáveis classificadas ainda dentro da Síndrome da Fragilidade. É de grande interesse que esses idosos continuem inseridos de forma ativa na comunidade, com saúde e bem estar adequados.

Desta forma, o objetivo deste estudo foi comparar a capacidade funcional e a presença de sintomas depressivos, entre idosos comunitários classificados quanto á síndrome de fragilidade.

2 MATERIAL E MÉTODO

Tratou-se de um estudo observacional transversal, parte do projeto ñPerfil clínico-funcional de idosos moradores dos municípios de Belo Horizonte e Diamantinaò aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (CAAE 14129513.7.1001.5149) (Anexo1). Utilizou-se nesse trabalho os dados referente às variáveis específicas, que respondeu aos objetivos do estudo. Amostra não probabilística, recrutada em Centro de Referência do Idoso e nas Unidades Básicas de Saúde.

Os idosos responderam a um questionário com informações sócio-clínico-demográficas (Anexo2), com informações relativas a perda de peso não intencional, fadiga, nível de atividade física e sintomas depressivos. Além disto, foram realizados os testes de força de preensão palmar, velocidade de marcha e *Short Physical Performance Battery* (SPPB). Os pesquisadores foram treinados previamente para padronização da coleta de dados.

2.1 Amostra

2.1.1 Critérios de inclusão

Foram avaliados idosos, sem distinção de sexo, raça e/ou classe social, com idade superior a 60 anos que viviam nos municípios de Belo Horizonte e Diamantina, e que tinham condições de se deslocar até os locais de coleta de dados.

2.1.2 Critérios de exclusão

Os critérios de exclusão foram: suspeita de alterações cognitivas detectadas pelo Mini Exame do Estado Mental (MEEM), versão brasileira Bertolucci et al. (1994), com pontos de corte de acordo com a escolaridade; dor musculoesquelética em fase aguda que impedisse a realização dos testes; fratura de membro superior no último ano; doença e/ ou sequela neurológica; incapacidade de realizar marcha.

2.2 Instrumentos

2.2.1 Instrumentos para classificação da fragilidade

Perda de peso

A informação de perda de peso não intencional foi obtida por meio do autorrelato dos idosos, que responderam as seguintes perguntas: ñO(A) senhor(a) perdeu mais de 4,5 Kg de seu peso, de forma não intencional ou involuntária (sem fazer dieta ou regime) no último ano, considerando seu peso no ano anterior? Quantos quilos?ò A resposta foi simplificada em ñsimò e ñnãoò e foi anotada a quantidade de quilogramas (kg) relatada.

Fadiga

Por meio da aplicação de duas questões da versão brasileira da *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale* (CES-D), mensurou-se a fadiga.[20] As perguntas utilizadas foram: ñPensando na última semana, diga com que frequência as seguintes coisas aconteceram com o(a) senhor(a):ò, ña. sentiu que teve que fazer esforço para dar conta das suas tarefas de todo dia? (0) Nunca/Raramente; (1) Poucas vezes; (2) Na maioria das vezes; (3) Sempre;ò e ñb. Sentiu que não conseguiu levar adiante as suas coisas? (0) Nunca/Raramente; (1) Poucas vezes; (2) Na maioria das vezes; (3) Sempreò. Considerou-se positivo para critério de fragilidade se o idoso teve pontuação dois (2) ou três (3) para uma das duas questões acima.[12]

Nível de atividade física

O nível de atividade física foi avaliado por meio do *Minnesota Leisure Time Activities Questionnaire*, versão em português ï Brasil,[21] que propôs em uma lista, diversas atividades possíveis de serem realizadas pelos idosos, incluindo atos cotidianos, prática de esportes, caminhadas e lazer. As opções de respostas foram marcadas pelo examinador e simplificadas a ñsimò para atividades praticadas nas últimas duas semanas, quantificadas em média de vezes em que essas atividades foram praticadas por semana e quanto tempo a atividade havia durado. A partir dessas informações foi calculado o gasto energético em quilocalorias (kcal) por semana, através do resultado de intensidade de cada atividade em Met x tempo em minutos x peso em quilogramas x 0,0175 (para obter o valor em quilocalorias). Indivíduos que tivessem com o consumo semanal abaixo de 270 (mulheres) e 383 (homens) kcal foram pontuados positivos neste critério.

Força de Preensão Palmar (FPP)

O teste foi realizado utilizando o dinamômetro JAMAR®, um dinamômetro manual, que avaliou a força de preensão palmar, em quilograma por força (kg/f), tanto na prática clínica quanto na pesquisa. O indivíduo permaneceu sentado, com o ombro em neutro, cotovelo a 90º de flexão e o punho em neutro,[22] e imprimiu força na alça do dinamômetro. Foram registradas três medidas com intervalo de um minuto entre elas, e a partir da média desses valores foi obtido o valor final a ser utilizado. Considerou-se positivo para este critério aqueles que estivessem abaixo dos valores determinados por Fried *et al.* (2001), ajustados por sexo e Índice de Massa Corporal (Kg/m²).[12]

Velocidade de marcha

A velocidade de marcha foi avaliada por meio do desempenho cronometrado ao percorrer uma distância de 8,6 metros livres, excluindo dois metros de aceleração e dois metros de desaceleração.[23] Na aplicação foi dado o comando de voz para que o teste fosse iniciado, utilizando o calçado habitual e, se necessário, dispositivo de auxílio de marcha. Foram realizadas três tentativas e, registrados o tempo em segundos de cada uma delas. A média das três tentativas, em metros por segundo (m/s), foi utilizada para análise. Considerou-se positivo para este critério aqueles que estivessem abaixo dos valores determinados por Fried *et al.* (2001), ajustados pela altura.[12]

2.2.2 Escala de Depressão Geriátrica (EDG ï 15)

Para a avaliação dos sintomas de depressão, utilizou-se a Escala de Depressão Geriátrica (EDG ï 15), traduzida e adaptada para uso no Brasil por Almeida e Almeida.[24] Esta escala contém quinze perguntas de autorrelato em relação a última semana. As repostas foram dicotômicas - ñsimò ou ñmãoò e pontuadas em um (1) e zero (0). Utilizou-se o ponto de corte 6 para rastreio positivo de sintomas depressivos.

2.2.3 *Short Physical Performance Battery* (SPPB)

A avaliação da capacidade funcional foi por meio do SPPB, que avaliou o equilíbrio, marcha, força e resistência dos membros inferiores.[25] O teste foi composto por três etapas: equilíbrio estático em pé com os pés lado a lado, encostados medialmente;

seguidos da postura de um pé parcialmente à frente do outro (semi Tandem) e, por último, um pé imediatamente a frente do outro e em contato (Tandem). A pontuação foi de acordo com o tempo, sendo zero (0) se o indivíduo não conseguiu se manter nas posições por dez segundos, e um (1) se ele conseguiu se manter por dez segundos, para os dois primeiros itens. Para a posição Tandem, recebeu a pontuação de dois (2) pontos se conseguiu permanecer por dez segundos, um (1) ponto se conseguiu permanecer na posição entre três e nove segundos, e zero (0) se permaneceu por menos de três segundos. Idosos que tentaram e não conseguiram se posicionar, receberam pontuação igual a zero (0).

A segunda etapa foi o teste de Velocidade de Marcha, no qual o idoso caminhou, em velocidade habitual, uma distância de 4 metros, e o examinador registrou o tempo em que o percurso foi realizado. O idoso recebeu quatro (4) pontos se gastou menos de 4,82 segundos, dois (2) pontos se o tempo foi entre 6,21 segundos e 8,70 segundos, um (1) ponto se percorreu em mais de 8,7 segundos e zero (0) se foi incapaz de realizar o teste.

A terceira etapa consistiu no teste de Sentar e Levantar da cadeira (TSL). Inicialmente, realizou-se um pré-teste em que o indivíduo tentou levantar da cadeira sem o apoio dos braços. Os que não conseguiram realizar esse pré-teste, tiveram o teste encerrado e o indivíduo recebeu a pontuação zero (0). Na realização do teste, o indivíduo deveria levantar da cadeira e sentar novamente, sem apoiar as costas no encosto da cadeira por cinco (5) vezes consecutivas, e o tempo para execução da tarefa foi registrado. Se realizou em menos de 11,19 segundos, recebeu quatro (4) pontos; entre 11,20 e 13,69 segundos recebeu a pontuação três (3); se conseguiu realizar entre 13,70 e 16,69 segundos, recebeu dois (2) pontos e, se fez o teste em mais de 16,70 segundos, recebeu um (ponto). Se não conseguiu completar as cinco repetições ou se realizou o teste em um tempo superior a sessenta (60) segundos, recebeu pontuação zero (0).

A interpretação do teste foi feita pelo somatório das pontuações em cada etapa. Desta forma, o escore total entre zero (0) e três (3) pontos correspondeu a um desempenho muito baixo; entre quatro (4) a seis (6) pontos um desempenho baixo;

entre sete (7) e nove (9) pontos um desempenho moderado e entre dez (10) e doze (12) pontos um bom desempenho.

2.3 Análise estatística

Utilizou-se todos os dados coletados, até o momento, do banco de dados de Diamantina e Belo Horizonte. Foi utilizado o teste de Komogorov-Sminov para identificar normalidade na distribuição dos dados. Os dados foram apresentados por meio de análise de tendência central e dispersão. Para comparação entre os grupos conforme a classificação de fragilidade foi utilizado o teste ANOVA com *post hoc* de Tukey. O nível de significância foi de 5%.

3 RESULTADOS

Participaram deste estudo 173 idosos, com média de idade de 71,8 (± 6,2) anos, índice de massa corpórea de 27,2 (± 4,9) Kg/m2, sendo a maioria mulheres (90,2%) e escolaridade média de 5,2 (± 4,1) anos. A média de comorbidades informadas foi de 2,6 (± 1,7) condições clínicas e o número de medicamentos em uso foi de 3,3 (± 2,4).

Setenta e três idosos (42,2%) foram classificados como não frágeis, oitenta e oito (50,9%) como pré-frágeis e doze (6,9%) como frágeis. As características das variáveis analisadas encontram-se na Tabela 1.

Tabela 1. Média e desvio padrão das variáveis analisadas, considerando a classificação dos idosos na fragilidade.

	Não- frágil (n= 73)	**Pré-frágil (n= 88)**	**Frágil (n= 12)**
Idade, média (DP), anos	70,9 (5,7)	71,8 (5,9)	77,2 (8,5)
GDS, média (DP), escore	1,1 (0,3)	1,2 (0,4)	1,4 (0,5)
SPPB, média (DP), escore	10,7 (1,5)	9,4 (2,0)	8,0 (2,4)

GDS= escala de depressão geriátrica; SPPB= *Short Physical Performance Battery*

Na comparação entre grupos, observou-se que idosos não frágeis eram mais jovens que os frágeis (p= 0,003). Em relação aos sintomas depressivos, não frágeis estavam em melhores condições que os pré-frágeis (p= 0,027) e em relação aos frágeis (p= 0,014). Estes resultados também foram observados no desempenho funcional, que demonstrou que não frágeis estavam em melhores condições que os pré-frágeis (p= 0,001) e em relação aos frágeis (p= 0,001).

4 DISCUSSÃO

Esse estudo apontou uma relação entre o nível de fragilidade e a carga de sintomas depressivos apresentados pelos idosos. A literatura relata estudos que apresentam resultados semelhantes, tanto internacionais, quanto realizados na mesma cidade do estudo proposto.[26,27] Uma metanálise realizada por Soysal *et al*., relata que idosos frágeis têm quatro vezes mais chances de ter depressão do que idosos não frágeis.[28]

A depressão está relacionada à menor força muscular, déficits de mobilidade e fadiga, aumentando assim o risco de se desenvolver fragilidade.[29] Indivíduos que apresentem maiores números de sintomas depressivos tendem a ter mudanças no comportamento social, humor e apatia para realização de atividades diárias, como por exemplo, a atividade física que está diretamente ligada à classificação quanto ao nível de fragilidade do indivíduo.[30]

Seguindo essa lógica, indivíduos que apresentam menores níveis de atividade física, podem apresentar menor força muscular, sendo ela não a única, mas uma grande determinante para o ganho de força.[31] A força muscular pode ser determinante na velocidade de marcha desses indivíduos e diretamente ligada à força de preensão manual e exaustão.[32] Esta argumentação deve ser levada em consideração pois esses são pontos chaves do fenótipo de Fried[12]. É relatado na literatura que indivíduos com depressão apresentam dificuldades em relação a sua nutrição, levando a baixa ingestão de nutrientes e consequentemente a perda de peso.[33]

Um estudo revelou que o efeito combinado da depressão e características da fragilidade, especificamente fadiga e velocidade da marcha, está relacionada à mortalidade em mulheres mais velhas. A fadiga é um sintoma da depressão tardia, ressaltando a importância de olhar com outros olhos os idosos frágil e depressivo, por terem um nível diferente de comprometimento e um curso clínico diferente.[34]

Seguindo esse pensamento, indivíduos em estado de fragilidade ou pré-fragilidade, apresentam maiores índices de incapacidade, fato corroborado nesse estudo. A incapacidade pode levar esse indivíduo a dificuldades de mobilidade, participação social e limitações nas AVD e AIVD.[35] O indivíduo idoso limitado a suas atividades,

em isolamento e sem assistência, pode vir a apresentar sintomas depressivos ou caminhar até mesmo para a instauração de um quadro depressivo.[36]

Os resultados deste estudo em relação à capacidade funcional apresentam resultados semelhantes a fortes estudos da literatura.[37] Estudos apontaram que indivíduos mais frágeis apresentam maiores dificuldades em mobilidade, do que indivíduos não frágeis, fato esse agravado caso o indivíduo apresente baixa velocidade de marcha, avaliado pelo fenótipo. Em relação às AVD e as AIVD ou indivíduos frágeis também apresentam piores desempenhos.

Ao analisar alguns itens do fenótipo separadamente, podemos hipotetizar a respeito dessa relação ñfragilidade x incapacidadeò. A literatura aponta que a inatividade física,[38,39] baixa força muscular,[39,40] baixa velocidade de marcha[41] estão diretamente ligados a incapacidade no indivíduo idoso, o que foi comprovado neste estudo.

Apesar da relação entre a perda de peso não intencional e a exaustão auto-relatada não apresentar na literatura uma relação direta. A perda de peso, levando a perda de massa muscular, e a diminuição da área de secção transversa da musculatura pode ocasionar na perda de força e função muscular.[42] Um estudo apontou que a lentidão na marcha, a fraqueza muscular e perda de peso não intencional estão fortemente associadas à incapacidade.[43] A idade avançada e o sexo feminino também foram fatores observados em indivíduos mais frágeis.[12]

5 CONCLUSÃO

Os resultados desse estudo apontaram que indivíduos mais frágeis apresentam maior incapacidade e maiores sintomas depressivos. Esses desfechos são importantes na população idosa, pois fornecem informações para a prática clínica ao demonstrar traços do perfil do idoso frágil. Outros estudos devem ser realizados para investigar mais detalhadamente a relação entre essas variáveis.

REFERÊNCIAS

1. WONG, L. L. R.; CARVALHO, J. A. O rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil: sérios desafios para as políticas públicas. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v.23, n.1, p.5ï 26, 2006.

2. BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Censo Demográfico**. Ministério do Planejamento e Orçamento. 2000 e 2010.

3. BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. 2006.

4. BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística IBGE. Disponível em https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2013-agencia-de noticias/releases/18263-pnad-2016-populacao-idosa-cresce-16-0-frente-a-2012-e-chega-a-29-6-milhoes.html . Acesso em 24 mar. 2018.

5. CALDAS, S; TAVARES M. O envelhecimento nas diferentes regiões do Brasil : uma discussão a partir do censo demográfico. **Workshop de análise ergonômica do trabalho**, 7. v.1, n.1, p.1ï 10, 2001.

6. ALVES, L.C.; LEIMANN, B.C.Q.; VASCONCELOS, M.E.L.; CARVALHO, M.S.; VASCONCELOS, A.G.G.; FONSECA, T.C.O.D.; LEBRÃO, M.L.; LAURENTI, R. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, p. 1924-1930, 2007***.***

7. TANNURE, C. M. Perfil epidemiológico da população idosa de Belo Horizonte, MG, Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem** v.63, n.5, p. 817-822,2010.

8. NASRI, F. Demografia e epidemiologia do envelhecimento: O envelhecimento populacional no Brasil. **Einstein**, v.6, n.1, p.S4-S6, 2008.

9. VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, n.3 p. 548ï 554, 2009.

10. CAMARANO, A. A; KANSO S; MELLO, J. L. Como vive o idoso brasileiro? Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). **Os novos idosos brasileiros muito além dos 60.** Rio de Janeiro, v.1, n.1, p.33-80, 2004.

11. MORAES EN. **Princípios básicos de geriatria e gerontologia.** Belo Horizonte: Coopmed, 2008. 700p.

12. FRIED, L.P. *et al*. Fraity in older adults: Evidence for a phenotype. **The Journals of Gerontology**, v. 56, n. 3, p. 146-156, 2001.

13. BALTES, M.M.; NEUMANN, E.M.; ZANK, S. Maintenance and rehabilitation of independence in old age: an intervention program for staff. **Psychology and aging**, v. 9, n. 2, p. 179-188, Jun1994.

14. FROUD *et al*., 2014; GURALNIK *et al*., 1995; FERRUCCI *et al.,* 2000; YOUNG; MASAKI; CURB, 1995;HIRANO *et al*., 2014.

15. MARUCCI, M.F.N. Estado nutricional e capacidade física. **Sabe Saúde Bem Estar e Envelhecimento**. v. 1, p. 95-117, 2003.

16. GURALNIK, J.M.; FERRUCCI, L.; SIMONSICK, E.M.; SALIVE, M.E.; WALLACE, R.B. Lower-extremity function in persons over the age of 70 years as a predictor of subsequent disability**. The New England journal of medicine**, v. 332, n. 9, p. 556-561, Mar 1995.

17. OLIVEIRA, D.M.; NARCISO, F.M.; SANTOS, M.L.; PEREIRA, D.S.; COELHO, F.M.; DIAS, J.M.; PEREIRA, L.S. Muscle strength but not functional capacity is associated with plasma interleukin-6 levels of community-dwelling elderly women. **Brazilian journal of medical and biological research**, v. 41, n. 12, p. 1148-1153, Dec2008.

18. NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH & CLINICAL EXCELLENCE. **The nice Guideline on the treatment and management of depression in adults**. London; 2010.

19. VAUGHAN, L, CORBIN, AL., GOVEAS, JS. Depression and frailty in later life: a systematic review. **Clinical Intervetions in Aging**. v. 10, p 1947 ï 1958, dezembro. 2015.

20. BATISTONI, T. S. S.; NERI, A. L.; CUPERTINO, A. P. F. B. Validade da escala de depressão do Center for Epidemiological Studies entre idosos brasileiros. **Rev Saúde Pública**, v.41, n.4, p. 598-605, 2007.

21. LUSTOSA, LP. *et al.* Tradução e adaptação transcultural do Minnesota Leisure Time ActivitiesQuestionnaire em idosos. **Geriatria & Gerontologia**. Belo Horizonte. v. 5, n. 2, p. 57-65, junho. 2011.

22. FIGUEIREDO, I. M. *et al.* Teste de força de preensão utilizando o dinamômetro Jamar. **Acta Fisiatr**, v.14, n.2, p.104-110, 2007.

23. GURALNIK, J. M. *et al*. Short Physical Performance Battery Assessing Lower Extremity Function: Association With Self-Reported Disability and Prediction of Mortality and Nursing Home Admission. **J Gerontol**, v. 49, n.2, p. 85-94, 1994.

24. ALMEIDA OP, ALMEIDA AS. Confiabilidade da versão Brasileira da escala de depressão em geriatria (GDS) versão reduzida. **Arq. Neuropsiquiatr** v.57, n. 2-B, p.421-426, 1999.

25. NAKAMO M. M. **Versão brasileira da Short Physical Performance Batery ï SPPB:** adaptação cultural e estudo da confiabilidade. Dissertação. Faculdade de Educação. Universidade Estadual de Campinas. 2007.

26. ST JOHN PD; TYAS SL; MONTGOMERY PR. Depressive symptoms and frailty. **Int J Geriatr Psychiatry,** v.28, n.6, p.607-14, 2013.

27. NASCIMENTO, P. P. P. *et al*. Frailty and depressive symptoms in older adults: data from the FIBRA study ï UNICAMP. **Psicol. Reflex. Crit.,** v.29 Porto Alegre, 2016.

28. SOYSAL P. *et al*. Relationship between depression and frailty in older adults: A systematic review and meta-analysis**. Ageing Res Rev**., v.36, p.78-87, 2017.

29. VERONESE N. *et al*. Comparison of Objective Physical Performance Tests and Future Mortality in the Elderly People. **J.Gerontol. A. Biol. Sci. Med. Sci.,** v.72, n.3, p.362-368, 2017.

30. MEHTA M. *et al*. Depressive symptoms in late life: associations with apathy, resilience and disability vary between young-old and old-old. **Int J Geriatr Psychiatry.,** v.23, n.3, p.238-43, 2008.

31. COPPER A, LAMB M, SHARP SJ, SIMMONS RK, GRIFFIN SJ. Bidirectional association between physical activity and muscular strength in older adults: Results from the UK Biobank study. **Int J Epidemiol.,** v.46, n.1, p.141-148, 2017.

32. SHIN S, VALENTINE RJ, EVANS EM, SOSNOFF JJ. Lower extremity muscle quality and gait variability in older adults. **Age Ageing.,** v.41, n.5, p.595-9, 2012.

33. ONEIB B, SABIR M, OTHEMAN Y, OUANASS A. Depressive disorders in primary care: Clinical features and sociodemographic characteristics. **Rev Epidemiol Sante Publique,** S0398-7620, n.18, p.30704-1, 2018.

34. BROWN PJ. *et al.* Frailty and depression in older adults: A high-risk clinical population. **Am J Geriatr Psychiatry,** v.22, n.11, p.1083-95, 2014.

35. AL SNIH S. *et al.* Frailty and incidence of activities of daily living disability among older Mexican Americans. **J Rehabil Med.,** v.41, n.11, p.892-7, 2009.

36. KIM BJ, LIU L, NAKAOKA S, JANG S, BROWNE C. Depression among older Japanese Americans: The impact of functional (ADL & IADL) and cognitive status. **Soc Work Health Care.,** v.57, n.2, p.109-125, 2018.

37. GALE CR, COOPER C, SAYER AA. Prevalence of frailty and disability: findings from the English Longitudinal Study of Ageing. **Age Ageing.,** v.44, n.1, p.162-5, 2015.

38. KERSTIN Gerst, ALEJANDRA Michaels-Obregon, REBECA Wong. The Impact of Physical Activity on Disability Incidence among Older Adults in Mexico and the United States. **J Aging Res.,** 420714, 2011.

39. RANTANEN T. *et al.* Disability, physical activity, and muscle strength in older women: The women's health and aging study. **Arch Phys Med Rehabil.**, v.80, n.2, p.130-5, 1999.

40. GIAMPAOLI S. *et al*. Hand-grip strength predicts incident disability in non-disabled older men. **Age Ageing.,** v.28, n.3, p.283-8, 1999.

41. ARTAUD F*. et al*. Decline in Fast Gait Speed as a Predictor of Disability in Older Adults. **J Am Geriatr Soc.,** v.63, n.6, p.1129-36, 2015.

42. BRET H. GOODPASTER *et al.* The Loss of Skeletal Muscle Strength, Mass, and Quality in Older Adults: The Health, Aging and Body Composition Study. **The Journals of Gerontology: Series A**, v. 61, n. 10, p.1059-1064, 2006.

43. MAKIZAKO H. *et al*. Impact of physical frailty on disability in community-dwelling older adults: a prospective cohort study. **BMJ Open.,** v.5, n.9, e008462 · September 2015.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

Projeto: CAAE –14129513.7.1001.5149

Interessado(a): Profa. Lygia Paccini Lustosa
Departamento de Fisioterapia
EEFFTO- UFMG

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 05 de agosto de 2013, o projeto de pesquisa intitulado **"Perfil clínico-funcional de idosos comunitários moradores dos municípios de Belo Horizonte e Diamantina"** bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.

Profa. Maria Teresa Marques Amaral
Coordenadora do COEP-UFMG

Av. Pres. Antonio Carlos, 6627 - Unidade Administrativa II - 2º andar - Sala 2005 - Cep 31270-901 - BH-MG
Telefax: (031) 3409-4592 - e-mail: coep@prpq.ufmg.br

ANEXO 1

PROJETO: "PERFIL CLÍNICO-FUNCIONAL DE IDOSOS MORADORES DOS MUNICÍPIOS DE BELO HORIZONTE E DIAMANTINA"

1)IDENTIFICAÇÃO

Nome:	Identificação:
Data de nascimento: ____/____/_____	Idade:
Escolaridade:	
Sexo: ( )Feminino ( )Masculino	
Endereço:	
Telefone(s):	
PSF:	Ambulatório:
Data da avaliação __ / __/ _____	

2)AVALIAÇÃO DO ESTADO COGNITIVO (Mini-Exame do Estado Mental):

Que dia é hoje?		(1) Certo (0) Errado
Em que mês estamos?		(1) Certo (0) Errado
Em que ano estamos?		(1) Certo (0) Errado
Em que dia da semana estamos?		(1) Certo (0) Errado
Que horas são agora aproximadamente?		(1) Certo (0) Errado
Em que local nós estamos?		(1) Certo (0) Errado
Que local é este aqui?		(1) Certo (0) Errado
Em que bairro nós estamos ou qual o nome de uma rua próxima?		(1) Certo (0) Errado
Em que cidade nós estamos?		(1) Certo (0) Errado
Em que estado nós estamos?		(1) Certo (0) Errado
Vou dizer 3 palavras e o(a) senhor(a) irá repeti-las a seguir:	30.a- CARRO 30.b - VASO 30.c - TIJOLO	(1) Certo (0) Errado (1) Certo (0) Errado (1) Certo (0) Errado
Gostaria que o(a) senhor(a) me dissesse quanto é:	31.a - 100 – 7 _____ 31.b - 93 – 7 _____ 31.c. 86 – 7 _____ 31.d. 79 – 7 _____ 32.e. 72 – 7 _____	(1) Certo (0) Errado (1) Certo (0) Errado (1) Certo (0) Errado (1) Certo (0) Errado (1) Certo (0) Errado
O(a) senhor(a) consegue se lembrar das 3 palavras que lhe pedi que repetisse	24.a. CARRO	(1) Certo

ANEXO 2

agora há pouco?	24.b. VASO 24.c. TIJOLO	(0) Errado (1) Certo (0) Errado (1) Certo (0) Errado
Mostre um relógio e peça ao entrevistado que diga o nome.		(1) Certo (0) Errado
Mostre uma caneta e peça ao entrevistado que diga o nome.		(1) Certo (0) Errado
Preste atenção: vou lhe dizer uma frase e quero que repita depois de mim: **NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ.**		(1) Certo (0) Errado
Agora pegue este papel com a mão direita. Dobre-o ao meio e coloque-o no chão.	Pega a folha com a mão correta Dobra corretamente Coloca no chão	(1) Certo (0) Errado (1) Certo (0) Errado (1) Certo (0) Errado
Vou lhe mostrar uma folha onde está escrito uma frase. Gostaria que fizesse o que está escrito: **FECHE OS OLHOS**	*Mostrar a filipeta*	(1) Certo (0) Errado
Gostaria que o(a) senhor(a) escrevesse uma frase de sua escolha, qualquer uma, não precisa ser grande.	*Registrar em folha própria do questionário*	(1) Certo (0) Errado
Vou lhe mostrar um desenho e gostaria que o(a) senhor(a) copiasse, tentando fazer o melhor possível.	*Registrar em folha própria do questionário*	(1) Certo (0) Errado
Escore Total:		

Pontos de corte: 13 – analfabetos; 18 – 1 a 7 anos de estudo; 26 – 8 anos ou mais. Bertolucci et al. 1994

FRASE

DESENHO

3)AVALIAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA:

Qual é o seu estado civil?

(1) Casado (a) ou vive com companheiro (a)
(2) Solteiro (a)
(3) Divorciado (a) / Separado (a)
(4) Viúvo (a)

Qual sua cor ou raça?
(1) Branca
(2) Preta/negra
(3) Mulata/cabocla/parda
(4) Indígena
(5) Amarela/oriental

Trabalha atualmente?
(0) Não
(1) Sim;
.a - Se sim, o que o(a) senhor(a) faz (perguntar informações precisas sobre o tipo de ocupação):
_____
_____

O(a) senhor(a) é aposentado(a)?
(0) Não
(1) Sim

O(a) senhor(a) é pensionista?
(0) Não
(1) Sim

Qual o valor da sua renda mensal em número de salários mínimos? _____

O(a) senhor(a) e sua (seu) companheira(o) consideram que têm dinheiro suficiente para cobrir suas necessidades da vida diária?
(0) Não
(1) Sim

O(a) senhor(a) é capaz de ler e escrever um bilhete simples? (se a pessoa responder que aprendeu a ler e escrever, mas esqueceu, ou que só é capaz de assinar o próprio nome, marcar NÃO)
(0) Não
(1) Sim

Até que ano da escola o(a) Sr (a) estudou?
(1) Nunca foi à escola (nunca chegou a concluir a 1ª série primária ou o curso de alfabetização de adultos)
(2) Curso de alfabetização de adultos
(3) Primário (atual nível fundamental, 1ª a 4ª série)
(4) Ginásio (atual nível fundamental, 5ª a 8ª série)
(5) Científico, clássico (atuais curso colegial ou normal, curso de magistério, curso técnico)
(6) Curso superior
(7) Pós-graduação, com obtenção do título de Mestre ou Doutor

Quantos anos completos de escola? (desconsiderar anos repetentes) _____ anos.

Quem mora com o(a) senhor(a)?

(1) Mora sozinho (a)
(2) Marido/ mulher/ companheiro (a)
(3) Filhos ou enteados
(4) Netos
(5) Bisnetos
(6) Outros parentes
(7) Pessoas fora da família

O(a) Sr/Sra é proprietário(a) de sua residência?
(0) Não
(1) Sim

4)CONDIÇÕES DE SAÚDE IDENTIFICADAS:

Algum médico já disse que o (a)sr(a) tem algum dos seguintes problemas de saúde?

Hipertensão Arterial Sistêmica (pressão alta)	(0)Não (1)Sim
Acidente Vascular Encefálico (derrame)	(0)Não (1)Sim
Diabetes	(0)Não (1)Sim
Parkinson	(0)Não (1)Sim
Convulsão	(0)Não (1)Sim
Depressão	(0)Não (1)Sim
Vertigem/Tontura	(0)Não (1)Sim
Perda de memória	(0)Não (1)Sim
Incontinência	(0)Não (1)Sim
Osteoporose	(0)Não (1)Sim
Artrite	(0)Não (1)Sim
Osteoartrose	(0)Não (1)Sim
Total de condições relatadas:	

5)MEDICAÇÃO:

Quais medicamentos o sr(a) usa? (colocar nomes, dosagens, horários):

_____
_____
_____

O sr(a)é capaz de tomar os medicamentos sozinho?	(0) Não (1) Sim
Quantos medicamentos o sr(a) usa atualmente?	Total:
Usa benzodiazepínico? (Clorazepam, Lorazepam, Diazepam)	(0) Não (1) Sim
Usa diurético? (Furosemida, Hidroclorotiazida)	(0) Não (1) Sim
Usa Antiarrítimicos? (Amiodarona)	(0) Não (1) Sim
Usa Psicotrópicos? (Amitriptilina, Biperideno, Carbamazepina, Floxetina, Clorpromazina)	(0) Não (1) Sim

6) DESEMPENHO FUNCIONAL – É capaz de realizar sozinho as seguintes atividades de vida diária?

Sair de casa utilizando um transporte (ônibus ou carro)	(0) Não (1) Sim
Caminhas pela vizinhança	(0) Não (1) Sim
Preparar sua própria refeição	(0) Não (1) Sim
Arrumar a casa	(0) Não (1) Sim
Vestir-se	(0) Não (1) Sim
Subir/Descer escadas	(0) Não (1) Sim
Deitar e levantar da cama	(0) Não (1) Sim
Tomar banho	(0) Não (1) Sim
Total de atividades que consegue fazer	

7) HISTÓRICO DE QUEDAS:

Caiu nos últimos seis meses?	(0) Não (1) Sim
Se sim, quantas vezes?	
Foi acidental? Tropeçou? Objetos? Animais?	(0) Não (1) Sim
EM RELAÇÃO À ULTIMA QUEDA:	
Quando caiu, sentiu tonteira?	(0) Não (1) Sim
Quando caiu, teve falseio nas pernas? Perdeu o jogo das pernas?	(0) Não (1) Sim
Quando caiu, teve visão turva? Visão escureceu?	(0) Não (1) Sim
Quando caiu, perdeu a consciência?	(0) Não (1) Sim
A queda ocorreu dentro de casa?	(0) Não (1) Sim
Que hora ocorreu a queda	( )Manhã ( )Tarde ( )Noite
Teve lesão decorrente da queda?	(0) Não (1) Sim Qual?
Teve fratura decorrente da queda (0) Não	
(1) Sim; (1)Punho (2)Quadril (3) Coluna: _____ (4) Outro_____	
Procurou o serviço médico devido a queda?	(0) Não (1) Sim
Deixou de realizar alguma atividade do dia-a-dia por causa da queda? (0) Não	
(1) Sim Qual?	
Faz uso de bengala ou andador?	(0) Não (1) Sim
Quem indicou o uso do dispositivo de auxílio?	
Recebeu treinamento para usá-lo?	(0) Não (1) Sim. Por quem?

8) USO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE:

Quais serviços oferecidos pelo PSF utiliza:	
.a- Consultas médicas	(0) Não (1)Sim
.b- Consultas odontológicas	(0) Não (1) Sim
.c- Vacinas	(0) Não (1) Sim
Participa de algum grupo de atividade realizado no PSF?	(0) Não (1) Sim
Já recebeu visita de algum profissional de saúde no domicílio?	(0) Não (1) Sim
Faz controle da saúde em outro local?	(0) Não (1) Sim
.a- Serviço secundário	(0) Não (1) Sim
.b- Serviço particular/ convênio	(0) Não (1) Sim
Utiliza Ambulatório?	(0) Não (1) Sim
a – Qual(is) profissional(is)?	
.b – Participa de algum grupo de atividade realizado no ambulatório?	(0) Não (1) Sim
C – E em Centros de Convivência?	(0) Não (1) Sim
Foi hospitalizado no último ano?	(0) Não (1) Sim
.a – Quantos dias ficou hospitalizado?	(0) Não (1) Sim
Qual o motivo da internação?	

9) ALTERAÇÕES VISUAIS:

Déficit visual	(0) Não (1) Sim
Usa lentes (óculos)	(0) Não (1) Sim
Alguma vez algum médico falou que o Sr(a) tinha Glaucoma?	(0) Não (1) Sim
Alguma vez algum médico falou que o Sr(a) tinha Catarata?	(0) Não (1) Sim
História de cirurgias	(0) Não (1) Sim
Outros	

10)OUTRAS ALTERAÇÕES:

Perda da audição	(0) Não (1) Sim

Teste do susurro	
Deformidade nos pés	(0) Não (1) Sim. Quais? _____
	Halux valgus, calosidades, dedos em garra, onicogripose, dor

11) HÁBITOS DE VIDA

O(a) sr(a) fuma?

(0) Não, nunca fumou
(1) Já fumou, mas parou. Fumou por quanto tempo? _____
(2) Fuma. Há quanto tempo fuma?

O(a) sr(a) consome bebidas alcoólicas?

(1) Não, nunca bebeu.
(2) Já bebeu, mas hoje não consome bebida alcoólica.
(3) Uma vez por mês ou menos (bebe socialmente)
(4) Bebe duas a quatro vezes por mês
(5) Bebe duas a três vezes por semana
(6) Bebe quatro ou mais vezes por semana

O(a) Sr(a) realiza alguma atividade física de forma regular? No mínimo 30 minutos por ocasião.

(0) Não (1) Sim:

(1). Hidroginástica	1x	( )	2x	( )	3x	( )
(2). Caminhada	1x	( )	2x	( )	3x	( )
(3). Exercícios em clubes/academias/igreja, etc	1x	( )	2x	( )	3x	( )
(4). Outros: _____	1x	( )	2x	( )	3x	( )

12) BEM ESTAR SUBJETIVO:

Como sua saúde é de modo geral:	(1) Ruim	(2) Mais ou menos	(3) Boa
Como é a sua saúde, em comparação com a de outras pessoas da sua idade:	(1) Ruim	(2) Mais ou menos	(3) Boa

13) SATISFAÇÃO GLOBAL COM A VIDA:

	Pouco	Mais ou menos	Muito
O Sr(a) está satisfeito com a sua vida hoje?	( )	( )	( )
Comparando-se com outras pessoas que tem a sua idade, o sr (a) diria que está satisfeito com a sua vida?	( )	( )	( )

14) PRESENÇA DE DOR:

O senhor(a) sente alguma dor no corpo?
(0) Não
(1) Sim; (*informar para cada dor: local, há quanto tempo sente dor e intensidade da mesma)*

.a - Local da dor: _____;
(1) Aguda - menos de 6 semanas; (2) Crônica- mais de 6 semanas);
Intensidade: _____

_____
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(sem dor) *(dor máxima)*

15) SONO:

Eu tomo remédios para dormir	(0) Não	(1) Sim
Eu acordo de madrugada e não pego mais no sono	(0) Não	(1) Sim
Eu fico acordado (a) a maior parte da noite	(0) Não	(1) Sim
Eu levo muito tempo para pegar no sono	(0) Não	(1) Sim
Eu durmo mal à noite	(0) Não	(1) Sim

16) SINTOMAS DEPRESSIVOS (Escala de Depressão Geriátrica):

Em relação à última semana, responda:	NÃO	SIM
Você está basicamente satisfeito com sua vida?	1	0
Você deixou muitos de seus interesses e atividades?	0	1
Você sente que sua vida está vazia?	0	1
Você se aborrece com frequência?	0	1
Você se sente de bom humor a maior parte do tempo?	1	0
Você tem medo que algum mal vá lhe acontecer?	0	1
Você se sente feliz a maior parte do tempo?	1	0
Você sente que sua situação não tem saída?	0	1
Você prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?	0	1
Você se sente com mais problemas de memória do que a maioria?	0	1
Você acha maravilhoso estar vivo?	1	0
Você se sente um inútil nas atuais circunstâncias?	0	1
Você se sente cheio de energia?	1	0
Você acha que sua situação é sem esperanças?	0	1
Você sente que a maioria das pessoas está melhor que você?	0	1
Escore total – ponto de corte > 5 pontos		

17) INCONTINÊNCIA URINÁRIA – ICIQ-SF

Muitas pessoas perdem urina alguma vez. Estamos tentando decobrir quantas pessoas perdem urina e o quanto isso as aborrece. Ficaríamos agradecidos se você pudesse nos responder as seguintes perguntas, pensando em como você tem passado, em média, nas ULTIMAS QUATRO SEMANAS.

1.Com que frequencia você perde urina? (assinale uma resposta)

(0) Nunca
(1) Uma vez por semana ou menos
(2) Duas ou tres vezes por semana
(3) Uma vez ao dia
(4) Diversas vezes ao dia
(5) O tempo todo

2.Gostaríamos de saber a quantidade de urina que você pensa que perde (assinale uma resposta)

(0) Nenhuma
(2) Uma pequena quantidade
(4) Uma moderada quantidade
(6) Uma grande quantidade

3.Em geral, quanto que perder urina interfere em sua vida diária? Por favor, circule um número entre 0 (não interfere) e 10 (interfere muito)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Não interfere Interfere muito

Escore ICIQ = (1 + 2 + 3) _____

Quando você perde urina? (Por favor, assinale TODAS as alternativas que se aplicam a você)

(a) Nunca
(b) Perco antes de chegar ao banheiro

(c) Perco quando tusso ou espirro
(d) Perco quando estou dormindo
(e) Perco quando estou fazendo atividades físicas
(f) Perco quando acabei de urinar e estou me vestindo
(g) Perco sem razão óbvia
(h) Perco o tempo todo

18) AUTO-EFICÁCIA PARA QUEDAS (FALLS EFFICACY SCALE – FESI-Br)

ATIVIDADES	NEM UM POUCO PREOCUPADO	UM POUCO PREOCUPADO	MUITO PREOCUPADO	EXTREMANTE PREOCUPADO
Limpando a casa (passar pano, aspirar o pó, tirar poeira)	(1)	(2)	(3)	(4)
Vestindo ou tirando a roupa	(1)	(2)	(3)	(4)
Preparando refeição simples	(1)	(2)	(3)	(4)
Tomando banho	(1)	(2)	(3)	(4)
Indo às compras	(1)	(2)	(3)	(4)
Sentando ou levantando de uma cadeira	(1)	(2)	(3)	(4)
Subindo ou descendo escadas	(1)	(2)	(3)	(4)
Caminhando pela vizinhança	(1)	(2)	(3)	(4)
Pegando algo acima de sua cabeça ou no chão	(1)	(2)	(3)	(4)
Ir atender ao telefone antes que ele pare de tocar	(1)	(2)	(3)	(4)
Andando sobre superfície escorregadia (ex: chão molhado)	(1)	(2)	(3)	(4)
Visitando um amigo ou um parente	(1)	(2)	(3)	(4)
Andando em lugares cheios de gente	(1)	(2)	(3)	(4)
Caminhando sobre uma superfície irregular	(1)	(2)	(3)	(4)
Subindo ou descendo uma ladeira	(1)	(2)	(3)	(4)
Indo a uma atividade social (ato religioso, reunião de família ou encontro no clube)	(1)	(2)	(3)	(4)
Escore total				

19) AVALIAÇÃO DE FRAGILIDADE (ITENS DE AUTO-RELATO)

1.PERDA DE PESO: O Sr(a) perdeu mais de 4,5 Kg de seu peso, de forma não intencional ou involuntária (sem fazer dieta ou regime) no último ano, considerando seu peso no ano anterior? Quantos quilos?
(0) Não (1) Sim Se sim, quantos quilos aproximadamente? _____

2.FADIGA (MOTIVAÇÃO): Pensando na última semana, diga com que frequência as seguintes coisas aconteceram com o(a) senhor(a):

.a Sentiu que teve que fazer esforço para dar conta das suas tarefas de todo dia?
(0) Nunca/Raramente; (1) Poucas vezes; (2) Na maioria das vezes; (3) Sempre
.b Sentiu que não conseguiu levar adiante as suas coisas?
(1) Nunca/Raramente; (1) Poucas vezes; (2) Na maioria das vezes; (3) Sempre

3.ATIVIDADE FÍSICA: MINESOTA

Uma série de atividades de lazer está listada abaixo. Marcar "Sim" para as atividades que praticou nas **últimas 2 semanas**. Depois, marcar quantas vezes na semana. Quanto tempo despendido em cada uma das vezes

Você realizou esta atividade?	Média de vezes por semana	Tempo por ocasião

		NÃO	SIM				
A030 – 8,0	Uso voluntário de escada						
C280 – 6,0	Natação em piscina						
F560 – 4,5	Cortar grama atrás carrinho						
F590 – 5,0	Afofar, cavando, cultivando						
B150 – 4,5	Exercícios domiciliares orientados por algum profissional						
E400 – 4,0	Voleibal						
A010 – 3,5	Caminhada recreativa						
B160 – 6,0	Exercícios em clube/ academia/ igreja						
F580 – 4,5	Tirando o mato e cultivando						
A125 – 5,5	Dança						
G630 – 4,5	Pintura interna de casa						
B180 – 6,0	Corrida leve – caminhada acelerada						
B210 – 6,0	Musculação – academia da cidade						
F610 – 6,0	Remoção de terra com pá						
0000 – 4,0	Faxina moderada						
A050 – 7,0	Caminhada com mochila – com sacolas						
F600 – 4,0	Trabalho com ancinho na grama						
A040 – 6,0	Caminhada ecológica						

Escore final do Minessota _____kcal/ semana
Somatório = mets x tempo em minutos x peso em kilogramas x 0,0175

4.FORÇA DE PREENSÃO MANUAL (kgf):

.a 1ª tentativa_____ . b 2ª tentativa_____ .c 3ª tentativa_____

.d Média final_____

5.VELOCIDADE DE MARCHA HABITUAL: Tempo gasto (s) para percorrer 4,6m (considerando 2m de aceleração e 2m de desaceleração?)

.a Tempo (*s*): 1ª tentativa_____ .b 2ª tentativa_____ .c 3ª tentativa_____

.d Média final (s)_____ .e VELOCIDADE MÉDIA (m/s):_____

20) MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS:

Peso: _____ kg
Altura: _____m
IMC:_____Kg/m^2
Circunferência da cintura:_____ (posição ortostática, pés unidos, medir na altura da cicatriz umbilical)
Circunferência do quadril: _____(posição ortostática, pés unidos, medir na altura do trocanter maior de fêmur)
Circunferência da panturrilha: _____ (posição sentada, joelho a 90º e pés apoiados no chão)

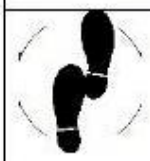
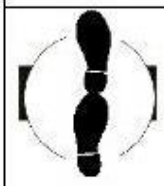
21) TESTE TIMED UP AND GO - TUG

Tempo (s): 1ª tentativa_____ 2ª tentativa_____ 3ª tentativa_____

Média final (s)_____

22) SPPB

SPPB	Pts

Testes de equilíbrio		PÉS LADO A LADO	≥10 segundos = 1 ponto < 10 segundos = não realizar os demais testes de equilíbrio; ir para VM.	
		SEMI TANDEM	≥ 10 segundos = 1 ponto < 10 segundos = ir para teste de velocidade de marcha	
		TANDEM	≥ 10 segundos = 2 pontos 3-9 segundos= 1ponto < 3 segundos= 0 pontos	
Teste de velocidade de marcha	<4,82 segundos = 4 pontos; 6,21-8,70 segundos = 2 pontos; > 8,7 segundos = 1 ponto; incapaz= 0 pontos			
Teste de sentar e levantar da cadeira (sujeito não deve apoiar as costas no encosto da cadeira -5 repetições):	Pré-teste: sujeito deve tentar se levantar uma vez da cadeira sem apoio dos braços. Caso não consiga aqui se encerra o teste (Pontuação= 0) Teste: < 11,19 segundos = 4 pontos; 11,20 – 13,69 segundos = 3 pontos; 13,70 – 16,69 segundos = 2 pontos; ≥ 16,70 segundos = 1 ponto. Se o participante não conseguiu se levantar as 5 vezes ou realizou o teste em tempo superior a 60 segundos = 0 pontos			

Pontuação total SPPB:

23) AVALIAÇÃO – CARGA ALOSTÁTICA

Durante os primeiros 15 anos de sua vida:

1) Qual foi a situação econômica da sua família? ( ) boa ( ) regular ( ) ruim
2) Sua saúde era: ( ) excelente ( ) boa ( ) ruim
3) Houve momentos em que passou fome? ( ) sim ( ) não

24) SHUTTLE WALK TEST

85% FC Max prevista pela idade (220 – idade) _____
Distância _____
Tempo _____
FC Inicial _____ FC Final _____ FC recuperação (5') _____
PA Inicial _____ PA Final _____ PA recuperação (5') _____
Frequência Cardíaca máxima atingida_____
Percepção subjetiva de esforço (Escala de Borg)_____
EVA _____
Interrupção do Teste: estágio _____ volta _____
Motivo da interrupção do teste: _____

Estágio	I	II	II	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII
Nº de voltas do estágio	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Nº de voltas dadas												
FC ao final de cada estágio												

25) AVALIAÇÃO DA PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA

Tempo de aplicação do questionário:	
O Sr/Sra gostou de participar da nossa pesquisa?	(0)Não (1)Sim
O Sr/Sra tem interesse em participar de grupos de atividades que podemos desenvolver a partir das informações que forneceu?	(0)Não (1)Sim
O Sr/Sra tem interesse em participar de outras pesquisas que podemos realizar na cidade?	(0)Não (1)Sim

26) DINAMOMETRIA ISOCINÉTICA

27) MEDIADORES INFLAMATÓRIOS (ATÉ 15 DIAS – DEIXAR AGENDADO)

28) PARAMETROS ESPAÇO TEMPORAIS DA MARCHA – GAITRITE